

Thiemes Pflege

Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung

Susanne Schewior-Popp
Franz Sitzmann
Lothar Ullrich

15. Auflage





Teil 1 Grundlagen des Pflegeberufs

1	Pflege – Ausbildung und Beruf	37
2	Arbeitsfelder und Aufgaben der Pflege ..	61
3	Pflegetheorien, Pflegewissenschaft und Pflegeforschung	80
4	Organisation, Management und Recht	111
5	Ethik – Herausforderungen und Entscheidungen	177
6	Menschliche Entwicklung und Sozialisation	194
7	Gesundheit und Krankheit – Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention	203
8	Patientenedukation – Beratung, Schulung, Information in der Pflege	221
9	Grundlagen der Hygiene	232



Teil 2 ATL – Pflegesituationen erkennen, erfassen und bewerten, Pflegemaßnahmen auswählen, durchführen und evaluieren

10	ATL Wach sein und Schlafen	257
11	ATL Sich bewegen	286
12	ATL Sich waschen und kleiden	333
13	ATL Essen und Trinken	367
14	ATL Ausscheiden	406
15	ATL Körpertemperatur regulieren	462
16	ATL Atmen, Puls und Blutdruck	491
17	ATL Sich sicher fühlen und verhalten ...	540
18	ATL Raum und Zeit gestalten – arbeiten und spielen	568
19	ATL Kommunizieren	586
20	ATL Kind, Frau, Mann sein	598
21	ATL Sinn finden im Werden – Sein – Vergehen	611



Teil 3 Bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken

22	Verabreichen von Arzneimitteln – Grundlagen der Medikamentenlehre ..	643
23	Wundmanagement	655
24	Mikrobiologische Probenahme und Diagnostik	688
25	Biopsie und Punktion	703
26	Injektion und Gefäßpunktion	730
27	Infusionen	760
28	Transfusionen	790
29	Pflegerisch relevante Laborparameter und bildgebende Verfahren	802
30	Endoskopie	818



Teil 4 Pflege bei bestimmten Patientengruppen

31	Pflege von Patienten mit Erkrankungen des Atemsystems	833
32	Pflege von Patienten mit Erkrankungen des Herz-Kreislauf- und Gefäßsystems	869
33	Pflege von Patienten mit Erkrankungen des Harnsystems	939
34	Pflege von Patienten mit Erkrankungen des Verdauungssystems	965
35	Betreuung von Frauen in der Geburtshilfe und Neugeborenenpflege	1012
36	Pflege von Frauen in der Gynäkologie	1045
37	Pflege von Männern mit Erkrankungen der Geschlechtsorgane	1073
38	Pflege von Patienten mit Erkrankungen des endokrinen Systems	1087
39	Pflege von Patienten mit Erkrankungen des Bewegungssystems	1117
40	Pflege von Patienten mit Erkrankungen der Augen, des Hals-Nasen-Ohrenbereiches oder der Haut	1155
41	Pflege von Patienten mit Infektionskrankheiten	1184
42	Pflege von Patienten mit Erkrankungen des ZNS	1213
43	Pflege von Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen	1277
44	Pflege des alten Menschen	1312
45	Pflege von Patienten mit Schmerzen	1330
46	Prinzipien der Pflege und Therapie onkologischer Patienten	1354
47	Perioperative Pflege	1387
48	Intensivpflege	1403

Thiemes Pflege

Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung

Herausgegeben von

Susanne Schewior-Popp, Franz Sitzmann, Lothar Ullrich

Unter Mitarbeit von

Walter Anton, Sabine Bartholomeyczik, Gabriele Bartoszek, Christiane Becker, Heidrun Beyer, C. Boczkowski*, Hermann Brandenburg, Randolf Brehler, Bettina Brinkmann, Olaf Anselm Brinkmann, Theresa Bütow, Annelie Burk, A. Cerkus-Roßmeißl*, Jann-Frederik Cremers, Ina Citron, I. Csoti*, Katrin Drevin, Werner Droste, M. Eck*, Frauke Effey, Angelika Eil, Kristina Engelen, Michael Ewers, Thomas Fernsebner, Marion Fischer, P. Fischer*, Sabine Floer, F. Fornadi*†, Michaela Friedhoff, Heiner Friesacher, Andreas Fröhlich, M. Funk*, Gert Gabriëls, Ursula Geißner, Irmela Gnass, Elke Goldhammer, Uwe Gottschalk, S. Grossmann-Haller*, F. Grundmann*, Matthias Grünewald, Walter Hell, Edwin Herrmann, Susanne Herzog, R. Hinkelammert*, Mechthild Hoehl, Eva Hokenbecker-Belke, Gertrud Hundenborn, Peter Jacobs, Simone Jochum, L. Juchli*, M. Kaeder*, Sebastian Kemper, Elisabeth Kern-Waechter, Henry Kieschnick, Sabine Kliesch, Elke Kobbert, Andreas Kocks, H. Köpke*, T. Köpke*, R. Krämer*, Heidemarie Kremer, V. Kuhlmann*, Elke Kuno, Andreas Kutschke, Alfred Längler, Susanne Lehmann, Michael Löhr, Silvia Maeting, David Marghawal, A. Marks*, Torsten B. Möller, Dorothea Mört, Annedore Napiwotzky, Ute Nerge, Nadja Nestler, Christoph Sebastian Nies, Ricki Nusser-Müller-Busch, Peter Nydahl, Elmar Oestreicher, J. Ohms*, T. Olschewski*, B. Osterbrink*†, P. Papavassilis*, Klaus Maria Perrar, A. Pierobon*, Nils Pöhler, Andreas Portsteffen, Claudia Rössig, Michael Reichardt, B. Sachsenmaier*, Ruth Sachsenmeier, C. Schnürer*, Jasmin Schön, D. Schöning*, S. Schoolmann*, Michael Schulz, Andreas Schwarzkopf, Tanja Segmüller, Erika Sirsch, U. Skrotzki*, A. Sow*, C. Sowinski*, A. Stade*, Valeska Stephanow, Dietmar Stolecki, Christoph Student, Heiner Terodde, M. Unger*, C. van Leeuwen*, Gabie Vef-Georg, Heike Verwolt, Dominik von Hayek, Frank Weidner, Martina Vollbrecht, Ina Welk, Andreas Wendl, S. Werschmöller*, T. Werschmöller*, Lars Wicher, Ina Wiegard-Szramek, Stefan Wilpsbäumer, Christian Wülfig, Angelika Zegelin, Dominik Zergiebel

Die mit * gekennzeichneten Autoren haben an früheren Auflagen mitgewirkt, und ihre Beiträge sind in der aktuellen Auflage noch teilweise enthalten.

15. Auflage

1590 Abbildungen

Georg Thieme Verlag
Stuttgart • New York

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Ihre Meinung ist uns wichtig! Bitte schreiben Sie uns unter:
www.thieme.de/service/feedback.html

1. Auflage 1973
2. Auflage 1976
3. Auflage 1979
4. Auflage 1983
5. Auflage 1987
6. Auflage 1991
7. Auflage 1994
8. Auflage 1998
9. Auflage 2000
10. Auflage 2004
11. Auflage 2009
12. Auflage 2012
13. Auflage 2017
14. Auflage 2017

Thieme nennt Autorinnen und Autoren konkrete Beispiele, wie sich die Gleichstellung von Frauen und Männern sprachlich darstellen lässt. Wo im Text (z. B. aus Gründen der Lesbarkeit) nur das generische Maskulinum verwendet wird, sind alle Geschlechter gleichermaßen gemeint.

© 2021. Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany
www.thieme.de

Printed in Germany

Zeichnungen: Martin Hoffmann, Neu-Ulm; Christine Lackner, Ittlingen
Anatomische Aquarelle aus: Schünke M, Schulte E, Schumacher U. Prometheus.
LernAtlas der Anatomie. Illustrationen von M. Voll und K. Wesker. Stuttgart:
Thieme
Umschlaggestaltung: Thieme Gruppe
Umschlagfoto: Kirsten Oborny, Stuttgart
Satz: Druckhaus Götz GmbH, Ludwigsburg
Druck: Aprinta Druck GmbH, Wemding

DOI 10.1055/b000000432

ISBN 978-3-13-243766-1

1 2 3 4 5 6

Auch erhältlich als E-Book:
eISBN (PDF) 978-3-13-243768-5
eISBN (epub) 978-3-13-243769-2

Wichtiger Hinweis: Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Werk eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe **dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes** entspricht.

Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. **Jeder Benutzer ist angehalten**, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Buch abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. **Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers.** Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

Geschützte Warennamen (Warenzeichen ®) werden nicht immer besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen oder die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Die abgebildeten Personen haben in keiner Weise etwas mit der Krankheit zu tun. Die Personen und Fälle in diesem Buch sind frei erfunden. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig.



Sam O. 30

Franz Litzmann

Lothar Willrich

Vorwort der Herausgeber

Wir begrüßen Sie herzlich als Leserinnen und Leser dieses seit den 1970er-Jahren bewährten Lehr- und Arbeitsbuches der Pflege. Bei den Bearbeitungen der Neuauflagen der letzten Jahre ließen wir uns leiten von einer Reihe von Prinzipien als Ausbildungsziele, wie sie uns in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, in der Altenpflege sowie in der Gesundheits- und Krankenpflege, die seit 2020 als generalistische Pflegeausbildung zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann zusammengefasst sind, geboten erscheinen.

Prinzipien als Ausbildungsziele

► **Evidence-based Nursing Practice (EBNP) in Aus- und Weiterbildung.** Gesundheits- und Krankenpflege in jeder Lebensphase ist charakterisiert durch das Infragestellen traditionell geübter Präventionskonzepte und „Praxisrituale“ analog einem religiösen Kult. Alle Pflegehandlungen müssen kunstgerecht („lege artis“) ausgeführt werden, unter Berücksichtigung des Standes der Wissenschaft, der gültigen Regeln der Technik, sowie der gesellschaftlichen und gesetzlichen Normen. Es muss dem Patienten das aktuell bestmögliche Pflegeangebot gewährleistet werden. Wir fühlen uns jedem Pflegebedürftigen in den Grundsätzen der Menschenwürde, Humanität und Solidarität verpflichtet. Angewendet werden dabei alle fundierten Erkenntnisse unter Einsatz der individuellen körperlichen und geistigen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnisse.

So weit wie möglich müssen Grundlage aller Pflegeanliegen Ergebnisse aus wis-

senschaftlich anerkannten Studien und Untersuchungen (Evidence Based Nursing Practice = EBNP) sein und nicht lediglich Autoritätsgläubigkeit. Fehlen solche Daten, sollte die bestmögliche Erfahrung Pflegenden miteinbezogen werden.

Dabei ist Pflegepraxis aus einem erweiterten Blickwinkel zu betrachten. Es heißt, Abschied zu nehmen von bequemer Selbstzufriedenheit und Trugschlüssen der Pflege.

EBNP schult in Kritikfähigkeit und befördert als strukturierter analytischer Ansatz in der Gesundheitsversorgung Patientenorientierung und Qualitätsverbesserungen. Dabei ist EBNP nicht lediglich ein Modul, das einem kleinteiligen Kanon eines Ausbildungsplans zusätzlich hinzugefügt werden soll, EBNP entspricht einer grundlegenden professionellen Haltung und Kompetenz.

► **Pflegerische Entscheidung in der Begegnung.** Respekt vor dem Patienten in individueller Situation verbietet jedoch, lediglich nach wissenschaftlichen Studien, unreflektiert (nach „Schema F“) bei allen

Pflegebedürftigen zu arbeiten. Wir erfahren täglich, dass Patienten heute vielfach den Wunsch haben, eine aktive Rolle in ihrer Krankheitsbewältigung und bei der pflegerischen Betreuung zu übernehmen. Andere fordern Autonomie in ihren Entscheidungen über die Durchführung lebenserhaltender Maßnahmen. Dazu benötigen wir neben wesentlichen Grundlagen aus den Pflege- und Bezugswissenschaften die Partizipation der Patienten an der Entscheidungsfindung.

In der Begegnung mit dem Patienten kommt es darauf an, nicht nur Resultate der Pflegeforschung einzubeziehen, sondern gleichfalls vorhandenes Wissen und praktische Erfahrungen der Pflegenden. Ziele und Vorstellungen des Pflegebedürftigen selbst sowie seine Umgebungsbedingungen sind zu berücksichtigen. Patienten haben das Recht auf ausreichende und qualitativ gute Pflege. Das sollten auch Pflegenden vertreten. Ihre „Übersetzung“ in praktisches Handeln ist schwierig. Oft erfordert pflegerisches Handeln sensible und verletzbare Tätigkeiten. Das verlangt die Bewahrung der Würde, eine

gelingende Interaktion und eine Wertschätzung des Betroffenen. Bei der Anwendung von EBNP ist das Aushandeln mit dem individuellen Patienten gefordert. Dieser Anspruch und das legitimierte Recht der Patienten, über Nutzen und Schaden pflegerisch-medizinischen Handelns verständlich aufgeklärt und in Entscheidungsprozesse einbezogen zu werden, sind Ihre pflegerische Aufgabe.

► **Pflegekonzept des „Sense of Coherence“.** Neben der hoch spezialisierten akuten Versorgung sollen auch die pflegetherapeutischen Optionen der Pflegenden – insbesondere bei chronischen oder nicht heilbaren Krankheiten – erweitert werden. Das schließt als Aufgabe mit ein, den „Sense of Coherence“ in das Pflegekonzept zu integrieren. Damit ist ein andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens des Menschen in seine Fähigkeiten gemeint. Daraus entwickelt der Hilfebedürftige Sinn, Verständnis und Handhabbarkeit in seinem Krankheitsprozess.

Denn: Heilung hat nicht nur eine somatische, also auf den Körper bezogene Ebene. In einem ganzheitlichen Geschehen bindet sie obendrein salutogene Aspekte als Quellen für das Gesundsein ein. Heilung berücksichtigt neben der Leiblichkeit auch seelisch-geistige Ressourcen. Das Leiden eines Menschen ist nicht immer zu verhindern, wir können es jedoch immer mindern.

► **Nachhaltiges Denken.** Sie erlernen einen Beruf oder sind bereits in diesem Beruf tätig, der auf die Gegenwart und Zukunft gerichtet ist. Sie ermöglichen Menschen in hilfebedürftiger Lage, an das Leben von morgen zu denken. Damit ist Ihr Denken auf Nachhaltigkeit gerichtet, denn diejenigen, die morgen leben, sind unsere Kinder, Enkel und Urenkel, nicht irgendwelche abstrakten statistischen Größen.

► **Generalistische Ausbildungsinhalte.** Wir bekennen uns zu der im Jahr 2020 gestarteten generalistischen Pflegeausbildung von Menschen aller Altersstufen in allen Versorgungsbereichen. Damit werden die bisherigen solitären Berufsausbildungen der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu einer generalistischen Ausbildung mit dem Berufsabschluss „Pflegefachfrau“ bzw. „Pflegefachmann“ zusammengeführt. Um Sie für die generalistische Pflegearbeit „fit“ zu machen, haben wir in diesem Buch wichtige Inhalte zu Pflegesituationen in jeder Lebensphase integriert.

Inhaltliche und didaktische Umsetzung

► **ATL.** Als wesentliche Strukturhilfe und Ausdrucksmöglichkeit pflegerischer Arbeit sehen wir weiterhin die langjährig bewährten „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ATL) an. Als ganzheitliches Konzept wurde es von der Begründerin dieses Buches, der katholischen Ordensschwester Liliane Juchli, entwickelt.

► **Struktur.** Die ATL sind geordnet nach:

- Grundlagen aus Pflege- und Bezugswissenschaften
- Pflegesituationen erkennen, erfassen und bewerten
- Pflegemaßnahmen auswählen, durchführen und evaluieren
- Gesundheitsförderung, Beratung und Patienteninformation

► **Fächerintegrierend.** In der inhaltlichen und didaktischen Umsetzung der ATL und auch aller anderen Schwerpunkte orientieren wir uns selbstverständlich an den aktuellen gesetzlichen Vorgaben. Wir berücksichtigen dabei insbesondere ein fächerintegrierendes pädagogisch-didaktisches Verständnis, wie es sich im Lernfeldansatz ausdrückt, der Grundlage der curricularen Vorgaben in allen Bundesländern ist. Die Themenbereiche der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe sind den einzelnen Kapiteln nachvollziehbar zugeordnet.

► **Fallorientiert.** Bewusst wird ein fallorientiertes Lehr-Lernverständnis gefördert. Dadurch werden wissenschaftsbasierte Sachlogik mit realitätsnaher und qualitätssichernder Handlungslogik unmittelbar verbunden. Dabei wird die individuelle Persönlichkeit erkennbar. Systematische Gestaltungselemente ziehen sich als Orientierungs- und Lernhilfen durch alle Kapitel. Das erleichtert das Lernen und auch das Lehren.

Mehr Eigenständigkeit – mehr Eigenverantwortung

► **Lernen an und mit der Erkrankung.** Eine unerlässliche Aufgabe für Pflegenden ist es, den erkrankten Menschen in den Prozessen zu unterstützen, die der Organismus selbst in der Auseinandersetzung mit der Erkrankung aufruft. Dazu müssen die erforderlichen Pflegesituationen erkannt, erfasst und bewertet (Assessment) werden. Unter diesem Gesichtspunkt bedeutet Heilung nicht nur ein Zurückdrängen der Erkrankung in geringere Manifes-

tationsgrade und damit in eine Zeit früherer Gesundheit, sondern auch ein Lernen an und mit der Erkrankung.

► **Kooperation als Antwort.** Eine systematische Kooperation und professionelle Kommunikation aller Beteiligten „auf gleicher Augenhöhe“ mit den anderen Professionen im Gesundheitswesen ist notwendig, um auf den Gebieten der immer wichtiger werdenden Gesundheitsförderung, Beratung und Patienteninformation hilfreich wirken zu können. Aufmerksam müssen aktuelle Tendenzen einer neuen Arbeitsteilung (Stichwort: Substitution), wie die Steuerung von Prozessen und Übernahme ausgewählter ärztlicher Aufgaben durch Pflegenden, beobachtet werden. Originäre pflegerische Aufgaben dürfen nicht unbegrenzt patienten- und bewohnerfernen Tätigkeiten geopfert werden. Die Profession Pflege ist kein Anhängsel im Gesundheitswesen, sondern eine eigenständige Profession.

► **Chance zur Weiterentwicklung.** Das pflegerische Handlungsfeld wird sich weiter spürbar verändern. Nicht allein die Tätigkeit im Krankenhaus macht Pflege aus, sondern bereichsübergreifende integrierte Versorgungsformen gewinnen an Bedeutung und stellen uns vor zukünftige Herausforderungen. In diesem vernetzten System kommt es auf gelungene Kommunikation, Koordination und Kooperation zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Bereichen an. Die Bedeutung der „häuslichen Pflege“, auch durch wertgeschätzte geschulte und von den Professionellen akzeptierte pflegende Angehörige, stellen wir deswegen immer wieder exemplarisch heraus.

Liebe Leserinnen und Leser, Sie haben sich für einen Beruf entschieden, dem nicht nur eine hohe gesundheitsbezogene, sondern gleichfalls eine entsprechende gesellschaftliche Bedeutung zukommt. Daher lohnt es sich auch in besonderer Art und Weise, sich aktiv in der Weiterentwicklung des Berufes zu engagieren. Das beginnt bereits in der Ausbildung und setzt sich durch die Bereitschaft, auch anschließend fachlich kontinuierlich „am Ball zu bleiben“, fort. Letztlich dient dies alles der Gewährleistung der Qualität der Patientenversorgung.

Wir wünschen Ihnen nun für Ihre Ausbildung und spätere Berufstätigkeit viel Motivation, gesellschaftliche Anerkennung und Freude.

Mainz/Berlin/Münster, Sommer 2020
Susanne Schewior-Popp
Franz Sitzmann
Lothar Ullrich

Geleitwort von Franz Wagner

„Nichts ist so beständig wie der Wandel“ – das gilt auch für den Pflegeberuf. Seit der 1. Auflage dieses Buches, das vor fast 50 Jahren erstmals erschienen ist, hat sich viel in der Pflege getan. Der Vergleich der Inhalte über die Auflagen hinweg erlaubt einen Einblick in Entwicklungen und Trends der beruflichen Pflege.

Pflege ist ein Heilberuf und versteht sich selbst als Profession. Darin begründet sich auch der Anspruch an sich selbst, wie er sich zum Beispiel im Ethikkodex des International Council of Nurses (ICN) darstellt. Daraus leitet sich aber auch die Vorstellung von der Rolle und Stellung der beruflichen Pflege in der Gesundheitsversorgung und bei Pflegebedürftigkeit ab. Jüngster Ausdruck der Profession ist die Gründung von Pflegeberufekammern in Deutschland. In drei Bundesländern bestehen zum Zeitpunkt der Drucklegung dieses Buches Pflegeberufekammern. Zwei weitere sind auf dem Weg.

Pflege übernimmt die Verantwortung für die Qualität der pflegerischen Versorgung, das eigene Tun und das begründete Abweichen von Standards. Dazu benötigen wir Ergebnisse der Pflegeforschung und die Fähigkeit, diese Forschungsergebnisse zu verstehen und im jeweiligen Versorgungskontext anzuwenden. Das ist keine geringe Anforderung! Deshalb ist umso wichtiger, dass beruflich Pflegenden gut qualifiziert sind. Pflegen kann nicht jeder! Das gilt sowohl für Aspekte der Persönlichkeit als auch der Fachkompetenz.

Mit dem Pflegeberufegesetz wird die Ausbildung grundsätzlich neu gefasst. Das erfordert ein Umdenken in der Ausbildung und der Pflegepraxis. Eine Ausbildung an Hochschulen ist jetzt regelhaft möglich. In der Konsequenz wird sich auch die Spezialisierung in der Pflege weiterentwickeln und wir werden Master-

Studiengänge mit klinischem Fokus haben. Die erweiterte Pflegepraxis (Advanced Nursing Practice) ist eine Antwort auf die Defizite in der deutschen Gesundheitsversorgung. Was für Deutschland fast revolutionär wirkt, ist im Großteil der Welt eine Selbstverständlichkeit – auch bei unseren Nachbarn in der Schweiz und in Österreich. Da haben wir noch erheblichen Aufholbedarf.

Das gesellschaftliche Bild der Pflege ist ambivalent. Bei Umfragen erzielt Pflege regelmäßig hohe Anerkennungswerte. Bei der Frage nach der Attraktivität des Berufes rangiert Pflege dagegen weit unten. Während der Corona-Pandemie wurde abends vom Balkon geklatscht und Politik und Medien feierten uns als „systemrelevant“. Wir wissen schon lange, dass wir „den Laden zusammenhalten“. Ob aus den warmen Worten dann auch politische Anerkennung im Sinne von mehr Gehalt, mehr Personal und mehr beruflicher Autonomie wird, bleibt abzuwarten. Es bleibt nach wie vor eine Herausforderung darzustellen, was Pflege tatsächlich leistet. Dabei gibt es so viele tolle Beispiele, wie Pflegefachpersonen selbst mit auf den ersten Blick unscheinbar wirkenden Interventionen die Situation der betroffenen Menschen deutlich verbessern. Und wir haben zunehmend pflegerische Konzepte und Interventionen, die belegbar wirken. Die Unkenntnis vom Beitrag der Pflegefachpersonen zur Versorgungsqualität reicht von Arbeitgebervertretern bis hin zu Abgeordneten im Deutschen Bundestag. Pflegefachpersonen werden noch zu oft als Kostenfaktor und nicht als Leistungsträger betrachtet. Kurzfristig und fehlgeleitet wird auf rein quantitative Argumente geachtet: Wie viele Menschen brauchen wir in der Pflege und was kostet uns das? Beides greift zu kurz. Es kommt

nicht nur auf die Zahl der Köpfe an, sondern auch auf das, was in den Köpfen steckt. Und gute Versorgung ist immer wirtschaftlicher als schlechte Versorgung.

Unser Beruf ist fantastisch und kann in jeder Generation viele Menschen für sich begeistern. Innerhalb der Pflege gibt es eine riesige Auswahl an Entwicklungs- und Spezialisierungsmöglichkeiten. Auch das macht unseren Beruf so interessant. Aber die Rahmenbedingungen müssen sich deutlich verbessern. Durch die demografische Entwicklung mit immer weniger jungen Menschen gibt es einen zunehmenden Mangel an Fachkräften in allen Branchen. Deshalb steht auch die Pflege vor der Herausforderung, Nachwuchs zu gewinnen und Pflegefachpersonen möglichst lange im Beruf zu halten. Aber auch die Pflegenden selbst müssen deutlicher und einiger für eine Veränderung eintreten. Das geht jede einzelne Pflegefachperson an. Und das braucht auch geeignete Instrumente. Pflegeberufekammern in ganz Deutschland sind für mich – gemeinsam mit starken Berufsverbänden und einer Gewerkschaft, die sich für die Pflegenden einsetzt – der Schlüssel dazu.

Eine gute Ausbildung, die ein professionelles Berufsverständnis vermittelt und auf eine lange und erfolgreiche Berufskarriere vorbereitet, bildet das Fundament. Mit dem vorliegenden Lehrbuch wird ein wichtiger Beitrag für eine gute Ausbildung geleistet. Ich wünsche Thiemes Pflege viele Leserinnen und Leser, die ihren geliebten Beruf möglichst lange ausüben werden.

Dr. h.c. Franz Wagner MScN
Präsident Deutscher Pflegerat e.V.
Bundesgeschäftsführer Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK e.V.

Geleitwort von Carsten Drude

Die vorliegende Neuauflage von Thiemes Pflege setzt in konsequenter Art und Weise die etablierten Inhalte dieses Standardlehrbuches für die Pflegeausbildung fort.

Die seinerzeitige Leitstruktur aus dem Ursprungswerk, die sich an den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) orientierte, hat sich über die Jahre der Weiterentwicklung dieses Buches in vielerlei Hinsicht als ganzheitliches Ordnungssystem bewährt. Diese Struktur wurde bereits in der letzten Auflage in Form eines generalistischen Ansatzes erweitert, um so auch den aktuellen Entwicklungen und Anforderungen der Pflegeberufe zu entsprechen. Es hat sich gezeigt, dass diese Denkrichtung richtig war und konsequent weiterverfolgt wird.

Der Pflegeberuf befindet sich nach wie vor im Wandel. Der Blick auf den beruflichen Nachwuchs nimmt dabei eine ganz besondere Rolle ein. Gerade bei der Betrachtung der Generationenphänomene wird deutlich, dass sowohl die zukünftigen

Auszubildenden als auch die Studierenden der Pflege Orientierung und Halt benötigen. Im beruflichen/bildungstheoretischen Fokus kann Thiemes Pflege hier einen wichtigen Beitrag leisten. Mit dem Jahresbeginn 2020 trat das Pflegeberufegesetz in Kraft. Die drei ursprünglich getrennten pflegerischen Berufe Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege wurden zu einem gemeinsamen (generalistischen) Pflegeberuf zusammengeführt, der mit der Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau/Pflegefachmann“ auch den aktuellen Ansprüchen gerecht wird. Für die weiterhin möglichen Spezialabschlüsse „Gesundheits- und Kinderkrankenpflege“ und auch „Altenpflege“ sind die relevanten Aspekte ebenfalls in Thiemes Pflege zu finden.

Die etablierten und weiterhin gültigen Inhalte der vorhergehenden Auflage von Thiemes Pflege wurden zu Recht in ihrer Ursprungsform belassen. Die aktuellen beruflichen Entwicklungen fanden aber

natürlich Einzug in die Neuauflage: Dieses wird insbesondere im ersten Kapitel „Ausbildung und Beruf“ deutlich.

Trotz der rasanten Entwicklungen im multimedialen Bereich hat sich gezeigt, dass die Leserin/der Leser nach wie vor das Buch als Medium sehr schätzt. Dies ist in der Pflegeausbildung nicht anders. Seit dem Beginn der Corona-Pandemie im Frühjahr 2020 wurde zudem sehr schnell deutlich, dass es für Lernende und Lehrende wichtig ist, sowohl im analogen als auch im digitalen Bereich Zugang zu aktueller Pflegeliteratur zu haben. Thiemes Pflege ist dabei als umfassendes Lehrwerk ein unverzichtbarer Bestandteil dieser gemischten Lernumgebung geworden.

Carsten Drude, M.A.
Vorsitzender des Bundesverbandes
Lehrende Gesundheits- und
Sozialberufe (BLGS) e. V.
Geschäftsführer der Franziskus
Gesundheitsakademie Münster

Die ATL – ein Plädoyer von Liliane Juchli und Ursula Geißner

Die ATL (Aktivitäten des täglichen Lebens) – eine Ordnungsstruktur im Kontext eines ganzheitlichen Menschenbildes

Liliane Juchli

Zur Bedeutung der ATL, wie ich sie im Verlaufe meiner Arbeit am Krankenpflegelehrbuch über eine Zeitspanne von mehr als 25 Jahren (1969 – 1997) entwickelt und beschrieben habe, möchte ich einige Grundüberlegungen an den Anfang stellen.

1. Die Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL, engl. ADL = Activities of Daily Living) sind zwölf Elemente, die zwar als Ordnungsstruktur ein umfassendes Pflegeerfassungsinstrument sind, das aber nicht isoliert, sondern nur als Teil eines ganzheitlichen Pflegemodells zur Anwendung kommen sollte.
2. Die Orientierung an den ATL ist demnach ein methodischer Zugang zur Erfassung des Menschen – ob gesund oder krank. Sie bleibt so lange ab „strakt, solange sie nicht in Beziehung gebracht wird mit dem Grundsatz jeglichen Lebens in seiner Lebendigkeit, wie auch in seiner steten Entwicklung und Veränderung.
3. Das Leben lässt sich nicht in Begriffssystemen und Ordnungsstrukturen einfangen, aber wir brauchen diese, um menschliche Fähigkeiten, Ressourcen und Probleme erfassen und beschreiben zu können.
4. In der Wahl eines Systems treffen wir eine Grundsatzentscheidung, die aber erst wirksam wird, wenn wir sie einlösen. Diese Einlösung aber kann so oder so geschehen. Das heißt: Ich verhalte mich, und indem ich mich verhalte, greife ich in Situationen ein.
5. „Sich verhalten“ ist ein Beziehungs Ausdruck des Menschen in der Welt. Dies kommt insbesondere in der zwischenmenschlichen Begegnung – im Sein und im Handeln – zum Ausdruck. Die menschliche Begegnung ist somit die essenzielle Basis der Pflege überhaupt. Mein Kernwort „**Ich pflege als die, die ich bin**“ verbindet demnach die Art und Weise, wie ich den Menschen sehe, wie ich auf ihn zugehe, und bestimmt die davon abgeleitete Sorge und Pflege. Die Ordnungsstruktur ATL kann und darf demnach nicht isoliert vom zugrunde liegenden **Menschenbild** betrachtet werden.

6. Der kranke Mensch, der Pflege braucht, ist darauf angewiesen, dass er ganzheitlich gesehen wird. Ohne diesen Zusammenhang kann jedes Tun zur Funktion und können selbst die ATL zur reinen Technik werden. Unverzichtbar ist und bleibt deshalb die Frage nach **dem Menschen in seiner Ganzheit**. Damit steht und fällt eine sinnvolle Anwendung der ATL als vertretbare und taugliche Grundlage sowohl für die Erfassung und Beschreibung von „Pflege-diagnosen“, wie auch die „Anwendung von Assessment-Strategien“ in der Pflege, wo es um das konkrete Umsetzen des Pflegeprozesses geht (erfassen, einschätzen, steuern und bewerten).

Ein ganzheitliches Pflegemodell, wie ich es verstehe, basiert somit auf

- einer **Theorie**, in diesem Fall auf der ganzheitlichen Sichtweise vom Menschen, wie sie in der 8. Auflage „Pflege und Theorie der Gesundheitsförderung und Pflege Kranker“ beschrieben wurde, und
- einem **Instrument**, das wir auch als Ordnungsstruktur bezeichnen können. Ich habe dafür die 12 Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) gewählt (mehr darüber s. u.).

Alle Modelle haben eines gemeinsam: Sie erfassen nie das Ganze. Dies gilt für jeden Erklärungsversuch, sei dieser bezogen auf das Weltbild, das Menschenbild, das Gottesbild oder ein Pflegeleitbild.

Zwar versuchte ich über Jahrzehnte – von Auflage zu Auflage – eine Sichtweise vom Menschen in seinen Bezügen darzulegen wie auch deren Beziehung zu den ATL in ihrer Verknüpfung untereinander aufzuzeigen. Was ein Buch aber nicht leisten kann, ist die Umsetzung, deren Wirksamkeit im Pflegealltag abhängig ist von den Menschen/den Pflegenden, die ein Instrument gebrauchen.

- **Menschenbild und Pflegeleitbild.** Es ist hier nicht der Ort, um meine Theorie vom Menschen zu beschreiben oder zu begründen. Kurz zusammengefasst sehe ich den Menschen in seinen Bezügen
- zu sich selbst/zur Eigenwelt (Biografie, aktuelle Lebenssituation),
 - zum Mitmenschen/zur Mitwelt (soziales Netz),
 - zur Natur und den Dingen/zur Umwelt (Ökologie und Lebensraum) und
 - zum ganz Anderen, dem Göttlichen/der Überwelt (religiöse, spirituelle Dimension).

Es ist mir bewusst, dass auch die beste Beschreibung vom Menschen in seiner Ganzheit hinter der Wirklichkeit zurückbleibt und sie immer nur ein fragmentarischer Erklärungsversuch sein kann. Das war mir vor 25 Jahren ebenso bewusst, wie es mir heute noch immer ist. Vielleicht bin ich dabei einfach etwas bescheidener geworden meinen eigenen Bemühungen gegenüber, wie auch gegenüber den Erklärungsversuchen, die uns die Wissenschaft anbietet.

Es bleibt aber auch im 21. Jahrhundert wahr. Jedes Modell bleibt eine leere Hülle, wenn es nicht das Leben und das Lebendige ins Zentrum rückt. Auch der Begriff „Ganzheitlichkeit“ lässt sich im Letzten nicht beschreiben, stehen doch auch die Wissenschaftler vor einem im Letzten nicht Benennbaren, wenn sie zu erklären versuchen, dass „das Ganze mehr ist als die Summe seiner Teile“ (H. P. Dürr, Atomphysiker).

► **Aktivitäten des täglichen Lebens.** Die Auseinandersetzung sowohl mit den altgriechischen Gesundheitsmodellen wie auch mit den neueren Erkenntnissen in der Heilkunde und Pflege hat mein Denken immer wieder neu herausgefordert. Diese stete Neuorientierung lässt sich im Vergleich der verschiedenen Auflagen des Buches „Pflege“ leicht feststellen.

So habe ich in der 2. Auflage (1972) den „Regelkreis gesunden Lebens“ ein erstes Mal thematisiert, damals noch in Anlehnung an die Bedürfnispyramide von A. Maslow und den von Virginia Henderson in den Grundregeln der Krankenpflege beschriebenen „Grundbedürfnissen des Menschen“. Die nachdenkende Beschäftigung mit den Grundelementen der alltäglichen Wirklichkeit des Lebens, anlässlich einer eigenen schweren Krankheit und eines nachfolgenden zweijährigen Einsatzes in der Pflege, haben mich 1981 veranlasst, die Bezeichnung „Grundbedürfnisse“ zu ändern und von „Aktivitäten des täglichen Lebens“ zu sprechen.

Als „unterstützende und stellvertretende Übernahme“ sind sie seit der 4. Auflage, als Umsetzungsinstrument (Ordnungsstruktur) eines ganzheitlichen Menschenbildes, ein unverzichtbares Merkmal meines Pflegekonzeptes. Ich habe die Benennung und Bedeutung der einzelnen ATL im Verlauf der Jahre nur unwesentlich verändert und kann auch heute noch vollumfänglich dahinterstehen. **Die ATL sind und bleiben ein Ausdruck des Lebens, und die Pflege dient dem Leben.**

► **Die ATL aus heutiger Sicht.** Ich versuche im Folgenden auf einige kritische Punkte hinzuweisen:

- Mit dem Kriterienkatalog bzw. mit der Ordnungsstruktur der ATL ist sowohl die Gesundheit wie die Pflege- und Rehabilitationsbedürftigkeit eines Menschen bzw. eines Patienten umfänglich erfassbar, wodurch die Pflegediagnose, -planung und -evaluation möglich sind. Mit anderen Worten: Erfassung, Wirksamkeit und Qualitätssicherung können gleichermaßen sichtbar gemacht werden.
- Mehr als früher würde ich aber heute betonen, dass die einzelnen ATL sich gegenseitig beeinflussen und die Kompetenzstufen (Grad der Selbstständigkeit und Selbstkompetenz) sich ergänzen und gegenseitig beeinflussen.
- Das Konzept der ATL wird immer dann ins Leere laufen, wenn wir nur auflisten würden, was wir sehen, und nicht gleichzeitig nach der **Bedeutung** fragen.
- Die ATL sind nur dann ein gutes Instrument zur Datenerhebung, wenn wir die Fakten in Bezug zum Menschen, als ganzheitlichem Wesen, sehen mit Blick auf alle seine Beziehungen und Bezüge (s. o. Menschenbild und Pflegeleitbild). Das heißt, dass wir den Menschen als Träger einer individuellen Geschichte erkennen, die das, was jetzt ist, beeinflusst und mitbestimmt hat. Die Wirksamkeit im Gebrauch eines Instrumentes, auch der ATL, ist demnach gebunden an die Reflexionsfähigkeit der Pflegeperson. Wichtig ist nicht, **was** wir fragen, welche Fakten wir sammeln, sondern **wie wir Fragen stellen** und wie wir Zusammenhänge sehen und bewerten, um darauf situationsgerecht antworten zu können.

► **Ein Beispiel zur ATL „Sich bewegen“.** Datenerhebung im Fragen nach Fakten:

Der Patient klagt über Gehprobleme, er kann nur am Rollator gehen.

Im Unterschied dazu: Datenerhebung mit Blick auf die konkrete Situation dieses Menschen, in der Frage nach der Bedeutung des Problems. Es treten dabei neue Gesichtspunkte in den Vordergrund:

Der Patient hat intakte Bewegungsimpulse, ist aber vor drei Wochen gestürzt, hat Angst vor erneutem Fallen und verspannt nun seinen gesamten Gehapparat.

Eruiert wird hier nicht einfach ein Problem, sondern der eigentlich **Handlungsbedarf** des Patienten in der konkreten Ist-Situation.

Was ich mit diesem Beispiel aufzeigen möchte, ist dies: Mit der Veränderung der Wahrnehmung verändert sich auch die Beschreibung der Pflegediagnose und -planung, man spricht heute von „Pflegeassessment“. Eine große Bedeutung ha-

ben dabei die sog. Assessmentinstrumente, da diese innerhalb des Pflegeprozesses Aussagen zur Qualität ermöglichen.

Eine Pflegediagnose und -planung ist das Endprodukt einer Analyse der Situation des Patienten und der Beurteilung seiner Lage in Bezug auf Fähigkeiten, Ressourcen und Probleme. Dazu sind die ATL auch heute noch (neben anderen Konzepten) ein brauchbares Mittel zu einer ganzheitlichen Einschätzung und Bewertung von pflegebezogenen und situationsgerechten Aspekten.

Thiemes Pflege, Liliane Juchli und die ATL

Ursula Geißner

Die Abkürzung ATL für „Aktivitäten des täglichen Lebens“ ist deutschsprachigen Pflegenden vertraut. Liliane Juchli hat sie 1969 in das Lehrbuch der Pflege im Thieme-Verlag eingeführt und populär gemacht.

Tradition und Verbreitung sind gute Gründe, bei einem bewährten Konzept zu bleiben. Aber auch bewährte Konzepte sind bei jeder Neuauflage eines Lehrbuches immer wieder neu zu überdenken, ganz im Sinne von Liliane Juchli:

„Ich selbst habe von Auflage zu Auflage dazugelernt, habe mich mit den neuen Erkenntnissen auseinandergesetzt und nie aufgehört, im konkreten Praxisfeld der Pflege Erfahrungen zu sammeln, Gewohnheiten zu hinterfragen und Alternativen zu wagen“, schreibt sie im Geleitwort zur 9. Auflage, als sie ihr Werk in die Hände der nachfolgenden Herausgeber legte (Thieme, Stuttgart, im Juli 2000).

In diesem Sinne ist es nicht nur gerechtfertigt, sondern auch gefordert, das Konzept der ATL zu überdenken. Passt dieses Konzept noch zu der durch Forschung und Wissenschaft weiterentwickelten Pflege? Passt es noch zu den Anforderungen an Pflegenden, deren professionelles Handeln mitbestimmt wird durch verkürzte Verweildauer im Krankenhaus, durch den ökonomischen Druck, der auf der ambulanten wie stationären Pflege lastet, auf die Zunahme pflegeintensiver alter Patienten und der geforderten Anpassung an die Fortschritte der Medizin und der Technik?

Auch deshalb lohnt es sich, die ATL auf ihren Sinn und ihren Wert für die Pflege heute zu reflektieren.

► **„Vom Gesunden zum Kranken“.** Grundlegend für das Konzept der ATL ist, dass das menschliche Leben in gesunden und kranken Tagen im Zusammenhang gedacht wird. Die ATL befassen sich deshalb immer zuerst mit dem **gesunden**

Menschen sowie mit dem förderlichen Lebensstil und der gesund erhaltenden Lebensqualität (...).

Die Grundlage der Pflege wäre demnach (in Anlehnung an die alte Heilkunst) die „**Kunst, Lebensqualität zu ermöglichen**“. Mit anderen Worten,

- Gesundheit zu kennen, zu bewahren, zu fördern,
- Gesundheit zu lehren und zu lernen und
- unterstützend einzugreifen, wo Menschen Hilfe brauchen.

Darin wird sichtbar: Der Pflege vorangestellt ist die **Prävention**, d. h. die Aufgabe,

- Gesundheit zu fördern,
- Krankheiten vorzubeugen und
- Prophylaxen zu betreiben.

Ganzheitliche Gesundheits- und Krankenpflege umfasst die Sorge für das Gesunde **und** die Pflege des Kranken, d. h., es müssen alle drei Stufen der Prävention berücksichtigt werden:

- **Primäre und sekundäre Prävention:** Unterstützen der ATL dort, wo Menschen Hilfe brauchen, sei es als Gesundheitsbildung oder Förderung, im Entdecken und Aktivieren von Ressourcen, im Bewusstmachen von Risiken, im Verhüten von Gefahren.
- **Tertiäre Prävention:** Begleiten in Krisensituationen des Lebens, dort, wo Menschen nicht (mehr) selbst zurechtkommen und/oder neue Lebenswirklichkeiten erarbeitet werden müssen, sei es als Leben mit Krankheit, mit bedingter Gesundheit, mit Behinderung: Hoffnung ermöglichen, damit Leben bis zuletzt und unter allen Umständen menschenwürdig bleibt.

„Das Umgehen mit den ATL ist vor solchem Hintergrund eine große Herausforderung an uns – in unserem eigenen Gesundheitsverhalten wie in der beruflichen Pflege“ (Juchli, Pflege 1994, S. 49 – 50).

► **Ein Beispiel.** Wie Liliane Juchli sich diesen Zusammenhang von Gesundheit und Krankheit vorstellt, kann am besten an ihren eigenen Ausführungen festgemacht werden.

► **Atmen (ein Auszug).** „Der gesunde Mensch soll in erster Linie eine gesunde Luft zum Einatmen zur Verfügung haben. Die ganze Problematik der bloß produktiven Nutzung der Natur ist damit angesprochen, die, so wie sie in unserem Jahrhundert gehandhabt wird, Umweltverschmutzung, Tod der Gewässer und Ausbeutung des Bodens zur Folge hat. Gesunderhaltung ist demnach ein Postulat,

das alle angeht und auf der Stufe des Individuums (Rauchen, Energieverbrauch usw.) ebenso verwirklicht werden muss wie auf politischer Ebene (sinnvolle Nutzung der Natur).

Der **Kranke**, welcher die Unterstützung bei der Atmung bedarf, ist sehr krank. Atemstörungen treffen den Menschen vital (Vitalfunktion) und existenziell. Atembehinderung ist, wie es der Name für die schwerste Störungsform aussagt, eine *Not. Atemnot* ist damit immer von existenzieller Angst (Todesangst) begleitet. Es handelt sich dabei um eine Angst, die nicht wegdiskutiert oder weggenommen werden kann. Atemunterstützende Maßnahmen (Behandlung) wie Sauerstoffzufuhr, Oberkörperhochlagerung, Luftbefeuchtung usw. sind nur ein Bruchteil der Not abwendenden Maßnahmen. Betreuung und Begleitung sind ebenso wichtig. Der Atembehinderte braucht Luft (Sauerstoff, frische Luft = gelüftetes Zimmer), genügend Raum (er darf sich nicht eingeeengt fühlen) und menschliche Zuwendung: eine gute Atmosphäre“ (Juchli 1998, S. 78).

► **Die interne Systematik.** Pflegende in der Ausbildung, aber auch ausgebildete Pflegende können sich, wenn sie dem Anspruch dieser Betrachtungsweise der ATL gerecht werden wollen, überfordert fühlen: „An was alles muss man denken, wenn man einem Kranken begegnet, das geht doch im Alltag gar nicht“, so oder so ähnlich stöhnen sie.

Deshalb weichen viele Pflegende aus: Sie achten nur noch auf die Symptome und konzentrieren sich auf die Symptombehandlung.

Sind sich Pflegende allerdings weiterhin bewusst, dass die Behandlung eines Symptoms nur eine sicherlich notwendige Handlung ist, dass aber der Heilungsprozess viel mehr erfordert, dann wissen sie, dass sie

- sich politisch engagieren sollten, wenn die Luft zum Atmen verschmutzt ist, und
- individuell beraten sollten, wenn die Atembeschwerden durch ein verändertes Verhalten abnehmen könnten.

Dann denken sie daran, wie stark Atemnot beängstigend und existenziell bedrohlich erlebt wird und werden ihre Begleitung und Betreuung und menschliche Zu-

wendung anbieten in den Zeiten dieser durch Atemnot ausgelösten Angstzustände.

Liliane Juchli weist auch darauf hin, dass alle diese typischen und unverwechselbaren Pflegehandlungen etwas mit der „guten Atmosphäre“ zu tun haben, wobei sie den Begriff Atmosphäre (= Luft) im übertragenen Sinne gebraucht.

Pflegende können umso besser in den beängstigenden Situationen der Kranken unterstützend und beruhigend tätig sein, je mehr sich alle im Team, in der interdisziplinären Zusammenarbeit bemühen, eine „gute Atmosphäre“ herzustellen. Dann herrscht eben ein „gutes Klima“.

Auch darauf legt das Konzept ATL großen Wert im Sinne von Gesundheitspflege.

► **Reflexion und Bewusstsein.** Die ATL halten im Bewusstsein, dass das, was allen Menschen in ungetrübten, gesunden Tagen so selbstverständlich erscheint, als „Aktivitäten des täglichen Lebens“ – das alltägliche Leben nämlich – abhängig ist

- von der Umwelt,
- von den anderen,
- vom eigenen Körper und
- von Seele und Geist.

Oft treten diese Abhängigkeiten erst ins Bewusstsein, wenn Störungen auftreten, dann erst werden sie dem Menschen bewusst und geschätzt.

Pflegende können, wenn sie das Bewusstsein dieser Abhängigkeiten und Zusammenhänge haben, mit den Kranken nach den Ressourcen suchen, sie finden helfen oder zu ersetzen versuchen. Und auch sie selbst sollten die Möglichkeit erhalten oder sich bewahren, alle ihre lebendigen Kräfte zu pflegen.

► **Gesundheits- und Krankenpflegerin, Gesundheits- und Krankenpfleger.** Die seit 2004 in Deutschland eingeführte Berufsbezeichnung entspricht dem Konzept der ATL. Durch sie wird deutlich ein Anspruch erhoben, der eben nicht nur die symptomorientierte Behandlungspflege im Akutzustand einer Erkrankung erwartet und fordert, sondern

- Prävention und Prophylaxe,
- Behandlung, Betreuung und Begleitung sowie
- Rehabilitation als professionelle pflegerische Handlungen bewertet.

► **Die Konsequenzen.** Wenn Pflegende darüber klagen, dass sie den auch von ihnen gewünschten ganzheitlichen Blick in der bedrängten Situation der „immer mehr Patienten in immer kürzerer Zeit“ nicht gewachsen sein können, auch wenn sie es wollten, dann kann die Folgerung nicht sein, dass sie auf das Konzept der ATL verzichten, sondern sich dort hörbar und argumentativ einsetzen, wo Änderungen ermöglicht werden können. Es kann doch keiner aus der eigenen Berufsgruppe erwarten, dass Pflegende auf ein umfassendes Konzept von Pflege verzichten und damit ihren Beruf minimalisieren und zu einem reinen Assistenzberuf machen!

Dass auch in der Pflege nicht alles auf einmal bedacht und gemacht werden kann, das ist eine Einsicht, die in vielen Berufen, vor allem in denen, die mit Menschen zu tun haben, zu Gewichtigungen und Reihungen in der Zeit auffordert.

So werden in Pflegeplänen Prioritäten gesetzt, für individuell unterschiedliche Patienten werden die Pläne aktualisiert und in der Pflegeprozessreflexion adäquat verändert.

Gäbe man das Konzept der ATL auf, dann bestünde die Gefahr, dass Pflegende die Perspektive auf den Gesamtzusammenhang, auf den ganzen Menschen gar nicht mehr in den Blick nähmen.

Dieser Gefahr sollte kein Kind, keine Frau und kein Mann je ausgesetzt werden, wenn sie Hilfe brauchen, gepflegt werden sollen. Jedem Kranken sollte gerade durch die gut ausgebildeten Gesundheits- und Krankenpfleger die Chance gegeben werden, dass sein Leben mit Leiden und Freuden bis zum letzten Atemzug betreut und begleitet und somit geachtet wird.

THIEMES Pflege hat also die besten Gründe, das Konzept der ATL in der bewährten Tradition der Pflegebücher von Liliane Juchli beizubehalten. Es auch zu verteidigen in dem Engagement für die Pflegenden und damit auch für die Kranken.

Zürich/St. Märgen, März 2017
Sr. Liliane Juchli und Dr. Ursula Geißner

Warum mit „Fällen“ lernen?

Susanne Schewior-Popp

Die Pflegeausbildung dient Ihnen dazu, sich auf den Beruf vorzubereiten und sich dafür zu qualifizieren. Sie haben dabei mit Menschen zu tun, die aus verschiedenen Gründen in eine Klinik eingewiesen werden, die teilstationär oder ambulant versorgt oder in einer Einrichtung der Altenhilfe betreut werden.

Diese Menschen bedürfen einer individuellen, auf ihre ganz spezifische Bedarfslage ausgerichtete Pflege. Um so pflegen zu können, benötigen Sie pflegerisches Wissen, Können und Erfahrung. Wir sprechen in diesem Zusammenhang auch von pflegerischer Handlungskompetenz. Ziel der Ausbildung ist es also, dass Sie pflegerische Handlungskompetenz in möglichst fundierter und umfassender Weise erlangen.

Welche Wege sind besonders sinnvoll und wirksam, wenn ich Kompetenzen erlangen will?

Neben den auch aus der allgemeinbildenden Schule bekannten und bewährten Möglichkeiten, Konzepten und Methoden bietet sich das Lernen anhand konkreter Pflegesituationen an. Mit solchen „Fällen“ wird ein Stück Pflegealltag in die Schule geholt, denn sie sind reale Pflegesituationen oder sie sind daraus abgeleitet. Für diese Fälle gilt:

- Sie fordern Sie als Schüler auf, Pflegebedarfe zu erkennen, zu identifizieren und zu klassifizieren. Pflegeziele müssen formuliert, Pflegeinterventionen geplant und Pflegewirksamkeit muss überprüft werden.
- Disziplinäre und interdisziplinäre Zusammenarbeit ist erforderlich, Beratungsbedarf muss erkannt und eingelöst werden, Konflikte tauchen auf und fordern Klärungen.
- Patienten, Angehörige oder auch Kollegen zeigen Emotionen oder Reaktionen, die unerwartet sind und vielleicht auch Angst machen, ethische Dilemmata belasten den Arbeitsalltag, die eigene Vorstellung von guter und richtiger Pflege gerät mitunter in Gefahr.

Dies alles ist jeweils sehr individuell auf einen bestimmten Patienten bzw. eine bestimmte Situation ausgerichtet. Natürlich gibt es in den Einrichtungen auch Standards und Regeln, die unabdingbar für gute Pflege sind, aber sie allein reichen eben nicht aus.

Merke

Arbeiten mit Fällen ist so etwas wie pflegerisches Probedenken und Probehandeln. Arbeiten mit Fällen ist damit gleichzeitig auch ein sinnvoller Weg, die viel beschriebene Kluft zwischen „Theorie und Praxis“ kleiner werden zu lassen.

„Fälle“ bieten wichtige Ankerpunkte, um handlungsorientiert zu lernen. Kurz gefasst geht es dabei um Lernen für das Handeln (im Beruf) und Lernen durch Handeln (möglichst eigenständiges und aktives Lernen). Und nicht zuletzt sind auch die Examensprüfungen zu nennen, die im schriftlichen und mündlichen Teil nicht reines Wissen abfragen, sondern ganz überwiegend fallorientiert gestaltet sind (Literatur zur fallorientierten Prüfungsvorbereitung findet sich im Literaturverzeichnis).

Aus all diesen Gründen treffen Sie, liebe Schülerinnen und Schüler, in diesem Lehrbuch immer wieder auf Fallbeschreibungen, die Sie zur Bearbeitung mithilfe einzelner oder mehrerer Kapitel dieses Buches auffordern. Das gilt in besonderem Maße für die sich anschließenden Aktivitäten des täglichen Lebens (ATLs), denen jeweils ein Fallbeispiel vorangestellt ist.

Fallarten: verschiedene Zielsetzungen – verschiedene Bearbeitungswege

Falldarstellungen können ganz unterschiedlich sein und sie können auch verschiedenen Unterrichtszielen dienen. Wenn Sie diese Ziele erreichen wollen, müssen Sie in aller Regel einer bestimmten methodischen Vorgehensweise folgen.

► **Die illustrative Krankengeschichte.** Häufig werden sog. Krankengeschichten eingesetzt. Sie beschreiben mehr oder minder lückenlos einzelne oder mehrere Phasen der Versorgung eines Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung.

Merke

Illustrative Krankengeschichten dienen vornehmlich dazu, Ihnen Sachverhalte und Ereignisse zu veranschaulichen.

Dabei bildet die einzelne Krankengeschichte quasi eine Rahmenhandlung

für den Unterricht. Einzelne Aspekte daraus werden aufgegriffen und im Lehrervortrag, in der Kleingruppe oder im Unterrichtsgespräch bearbeitet. Ihr Lehrer hat dabei die „Bearbeitungsregie“, er steuert die Vorgehensweise.

► **Problemlösungs- und reflexionsfördernde Fallarten.** Um Sie auf einem aktiven und eigenständigen Lernweg zu unterstützen, bieten sich 4 Arten fallbezogenen Unterrichts besonders an. Die oben beschriebene „illustrative Krankengeschichte“ dient eher dazu, Ihnen Sachverhalte und Ereignisse zu veranschaulichen. In Anlehnung an E. Steiner lassen sich verschiedene Arten von fallbezogenem Unterricht unterscheiden (Hundenborn 2007):

1. **Fallmethode:** Fälle, die zur Lösung eines Problems auffordern, aber nicht auf das unmittelbare Erleben der Lernenden zurückzuführen sind.
2. **Einzelfallprojekt:** Fälle, die zur Lösung eines Problems auffordern und ihren Ursprung im unmittelbaren Erleben der Lernenden haben.
3. **Falldialog:** Fälle, die das vertiefte Verstehen und Analysieren/Deuten/Interpretieren von Situationen fördern, die aber nicht auf das unmittelbare Erleben der Lernenden zurückzuführen sind.
4. **Fallarbeit:** Fälle, die das vertiefte Verstehen und Analysieren/Deuten/Interpretieren von Situationen fördern und ihren Ursprung im unmittelbaren Erleben der Lernenden haben.

Sie sehen: Diese 4 Fallarten unterscheiden sich – etwas vereinfacht – dadurch, welche Kompetenz sie fördern (Problem lösen oder vertieftes Verstehen) und ob sie auf Ihr unmittelbares Erleben zurückzuführen sind oder nicht.

Bei der Fallmethode und dem Einzelfallprojekt geht es primär um die Förderung Ihrer Kompetenz, Probleme zu lösen. Beim Falldialog und der Fallarbeit geht es darum, Ihre hermeneutische (analysierende, verstehende, deutende) Kompetenz zu fördern. Beide Kompetenzbereiche sind sehr wichtig, damit Sie Ihre professionelle pflegerische Handlungskompetenz entwickeln können.

► **Die Pflegesituation als Fallgrundlage.** Konkretes, alltägliches Pflegehandeln geschieht in Pflegesituationen. Was liegt also näher, als Pflegesituationen auch zum Ausgangspunkt fallbezogenen Unterrichts zu machen. So unterschiedlich die einzelnen Pflegesituationen sind, ver-

gleichbar sind auf jeden Fall ihre Strukturmerkmale. Hundenborn und Knigge-Demal haben insgesamt 5 wesentliche Elemente von Pflegesituationen herausgearbeitet (Hundenborn 2007). Diese 5 Elemente sind:

1. die objektiven bzw. objektivierbaren Pflegeanlässe, der Pflegebedarf eines Patienten
2. das subjektive Krankheitserleben und das Verarbeiten der Krankheit durch den Patienten
3. die Interaktionsstrukturen (Patient/Pflegende/Angehörige usw.)
4. die Tätigkeitsfelder und ihre Einbindung in den Kontext (Station, Abteilung, Klinik, Rehaeinrichtung, ambulante Pflege usw.)
5. der Pflegeprozess als ein weiteres wichtiges Merkmal, das nicht den Struktur-, sondern eher den Prozesscharakter betont, innerhalb der pflegerischen Tätigkeit aber entscheidende strukturierende Funktionen hat.

Je nach der gewählten Fallart werden die einzelnen Elemente der Pflegesituation unterschiedlich stark betont:

- Bei *Fallmethode* und *Einzelfallprojekt* stehen Pflegeanlass, Tätigkeitsfeld und Problemlösung im Pflegeprozess im Vordergrund.
- Bei *Falldialog* und *Fallarbeit* sind es eher das subjektive Krankheitserleben, das Verarbeiten der Krankheit und die Interaktions- und Beziehungsstrukturen im Pflegeprozess.

Variieren kann natürlich auch die Art der Erzählperspektive: Ein Fall kann entweder von außen, also von einer Art (neutralem) Beobachter beschrieben werden, aber auch aus der eher subjektiven Ich-Perspektive eines der Betroffenen (Patient, Pflegende, Angehöriger). Je nach Erzählperspektive spielen dabei Objektivität, Subjektivität oder auch Parteilichkeit unterschiedliche Rollen. Dies zu erkennen und zu berücksichtigen ist wichtig bei der Fallbearbeitung.

► **Fälle in diesem Lehrbuch.** In diesem Lehrbuch finden Sie an zahlreichen Stellen Pflegesituationen zu Lernzwecken. Diese Situationen sind zwar speziell für dieses Buch „konstruiert“, dies geschah aber grundsätzlich in ganz enger Anlehnung an reale Situationen. Nach der obigen Unterscheidung von Arten fallbezogenen Unterrichts handelt es sich dabei entweder um Fälle entsprechend der Fallmethode (eher problemlösungsorientiert) oder des Falldialogs (eher deutungsorientiert). Darüber hinaus sind die Lehrenden natürlich aufgefordert, erfahrungsbezogene Lernsituationen zu schaffen, in denen dann auf

der Grundlage der konkreten Schülererfahrungen auch das Einzelfallprojekt oder die Fallarbeit siehe Literatur (S.15) eingesetzt werden können.

Wege zur Fallbearbeitung

Fallbearbeitung kann auf sehr unterschiedliche Weise geschehen. Um Ihnen aber grundsätzliche Bearbeitungshinweise zum Umgang mit den Fällen zu geben, werden im Folgenden jeweils ein Bearbeitungsvorschlag für die eher problemlösungs- bzw. die eher deutungsorientierten Fallarten vorgestellt. Und natürlich ist auch die Verbindung beider Bearbeitungsansätze bezüglich eines Falls denkbar und sinnvoll, also z.B. die Ergänzung einer problemlösungs- durch eine deutungsorientierte Bearbeitung. Bei den im Folgenden dargestellten Vorschlägen zur Fallbearbeitung handelt es sich um zentrale und grundlegende Bearbeitungswege.

► Das Problemorientierte Lernen (POL).

Die Fallbearbeitung nach dem sog. Problemorientierten Lernen (POL) ist sicher die national wie international verbreitetste Vorgehensweise bei eher problemlösungsorientierten Fällen.

Ursprünglich stammt das Konzept als „Problem based Learning“ aus Kanada und wurde in der Mediziner Ausbildung eingesetzt. Es setzte sich dann zunächst im englischsprachigen Raum im Medizin- und Pflegebereich, aber z.B. auch in der Ausbildung von Sozialarbeitern durch und kam dann vornehmlich über die Niederlande und die Schweiz bis in die deutschen Pflegeschulen (vgl. zur Übersicht Fischer 2004). Im POL gibt es verschiedene Aufgabenarten, am häufigsten und typisch ist aber die sog. **Problemlöseaufgabe**. Sie entspricht im Wesentlichen der oben beschriebenen lösungsorientierten Fallmethode. Das Ziel der Fallbearbeitung ist es, das Problem zu lösen.

Wichtig ist aber, dass es nicht unbedingt immer nur *eine* Lösung gibt. Möglicherweise sind auch unterschiedliche Lösungen denkbar. Ziel eines solchen Vorgehens ist also nicht primär ein „Richtig oder Falsch“, sondern eine fach(wissenschaftliche), theoretisch fundierte und begründete Entscheidung. Der Weg zu dieser Entscheidungsfindung geschieht in 7 Bearbeitungsphasen, dem sog. „Siebensprung“.

► **Der Siebensprung.** Der Siebensprung ist eine genau beschriebene Vorgehensweise zur Problemlösung (vgl. z.B. Fischer 2004). Er ist in 7 Schritte unterteilt, die bis auf einen Schritt (Schritt 6) komplett in Kleingruppenarbeit erfolgen.

► **Arbeit in Kleingruppen.** Die Größe der Kleingruppen kann zwischen 4 und 10 Schülern variieren, sollte innerhalb einer Lerngruppe aber gleich sein. Sinnvoll ist es auf jeden Fall, einen Gesprächsleiter und einen Protokollanten innerhalb jeder Kleingruppe zu bestimmen. Das machen die Kleingruppen selbst.

• **Gesprächsleiter:** Er hat die Aufgabe, der Kleingruppe zu helfen, strukturiert vorzugehen. Er leitet durch die 7 Schritte und achtet auf deren korrekte Einhaltung. Er fasst ggf. einzelne Punkte zusammen, achtet auf eindeutige Formulierungen, stellt weiterführende Fragen, regt die Diskussion an und vermittelt ggf. zwischen den einzelnen Gruppenmitgliedern.

• **Protokollant:** Er fasst die wesentlichen Ergebnisse in den einzelnen Schritten schriftlich zusammen. Er achtet dabei auf Vollständigkeit und korrekte Wiedergabe. Vermeiden sollte er eigene subjektive Einschätzungen. Wenn er unsicher ist, fragt er bei den Gruppenmitgliedern bzw. beim Gesprächsleiter nach.

► **Die einzelnen Schritte.** Eine Vorgehensweise entsprechend dem Siebensprung bietet sich z.B. bei den Falldarstellungen im Vorspann der ATLs „Sich Waschen und Kleiden“, „Wachsein und Schlafen“, „Essen und Trinken“, „Ausscheiden“, „Sich Bewegen“, „Atmen, Puls und Blutdruck“ sowie „Körpertemperatur Regulieren“ an. Hier geht es primär um die Suche nach pflegerischen Lösungsmöglichkeiten, also um Pflegebedarf bzw. -diagnose, Zielsetzung und Interventionsplanung. Allerdings sollten auch bei diesen Fällen nicht nur das rein „technische“, also das pflegerische Vorgehen und Handling berücksichtigt werden. Fragen des Erlebens und der Interaktion sind ebenso wichtig und zu berücksichtigen, wenn es um die Problemlösung geht. Hier können die Hinweise zur deutungs- und verstehensorientierten Bearbeitung (S.14) weiterhelfen. Das entsprechende ATL-Kapitel bietet schwerpunktmäßig die wesentlichen Informationen insbesondere für die Recherche im Schritt 6, natürlich sind auch Inhalte aus anderen Kapiteln hilfreich, denn der Pflegebedarf des individuellen Patienten geht in aller Regel über den Bereich der einzelnen ATL hinaus.

► Vorgehensweise beim Arbeiten mit dem „Siebensprung“ in der Kleingruppe

• **Schritt 1:** Klären Sie zunächst, ob Ihnen alle im Fall vorkommenden Begriffe, z.B. Krankheitsbezeichnungen, Medikamenten- oder Laborangaben, diagnostische oder pflegerisch-therapeutische Verfahren, Pflegediagnosen, die im Fall genannt werden, bekannt sind. Klären

und überprüfen Sie gegenseitig entsprechende Definitionen. Halten Sie unbekannte und nicht in der Gruppe zu klärende Begriffe fest.

- **Schritt 2:** Fragen Sie sich in der Gruppe, warum es im vorliegenden Fall eigentlich geht. Welche Fragen müssen gelöst werden, welche sind zwar interessant, spielen hier aber nicht unmittelbar eine Rolle? Versuchen Sie, das Problem zusammenzufassen.
- **Schritt 3:** Klären Sie in der Gruppe, was Sie schon über das Problem wissen. Äußern Sie alle Vermutungen, die Sie haben. Halten Sie fest, was Sie wissen, was Sie nicht wissen und was Sie vermuten. Alle geäußerten Vermutungen, auch wenn sie unterschiedlich sind, sind wichtig.
- **Schritt 4:** Versuchen Sie, Ihr Wissen, Ihr Nichtwissen und Ihre Vermutungen zu sortieren und zu ordnen. Was gehört zusammen? Gibt es Überbegriffe? Stellen sich zusätzliche Fragen?
- **Schritt 5:** Formulieren Sie Lernfragen, stellen Sie sich in der Gruppe Ihre eigenen Lernziele. Dabei können Sie sich an den Überbegriffen aus Schritt 4 orientieren. Formulieren Sie die Lernfragen eindeutig, klar und auf das Problem bezogen.
- **Schritt 6:** In Einzelarbeit suchen Sie nach Antworten auf Ihre Lernfragen. Jeder in der Gruppe macht das selbstständig. Gehen Sie dabei **nicht** arbeitsteilig vor, jeder geht allen Lernfragen nach, teilen Sie die Fragen **nicht** auf. Recherchieren Sie in diesem und anderen Lehrbüchern, Materialien, die Ihnen die Lehrenden zur Verfügung stellen, im Internet, befragen Sie ggf. auch Experten (Ihr Lehrer wird das entsprechend organisieren).
- **Schritt 7:** Kommen Sie wieder in der Kleingruppe zusammen. Tauschen Sie Ihre Rechercheergebnisse aus. Stellen Sie sich gegenseitig Fragen, fragen Sie auch nach den Quellen der Informationen. Achten Sie auf präzise Wiedergabe. Beziehen Sie Ihre Ergebnisse auf das Ausgangsproblem. Welche Lösungsvorschläge haben Sie? Diskutieren Sie diese.

Der eigentliche Siebensprung endet nach Schritt 7, also in der Kleingruppe. Sinnvoll kann es aber sein, noch einen abschließenden Schritt in der Großgruppe anzuschließen:

- **Ergänzender Schritt:** In der gesamten Lerngruppe werden die Lösungsvorschläge und Entscheidungen aus den einzelnen Kleingruppen präsentiert, verglichen, analysiert, diskutiert. Gegebenenfalls werden weitere Lernabsprachen, z. B. für den nächsten Praxiseinsatz oder auch ein gezieltes Training bestimmter pflegerischer Fertigkeiten (sog. Skill-Training, vgl. auch Riedo 2006) verabredet.

Merke

Der Siebensprung funktioniert nur, wenn **alle** Schritte in der genauen Reihenfolge eingehalten werden. Sie dürfen keinen Schritt überspringen, auch wenn Sie einzelne Schritte vielleicht zunächst für überflüssig halten. Keiner der Schritte ist überflüssig; je öfter Sie im POL arbeiten, desto sicherer werden Sie in den einzelnen Schritten. Ihre Lehrerin oder Ihr Lehrer werden Sie in den Kleingruppen unterstützen.



Praxistipp

Hinweis für Lehrende: Neben der Beschäftigung mit POL mittels entsprechender Veröffentlichungen siehe Literatur (S. 15) empfiehlt sich die Teilnahme an POL-bezogenen Fortbildungsveranstaltungen, z. B. auch um die verschiedenen Zeitbedarfe einzuschätzen. Das ist nicht nur für den Unterricht, sondern auch für fallorientierte Prüfungen wichtig. Es ist immer sinnvoll, das ganze Team zu schulen, so können Missverständnisse und Informationsdefizite vermieden werden.



► **Deutungs- und verstehensorientierte Fallbearbeitung.** Der Einsatz von Fällen im Unterricht oder auch in der Praxisbegleitung im Sinne von Falldialog und Fallarbeit (s. die obige Typologie) schließt eine Vorgehensweise nach POL nicht grundsätzlich aus, erfordert aber eine deutungsbezogene Herangehensweise. Im Vordergrund steht nicht so sehr die Entscheidungsfindung, sondern ein Sich-hineinversetzen in die Situation, ein Durchdenken, Nachdenken und der Versuch des Verstehens und Interpretierens einzelner Handlungen, Reaktionen, verbaler und nonverbaler Äußerungen usw. Eine solche Auseinandersetzung geschieht entweder mit real-persönlich erlebten Situationen (Fallarbeit) oder mit zwar fiktiven, aber dennoch realitätsnahen Situationen (Falldialog). Entsprechende Fallbeispiele finden Sie im Vorspann der ATLs „Kind, Mann, Frau sein“, „Sinn finden“, „Raum und Zeit gestalten“ und „Kommunizieren“. Immer handelt es sich dabei um Pflegesituationen, allerdings stehen jetzt weniger die konkreten Pflegeanlässe im Vordergrund, sondern das Erleben und Verarbeiten, die Interaktionsstrukturen und auch die Bedeutung der Institution

(vgl. Hundenborn 2007). Und genau diese Elemente sind auch der Gegenstand der deutend-verstehenden Auseinandersetzung.

► **Mehr als reine Regelerorientierung.** Ingrid Darmann (2005) hat in Erweiterung eines rein regelerorientierten Lösungsansatzes der Fallbearbeitung 3 Zieldimensionen formuliert, die folgende Fragen stellen:

1. „Welches wissenschaftsbasierte Regelwissen können sich Schüler anhand dieser Situation aneignen?“
2. Welche Perspektiven und Deutungen können Schüler anhand dieser Situation rekonstruieren?
3. Welche gesellschaftlichen Widersprüche können Schüler anhand dieser Situation aufdecken?“ (Darmann 2005, S. 332).

Die erste Zieldimension bezieht sich wesentlich auf das fallbezogene Fachwissen, wie es z. B. im oben beschriebenen POL herausgearbeitet werden kann. Die zweite Zieldimension fragt vornehmlich nach Verstehen und Deutung, in der dritten Dimension erfolgt die gesellschaftliche/gesellschaftspolitische Rückbindung des Falls, wie es etwa der Themenbereich 11 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vorsieht. Darmann spricht immer dann von „pflegeberuflichen Schlüsselproblemen“ als Ausgangspunkt von fallbezogenen Lernsituationen, wenn mithilfe eines Falls alle 3 o. g. Zieldimensionen erreicht werden können. Solche Fälle zeichnen sich durch ein hohes Maß an Deutungsoffenheit aus (Darmann 2005).

► Mehrperspektivität der Deutung.

Wenn bei einem Fallbeispiel ganz oder teilweise Verstehen und Deutung im Vordergrund stehen, bieten sich verschiedene Vorgehensweisen an; bei Hundenborn (2007) lassen sich (für die Lehrenden) verschiedene Verfahren und deren theoretische Ableitung im Überblick sehr gut nachlesen. Ein wichtiger Zugang, der dabei immer wieder benannt wird, ist die Mehrperspektivität des Deutens und Verstehens. Darmann (2005) schlägt hier die folgenden Perspektiven vor:

- die der Pflegenden (subjektive und biografisch geprägte Interessen, Gefühle, Motive und Werte)
- die der Patienten und Angehörigen (subjektive und biografisch geprägte Interessen, Gefühle, Motive und Werte)
- die der Institution und des Gesundheitssystems (Interessen und Motive)

Die genannten Perspektiven münden ein in einen kommunikativen Dialog des Fallverstehens und der Urteilsbildung hinsichtlich der Perspektive

- der pflegerischen Handlung.

Die Berücksichtigung dieser 4 Perspektiven ermöglicht es Ihnen, sich zunächst systematisch mit den verschiedenen Sichtweisen auf der Basis dessen, was der Fall Ihnen an Informationen anbietet, ergänzt durch Ihre eigenen Kenntnisse und Erfahrungen, auseinanderzusetzen. Dies geschieht wie beim POL am besten in der Kleingruppe mit Gesprächsleitung und Protokollanten. Alle Gruppenmitglieder sind dabei aufgefordert, ihre Vermutungen, ihr Wissen und ihre Interpretationen zu äußern. Dabei ist es wichtig, auch zu sagen bzw. festzuhalten, wie der Einzelne zu einer bestimmten Deutung gelangt. Wie kommt es zu der Aussage über ein bestimmtes Gefühl, ein Motiv oder einen Wert? Auf welche Textstelle im Fall, auf welches theoretische Wissen bezieht sich die Äußerung des einzelnen Gruppenmitglieds?

In einem echten Dialog (Falldialog) setzen sich die Gruppenmitglieder mit den verschiedenen Auffassungen auseinander, beziehen die verschiedenen Perspektiven aufeinander und kommen schließlich zu einem Verstehen des Falls und zu einer Urteilsbildung. Hierbei ist es wichtig, Alternativen zu benennen und zuzulassen, um schließlich im Sinne einer pflegerischen Teambesprechung zu einer einvernehmlichen Entscheidung zu gelangen oder aber zu der Feststellung, dass mehrere Möglichkeiten des Deutens und Handelns sinnvoll sein könnten, und diese dann auch als potenzielle Optionen stehen zulassen.

► **Der gesellschaftliche Bezug – Reflexion von Deutung und Handlung.** Im Sinne der dritten von Darmann (2005 und 2006) benannten Zieldimension (gesellschaftliche Konflikte und Widersprüche) ist es zum Abschluss bzw. in Ergänzung des Falldialogs oftmals hilfreich und über den einzelnen Fall hinaus weiterführend, die

Frage zu stellen, inwieweit erkannte und aufgezeigte Widersprüche, Konflikte, Interessenskollisionen oder (ethische) Dilemmata beispielhaft für bestimmte beruflich-gesellschaftliche Gegebenheiten stehen. Diese können sich z. B. auf den Umgang von verschiedenen Berufsgruppen mit- oder auch gegeneinander beziehen, auf unterschiedliche Pflegeverständnisse, auf Weltanschauungen, finanzielle Aspekte, Statusfragen usw. Hier sind dann insbesondere auch das Wissen und die Erfahrungen aus Bezugswissenschaften wie Soziologie, Psychologie, Politik oder Ökonomie gefragt.

► **Vom fallbezogenen Unterricht zur persönlichen Kompetenz.** Die Arbeit mit Fällen ist kein Buch mit sieben Siegeln, das hat diese kurze Einführung Ihnen hoffentlich gezeigt. Das, was Sie hier gelesen haben, soll Ihnen als zusammenfassender Leitfaden dienen und keinesfalls eine gründliche Einführung durch Ihren Lehrer ersetzen. Nach einer solchen Einführung können Sie das Arbeiten an und mit Fällen anhand der Beispielfälle im Vorspann der einzelnen ATLS ausprobieren. Wichtig ist, dass alle Fälle in gewisser Weise immer nur Ausschnitte der Wirklichkeit darstellen, indem sie den Fokus bewusst jeweils auf eine ATL legen. Wir als Herausgeber und Verlag haben uns zu einer solchen Vorgehensweise entschieden, damit Sie mit unseren Fällen gezielt lernen können. Die Fälle bilden also immer auch einen Einstieg in ein komplexes Themenfeld. Je nachdem, wie Ihre Lehrer den Unterricht gestalten, ist es mit zunehmendem Ausbildungsstand sicherlich sinnvoll, auch zunehmend komplexere Fälle zu bearbeiten, dies gilt dann ganz besonders für die Examensvorbereitung.

Und nun: Viel Freude und Lerngewinn bei der Bearbeitung der Fälle!

Lern- und Leseservice

- Berens C. POL konkret. Umsetzung der Methode im Unterricht. PADUA 2006; 5: 12–15
- Büscher C, Gronemeyer-Bosse T. Professionelles Handeln und Fallarbeit. Ein fruchtbares Wechselspiel zwischen Praxis und Theorie. PADUA 2009; 3: 30–36
- Büscher C. Fallstudien. Theorie für die Praxis verstehen. PADUA 2009; 4: 23–27
- Darmann I. Pflegeberufliche Schlüsselprobleme als Ausgangspunkt für die Planung von fächerintegrativen Unterrichtseinheiten und Lernsituationen. PRINTERNET 2005; 6: 329–335
- Darmann I. Bildungsanspruch und Strukturentwicklung. Eine Positionierung der Pflegepädagogik. PADUA 2006; 4: 60–65
- Fischer R. Problemorientiertes Lernen in Theorie und Praxis. Leitfaden für Gesundheitsfachberufe. Stuttgart: Kohlhammer; 2004
- Hundenborn G. Fallorientierte Didaktik in der Pflege. Grundlagen und Beispiele für Ausbildung und Prüfung. München: Urban und Fischer; 2007
- Riedo P. Aufwärts in der Schweiz. Problemorientiertes Lernen. PADUA 2006; 1: 38–45
- Schewior-Popp S. Fallbezug im Unterricht. Chancen, Möglichkeiten und Grenzen. PADUA 2006; 5: 6–11
- Schwarz-Govaers R. Problemorientiertes Lernen in der Pflegeausbildung. PRINTERNET 2002; 30–45
- Schewior-Popp S, Fischer R. Schriftliche Prüfung Tag 1. Stuttgart: Thieme; 2006
- Schewior-Popp S, Fischer R. Schriftliche Prüfung Tag 2. Stuttgart: Thieme; 2007
- Schewior-Popp S, Fischer R. Schriftliche Prüfung Tag 3. Stuttgart: Thieme; 2008
- Schewior-Popp S, Fischer R. Mündliche Prüfung Teil 1. Stuttgart: Thieme; 2007
- Schewior-Popp S, Fischer R. Mündliche Prüfung Teil 2. Stuttgart: Thieme; 2009

Anschriften

Herausgeber

Prof. Dr. phil. Susanne **Schewior-Popp**
Kurzvita: Jahrgang 1955, Lehramtsstudium, Lehrtätigkeit am Gymnasium, erziehungswissenschaftliche Promotion, Tätigkeit in der Aus-, Fort- und Weiterbildung für Berufe im Gesundheitswesen, seit 1993 Professorin für Erziehungswissenschaften und Pflegepädagogik an der Katholischen Hochschule in Mainz, Prorektorin der Hochschule, Leitung der Lehrplankommissionen für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Physiotherapie in Rheinland-Pfalz, Honorarprofessorin für den Bereich Pflegebildungsforschung an der pflegewissenschaftlichen Fakultät der PTHV in Vallendar, Mitglied des Verwaltungsrates des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung (DIP), Mitherausgeberin der pflegepädagogischen Fachzeitschrift PADUA.

Korrespondenzadresse:

Katholische Hochschule Mainz
Fachbereich Gesundheit und Pflege
Saarstr. 3
55122 Mainz

Franz Sitzmann

Kurzvita: Jahrgang 1945, Ausbildung und Tätigkeit als Industriekaufmann, Zivildienst im Krankenhaus, Ausbildung als Krankenpfleger, Tätigkeit in Intensivpflege, Lehrer für Pflegeberufe und Schulleiter, Pflegedienstleitung, von 1991 bis 2016 als beratender Fachkrankenpfleger für Krankenhaushygiene tätig in verschiedenen Krankenhäusern.

Korrespondenzadresse:

Postfach 22 00 62
14061 Berlin

Lothar Ullrich

Kurzvita: Jahrgang 1953, Ausbildung zum Krankenpfleger; Weiterbildung zum Fachkrankenpfleger für Intensivpflege und Anästhesie; Weiterbildung zum Lehrer für Pflegeberufe; seit 1982 Lehrer und Leiter einer Weiterbildungseinrichtung am Universitätsklinikum Münster; Weiterführendes Studium für Lehrpersonen im Gesundheitswesen; Berufsbegleitende Ausbildung zum Supervisor; Fachexperte in verschiedenen politischen und wissenschaftlichen Gremien, u. a. zur Erstellung von Weiterbildungs- und Prüfungsordnungen im Bereich der Fachkrankenpflege; Herausgeber- und Autorentätigkeit bei verschiedenen Lehrbüchern im Bereich der Pflege; Mitbegründer, Herausgeber und Schriftleiter der Fachzeitschrift intensiv; seit 2011 Vorsitzender der Deutschen

Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e. V. (DGF).

Korrespondenzadresse:

Universitätsklinikum Münster
Weiterbildungsstätte für Intensivpflege & Anästhesie u. Pflege in der Onkologie
Schmeddingstr. 56
48149 Münster

Mitarbeiter

Walter Anton

M.A. (Berufspädagogik)
Dipl.- Berufspädagoge (FH)
Krankenpfleger, IVA-Teamer
Schulleiter am Oekumenischen Institut für Pflegeberufe in der Ortenau gGmbH
Moltkestr. 12
77654 Offenburg

Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik

Universität Witten/Herdecke
Department für Pflegewissenschaft
Stockumer Straße 12
58453 Witten

Prof. Dr. Gabriele Bartoszek Ph.D

Professorin für Pflegewissenschaft
Evangelische Hochschule Dresden (ehs)
Dürerstraße 25
01307 Dresden

Christiane Becker

Lehrerin für Pflegeberufe
Hagener Str. 219
44229 Dortmund

Heidrun Beyer

Kinderkrankenschwester, Lehrerin für Pflegeberufe und Entbindungspflege
Humperdinckstr. 5
65193 Wiesbaden

C. Boczkowski*

Prof. Dr. Hermann **Brandenburg**
PTHV – Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar
Pflegewissenschaftliche Fakultät
Lehrgebiet Gerontologische Pflege
Dekan
Pallottistraße 3
56179 Vallendar

Prof. Dr. med. Randolph Brehler

Universitätsklinikum Münster
Klinik für Hautkrankheiten
Ambulanz für Allergologie
Berufsdermatologie und Umweltmedizin
Von-Esmarch-Str. 58
48149 Münster

Dr. med. Bettina Brinkmann

Ärztin für Urologie
St. Bonifatius Hospital
Klinik für Urologie und Kinderurologie
Wilhelmstr. 13
49808 Lingen (Ems)

Dr. med. Olaf Anselm Brinkmann

Chefarzt
St. Bonifatius Hospital
Klinik für Urologie und Kinderurologie
Wilhelmstr. 13
49808 Lingen (Ems)

Dr. med. Annelie Burk

Ärztin für Augenheilkunde
Max-Cahnbley-Str. 22
33604 Bielefeld

Theresa Bütow

Gesundheits- und Krankenpflegerin
Bachelor of Nursing (B.Sc.)
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Medizinische Fakultät
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
Magdeburger Straße 8
06112 Halle (Saale)

A. Cerkus-Roßmeißl*

Ina Citron

Diplom Sozialarbeiterin
Bewegungspädagogin
Lt. Kinästhetik-Lehrtrainerin
Dt. Gesellschaft für Kinästhetik und Kommunikation e. V.
Althoffstr. 20
12169 Berlin

Dr. med. Jann-Frederik Cremers

Facharzt für Urologie, Andrologie
Fellow of the European Board of Urology (FEBU)
Universitätsklinikum Münster
Abteilung für Klinische und Operative Andrologie
Centrum für Reproduktionsmed/Andrologie
Albert-Schweitzer-Campus 1, Geb. D 11
48149 Münster

I. Csoti*

Katrin Drevin

Gesundheits- und Krankenpflegerin
Pflegewissenschaft B.Sc.
Pflegeentwicklung und -koordination am Universitätsklinikum Halle (Saale)
Ernst-Grube-Str. 40
06120 Halle (Saale)

Werner Droste
Pflegeexperte Stoma, Kontinenz & Wunde
Seminare & Beratung
Nikolaus-Groß-Weg 6
59379 Selm

M. Eck*

Frauke Effey
B.A. Healthcare and Education
Cand. M.A. Bildungswissenschaft
Klinikum Dortmund gGmbH
Beurhausstr. 40
44137 Dortmund

Angelika Eil
Pflegepädagogin B.A.
Klinikum Stuttgart
Bildungszentrum
Hegelstr. 4
70174 Stuttgart

Kristina Engelen
Fachgesundheits- und Krankenpflegerin
für Intensivpflege und Anästhesie
Universitätsklinik Münster
Department für Kardiologie und
Angiologie
Internistische Intensivmedizin
Albert-Schweitzer-Campus 1, Geb. A1
48149 Münster

Univ.-Prof. Dr. Michael Ewers
Charité Universitätsmedizin Berlin
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
Campus Virchow Klinikum
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

Thomas Fernsebner (M.A.)
Leitung Akademie nephrologischer
Berufsgruppen und Diabetes-Akademie
Südbayern e.V.
Bürgerwaldstr. 1
83278 Traunstein

Marion Fischer
Berufspädagogin im Gesundheitswesen
(M.A.)
Lehrerin für das Lehramt an Berufsskol-
legs: Biologie u. Gesundheitswiss. (M.Ed.)
Universitätsklinikum Münster
Kranken- und Kinderkrankenpflegeschule
Schmeddingstr. 56
48149 Münster

P. Fischer*

Sabine Floer
Krankenschwester
Fidicinstr. 30
10965 Berlin

F. Fornadi*†

Michaela Friedhoff
Pflegeaufbaukursinstructorin
Bobath BIKA®
Kurs- und Weiterbildungsleiterin für
Basale Stimulation®
Pflegedienstleitung
Alfried Krupp Krankenhaus
Alfried Krupp Str. 21
45131 Essen

Dr. Heiner Friesacher
Pflegewissenschaftler u. Dipl. Berufs-
pädagoge
Fachkrankenpfleger für Intensivpflege
Freier Dozent, Autor, Herausgeber
Eteler Str. 21
27299 Langwedel

Dr. paed. Dr. h. c. rer. medic. Andreas
Fröhlich
Prof. em. für Allgemeine Sonderpädagogik
Wolfsangel 10
67663 Kaiserslautern

M. Funk*

Prof. Dr. med. Gert **Gabriels**
Arzt für Innere Medizin, Nephrologie,
Rheumatologie, Diabetologie, Hyperten-
siologie
Medizinische Klinik und Poliklinik D
Universitätsklinikum Münster
Albert-Schweitzer-Str. 33
48149 Münster

Dr. Ursula Geißner
em. Professorin für Führungslehre und
Organisation
Feldbergstr. 5
79274 St. Märgen

Dr. rer. medic. Irmela **Gnass**
Pflegewissenschaftlerin, BScN, MScN
Institut für Pflegewissenschaft
Paracelsus Medizinische Privatuniversität
Strubergasse 21
5020 Salzburg
Österreich

Elke Goldhammer
Pflegewissenschaftlerin (FH)
Fachkrankenschwester für die Pflege in
der Onkologie
Kursleitung Palliative Care
Kursleitung Weiterbildung Pflege in der
Onkologie
Universitätsklinikum Münster
Weiterbildungsstätte für Intensivpflege &
Anästhesie u. Pflege in der Onkologie
Schmeddingstr. 56
48149 Münster

Dr. med. Uwe **Gottschalk**
Chefarzt Klinik Innere Medizin I
(Gastroenterologie, Endokrinologie,
Hämatologie/Onkologie)
Dietrich Bonhoeffer Klinikum
Salvador-Allende-Str. 30
17036 Neubrandenburg

S. Grossmann-Haller*

F. Grundmann*

Matthias Grünewald
Dipl. Pflegepädagoge (FH)
Fachkrankenpfleger für Intensivpflege
und Anästhesie
Universitätsklinikum Düsseldorf
Bildungszentrum
Moorenstr. 5
40225 Düsseldorf

Walter Hell
Direktor des Amtsgerichts
Amtsgericht Aichach
Schlossplatz 9
86551 Aichach

Prof. Dr. med. Edwin **Herrmann**
Leitender Oberarzt
Klinik für Urologie und Kinderurologie
Universitätsklinikum Münster
Albert-Schweitzer-Str. 1, Geb. A1
48149 Münster

Susanne Herzog
Pflegewissenschaftlerin (MScN)
Weißer Weg 132a
32657 Lemgo

R. Hinkelammert*

Mechthild Hoehl
Familien-Gesundheits- und Kinderkran-
kenpflegerin (FGKiKP)
Praxisanleiterin
Präventionsassistentin
freiberufliche Dozentin
Elternberaterin
In den Werkstückern 22
54331 Pellinggen

Eva Hokenbecker-Belke
Dipl. Pflegewirtin (FH)
Case Managerin (DGCC)
Fachkrankenschwester für Intensivpflege
und Anästhesie
Qualitätsmanagementbeauftragte
(QMB-TÜV)
Stabsstelle Pflegedirektion
Klinikum Westfalen GmbH
Am Knappschaftskrankenhaus 1
44309 Dortmund

Prof. Gertrud Hundenborn
 Professorin für Pflegepädagogik
 Leiterin des Zentrums für Pflegelehrerinnenbildung und Schulentwicklung der Katho NRW
 Leiterin der Abteilung Pflegebildungs-forschung im Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e. V.
 Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen (Katho NRW)
 Abteilung Köln
 Fachbereich Gesundheitswesen
 Wörthstr. 10
 50668 Köln

Peter Jacobs
 Berater im Gesundheitswesen
 Zur Neuen Hoffnung 3
 57234 Wilnsdorf

Simone Jochum
 Gesundheits- und Krankenpflegerin
 Praxisanleiterin
 Schule für Gesundheits- und Krankenpflege
 Katholisches Klinikum Koblenz - Montabaur
 Thielenstraße 13
 56073 Koblenz

L. Juchli*

M. Kaeder*

Dr. med. Sebastian Kemper
 Urologische Gemeinschaftspraxis
 Bahnhofstr. 13
 49525 Lengerich

Elisabeth Kern-Waechter
 Lehrerin für Gesundheitsfachberufe
 Institutsleiterin ekw.concept!
 Institut für Beratung, Bildung, Training
 Schwerpunkt Endoskopie
 Nußlocher Str. 20
 69190 Walldorf

Henry Kieschnick
 Diplom-Pflegewirt (FH)
 Angelastraße 17
 52353 Düren

Prof. Dr. med. Sabine Kliesch
 Chefarztin
 Universitätsklinikum Münster
 Abteilung für Klinische und Operative Andrologie
 Centrum für Reproduktionsmedizin und Andrologie
 Albert-Schweitzer-Campus 1, Geb. D 11
 48149 Münster

Elke Kobbert
 Leitung der Weiterbildung Pflege in der Onkologie
 Robert-Bosch-Krankenhaus
 Auerbachstraße 110
 70376 Stuttgart

Andreas Kocks
 Pflegewissenschaftler (RN, BScN, MScN)
 Stab. Pflegedirektion
 Universitätsklinikum Bonn
 Sigmund-Freud-Str. 25
 53127 Bonn

H. Köpke*

T. Köpke*

R. Krämer*

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Heidemarie Kremer
 Department of Psychology
 University of Miami
 5665 Ponce de Leon
 33144 Coral Gables FL
 USA

V. Kuhlmann*

Elke Kuno
 Krankenschwester
 Enterostomatherapeutin
 Lehrerin für Pflegeberufe
 Ladenburgerstr. 37
 69120 Heidelberg

Andreas Kutschke
 Pflegewissenschaftler BCsN
 Städtische Seniorenheime Krefeld
 Auf dem Kuhberg 40
 41844 Wegberg

Prof. Dr. med. Alfred Längler
 Professur für integrative Kinder- und Jugendmedizin Universität Witten/Herdecke
 Leitender Arzt der Abteilung für Kinder und Jugendmedizin
 Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke
 Gerhard-Kienle-Weg 4
 58313 Herdecke

Susanne Lehmann
 Dipl. Pflegepädagogin (FH)
 Stellv. Leitung Contilia Akademie GmbH
 St. Marien-Hospital
 Kaiserstr. 50
 45468 Mülheim an der Ruhr

Prof. Dr. rer. medic. Michael Löhr
 Fachhochschule der Diakonie
 Lehrstuhl Psychiatrische Pflege
 Bethelweg 8
 33617 Bielefeld

Silvia Maeting
 Koordinatorin
 DRK-Kliniken-Berlin Köpenick
 Salvador-Allende-Str. 2-8
 12559 Berlin

Dr. med. David Marghawal
 Ltd. Oberarzt Urologie
 Asklepios Klinik Altona
 Paul-Ehrlich-Str. 1
 22763 Hamburg

A. Marks*

Dr. med. Torsten Bert Möller
 Leiter der Abteilung für Radiologie und Nuklearmedizin
 Xcare am Marienhaus-Klinikum
 Saarlouis-Dillingen
 Kapuzinerstr. 4
 66740 Saarlouis

Dorothea Mört
 Pflege- und Gesundheitsmanagerin (B.A.)
 Fachgesundheits- und Krankenpflegerin für Intensivpflege und Anästhesie
 Universitätsklinikum Münster
 Weiterbildungsstätte für Intensivpflege & Anästhesie u. Pflege in der Onkologie
 Schmeddingstr. 56
 48149 Münster

Dr. phil. Annedore Napiwotzky
 Dipl.-Psychologin
 Pflegewissenschaftlerin
 Palliative Care Fachkraft
 Altäckerweg 18
 70597 Stuttgart

Ute Nerge
 Hospizleitung
 Kinder-Hospiz Sternenbrücke
 Sandmoorweg 62
 22559 Hamburg

Dr. rer. medic. Nadja Nestler
 Paracelsus Medizinische Privatuniversität
 Institut für Pflegewissenschaft und -praxis
 Strubergasse 21
 5020 Salzburg
 Österreich

Christoph Sebastian Nies
 Dipl. Pflegepädagoge (FH), M.A.
 Schulleiter
 Universitätsklinikum Bonn
 Ausbildungszentrum für Pflegeberufe
 Sigmund-Freud-Str. 25k
 53105 Bonn

Ricki Nusser-Müller-Busch**MSc (Neureha)**

Logopädin

Instruktorin für Facio-Orale Trakt

Therapie (F.O.T.T.) und Manuelle

Schlucktherapie

Rüsternallee 45

14050 Berlin

Peter Nydahl, MScN

Krankenpfleger

Kurs- und Weiterbildungsleiter für Basale

Stimulation in der Pflege

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

Campus Kiel

Pflegeforschung

Brunswiker Str. 10

24105 Kiel

PD Dr. med. Elmar OestreicherPraxis für Hals- Nasen- und Ohrenheil-
kunde

Spezielle Kopf-Halschirurgie, Allergologie,

Plastische Operationen

Lingener Str. 5

49716 Meppen

J. Ohms***T. Olschewski*****B. Osterbrink*†****P. Papavassilis*****Dr. med. Klaus Maria Perrar**

Facharzt für Psychiatrie

Psychotherapie | Palliativmedizin | Sucht-
medizin

Personaloberarzt des Zentrums für

Palliativmedizin

Uniklinik Köln

Kerpener Str. 62

50937 Köln

A. Pierobon***Nils Pöhler**Berufspädagoge im Gesundheitswesen
(M.A.)

Gesundheits- und Krankenpfleger

Universitätsklinikum Münster

Kranken- und Kinderkrankenpflegeschule

Schmeddingstr. 56

48149 Münster

Dr. rer. nat. Andreas Portsteffen

Leiter der Krankenhausapotheke

Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke

Gerhard-Kienle-Weg 18

58313 Herdecke

Michael Reichardt

Lehrer für Pflegeberufe

Fachkrankenschwester für Nephrologie

Pflegerische Leitung der Weiterbildungs-
stätte nephrologischer Zentren Rhein-

Ruhr

Alfried Krupp Krankenhaus

Alfried-Krupp-Str. 21

45131 Essen

Prof. Dr. med. Claudia Rössig

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Pädiatrische Hämatologie und Onkologie

Albert-Schweitzer-Campus 1

48149 Münster

B. Sachsenmaier***Ruth Sachsenmeier**

Fachkrankenschwester für Intensivpflege

Praxisanleiterin

Klinikum Stuttgart

Kriegsbergstr. 60

70174 Stuttgart

C. Schnürer***Jasmin Schön**

M.A., Dipl.-Berufspädagogin (FH)

Ausbilderin Fachdidaktik GGP/Pflege am

Staatlichen Seminar für Didaktik und Leh-

rerbildung (Berufliche Schulen) Karlsruhe

Wissenschaftliche Lehrkraft

Bertha-von-Suttner-Schule

Beethovenstr. 1

76275 Ettlingen

D. Schöning***S. Schoolmann*****Prof. Dr. rer. medic. habil. Michael Schulz**

Fachhochschule der Diakonie

Lehrstuhl Psychiatrische Pflege

Bethelweg 8

33617 Bielefeld

Privatdozent Dr. med. Andreas

Schwarzkopf

Facharzt für Mikrobiologie und

Infektionsepidemiologie

Ö.b.u.b. Sachverständiger für Kranken-

haushygiene

Institut Schwarzkopf GbR

Otto-von-Bamberg-Str. 10

97717 Aura a.d. Saale

Dr. Tanja SegmüllerPflegerwissenschaftlerin (MScN, BScN und
Krankenschwester)

Hochschule für Gesundheit in Bochum

Gesundheitscampus 6–8

44801 Bochum

Jun.-Prof. Dr. Erika SirschPTHV – Philosophisch-Theologische Hoch-
schule Vallendar

Pflegerwissenschaftliche Fakultät

Lehrgebiet Akutpflege

Pallottistraße 3

56179 Vallendar

U. Skrotzki***A. Sow*****C. Sowinski*****A. Stade*****Valeska Stephanow**

Lehrerin für Pflege und Gesundheit (M.A.)

Hochschule für Gesundheit

Department Pflegewissenschaft

Gesundheitscampus 6–8

44801 Bochum

Dietmar Stolecki

Dipl.-Berufspädagoge

St. Johannes-Hospital

Referat Fort- und Weiterbildung

Johannesstr. 9–17

44137 Dortmund

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Christoph Student

Palliativmediziner und Psychotherapeut

Deutsches Institut für Palliative Care

St. Gallener Weg 2

79189 Bad Krozingen

Heiner Terodde

Stationsleitung Intensivstation

SRH Krankenhaus Sigmaringen

Hohenzollernstr. 40

72488 Sigmaringen

M. Unger***C. van Leeuwen*****Gabie Vef-Georg**

Pflegefachfrau

Lehrerin für Pflegeberufe

Heilpflanzenfachfrau

Autorin und Gartentherapeutin

Ziegelried 373

3054 Schüpfen

Schweiz

Heike Verwolt

Parkinson Nurse

Gesundheits- und Krankenpflegerin

Department für Neurologie

Ebene 12 West

Albert-Schweitzer-Campus 1

48149 Münster

Martina Vollbrecht

Huppenbergstraße 60

53343 Wachtberg

Dr. med. Dominik **von Hayek**
 Facharzt für Allgemeinmedizin – Geriatrie
 Sauerbruchstr. 10
 81337 München

Prof. Dr. Frank **Weidner**
 PTHV – Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar
 Pflegewissenschaftliche Fakultät
 Lehrgebiet Pflegewissenschaft
 Pallottistraße 3
 56179 Vallendar

Ina **Welk**
 Fachkrankenschwester A + I
 Starstrasse 33
 22305 Hamburg

Andreas **Wendl**
 Krankenpfleger
 BG Klinikum Hamburg
 Querschnittgelähmtenzentrum
 Bergedorferstr.10
 21033 Hamburg

R. **Werschmöller***

S. **Werschmöller***

Lars **Wicher**
 Fachgesundheits- und Kinderkrank-
 pfleger für die Onkologie
 Zusatzweiterbildung Palliative Care
 Berufspädagoge im Gesundheitswesen –
 Schwerpunkt Pflege B.A.
 Universitätsklinikum Münster
 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
 Pädiatrische Hämatologie und Onkologie
 Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude A1
 48149 Münster

Ina **Wiegard-Szramek**
 Fachkrankenschwester Nephrologie
 Stationsleitung Dialyse
 Universitätsklinik Essen
 Uranusstr. 26
 45277 Essen

Stefan **Wilpsbäumer (M.A.)**
 Fachgesundheits- und Krankenpfleger für
 Intensivpflege und Anästhesie
 Universitätsklinikum Münster
 Weiterbildungsstätte für Intensivpflege &
 Anästhesie u. Pflege in der Onkologie
 Schmeddingstr. 56
 48149 Münster

Prof. Dr. med. Christian **Wülfing**
 Chefarzt der Abteilung für Urologie
 Asklepios Klinik Altona
 Paul-Ehrlich-Str. 1
 22763 Hamburg

Dr. Angelika **Zegelin**
 Pflegewissenschaftlerin
 Dortmund
 vorm. Universität Witten/Herdecke
 Stockumer Str. 12
 58453 Witten

Dominik **Zergiebel (M.A.)**
 Pflegespezialist Mobilität
 Fachgesundheits- und Krankenpfleger für
 Intensivpflege und Anästhesie
 Universitätsklinikum Münster
 Albert-Schweitzer-Campus 1
 48149 Münster

**Die mit * gekennzeichneten Autoren ha-
 ben an früheren Auflagen mitgewirkt,
 und ihre Beiträge sind in der aktuellen
 Auflage noch teilweise enthalten.**



Teil 1 Grundlagen des Pflegeberufs

1	Pflege – Ausbildung und Beruf	37		
	<i>Gertrud Hundenborn</i>			
1.1	Pflegeberuf in der Entwicklung	37	1.6	Berufsauffassungen in der Kranken- pflege.....
1.2	Verwandte Berufe wachsen zusammen	37	1.7	Der Pflegeberuf als Frauenberuf.
1.3	Grundlagen der Ausbildung.	38	1.8	Berufsorganisationen und Berufs- verbände.....
1.4	Weiterbildungs- und Studienmöglich- keiten.....	47	1.9	Lern- und Leseservice
1.5	Berufsgeschichte und Geschichts- bewusstsein	50		
2	Arbeitsfelder und Aufgaben der Pflege	61		
	<i>Sabine Floer, Peter Jacobs, Henry Kieschnick</i>			
2.1	Wandel der Arbeitsprozesse und Ent- wicklung neuer Handlungsfelder.....	61	2.4	Weitere Arbeitsfelder der Pflege
2.2	Typische Arbeitsfelder in der Pflege ...	66	2.5	Häusliche Pflege
2.3	Pflegeüberleitung.....	71	2.6	Lern- und Leseservice
3	Pflegetheorien, Pflegewissenschaft und Pflegeforschung	80		
	<i>Hermann Brandenburg, Silke Schoolmann*, Erika Sirsch, Valeska Stephanow, Frank Weidner</i>			
3.1	Klassische Pflegetheorien	80	3.3	Lern- und Leseservice
3.2	Pflegewissenschaft und -forschung ...	90		
4	Organisation, Management und Recht	111		
	<i>Sabine Bartholomeyczik, Michael Ewers, Heiner Friesacher, Walter Hell, Eva Hokenbecker-Belke</i>			
4.1	Der Pflegeprozess.....	111	4.7	Assessmentinstrumente in der Pflege .
4.2	Pflegesysteme	122	4.8	Case Management
4.3	Wirtschaftliche Aspekte.....	125	4.9	Rechtliche Rahmenbedingungen der Pflege.....
4.4	Qualitätsmanagement	132	4.10	Lern- und Leseservice
4.5	Organisationsentwicklung.....	145		
4.6	Pflegediagnosen	145		

5	Ethik – Herausforderungen und Entscheidungen	177		
	<i>Heiner Friesacher</i>			
5.1	Einführung	177	5.6	Entscheidungsfindung in ethischen Problemsituationen
5.2	Ziele und Dimensionen der Ethik	178		183
5.3	Allgemeine und angewandte Ethik	179	5.7	Macht und Gewalt in der Pflege – mehr als nur ein individuelles Problem
5.4	Pflege- und Medizinethik – Gemeinsamkeiten und Abgrenzungen	180		186
5.5	Theoretische Grundlagen der Pflegeethik	182	5.8	Ethikinstitutionen
				189
			5.9	Ethik lehren und lernen
				189
			5.10	Lern- und Leseservice
				190
6	Menschliche Entwicklung und Sozialisation	194		
	<i>Susanne Schewior-Popp</i>			
6.1	Lebensläufe	194	6.3	Lern- und Leseservice
6.2	Entwicklung und Sozialisation	194		201
7	Gesundheit und Krankheit – Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention	203		
	<i>Christoph Sebastian Nies</i>			
7.1	Bedeutung von Gesundheit und Krankheit	203	7.3	Gesundheitsförderung und Prävention
7.2	Wissenschaftliche Ansätze zur Erklärung von Gesundheit und Krankheit ...	206		211
			7.4	Lern- und Leseservice
				218
8	Patientenedukation – Beratung, Schulung, Information in der Pflege	221		
	<i>Andreas Kocks, Tanja Segmüller</i>			
8.1	Grundlagen der Patientenedukation ...	221	8.4	Qualitätskriterien in der Patientenedukation
8.2	Fallbeispiel: Und plötzlich war alles anders	224		230
8.3	Patientenedukation in der Praxis	225	8.5	Lern- und Leseservice
				230
9	Grundlagen der Hygiene	232		
	<i>Franz Sitzmann</i>			
9.1	Begriffsbestimmung und Aufgabengebiete der Hygiene	232	9.3	Pflegebezogene Hygieneprinzipien ...
9.2	Hygienestrukturen im Krankenhaus ...	234		234
			9.4	Lern- und Leseservice
				250



Teil 2

ATL – Pflegesituationen erkennen, erfassen und bewerten, Pflegemaßnahmen auswählen, durchführen und evaluieren

10	ATL Wach sein und Schlafen	257		
	<i>Walter Anton, Andreas Fröhlich, Mechthild Hoehl, Simone Jochum, Anke Marks*, Christoph S. Nies, Peter Nydahl, Andreas Portsteffen</i>			
10.1	Grundlagen aus Pflege- und Bezugswissenschaften	257	10.4	Gesundheitsförderung, Beratungsaspekte und Patienteninformation
10.2	Pflegesituationen erkennen, erfassen und bewerten	259	10.5	Basale Stimulation
10.3	Pflegemaßnahmen auswählen, durchführen und evaluieren	265	10.6	Lern- und Leseservice
11	ATL Sich bewegen	286		
	<i>Gabriele Bartoszek, Ina Citron, Kristina Engelen, Manfred Funk*, Stefan Grossmann-Haller*, Felicitas Grundmann*, Mechthild Hoehl, Simone Jochum, Christoph S. Nies, Adriano Pierobon*, Erika Sirsch</i>			
11.1	Kinästhetik – Grundlagen aus Pflege- und Bezugswissenschaften	286	11.10	Kontrakturenprophylaxe – Grundlagen aus Pflege- und Bezugswissenschaften
11.2	Kinästhetik – Pflegesituationen erkennen, erfassen und bewerten	290	11.11	Kontrakturenprophylaxe – Pflegesituationen erkennen, erfassen und bewerten
11.3	Kinästhetik – Pflegemaßnahmen auswählen, durchführen und evaluieren ..	294	11.12	Kontrakturenprophylaxe – Pflegemaßnahmen auswählen und durchführen ..
11.4	Thromboseprophylaxe – Grundlagen aus Pflege- und Bezugswissenschaften	296	11.13	Unterstützen der Mobilisation – Grundlagen aus Pflege- und Bezugswissenschaften
11.5	Thromboseprophylaxe – Pflegesituationen erkennen, erfassen und bewerten	297	11.14	Unterstützen der Mobilisation – Pflegemaßnahmen auswählen und durchführen
11.6	Thromboseprophylaxe – Pflegemaßnahmen auswählen, durchführen und evaluieren Thromboseprophylaxe	298	11.15	Sturzprophylaxe – Grundlagen aus Pflege- und Bezugswissenschaften
11.7	Dekubitusprophylaxe – Grundlagen aus Pflege- und Bezugswissenschaften	302	11.16	Sturzprophylaxe – Pflegesituationen erkennen, erfassen und bewerten
11.8	Dekubitusprophylaxe – Pflegesituationen erkennen, erfassen und bewerten	305	11.17	Sturzprophylaxe – Pflegemaßnahmen auswählen, durchführen und evaluieren
11.9	Dekubitusprophylaxe – Pflegemaßnahmen auswählen, durchführen und evaluieren	307	11.18	Lern- und Leseservice

12	ATL Sich waschen und kleiden	333
	<i>Mechthild Hoehl, Simone Jochum, Dorothea Mört, Christoph S. Nies, Lothar Ullrich</i>	
12.1	Grundlagen aus Pflege- und Bezugswissenschaften	333
12.2	Pflegesituationen erkennen, erfassen und bewerten	336
12.3	Unterstützen beim Waschen, Duschen und Baden	339
12.4	Unterstützen beim Zähneputzen, bei der Mund- und Zahnprothesenpflege ..	349
12.5	Übernahme der Mundpflege	350
12.6	Haut- und Haarpflege	354
12.7	Hand- und Fußbad sowie Nagelpflege ..	358
12.8	Augen-, Nasen-, Ohrenpflege sowie Pflege von Brille und Kontaktlinsen ...	359
12.9	Nass- und Trockenrasur/Bartpflege ...	361
12.10	Bekleidung	362
12.11	Körperpflege in anderen Kulturen	362
12.12	Lern- und Leseservice	364
13	ATL Essen und Trinken	367
	<i>Mechthild Hoehl, Simone Jochum, Christoph S. Nies, Ricki Nusser-Müller-Busch, Franz Sitzmann, Thomas Wershmöller*</i>	
13.1	Grundlagen aus Pflege- und Bezugswissenschaften	367
13.2	Pflegesituationen erkennen, erfassen und bewerten	371
13.3	Pflegemaßnahmen auswählen, durchführen und evaluieren	379
13.4	Gesundheitsförderung, Beratungsaspekte und Patienteninformation	400
13.5	Lern- und Leseservice	402
14	ATL Ausscheiden	406
	<i>Mechthild Hoehl, Simone Jochum, Elke Kuno, Christoph S. Nies, Franz Sitzmann</i>	
14.1	Urin – Grundlagen aus Pflege- und Bezugswissenschaften	406
14.2	Urin – Pflegesituationen erkennen, erfassen und bewerten	408
14.3	Urin – Pflegemaßnahmen auswählen, durchführen und evaluieren	412
14.4	Urin – Gesundheitsförderung, Beratungsaspekte und Patienteninformation	423
14.5	Stuhl – Grundlagen aus Pflege- und Bezugswissenschaften	437
14.6	Stuhl – Pflegesituationen erkennen, erfassen und bewerten	439
14.7	Stuhl – Pflegemaßnahmen auswählen, durchführen und evaluieren	445
14.8	Stuhl – Gesundheitsförderung, Beratungsaspekte und Patienteninformation	454
14.9	Lern- und Leseservice	458
15	ATL Körpertemperatur regulieren	462
	<i>Susanne Herzog, Mechthild Hoehl, Simone Jochum, Christoph S. Nies, Franz Sitzmann</i>	
15.1	Grundlagen aus Pflege- und Bezugswissenschaften	462
15.2	Pflegesituationen erkennen, erfassen und bewerten	465
15.3	Pflegemaßnahmen auswählen, durchführen und evaluieren	471
15.4	Gesundheitsförderung, Beratungsaspekte und Patienteninformation	485
15.5	Lern- und Leseservice	488

16	ATL Atmen, Puls und Blutdruck	491		
	<i>Mechthild Hoehl, Simone Jochum, Christoph S. Nies, Franz Sitzmann</i>			
16.1	Atmen – Grundlagen aus Pflege- und Bezugswissenschaften	491	16.6	Puls und Blutdruck – Pflegesituationen erkennen, erfassen und bewerten.
16.2	Atmen – Pflegesituationen erkennen, erfassen und bewerten	492	16.7	Puls und Blutdruck – Pflegemaßnahmen auswählen, durchführen und evaluieren
16.3	Atmen – Pflegemaßnahmen auswählen, durchführen und evaluieren	500	16.8	Puls und Blutdruck – Gesundheitsförderung, Beratungsaspekte und Patienteninformation
16.4	Atmen – Gesundheitsförderung, Beratungsaspekte, Patientensicherheit	521	16.9	Lern- und Leseservice
16.5	Puls und Blutdruck – Grundlagen aus Pflege- und Bezugswissenschaften	522		
17	ATL Sich sicher fühlen und verhalten	540		
	<i>Irmela Gnass, Mechthild Hoehl, Simone Jochum, Christoph S. Nies, Franz Sitzmann, Angelika Zegelin</i>			
17.1	Sicherheit in der Pflege – Bedeutung von Sicherheit	540	17.7	Sicherheit in der Pflege – Handlungsbedarf
17.2	Sicherheit in der Pflege – Patientensicherheit	541	17.8	Sicherheit in der Pflege – Patientensicherheit aus pflegerischer Sicht
17.3	Sicherheit in der Pflege – Fehlerkultur ..	542	17.9	Hygienische Sicherheit – Grundlagen aus Pflege- und Bezugswissenschaften
17.4	Sicherheit in der Pflege – Menschliches Versagen	543	17.10	Hygienische Sicherheit – Pflegesituationen erkennen, erfassen und bewerten
17.5	Sicherheit in der Pflege – Entstehung kritischer Ereignisse	543	17.11	Hygienische Sicherheit – Pflegemaßnahmen auswählen, durchführen und evaluieren
17.6	Sicherheit in der Pflege – Risikomanagement	546	17.12	Lern- und Leseservice
18	ATL Raum und Zeit gestalten – arbeiten und spielen	568		
	<i>Mechthild Hoehl, Simone Jochum, Christoph S. Nies, Gabie Vef-Georg</i>			
18.1	Grundlagen aus Pflege- und Bezugswissenschaften	568	18.3	Pflegemaßnahmen auswählen, durchführen und evaluieren
18.2	Pflegesituationen erkennen, erfassen und bewerten	572	18.4	Lern- und Leseservice
19	ATL Kommunizieren	586		
	<i>Andreas Fröhlich, Mechthild Hoehl, Simone Jochum, Christoph S. Nies</i>			
19.1	Kommunikation im Alltagsverständnis	586	19.4	Kommunikationshilfen
19.2	Kommunikation im Berufsalltag	587	19.5	Kommunikation und Pflege
19.3	Grundelemente der Kommunikation ..	587	19.6	Lern- und Leseservice

20	ATL Kind, Frau, Mann sein	598
	<i>Katrin Drevin, Simone Jochum, Susanne Lehmann, Christoph S. Nies</i>	
20.1	Bedeutung für den Menschen	598
20.2	Grundlagen der Entwicklung	598
20.3	Psychologische Grundlagen	602
20.4	Sexualität	604
21	ATL Sinn finden im Werden – Sein – Vergehen	611
	<i>Ursula Geißner, Mechthild Hoehl, Simone Jochum, Annedore Napiwotzky, Ute Nerge, Christoph S. Nies, Franz Sitzmann, Johann-Christoph Student, Martina Vollbrecht</i>	
21.1	Sinn finden	611
21.2	Sterben als erlebte Krise	613
21.3	Sterben und Tod	614
21.4	Palliative Care: wahrnehmen – verstehen – schützen	616
20.5	Wirkung von Krankheit	606
20.6	Therapeutische Berührung	607
20.7	Lern- und Leseservice	609
21.5	Begleitung Sterbender	620
21.6	Trauer	634
21.7	Lern- und Leseservice	637



Teil 3

Bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken

22	Verabreichen von Arzneimitteln – Grundlagen der Medikamentenlehre	643
	<i>Mechthild Hoehl, Andreas Portsteffen</i>	
22.1	Arzneimittelgesetz	643
22.2	Sicherer Umgang mit Arzneimitteln ...	645
22.3	Arzneimittelformen	648
22.4	Aufnahme, Verteilung und Ausscheidung von Arzneistoffen	653
22.5	Lern- und Leseservice	653
23	Wundmanagement	655
	<i>Franz Sitzmann, Lothar Ullrich</i>	
23.1	Grundlagen aus Pflege- und Bezugswissenschaften	655
23.2	Pflege- und Behandlungsplan	664
23.3	Lern- und Leseservice	685

24	Mikrobiologische Probenahme und Diagnostik	688
	<i>Franz Sitzmann</i>	
24.1	Grundlagen aus Pflege- und Bezugswissenschaften	688
24.2	Situation des (Risiko-)Patienten bei Klinikaufnahme und Informationspflicht	692
25	Biopsie und Punktion	703
	<i>Franz Sitzmann, Dietmar Stolecki</i>	
25.1	Pflege von Patienten bei Biopsie und Punktion	703
25.2	Pflege von Patienten mit intraarteriellen Kanülen oder Kathetern	709
25.3	Pflege von Patienten mit rückenmarksnahen Leitungsanästhesien	717
25.4	Pflege von Patienten mit Beckenkampfpunktion und -biopsie	725
25.5	Lern- und Leseservice	727
26	Injektion und Gefäßpunktion	730
	<i>Mechthild Hoehl, Franz Sitzmann</i>	
26.1	Grundlagen aus Pflege- und Bezugswissenschaften	730
26.2	Situation des Patienten	736
26.3	Pflege- und Behandlungsplan	737
26.4	Lern- und Leseservice	757
27	Infusionen	760
	<i>Dietmar Stolecki</i>	
27.1	Grundlagen aus Pflege- und Bezugswissenschaften	760
27.2	Zugangswege der Infusionstherapie	764
27.3	Infusionsmaterial und Zubehör	770
27.4	Steuerung von Infusionen	771
27.5	Situation des Patienten	772
27.6	Pflege- und Behandlungsplan	773
27.7	Lern- und Leseservice	788
28	Transfusionen	790
	<i>Dietmar Stolecki</i>	
28.1	Grundlagen aus Pflege- und Bezugswissenschaften	790
28.2	Situation des Patienten	797
28.3	Pflege- und Behandlungsplan	797
28.4	Lern- und Leseservice	800
29	Pflegerisch relevante Laborparameter und bildgebende Verfahren	802
	<i>Torsten B. Möller, Andreas Schwarzkopf</i>	
29.1	Labordiagnostik	802
29.2	Bildgebende Verfahren	811
29.3	Lern- und Leseservice	816

30	Endoskopie	818
	<i>Uwe Gottschalk, Elisabeth Kern-Waechter, Silvia Maeting</i>	
30.1	Grundlagen aus Pflege- und Bezugswissenschaften	818
30.2	Situation des Patienten in der Endoskopie	819
30.3	Pflege- und Behandlungsplan	820
30.4	Lern- und Leseservice	829



Teil 4

Pflege bei bestimmten Patientengruppen

31	Pflege von Patienten mit Erkrankungen des Atemsystems	833
	<i>Christof Schnürer*, Franz Sitzmann, Annette Stade*, Valeska Stephanow</i>	
31.1	Pflege von Patienten mit akuter Bronchitis	834
31.2	Pflege von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis (COPD) und/oder Emphysem	835
31.3	Pflege von Patienten mit Bronchiektasen	840
31.4	Pflege von Patienten mit Asthma bronchiale	841
31.5	Pflege von Patienten mit Mukoviszidose	848
31.6	Pflege von Patienten mit Lungen- und Bronchialtumoren	850
31.7	Pflege von Patienten mit Pneumonie ..	851
31.8	Pflege von Patienten mit Pleuritis	855
31.9	Pflege von Patienten mit Pleuraerguss ..	856
31.10	Pflege von Patienten mit Pneumothorax	859
31.11	Pflege von Patienten mit Thorakotomie	860
31.12	Lern- und Leseservice	865
32	Pflege von Patienten mit Erkrankungen des Herz-Kreislauf- und Gefäßsystems	869
	<i>Matthias Grünewald, Mechthild Hoehl, Elke Kobbert, Heiner Terodde</i>	
32.1	Pflege von Patienten mit koronarer Herzkrankheit	874
32.2	Herzkatheterdiagnostik	880
32.3	Pflege von Patienten mit Herzinfarkt ..	883
32.4	Pflege von Patienten mit Hypertonie ..	889
32.5	Pflege von Patienten mit Herzinsuffizienz	893
32.6	Pflege von Patienten mit Herzrhythmusstörungen	899
32.7	Pflege von Patienten mit einem operativen Eingriff am offenen Herzen	907
32.8	Pflege von Patienten mit akutem Herz-Kreislauf-Stillstand	913
32.9	Pflege von Patienten mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit	924

32.10	Pflege von Patienten mit akutem Arterienverschluss	926	32.12	Pflege von Patienten mit Lungenembolie	932
32.11	Pflege von Patienten mit Erkrankungen der venösen Gefäße	928	32.13	Lern- und Leseservice	935
33	Pflege von Patienten mit Erkrankungen des Harnsystems	939			
	<i>Bettina Brinkmann, Olaf Anselm Brinkmann, Angelika Eil, Thomas Fernsebner, Patricia Fischer*, Gert Gabriëls, Edwin Herrmann, David Marghawal, Philipp Papavassilis*, Michael Reichardt, Ruth Sachsenmeier, Franz Sitzmann*, Ina Wiegand-Szramek, Christian Wülfing</i>				
33.1	Pflege von Patienten mit Harnsteinleiden	940	33.4	Pflege von Patienten mit urologischen Operationen	948
33.2	Pflege von Patienten mit Harnwegsinfektion	943	33.5	Pflege dialysepflichtiger Patienten	950
33.3	Pflege von Patienten mit akuter Glomerulonephritis	946	33.6	Pflege von Patienten mit Nierentransplantation	958
			33.7	Lern- und Leseservice	963
34	Pflege von Patienten mit Erkrankungen des Verdauungssystems	965			
	<i>Christiane Becker, Werner Droste, Mechthild Hoehl, Brigitte Sachsenmeier*</i>				
34.1	Pflege von Patienten mit Erkrankungen des Ösophagus	966	34.8	Pflege von Patienten mit Erkrankungen der Leber, der Gallenblase und der Gallenwege	995
34.2	Pflege von Patienten mit Erkrankungen des Magens und Duodenums	972	34.9	Pflege von Patienten mit Lebertransplantation	1000
34.3	Pflege von Patienten mit Appendizitis .	978	34.10	Pflege von Patienten mit Hepatitis	1001
34.4	Pflege von Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen	979	34.11	Pflege von Patienten mit Erkrankungen des Pankreas	1004
34.5	Pflege von Patienten mit Ileus	982	34.12	Pflege von Patienten mit Hernien	1008
34.6	Pflege von Patienten mit Erkrankungen des Dickdarms	984	34.13	Lern- und Leseservice	1010
34.7	Pflege von Patienten mit Stomaanlage	989			
35	Betreuung von Frauen in der Geburtshilfe und Neugeborenenpflege	1012			
	<i>Heidrun Beyer, Angelika Cerkus-Roßmeißl*, Mechthild Hoehl, Christa van Leeuwen*</i>				
35.1	Schwangerschaft	1013	35.5	Pflege von Frauen mit einer Fehl- oder Totgeburt	1029
35.2	Pflege von Frauen mit drohender Frühgeburt	1016	35.6	Geburt	1032
35.3	Pflege von Frauen mit hypertensiven Erkrankungen in der Schwangerschaft	1023	35.7	Das Neugeborene	1033
35.4	Pflege von Frauen nach Kaiserschnittentbindungen	1026	35.8	Wochenbett	1036
			35.9	Lern- und Leseservice	1043

36	Pflege von Frauen in der Gynäkologie	1045
	<i>Theresa Bütow, Angelika Cerkus-Roßmeißl*, Katrin Drevin, Elke Kobbert</i>	
36.1	Gynäkologische Untersuchungen	1046
36.2	Pflege von Frauen nach Uterusoperationen	1052
36.3	Pflege von Frauen mit Descensus genitalis	1056
36.4	Pflege von Frauen mit Brustkrebs	1060
36.5	Pflege von Frauen mit sekundärem Armlymphödem	1068
36.6	Lern- und Leseservice	1070
37	Pflege von Männern mit Erkrankungen der Geschlechtsorgane	1073
	<i>Jann-Frederik Cremers, Reemt Hinkelammert*, Sebastian Kemper, Sabine Kliesch, Thomas Köpke*, Christian Wülfing, Heike Zandman*</i>	
37.1	Pflege von Männern mit Prostataerkrankungen	1074
37.2	Pflege von Männern mit Erkrankungen an Hoden oder Hodensack	1079
37.3	Pflege von Männern mit Veränderungen der Fertilität	1081
37.4	Pflege von Männern mit erektiler Dysfunktion	1082
37.5	Pflege von Männern mit Erkrankungen am Penis	1084
37.6	Lern- und Leseservice	1085
38	Pflege von Patienten mit Erkrankungen des endokrinen Systems	1087
	<i>Marion Fischer, Brigitte Osterbrink †*, Nils Pöhler, Doris Schöning*</i>	
38.1	Pflege von Menschen mit Diabetes mellitus	1088
38.2	Pflege von Patienten mit Krankheiten der Schilddrüse	1108
38.3	Lern- und Leseservice	1114
39	Pflege von Patienten mit Erkrankungen des Bewegungssystems	1117
	<i>Jürgen Ohms*, Dominik von Hayek, Susanne Werschköller*</i>	
39.1	Pflege von Patienten mit Osteoporose	1118
39.2	Pflege von Patienten mit rheumatischen und degenerativen Gelenkerkrankungen	1122
39.3	Pflege von Patienten mit Erkrankungen der Bandscheiben	1130
39.4	Pflege von Patienten mit Frakturen ...	1135
39.5	Pflege von Patienten mit Amputationen	1146
39.6	Pflege von Patienten mit Osteosarkom	1151
39.7	Lern- und Leseservice	1152
40	Pflege von Patienten mit Erkrankungen der Augen, des Hals-Nasen-Ohrenbereiches oder der Haut	1155
	<i>Randolf Brehler, Annelie Burk, Frauke Effey, Elmar Oestreicher, Ursula Skrotzki*</i>	
40.1	Pflege von Patienten mit Augen-erkrankungen	1155
40.2	Pflege von Patienten mit Sehbehinderungen oder Blindheit	1159
40.3	Pflege von Patienten mit Enukleation und Augenprothese	1161
40.4	Pflege von Patienten mit Augenoperationen	1162

40.5	Pflege von Patienten mit Tonsillitis	1164	40.9	Pflege von Patienten mit Erkrankungen der Haut	1172
40.6	Pflege von Patienten mit Larynxkarzinom	1167	40.10	Pflege von Patienten mit Verbrennungen	1178
40.7	Pflege von Patienten mit Nasennebenhöhlenerkrankungen	1169	40.11	Lern- und Leseservice	1182
40.8	Pflege von Patienten mit Erkrankungen des Ohres	1170			
41	Pflege von Patienten mit Infektionskrankheiten	1184			
	<i>Heidmarie Kremer, Alfred Längler, Franz Sitzmann</i>				
41.1	Übertragung von Infektionen	1184	41.7	Pflege von Patienten mit Norovirus-Infektion	1198
41.2	Infektionserkrankungen bei Kindern	1187	41.8	Pflege von Patienten mit Meningitis	1200
41.3	So genannte „Kinderkrankheiten“	1187	41.9	Pflege von Patienten mit Atemwegs-Tuberkulose	1202
41.4	Pflege von Kindern mit Atemwegsinfektionen	1193	41.10	Pflege von Patienten mit HIV/AIDS	1204
41.5	Pflege von Neugeborenen mit bakteriellen neonatalen Infektionen	1195	41.11	Lern- und Leseservice	1210
41.6	Pflege von Patienten mit Clostridium-difficile-assoziiierter Diarrhö	1196			
42	Pflege von Patienten mit Erkrankungen des ZNS	1213			
	<i>Carmen Boczkowski*, Ilona Csoti*, Marcus Eck*, Kristina Engelen, Ferenc Fornadi*, Michaela Friedhoff, Mechthild Hoehl, Mette-Maria Kaeder*, Ralf Krämer*, Thomas Olschewski*, Annegret Sow*, Maike Unger*, Heike Verwolt, Andreas Wendt, Dominik Zergiebel</i>				
42.1	Pflege von Patienten mit erworbenen Hirnschädigungen	1217	42.5	Pflege von Patienten mit Morbus Parkinson	1261
42.2	Pflege von Patienten mit Paraplegie oder Tetraplegie	1240	42.6	Pflege von Patienten mit epileptischen Anfällen	1269
42.3	Pflege von Patienten nach Intoxikation	1251	42.7	Lern- und Leseservice	1274
42.4	Pflege von Patienten mit Multipler Sklerose	1255			
43	Pflege von Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen	1277			
	<i>Andreas Kutschke, Michael Löhr, Klaus Maria Perrar, Michael Schulz, Erika Sirsch</i>				
43.1	Grundlagen psychiatrischer Pflege	1277	43.4	Pflege von psychotisch erkrankten Menschen am Beispiel Schizophrenie	1286
43.2	Therapeutische Interventionen in der Psychiatrie	1278	43.5	Pflege bei affektiven Erkrankungen am Beispiel der Depression	1291
43.3	Umgang mit Aggression und Gewalt	1283	43.6	Pflege bei suizidalen Menschen	1295

43.7	Pflege bei Abhängigkeitserkrankungen am Beispiel der Alkoholabhängigkeit..	1298	43.8	Pflege von alten Menschen mit demenziellen Erkrankungen	1300
			43.9	Lern- und Leseservice	1308
44	Pflege des alten Menschen	1312			
	<i>Walter Anton, Christine Sowinski*</i>				
44.1	Neues Bild vom Alter	1312	44.4	Der ältere Mensch in Krisensituationen	1320
44.2	Alterstheorien – gerontologische Erklärungsansätze des Alters	1313	44.5	Lern- und Leseservice	1327
44.3	Komplexität der Pflege im Alter	1315			
45	Pflege von Patienten mit Schmerzen	1330			
	<i>Nadja Nestler, Andreas Portsteffen</i>				
45.1	Einleitung	1330	45.4	Therapie/Pflege- und Behandlungsplan	1333
45.2	Medizinischer Überblick	1330	45.5	Lern- und Leseservice	1351
45.3	Ziel pflegerischen Handelns	1333			
46	Prinzipien der Pflege und Therapie onkologischer Patienten	1354			
	<i>Elke Goldhammer, Claudia Rössig, Lars Wicher</i>				
46.1	Onkologische Grundlagen	1354	46.5	Pflege- und Behandlungsplan von Patienten mit Leukämien, malignen Lymphomen und multiplen Myelomen	1368
46.2	Tumordiagnostik	1358	46.6	Lern- und Leseservice	1385
46.3	Tumorbehandlung	1359			
46.4	Medizinischer Überblick über bös- artige Erkrankungen des Blut- oder Lymphsystems	1365			
47	Perioperative Pflege	1387			
	<i>Ina Welk</i>				
47.1	Präoperative Phase	1387	47.3	Postoperative Phase	1398
47.2	Intraoperative Phase	1392	47.4	Lern- und Leseservice	1401
48	Intensivpflege	1403			
	<i>Lothar Ullrich, Stefan Wilpsbäumer</i>				
48.1	Medizinischer Überblick	1403	48.3	Lern- und Leseservice	1423
48.2	Pflege- und Behandlungsplan	1406			
	Sachverzeichnis	1426			





Teil I

Grundlagen des Pflegeberufs

1	Pflege – Ausbildung und Beruf	37
2	Arbeitsfelder und Aufgaben der Pflege	61
3	Pflegetheorien, Pflegewissenschaft und Pflegeforschung	80
4	Organisation, Management und Recht	111
5	Ethik – Herausforderungen und Entscheidungen.	177
6	Menschliche Entwicklung und Sozialisation	194
7	Gesundheit und Krankheit – Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention.	203
8	Patientenedukation – Beratung, Schulung, Information in der Pflege	221
9	Grundlagen der Hygiene	232



Kapitel 1

Pflege – Ausbildung und Beruf

1.1	Pflegeberuf in der Entwicklung	37
1.2	Verwandte Berufe wachsen zusammen	37
1.3	Grundlagen der Ausbildung	38
1.4	Weiterbildungs- und Studien- möglichkeiten	47
1.5	Berufsgeschichte und Geschichts- bewusstsein	50
1.6	Berufsauffassungen in der Kranken- pflege	55
1.7	Der Pflegeberuf als Frauenberuf	56
1.8	Berufsorganisationen und Berufs- verbände	56
1.9	Lern- und Leseservice	57

1 Pflege – Ausbildung und Beruf

Gertrud Hundenborn

1.1 Pflegeberuf in der Entwicklung

Der Pflegeberuf gehört zu den Berufen mit einer langen Berufstradition. Wie alle Berufe entwickelt er sich stetig weiter. Das „Gesetz über die Pflegeberufe“ vom 17.7.2017 hat zum 1.1.2020 das bislang geltende „Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege“ und das „Gesetz über die Berufe in der Altenpflege“ abgelöst. Eingeführt wurde die neue Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“ / „Pflegefachmann“. Die bisherigen Berufsbezeichnungen „Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin“ / „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger“ sowie „Altenpflegerin“ / „Altenpfleger“ können nach dem Pflegeberufgesetz unter bestimmten Voraussetzungen weiterhin erworben werden. Die Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpflegerin“ / „Gesundheits- und Krankenpfleger“ entfällt (► Abb. 1.1).

1.1.1 Beruf und Gesellschaft

Berufe haben sich entwickelt, weil in komplexeren Gesellschaften eine Aufteilung der vielfältigen gesellschaftlichen Aufgaben notwendig ist. Angehörige einer Berufsausübung erfüllen einen gesellschaftlichen Auftrag. Als Gegenleistung erhalten sie Geld und soziale Anerkennung. Gesellschaftliche Veränderungen führen auch zu Veränderungen in der Berufswelt: Neue Berufe können entstehen und bisherige Berufe aufgelöst werden. Meist aber verändern sich die Zuständigkeitsbereiche und Aufgabenprofile bestehender Berufe und bedingen entsprechende Veränderungen in der Berufsausbildung (Hundenborn 2005b).



Abb. 1.1 Berufsbezeichnung. Wer nach dem 1.1.2020 eine Pflegeausbildung beginnt und erfolgreich abschließt, darf sich „Pflegefachfrau“ oder „Pflegefachmann“ nennen. (Foto: K. Oborny, Thieme)

Veränderungen im Pflegeberuf ergeben sich u. a. aus demografischen Entwicklungen, aus Reformen im Gesundheits- und Pflegewesen und aus aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Angehörige der Pflege- und Gesundheitsberufe müssen die hiermit verbundenen Anforderungen kompetent bewältigen. Die Ausbildung hat die Aufgabe, sie hierauf angemessen vorzubereiten.

1.1.2 Notwendigkeit der Reformen

Begründung

► **1. Pflegebedarfe und Versorgungsstrukturen haben sich verändert.** Die **steigende Lebenserwartung** in Deutschland geht u. a. mit einer Zunahme chronischer Erkrankungen sowie einem Anstieg demenzieller Veränderungen und psychisch bedingter Erkrankungen einher. Das Risiko der Pflegebedürftigkeit nimmt im höheren Lebensalter deutlich zu. Die **Veränderung von Familienstrukturen**, die Zunahme von Ein-Generationen-Haushalten und die Abnahme der Möglichkeiten von Pflege im familiären Umfeld bedingen andere Versorgungsmöglichkeiten für Menschen mit Pflegebedarf. Die **verkürzten Liegezeiten** in Krankenhäusern erfordern komplexe Pflegeleistungen auch durch ambulante Pflegedienste und in stationären oder teilstationären Pflegeeinrichtungen. Zahlreiche Veränderungen, u. a. im Sozialversicherungsrecht, erfordern berufliche Pflege in stationären Einrichtungen, in Krankenhäusern und Pflegeheimen, im ambulanten und häuslichen Bereich, in teilstationären Einrichtungen, in der Langzeitpflege, Rehabilitation, Gesundheitsförderung und Prävention. Pflegende müssen in komplexen Pflege- und Lebenssituationen in den verschiedenen Versorgungsgebieten kompetent handeln können. Hierzu gehört auch die Einbeziehung des familiären und sozialen Umfeldes sowie des kulturellen Hintergrundes (Begründung PflBG 2016; Hundenborn u. Knigge-Demal 1996, 1999; Hundenborn 2005 c; Hundenborn 2015a).

► **2. Professionelles Pflegehandeln erfordert pflegewissenschaftliches Wissen.** Lange Zeit haben Pflegende ihr Handeln durch Erfahrungswissen begründet. Ebenso haben sie sich auf Erkenntnisse aus anderen Wissenschaften gestützt, etwa auf die naturwissenschaftlich orientierte Medizin. Inzwischen ist die Pflegewissen-

schaft als eine handlungsbegründende Wissenschaft etabliert. Die **Pflegewissenschaft und -forschung** sichert und ordnet pflegespezifisches Wissen, das für eine eigene pflegerische Expertise notwendig ist. Sie erforscht z. B., welche pflegerischen Handlungen wirksam oder unwirksam sind (evidenzbasierte Pflege). Deshalb wird heute erwartet, dass Pflegende ihr Handeln auf der Grundlage ihres eigenen Wissensgebietes planen, durchführen und rechtfertigen können. Pflegende sehen heute die zu pflegenden Menschen in ihrer Lebenswelt. Pflege und Pflegeausbildung beschränken sich nicht länger auf die kurative Dimension, d. h. auf die Heilung von Krankheiten.

Prävention und Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung und Prävention, Rehabilitation, Palliation und Sozialpflege sind neben der Kuration wichtige Ausrichtungen des Pflegehandelns und verdeutlichen die Bandbreite der pflegerischen Verantwortungs- und Aufgabenbereiche (§ 5 PflBG; Hundenborn 2005 c).

► **3. Interdisziplinäres Arbeiten wird immer wichtiger.** Pflege- und Lebenssituationen werden zunehmend komplexer, die Pflege älterer, alter und hochbetagter Menschen erlangt eine immer größere Bedeutung. Auch die Pflege von (chronisch) kranken Kindern und Jugendlichen sowie von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und kognitiven Beeinträchtigungen ist für eine hochwertige Versorgung der Bevölkerung essenziell. Die Lösung zunehmend komplexer Probleme erfordert eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Berufe im Gesundheits- und Pflegewesen (Begründung PflBG 2016).

1.2 Verwandte Berufe wachsen zusammen

In den 1970er-Jahren gab es in Deutschland rund 600 anerkannte Ausbildungsberufe. Diese Erstausbildungen waren zwar bereits hoch spezialisiert, wurden jedoch den schnellen gesellschaftlichen Veränderungen nicht gerecht. Eine Reform der Berufsausbildung führte daraufhin verwandte Berufe zu Berufsfeldern und kleine, spezialisierte Berufe zu Kern-

oder Basisberufen zusammen. In gestuften Ausbildungsgängen lernen Auszubildende verschiedener Ausbildungen zunächst in einer Grundstufe gemeinsam und trennen sich in einer anschließenden Fachstufe, die dem gewählten Ausbildungsabschluss entspricht.

1.2.1 Ausbildung in Berufsfeldern oder Kernberufen

Bildungspolitiker erwarten von der Ausbildung in Berufsfeldern oder Kernberufen verschiedene Vorteile:

- Durch eine breitere Erstausbildung erwerben die Auszubildenden eine umfassendere Handlungskompetenz.
- Auszubildende und Ausgebildete können leichter zwischen verwandten Berufen wechseln.
- Schul- und Ausbildungswechsel sind leichter möglich.
- Lernende unterschiedlicher Ausbildungsberufe lernen bereits während der Ausbildung mit- und voneinander.
- Eine breit angelegte Erstausbildung erleichtert Jugendlichen die Berufswahl, da sie sich nicht bereits zu Beginn, sondern erst im Ausbildungsverlauf für einen Abschluss entscheiden müssen.

Kern- oder Basisberufe sind gestaltungs-offen, d. h., die Lehrpläne lassen Spielraum für aktuelle Entwicklungen, für regionale und trägerspezifische Besonderheiten sowie für besondere Anliegen der Lernenden und Lehrenden (Hundenborn 2005 b; Spöttl u. Blings 2011).

► **Reformen in der Pflegeausbildung.** Auch Pflegeberufe unterliegen der gesellschaftlichen Entwicklung – Reformen der Berufsausbildung schlagen sich in Reformen der Pflegeausbildung nieder. So war schon länger vorgesehen, „die Ausbildung in den Pflegeberufen auf eine gemeinsame Grundlage zu stellen und durch die Schaffung von gleichen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für alle Pflegeberufe weiterzuentwickeln“ (Begründung KrPflG 2003).

Das „Gesetz über die Pflegeberufe“, das nach einem langen und kontroversen Gesetzgebungsprozess am 17.7.2017 verabschiedet wurde, führt die bisherigen getrennten Pflegeausbildungen weitgehend zusammen. Es entwickelt damit den Pflegeberuf zukunftsgerichtet weiter, gestaltet ihn attraktiver und nimmt inhaltliche Qualitätsverbesserungen vor (Begründung PflBG, Hundenborn & Knigge-Demal 2017).

► **Modellversuche zur Vorbereitung der Ausbildungsreform.** Weitreichende Ausbildungsreformen werden oft durch Mo-

dellversuche vorbereitet. Seit 1995 hatten Modellversuche in den Pflegeberufen gezeigt, dass und wie die bislang separaten Ausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege, in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie in der Altenpflege erfolgreich zusammengeführt werden können. Das bundesweit größte und umfangreichste Modellvorhaben war das vom Bundesfamilienministerium (BMFSFJ) in Auftrag gegebene Forschungsprojekt „Pflegeausbildung in Bewegung“. Hier wurden 8 Modellversuche einer gemeinsamen Ausbildung wissenschaftlich begleitet, erprobt und ausgewertet. Die Ergebnisse zeigten, dass eine Zusammenführung der bisherigen Pflegeausbildungen möglich und sinnvoll ist. Die Lernenden in den Modellversuchen erwarben zentrale berufliche Handlungskompetenzen, die für die Pflege von Menschen aller Altersstufen in unterschiedlichen Einrichtungen der Pflege und Gesundheitsversorgung erforderlich sind. Mit ihren Kompetenzen konnten sie neue Probleme lösen, ihr wissenschaftliches Wissen in konkreten Pflegesituationen nutzen und vernetzt denken (Klaes, Weidner, Schüler et al. 2008; DIP 2010; DIP 2016). Diese und andere Modellversuchsergebnisse überzeugten die politisch Verantwortlichen davon, die bislang getrennten Pflegeausbildungen zu einem einheitlichen beruflichen Abschluss zusammenzuführen. Das am 1.1.2020 in Kraft getretene Pflegeberufgesetz schließt den langjährigen Vorbereitungsprozess der Entwicklung eines neuen und attraktiven pflegerischen Kern- und Basisberufs ab (Begründung PflBG 2016).

1.3 Grundlagen der Ausbildung

Die Ausbildung zur Pflegefachfrau / zum Pflegefachmann wird bundeseinheitlich durch das Gesetz über die Pflegeberufe vom 17.7.2017 und durch die Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung vom 2.10.2018 geregelt. Das Gesetz über die Pflegeberufe ist Teil des Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG). Dieses Artikelgesetz beinhaltet mit Artikel 1 das Pflegeberufgesetz. Die Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung regelt die Finanzierung der Pflegeausbildung. Gesetz und Rechtsverordnungen gelten für die Ausbildungen, die ab dem 1.1.2020 beginnen. Erstmals geben bundeseinheitliche Rahmenpläne darüber hinaus Orientierung und Empfehlungen für den theoretischen und praktischen Unterricht an den Pflegeschulen und für die praktische Ausbildung in den Einsatzbereichen.

1.3.1 Zentrale Innovationen im Überblick

Bereits seit vielen Jahren sollte die Ausbildung in den Pflegeberufen grundlegend reformiert werden, indem die 3 bisherigen pflegerischen Ausbildungen zu einem neuen einheitlichen Pflegeberuf zusammengeführt werden. Dies wird auch als generalistische Pflegeausbildung bezeichnet, weil sie die für die allgemeine Pflege (General Care) erforderlichen Kompetenzen vermittelt, während Spezialisierungen in verschiedenen Weiterbildungen im Prozess des lebenslangen Lernens erfolgen. Die generalistische Pflegeausbildung ist in Europa seit Langem gefordert und in den meisten europäischen Ländern bereits umgesetzt. Die pflegerische Erstausbildung wird auf eine breitere Grundlage gestellt und vermittelt die Kompetenzen für die Pflege von Menschen aller Altersstufen in unterschiedlichen Pflege- und Lebenssituationen und institutionellen Versorgungskontexten (Hundenborn 2015b).

► **Neues Berufsbild – neue Berufsbezeichnung.** Das neue Berufsbild schlägt sich auch in einer neuen Berufsbezeichnung nieder. Die ausgebildeten Pflegefachpersonen erwerben die Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“ bzw. „Pflegefachmann“. Diese Berufsbezeichnungen sind bereits seit längerer Zeit in der Schweiz geläufig. Unter bestimmten Voraussetzungen können in Deutschland zunächst bis 2025 gesonderte Berufsabschlüsse in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege oder in der Altenpflege erworben werden (§ 58 Abs. 2 und Abs. 3 PflBG).

Die Auszubildenden erwerben die Kompetenzen, die für die Pflege von Menschen aller Altersstufen erforderlich sind. Entsprechend lernen sie in der praktischen Ausbildung auch die verschiedenen Versorgungsbereiche kennen: die stationäre Akut- und Langzeitpflege, die ambulante Akut- und Langzeitpflege sowie die pädiatrische und die psychiatrische Versorgung.

► **Wahlrecht der Auszubildenden und Möglichkeit gesonderter Berufsabschlüsse.** Auszubildende, die einen Vertiefungseinsatz im speziellen Bereich der pädiatrischen Versorgung vereinbart haben, können zum Ende des zweiten Ausbildungsdrittels – frühestens 6 Monate vor Beginn des letzten Ausbildungsdrittels – entscheiden, ob sie die generalistische Pflegeausbildung auch im letzten Ausbildungsdrittel fortsetzen und den Abschluss als „Pflegefachfrau“ / „Pflegefachmann“ erwerben oder im letzten Ausbildungs-

drittel eine Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege absolvieren und die Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin“ / „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger“ erwerben wollen. In diesem Falle ist das letzte Ausbildungsdrittel in der Pflegeschule auf die Kompetenzvermittlung speziell zur Pflege von Kindern und Jugendlichen ausgerichtet (§ 59 Abs. 2 und Abs. 5; § 60 PflBG).

Auszubildende, die einen „Vertiefungseinsatz im speziellen Bereich der allgemeinen Langzeitpflege in stationären Einrichtungen oder der allgemeinem ambulanten Akut- und Langzeitpflege mit der Ausrichtung auf den Bereich der ambulanten Langzeitpflege vereinbart haben“ (§ 59 Abs. 3), können zum Ende des zweiten Ausbildungsdrittels – frühestens 6 Monate vor Beginn des letzten Ausbildungsdrittels – entscheiden, ob sie die generalistische Pflegeausbildung auch im letzten Ausbildungsdrittel fortsetzen oder im letzten Ausbildungsdrittel eine Ausbildung in Altenpflege absolvieren und die Berufsbezeichnung „Altenpflegerin“ / „Altenpfleger“ erwerben wollen. In diesem Falle ist das letzte Ausbildungsdrittel in der Pflegeschule auf die Kompetenzvermittlung speziell zur Pflege alter Menschen ausgerichtet (§ 59 Abs. 3 und Abs. 5; § 61 PflBG).

Auszubildende, die ihr Wahlrecht ausüben, erhalten zu diesem Zeitpunkt einen geänderten Ausbildungsvertrag, da alle Ausbildungsverträge zunächst auf eine Ausbildung zur „Pflegefachfrau“ / zum „Pflegefachmann“ abgeschlossen werden (§ 59 Abs. 5 PflBG). Rechtzeitig vor Ausübung des Wahlrechts werden die Auszubildenden von einer unabhängigen Stelle über ihre Wahlmöglichkeiten und die Konsequenzen beraten.

► **Individuelle Schwerpunktsetzungen.** Alle Auszubildenden absolvieren künftig im letzten Ausbildungsdrittel – bei einer Vollzeitausbildung also im dritten Ausbildungsjahr – einen 500 Stunden umfassenden Vertiefungseinsatz in der stationären Akutpflege, der stationären Langzeitpflege, der ambulanten Akut-/Langzeitpflege, der pädiatrischen oder der psychiatrischen Versorgung. Dieser Einsatz wird zwischen den Auszubildenden und dem Träger der praktischen Ausbildung, mit dem der Ausbildungsvertrag abgeschlossen wird, vereinbart und in den Ausbildungsvertrag aufgenommen. Mit der Wahl des Vertiefungseinsatzes haben die Auszubildenden die Möglichkeit einer ersten individuellen beruflichen Profilbildung bereits während der Ausbildung. Der Gesetzgeber folgt hier einer Empfehlung aus den vor der Ausbildungsreform durchgeführten Modellversuchen. Der Vertiefungseinsatz (S.45) wird in der „An-

lage zur Urkunde über die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung“ (Anlage 14 PflAPrV) ausgewiesen (Hundenborn u. von Germeten-Ortmann 2019).

► **Ausbildung an einer Pflegeschule oder einer Hochschule.** Künftig führen 2 Wege in den Pflegeberuf: Die meisten Lernenden werden weiterhin ihre Ausbildung an einer Pflegeschule absolvieren. Das Pflegeberufegesetz sieht nunmehr aber auch ein primärqualifizierendes Pflegestudium an einer Hochschule vor, das bislang nur im Rahmen von Modellversuchen möglich war. In einem solchen Studium ist der Berufsabschluss mit einem akademischen Abschluss auf Bachelorniveau verbunden. Für den erfolgreichen Abschluss des Studiums müssen die hochschulische und auch die staatliche Prüfung bestanden werden. Das Studium ist generalistisch ausgerichtet. Ein Wahlrecht wie in der pflegeberuflichen Ausbildung besteht nicht. Verliehen wird die Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“ / „Pflegefachmann“ mit dem Zusatz des akademischen Grades (B. A. = Bachelor of Arts oder B. Sc. = Bachelor of Science). Im Unterschied zur pflegeberuflichen Ausbildung wird im Studium keine Ausbildungsvergütung gezahlt.

Mit der Einführung einer hochschulischen Ausbildung will der Gesetzgeber den komplexeren werdenden pflegerischen Herausforderungen entsprechen und den Berufsbereich weiter aufwerten. Beide Qualifikationsniveaus – die Ausbildung an der Pflegeschule und an der Hochschule – befähigen für die unmittelbare Pflege von Menschen aller Altersstufen. Hochschulisch ausgebildete Pflegenden werden durch das Studium jedoch in besonderer Weise befähigt, wissenschaftliches Wissen und wissenschaftliche Methoden zur Begründung und Reflexion ihrer beruflichen Aufgaben selbstständig zu nutzen. Deshalb überträgt der Gesetzgeber ihnen auch die Verantwortung für die „Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse auf der Grundlage wissenschaftsbasierter und wissenschaftsorientierter Entscheidungen“ (Begründung PflBG; Hundenborn u. Knigge-Demal 2016).

► **Schutz der Berufsausübung durch vorbehaltene Tätigkeiten.** Bislang schützten die Ausbildungsgesetze die Berufsbezeichnung, nicht aber die Berufsausübung. Erstmals stellt nun das Pflegeberufegesetz bestimmte Aufgaben des beruflichen Verantwortungsbereichs unter einen besonderen Schutz. Dieser Schutz dient den zu pflegenden Menschen (Hundenborn u. Knigge-Demal 2018): Arbeitgeber dürfen vorbehaltene Tätigkeiten weder an Personen ohne eine Berufserlaubnis nach dem PflBG übertragen, noch ihre Aus-

übung durch Personen ohne Berufserlaubnis dulden (§ 4 Abs. 3 PflBG)



Merke

Nur speziell ausgebildete und hierfür eigens autorisierte Berufsgruppen dürfen vorbehaltene Tätigkeiten erbringen, da sie besonders verantwortungsvoll sind und besondere fachliche Expertise erfordern.

Der Gesetzgeber regelt die vorbehaltenen Tätigkeiten des Pflegeberufs in § 4; sie betreffen „die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs“, „die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses“ und „die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege.“ Die vorbehaltenen Tätigkeiten werden in den Ausbildungszielen nach § 5 aufgegriffen und in den selbstständigen Verantwortungs- und Aufgabenbereich (S.40) integriert.

► **Kompetenzerweiterung durch heilkundliche Aufgaben.** Bereits mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 hatte der Gesetzgeber die Möglichkeit zur Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen im Rahmen von Modellversuchen geschaffen. Welche Tätigkeiten genau auf Pflegefachpersonen übertragen werden können, ist in der Heilkundeübertragungsrichtlinie geregelt (Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V). Mit § 14 PflBG hat der Gesetzgeber solche Modellvorhaben erleichtert, bei denen im Rahmen der Ausbildung über die im Ausbildungsziel „beschriebenen Aufgaben hinausgehende Kompetenzen zur selbständigen Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten“ erworben werden können (§ 14 PflBG, Hundenborn u. von Germeten-Ortmann 2019).

1.3.2 Wichtige Regelungen der Pflegeausbildung

Das Pflegeberufegesetz stellt die Pflegeausbildung auf eine breitere Grundlage und geht von einem neuen Pflege- und Berufsverständnis aus. „Nur anhand der einzelnen Ausbildungsziele lässt sich das Berufsprofil erkennen, denn die Ausbildungsziele sollen die Aufgaben abbilden, die die künftige berufliche Tätigkeit ausmachen“ (Igl 2019).

Pflege- und Berufsverständnis

Das Ausbildungsziel laut § 5 PflBG lässt eine systemische Betrachtung des pflegerischen Berufsfeldes erkennen: Die Pflegeprozessgestaltung als wichtigste Aufgabe bezieht sich auf die zu pflegenden Menschen und ihre Angehörigen und das soziale Netz. Darüber hinaus legt das Ausbildungsziel team-, institutions- und gesellschaftsbezogene Aufgaben als integralen Bestandteil des Berufsbildes fest (Hundenborn u. Knigge-Demal 2016):

„(1) Die Ausbildung (...) vermittelt die für die selbstständige, umfassende und prozessorientierte Pflege von Menschen aller Altersstufen in akut und dauerhaft stationären sowie ambulanten Pflegesituationen erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen einschließlich der zugrunde liegenden methodischen, sozialen, interkulturellen und kommunikativen Kompetenzen und der zugrunde liegenden Lernkompetenzen sowie der Fähigkeit zum Wissenstransfer und zur Selbstreflexion. Lebenslanges Lernen wird dabei als ein Prozess der eigenen beruflichen Biografie verstanden (...).“

(2) Die Ausbildung im Sinne des Absatzes 1 umfasst präventive, kurative, rehabilitative, palliative und sozialpflegerische Maßnahmen zur Erhaltung, Förderung, Wiedererlangung oder Verbesserung der physischen und psychischen Situation der zu pflegenden Menschen, ihre Beratung sowie ihre Begleitung in allen Lebensphasen und die Begleitung Sterbender. Sie erfolgt entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher (...) Erkenntnisse auf der Grundlage einer professionellen Ethik. Sie berücksichtigt die konkrete Lebenssituation, den sozialen, kulturellen und religiösen Hintergrund, die sexuelle Orientierung sowie die Lebensphase (...). Sie unterstützt die Selbstständigkeit der zu pflegenden Menschen und achtet deren Recht auf Selbstbestimmung.

(3) Die Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen,

1. die folgenden Aufgaben selbstständig auszuführen:
 - a) Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs und Planung der Pflege,
 - b) Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses,
 - c) Durchführung der Pflege und Dokumentation der angewendeten Maßnahmen,
 - d) Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege,
 - e) Bedarfserhebung und Durchführung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen,
 - f) Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen bei der individuellen Auseinander-

setzung mit Gesundheit und Krankheit sowie bei der Erhaltung und Stärkung der eigenständigen Lebensführung und Alltagskompetenz unter Einbeziehung ihrer sozialen Bezugspersonen,

- g) Erhaltung, Wiederherstellung, Förderung, Aktivierung und Stabilisierung individueller Fähigkeiten der zu pflegenden Menschen insbesondere im Rahmen von Rehabilitationskonzepten sowie die Pflege und Betreuung bei Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten,
- h) Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes und Durchführung von Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen,
- i) Anleitung, Beratung und Unterstützung von anderen Berufsgruppen und Ehrenamtlichen in den jeweiligen Pflegekontexten sowie Mitwirkung an der praktischen Ausbildung von Angehörigen von Gesundheitsfachberufen,
2. ärztlich angeordnete Maßnahmen eigenständig durchzuführen, insbesondere Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation,
3. interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen fachlich zu kommunizieren und effektiv zusammenzuarbeiten und dabei individuelle, multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen (...) zu entwickeln sowie teamorientiert umzusetzen.
4. Während der Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann werden ein professionelles, ethisch fundiertes Pflegeverständnis und ein berufliches Selbstverständnis entwickelt und gestärkt.“

► **Fazit.** Das neue Pflege- und Berufsverständnis lässt sich wie folgt zusammenfassen: Berufliches Pflegehandeln...

- ist den Menschen mit Pflegebedarf in allen Lebensphasen verpflichtet.
- bezieht sich auf akute und dauerhafte Pflegesituationen in verschiedenen Versorgungskontexten.
- beinhaltet die Dimensionen von Gesundheitsförderung und Prävention über Kuration und Rehabilitation bis zur Palliation und integriert die sozialpflegerische Dimension, die auf die Lebenswelten von zu pflegenden Menschen und ihre Bezugspersonen mit ihren individuellen sozialen, kulturellen, religiösen und sexuellen Orientierungen ausgerichtet ist.
- ist der wissenschaftlichen Begründung, insbesondere der Pflegewissenschaft, verpflichtet.

- ist auf der Grundlage einer professionellen Ethik zu rechtfertigen.
- hat die Selbstständigkeit der zu pflegenden Menschen zu fördern und deren Selbstbestimmungsrecht zu achten.

Verantwortungs- und Aufgabenbereiche

Die hohe Verantwortung von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern verdeutlicht der Gesetzgeber in den 3 Verantwortungs- und Aufgabenbereichen (§ 5 Abs. 3 PflBG):

- dem selbstständigen Verantwortungs- und Aufgabenbereich
- dem eigenständigen Verantwortungs- und Aufgabenbereich
- dem interdisziplinären Verantwortungs- und Aufgabenbereich.

Der selbstständige Verantwortungs- und Aufgabenbereich ist der Schwerpunkt der neuen Pflegeausbildung. Er beinhaltet mit der Verantwortung für den Pflegeprozess – für die Pflegediagnostik, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie für die Evaluation und Sicherung der Pflegequalität – die vorbehaltenen Tätigkeiten, die dem besonderen Schutz der zu pflegenden Menschen dienen.

Definition

„Selbstständigkeit bezeichnet die Fähigkeit und Bereitschaft, eigenständig und verantwortlich zu handeln, eigenes und das Handeln anderer zu reflektieren und die eigene Handlungsfähigkeit weiterzuentwickeln“ (DQR 2013).

Der eigenständige Verantwortungs- und Aufgabenbereich bezieht sich auf die eigenständige Durchführung ärztlich delegierter Tätigkeiten, v.a. im Rahmen von Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation.

Definition

„Eigenständigkeit bezeichnet die Fähigkeit und das Bestreben, in unterschiedlichen Situationen angemessene Entscheidungen zu treffen und ohne fremde Hilfe zu handeln“ (DQR 2013).

Schließlich wird im interdisziplinären Verantwortungs- und Aufgabenbereich die fachliche Kommunikation und effektive Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Berufsgruppen angesprochen, die bei Gesundheitsproblemen notwendig ist, weil komplexe Krankheitsbefunde und

Pflegebedürftigkeit stets berufsübergreifende Lösungen und ihre Umsetzung in multidisziplinären Teams erfordern.

Kompetenz- und Persönlichkeitsentwicklung

Damit die Auszubildenden lernen, Pflegeprozessverantwortung für eine selbstständige und umfassende Pflege von Menschen aller Altersstufen in unterschiedlichen Pflegesituationen und Versorgungskontexten zu übernehmen, erwerben sie in der Ausbildung fachliche und personale Kompetenzen (§ 5 Abs. 1 PflBG).

Definition

Kompetenz – Bewältigung von komplexen Pflege- und Berufssituationen

„Kompetenz wird (im Pflegeberufesgesetz und in der Pflegeberufes-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung) verstanden als die Fähigkeit und Bereitschaft, in komplexen Pflege- und Berufssituationen professionell zu handeln und sich für die persönliche und fachliche Weiterentwicklung einzusetzen. Kompetenz ist als Handlungsvoraussetzung des Einzelnen anzusehen, die nicht unmittelbar beobachtet werden kann, sich jedoch mittelbar oder indirekt im Handeln selbst zeigt. Das beobachtbare Handeln wird auch als Performanz bezeichnet. Erwerb und Weiterentwicklung von Kompetenz erfordern handlungsorientierte Lernprozesse (...)“ (Fachkommission nach § 53 PflBG 2019).

Pflegeberufliche Kompetenzen werden auf Grundlage der individuellen Voraussetzungen, die die Auszubildenden mitbringen, im Ausbildungsprozess systematisch angebahnt, entwickelt und gefördert. Die Kompetenzentwicklung ist am Ende der Ausbildung jedoch nicht abgeschlossen, sondern bedarf einer Weiterentwicklung über das gesamte Berufsleben. Kompetent ist nicht bereits jemand, der viel weiß, sondern erst jemand, der in Lebens- und Berufssituationen angemessen handelt. Daher können Kompetenzen nicht ausschließlich in schulischen Lernprozessen erworben werden. Zu deren Erwerb dient vielmehr das Handeln in konkreten Pflegesituationen. Beide Lernorte – Schule und Betrieb – tragen deshalb gemeinsam zur Kompetenzentwicklung bei.

Merke

Kompetent zu sein bedeutet nicht nur, für ein bestimmtes Aufgabengebiet zuständig zu sein, sondern v. a. anspruchsvolle und komplexe Handlungssituationen bewältigen zu können.

Kompetenzen sind für eine angemessene Situationsbewältigung erforderlich. Je komplexer die Situationen, umso anspruchsvoller sind die benötigten Kompetenzen. In komplexen Pflege- und Berufssituationen reichen allein fachliche Kompetenzen nicht aus, benötigt werden vielmehr stets auch personale Kompetenzen. Diese beinhalten die Fähigkeit, sich selbst einschätzen zu können, über sich selbst nachdenken zu können, eigene Einstellungen und Werthaltungen zu entwickeln und zu vertreten sowie eigene Begabungen zu entfalten. Für die (Weiter-) Entwicklung von Kompetenzen ist insbesondere die Selbstreflexion gemachter Erfahrungen von Bedeutung.

Definition

„Personale Kompetenz (...) bezeichnet die Fähigkeit und Bereitschaft, sich weiterzuentwickeln und das eigene Leben eigenständig und verantwortlich im jeweiligen sozialen, kulturellen bzw. beruflichen Kontext zu gestalten“ (DQR 2013).

Pflegesituationen und Kompetenzen gehören zusammen wie die beiden Seiten einer Medaille. Deshalb werden in der Pflegeberufes-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung die im Ausbildungsziel ausgewiesenen Kompetenzen konkretisiert und so formuliert, dass sie deutlich erkennbar auf die Anforderungen von komplexen Pflege- und Berufssituationen ausgerichtet sind (Fachkommission 2019).

Kompetenzbereiche

Die in der Ausbildung zu entwickelnden Kompetenzen werden in der Pflegeberufes-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung näher geregelt (» Tab. 1.1). Die Kompetenzbereiche sind durch eine systemische Sichtweise gekennzeichnet, die bereits im Ausbildungsziel nach § 5 PflBG deutlich wird.

► **Kompetenzbereich I und II.** Im Mittelpunkt der Ausbildung stehen die Aufgaben, die unmittelbar auf die Pflegeprozess- und Beziehungsgestaltung mit den zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen ausgerichtet sind. Sie beinhalten v. a. die Verantwortung für die Pflegediagnostik, die Gestaltung, Steuerung und Organisation des Pflegeprozesses, die Durchführung sowie die Sicherung und die Evaluation der Qualität der Pflege und legen einen Schwerpunkt auf die vorbehaltenen Tätigkeiten. Die einzelnen Kompetenzen des Kompetenzbereichs I sind auf unterschiedliche Pflegesituationen bezogen und umfassen die einzelnen Dimensionen des Pflegehandelns: die gesundheitsfördernde und präventive, die kurative, die rehabilitative und palliative sowie die sozialpflegerische Dimension. Kompetenzbereich II bezieht sich auf die unmittelbare Kommunikation und Interaktion mit den zu pflegenden Menschen und ihren Angehörigen. Die Beziehungs- und Kommunikationsgestaltung sind unverzichtbare Grundlagen des Pflegeprozesses. Die Beratung gilt nicht nur den zu pflegenden Menschen, sondern auch ihren Angehörigen, die einen im Sozialrecht (SGB XI) verankerten Anspruch auf eine unabhängige und individuelle Pflegeberatung haben.

In beiden Kompetenzbereichen spiegelt sich insbesondere der kundenbezogene Verantwortungs- und Aufgabenbereich wider. Zusammen umfassen sie mit einer Stundenzahl von 1280 Stunden > 50 % der Gesamtzeit des theoretischen und praktischen Unterrichts. Dies verdeutlicht noch-

Tab. 1.1 Kompetenzbereiche in den Anlagen 1 bis 4 PflAPrV

Kompetenzbereiche	
I.	Pflegeprozesse und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen und evaluieren.
II.	Kommunikation und Beratung personen- und situationsbezogen gestalten.
III.	Intra- und interprofessionelles Handeln in unterschiedlichen systemischen Kontexten verantwortlich gestalten und mitgestalten.
IV.	Das eigene Handeln auf der Grundlage von Gesetzen, Verordnungen und ethischen Leitlinien reflektieren und begründen.
V.	Das eigene Handeln auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen und Einstellungen reflektieren und begründen.

mals die Wichtigkeit dieses mit den vorbehaltenen Tätigkeiten verbundenen Schwerpunkts der Pflegeausbildung (Hundenborn u. Knigge-Demal 2016, Hundenborn 2019).

► **Kompetenzbereich III.** Der Kompetenzbereich III fokussiert auf teambezogene Aufgaben: Er regelt die Kompetenzen, die für Abstimmungs- und Koordinationsprozesse, für Anleitung und kollegiales Coaching sowie für kollegiale Unterstützung und die erforderlichen Absprachen in einem qualifikationsheterogenen Team wichtig sind. Auch die Kompetenzen zur inter- und multidisziplinären Zusammenarbeit werden hier in den Blick genommen. Integriert sind auch die Aufgaben, die Pflegefachpersonen im Rahmen ärztlicher diagnostischer und therapeutischer Anordnungen eigenständig ausführen.

► **Kompetenzbereich IV.** Der Kompetenzbereich IV nimmt die gesellschaftliche Ebene in den Blick. Er fördert das Verständnis für die gesellschaftlichen Zusammenhänge, in die Pflegehandeln in Pflegesituationen eingebunden ist. Die Auszubildenden sollen gesellschaftliche Werte und Regeln kritisch reflektieren und sich mit Gesetzen und Verordnungen, mit gesellschaftlichen Erwartungen und Entwicklungen sowie mit ethischen und kulturellen Orientierungen auseinandersetzen. Diese kritische Reflexion gehört zum verantwortlichen Pflegehandeln ebenso wie eine ethische Reflexion der Kommunika-

tion und Interaktion mit den zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen.

► **Kompetenzbereich V.** Der Kompetenzbereich V befasst sich mit der Perspektive auf den Pflegeberuf und seine wissenschaftlichen Grundlagen und betrachtet zudem den Lern- und Entwicklungsprozess der Auszubildenden. Ein Schwerpunkt liegt auf der Auseinandersetzung mit beruflichen Rollenerwartungen und -verpflichtungen sowie mit beruflichen Anforderungen und Belastungen und intendiert die Identitätsentwicklung im Pflegeberuf. Er umfasst eine Auseinandersetzung mit der Geschichte des Pflegeberufs. Diese ist eine wichtige Grundlage, um die heutigen gesellschaftlichen Herausforderungen und Probleme zu verstehen und sich an ihrer Lösung zu beteiligen (Hundenborn u. Knigge-Demal 2016).

Kompetenzschwerpunkte

Schwerpunkte innerhalb der 5 Kompetenzbereiche konkretisieren die Kompetenzen weiter (► Tab. 1.2). Kompetenzbereiche und -schwerpunkte werden in den Lehrplänen und Curricula für den theoretischen und praktischen Unterricht in Pflegeschulen und in den Ausbildungsplänen für die praktische Ausbildung aufgegriffen und auch den Prüfungen entsprechend zugrunde gelegt.

Kompetenzentwicklung

Jeder Kompetenzschwerpunkt umfasst mehrere zusammengehörende Einzelkompetenzen. Insgesamt ergeben sich für die berufliche Pflegeausbildung in den 5 Kompetenzbereichen und 17 Kompetenzschwerpunkten 78 Einzelkompetenzen. Da die Pflege- und Berufssituationen, die die Auszubildenden in den Ausbildungsphasen und Einsatzbereichen erleben, im Ausbildungsverlauf zunehmend komplexer werden, werden auch die hierfür erforderlichen Kompetenzen zunehmend anspruchsvoller.

Der Kompetenzentwicklung hat der Verordnungsgeber durch die Markierung von 2 Ausbildungsabschnitten Rechnung getragen. So regelt die Anlage 1 zur PfIAPrV die Kompetenzen, die die Auszubildenden am Ende der ersten beiden Ausbildungsdritteln zum Zeitpunkt der Zwischenprüfung nachweisen müssen. In diesen beiden Dritteln der Ausbildung ist diese für alle Lernenden generalistisch, d.h. auf die Pflege von Menschen aller Altersstufen ausgerichtet. Für das letzte Ausbildungsdrittel können die Auszubildenden von ihrem Wahlrecht Gebrauch machen. Entscheiden sie sich, die generalistische Ausbildung im letzten Ausbildungsdrittel weiterzuführen, regelt die Anlage 2 die Kompetenzen für die staatliche Prüfung zur Pflegefachfrau / zum Pflegefachmann. Für Auszubildende, die sich für einen gesonderten Berufsabschluss entscheiden, regelt die Anlage 3 die Kom-

Tab. 1.2 Übersicht über die Kompetenzschwerpunkte in den Anlagen 1 bis 4 PfIAPrV

Kompetenzbereich	Kompetenzschwerpunkt	Gegenstand
I.	I.1	allgemeine Pflegeprozessverantwortung
	I.2	Pflegeprozessverantwortung für Menschen mit gesundheitlichen Problemlagen
	I.3	Pflegeprozessverantwortung für Menschen in hoch belasteten und kritischen Lebenssituationen
	I.4	zielgerichtetes Handeln in Krisen- oder Katastrophensituationen
	I.5	Unterstützung, Begleitung und Beratung von Menschen bei der Lebensgestaltung
	I.6	Förderung von Autonomie und Entwicklung in der Lebensspanne
II.	II.1	personen- und situationsbezogene Kommunikation und Interaktion mit zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen und Sicherstellung einer angemessenen Information
	II.2	Verantwortung für die Information, Schulung und Beratung von zu pflegenden Menschen
	II.3	ethisch reflektiertes Handeln
III.	III.1	Verantwortung für die Organisation des qualifikationsheterogenen Teams
	III.2	eigenständige Durchführung ärztlicher Anordnungen
	III.3	interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Versorgung und Behandlung und Sicherstellung von Kontinuität an Schnittstellen
IV.	IV.1	Sicherstellung von Leistungs- und Versorgungsqualität in verschiedenen Institutionen
	IV.2	Berücksichtigung von Versorgungskontexten und Systemzusammenhängen im Pflegehandeln unter Beachtung ökonomischer und ökologischer Prinzipien
V.	V.1	Pflegewissenschaftlich begründetes Pflegehandeln
	V.2	Verantwortung für die Entwicklung der eigenen Persönlichkeit und für das berufliche Selbstverständnis

Tab. 1.3 Vom Wissen zum Transfer in Pflegesituationen - Beispiel für die Entwicklung der Kompetenz 1.3.b über den Ausbildungsverlauf und im Vergleich der Berufsabschlüsse

Anlage 1 (Zwischenprüfung)	Anlage 2: Pflegefachfrau / Pflegefachmann	Anlage 3: Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin / Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	Anlage 4: Altenpflegerin / Altenpfleger
Die Auszubildenden verfügen über grundlegendes Wissen zu Bewältigungsformen und Unterstützungsangeboten für Familien in entwicklungs- und gesundheitsbedingten Lebenskrisen.	Die Absolventinnen und Absolventen unterstützen Familien, die sich insbesondere infolge einer Frühgeburt, einer schweren chronischen oder lebenslimitierenden Erkrankung in einer Lebenskrise befinden, und wirken bei der Stabilisierung des Familiensystems mit.	Die Absolventinnen und Absolventen unterstützen Familien, die sich insbesondere infolge einer Frühgeburt, einer schweren chronischen oder lebenslimitierenden Erkrankung ihres Kindes oder Jugendlichen in einer Lebenskrise befinden, und wirken bei der Stabilisierung des Familiensystems mit.	Die Absolventinnen und Absolventen unterstützen und anerkennen die Ressourcen von Familien, die sich insbesondere infolge von schweren chronischen oder lebenslimitierenden Erkrankungen im höheren Lebensalter in einer Lebenskrise befinden, und wirken bei der Stabilisierung des Familiensystems mit.

petenzen für die staatliche Prüfung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin / zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger bzw. die Anlage 4 die Kompetenzen für die staatliche Prüfung zur Altenpflegerin / zum Altenpfleger.

Das Anforderungsniveau verändert sich über den Ausbildungsverlauf bei allen Kompetenzen, u.U. in unterschiedlichen Dimensionen (► Tab. 1.3). So nehmen etwa Wissensumfang und Wissenstiefe zu, die diagnostische Kompetenz bezieht sich zunächst auf wenig komplexe und dann zunehmend auf komplexere Pflegesituationen. Die Verantwortung im Pflegeprozess reicht von der Mitwirkung bis hin zur vollständigen Verantwortungsübernahme für den Pflegeprozess und die vorbehaltenen Tätigkeiten. Die zunehmende Verantwortungsübernahme zeigt sich im Grad vollständiger Handlungen (Hundenborn u. Knigge-Demal 2018).

Rahmenpläne unterstützen eine einheitliche Ausbildung

Die Vorgaben des Pflegeberufgesetzes und der Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung müssen in Lehrplänen und Curricula weiter konkretisiert werden, damit die Ausbildungsverantwortlichen in den Pflegeschulen und den Einsatzbereichen der Pflegepraxis eine möglichst genaue Orientierung für die Gestaltung des theoretischen und praktischen Unterrichts sowie für die praktische Ausbildung erhalten. Erstmals hat der Gesetzgeber im PflBG festgelegt, dass für diesen Zweck bundeseinheitliche Rahmenpläne erarbeitet werden, die regelmäßig auf ihre Aktualität geprüft und an aktuelle Entwicklungen angepasst werden.

Zu diesem Zweck wurde eine Fachkommission aus 11 pflegefachlich, -pädagogisch und -wissenschaftlich für diese Aufgaben ausgewiesenen Experten eingesetzt (§ 53 PflBG). Die von der Fachkommission entwickelten Rahmenpläne beinhalten Rahmenlehrpläne für den theoretischen

und praktischen Unterricht an Pflegeschulen und Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung in den Einsatzbereichen. Da Kompetenzen an verschiedenen Lernorten erworben und weiterentwickelt werden, sind Rahmenlehrpläne und Rahmenausbildungspläne systematisch aufeinander bezogen. Sie beziehen sich auf die Kompetenzen laut Anlage 1–4 der PflAPrV und berücksichtigen die Lernmöglichkeiten in den verschiedenen Ausbildungsabschnitten und an den verschiedenen Lernorten. Seit dem 1.8.2019 stehen die Rahmenpläne der Fachkommission der Fachöffentlichkeit zur Verfügung (Fachkommission 2019).

► **Curriculare Einheiten.** Die Fachkommission hat für den theoretischen und praktischen Unterricht in Pflegeschulen insgesamt 11 curriculare Einheiten entwickelt. Sie fördern die Kompetenzentwicklung auf der Grundlage von Pflege- und Berufssituationen, die sich über den Ausbildungsverlauf in ihren Anforderungen zunehmend komplexer gestalten (BWP 2020).

Merke

„In der schulischen Ausbildung sollen die Auszubildenden exemplarische realitätsnahe Pflege- und Berufssituationen bearbeiten und am konkreten Beispiel allgemeine bzw. generalisierbare Einsichten erlangen und Wissen erwerben, das auch in anderen Situationen handlungsleitend ist. In den Pflegesituationen sind die verschiedenen Altersstufen ebenso abzubilden wie verschiedene Lebenssituationen und Lebenslagen der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen“ (BWP 2020).

Die 11 curricularen Einheiten berücksichtigen die Perspektive der Auszubildenden und der verschiedenen Ausbildungsein-

sätze, aber auch die Perspektive der verschiedenen pflegerischen Handlungsfelder. Die ersten 3 curricularen Einheiten (CE 01–CE 03) bereiten in der Pflegeschule den Orientierungseinsatz als ersten Ausbildungseinsatz in der praktischen Ausbildung vor, begleiten und reflektieren ihn. Die übrigen curricularen Einheiten (CE 04–CE 11) erstrecken sich über den gesamten Ausbildungsverlauf. In den einzelnen Einheiten werden zunehmend komplexe realitätsnahe Pflege- und Berufssituationen bearbeitet.

Die einzelnen Bundesländer haben im Rahmen ihrer Richtlinienkompetenz die Möglichkeit, die Rahmenpläne zu übernehmen, diese durch landeseigene Lehrplankommissionen weiter zu entwickeln und zu konkretisieren oder eigene landesrechtliche Lehr- und Ausbildungspläne herauszugeben. Inzwischen zeigt sich, dass die meisten Bundesländer sich an den Lehrplänen der Fachkommission orientieren (BWP 2020).

► **Schulinterne Curricula.** Eine weitere Konkretisierung nehmen die Pflegeschulen in ihren schulinternen Curricula vor, die sie auf der Grundlage der Rahmenlehrpläne der Fachkommission und ggf. der landesspezifischen Lehrpläne entwickeln. Der Gesetzgeber schreibt vor, dass jede Pflegeschule ein schulinternes Curriculum erstellen muss (§ 6 Abs. 2 PflBG). Hier verdeutlicht die Pflegeschule u. a. ihre besondere weltanschauliche und trägerspezifischen Ausrichtung, ihre Bildungsziele, ihr Selbstverständnis vom Lehren und Lernen und vom Miteinander im Schulleben. Die schulinternen Curricula bilden das konkrete Programm für den theoretischen und praktischen Unterricht an der jeweiligen Pflegeschule ab.

► **Ausbildungspläne.** Für den Kompetenzerwerb und für die Weiterentwicklung ist die praktische Ausbildung unverzichtbar.

Tab. 1.4 Übersicht über die curricularen Einheiten in den Rahmenlehrplänen der Fachkommission nach § 53 PflBG (Fachkommission 2019)

Nr.	Titel
01	Ausbildungsstart – Pflegefachfrau/Pflegefachmann werden
02	Zu pflegende Menschen in der Bewegung und Selbstversorgung unterstützen
03	Erste Pflegeerfahrungen reflektieren – verständigungsorientiert kommunizieren
04	Gesundheit fördern und präventiv handeln
05	Menschen in kurativen Prozessen pflegerisch unterstützen und Patientensicherheit stärken
06	In Akutsituationen sicher handeln
07	Rehabilitatives Pflegehandeln im interprofessionellen Team
08	Menschen in kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase begleiten
09	Menschen in der Lebensgestaltung lebensweltorientiert unterstützen
10	Entwicklung und Gesundheit in Kindheit und Jugend in Pflegesituationen fördern
11	Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und kognitiven Beeinträchtigungen personenzentriert und lebensweltbezogen unterstützen

Merke

„Die Lernprozesse in der Pflegepraxis beziehen sich auf das Handeln in realen Pflegesituationen. Lernanlässe und Lernmöglichkeiten resultieren also aus dem Pflegebedarf des zu pflegenden Menschen. Komplexität und Dynamik von Pflegeprozessen und das Handeln im Ernstfall sind nur in realen Pflegesituationen in der Pflegepraxis erfahrbare“ (BWP 2020).

Die neuen Ausbildungsregelungen stärken auch die Verantwortung des Trägers der praktischen Ausbildung. Er muss sicherstellen, dass „die Ausbildung auf der Grundlage eines Ausbildungsplanes zeitlich und sachlich gegliedert so durchgeführt werden kann, dass das Ausbildungsziel in der vorgesehenen Zeit erreicht werden kann“ (§ 8 Abs. 3 Punkt 2.). Der Träger muss auch für die Praxiseinsätze, die die Auszubildenden in anderen Einrichtungen absolvieren, sicherstellen, dass der Ausbildungsplan eingehalten wird. Wesentliche Grundlage für die praktische Ausbildung ist ein vom Träger zu erstellender Ausbildungsplan (§ 6 Abs. 3 PflBG). „Die Auszubildenden werden befähigt, die im Unterricht und in der praktischen Ausbildung erworbenen Kompetenzen aufeinander zu beziehen, miteinander zu verbinden und weiterzuentwickeln“ (§ 3 Abs. 1 PflAPrV). Als Orientierungsgrundlage für die Entwicklung des Ausbildungsplans dienen die von der Fachkommission nach § 53 PflBG entwickelten Rahmenausbildungspläne. Dabei müssen das schulinterne Curriculum und der Ausbildungsplan aufeinander abgestimmt sein (§ 10 Abs. 1 PflBG).



Dokumentation der Kompetenzentwicklung

Eine kompetenzorientierte Ausbildung erfordert das Bemühen der Auszubildenden, die im Ausbildungsziel aufgeführten Kompetenzen zu erreichen. Daher gehört ein schriftlicher Ausbildungsnachweis zu den Pflichten der Auszubildenden (§ 17 PflBG). Die Praxisanleiter halten die Auszubildenden zum Führen des Ausbildungsnachweises an (§ 4 Abs. 1 PflAPrV). Dieser muss so gestaltet sein, dass sich die Kompetenzentwicklung über den Ausbildungsverlauf feststellen lässt (§ 3 Abs. 5 PflAPrV). Der Pflegeschule dient der Ausbildungsnachweis bei der Wahrnehmung ihrer Gesamtverantwortung zur Überprüfung, „ob die praktische Ausbildung gemäß dem Ausbildungsplan durchgeführt wird“ (§ 10 Abs. 2 PflBG). Ausbildungsplan und -nachweis gehören also zusammen.

Um die Pflegeschulen bei der Gestaltung des von den Auszubildenden zu führenden Ausbildungsnachweises zu unterstützen, hat der Gesetzgeber die Entwicklung eines Musterausbildungsnachweises vorgesehen. Dieser wurde vom Bundesinstitut für Berufsbildung unter Beteiligung der Fachkommission erarbeitet (§ 60 Abs. 5 PflAPrV), steht seit Ende 2019 zur Verfügung und kann auch als digitale Version genutzt werden (BIBB 2019).

Praxisanleitung und Praxisbegleitung

► **Praxisanleitung durch besonders qualifizierte Pflegefachpersonen in den Einrichtungen.** Die Praxisanleitung in realen Pflegesituationen wird in den Ausbildungseinsätzen durch speziell ausgebildete Praxisanleiter gewährleistet. Sie umfasst in jedem Praxiseinsatz „mindestens

10 Prozent der während des Einsatzes zu leistenden Ausbildungszeit (...)“ (§ 4 Abs. 1 PflAPrV). Sie erfolgt in den meisten Praxiseinsätzen durch Pflegefachpersonen, die innerhalb der letzten 5 Jahre über wenigstens 1 Jahr Berufserfahrung im jeweiligen Einsatzbereich verfügen (§ 4 Abs. 2 PflAPrV). Dies soll sicherstellen, dass die mit der Praxisanleitung beauftragten Personen über die für den Einsatzbereich erforderlichen Kompetenzen verfügen. Die berufspädagogische Kompetenz erwerben die Praxisanleiter durch eine mindestens 300 Stunden umfassende Zusatzqualifikation (S.49). Damit ihr Wissen und ihre Kompetenzen stets dem aktuellen Stand entsprechen, hat der Verordnungsgeber eine Fortbildungspflicht von jährlich mindestens 24 Stunden (§ 4 Abs. 3 PflAPrV) eingeführt.

► **Praxisbegleitung durch die Pflegeschule.** Als Teil ihrer Gesamtverantwortung betreuen und beurteilen die Lehrkräfte der Pflegeschule die Auszubildenden fachlich und unterstützen die Praxisanleiter. Die Praxisbegleitung erfordert die persönliche Anwesenheit der Lehrkräfte in den Praxiseinrichtungen. Sie sollen die Auszubildenden mindestens 1 × im Orientierungseinsatz, in den Pflichteinsätzen und im Vertiefungseinsatz in der jeweiligen Einrichtung besuchen (§ 5 PflAPrV). Die Auszubildenden werden also insgesamt mindestens 7 × im Ausbildungsverlauf von den Lehrkräften der Pflegeschule begleitet. Gemeinsam können Auszubildende, Praxisanleitende und Lehrkräfte der Pflegeschule die Kompetenzentwicklung reflektieren und Vereinbarungen für den weiteren Lehr- und Lernprozess treffen.

Prüfungen zum Nachweis von Kompetenzen

Eine kompetenzorientierte und auf Pflege- und Berufssituationen ausgerichtete Ausbildung erfordert kompetenz- und situationsorientierte Prüfungen, die den Nachweis erbringen, dass die Auszubildenden die notwendigen Kompetenzen erworben haben. Entsprechend anspruchsvoll sind die verschiedenen Prüfungen im Verlauf und am Ende der Ausbildung.

► **Zwischenprüfung.** Nach 2 Ausbildungsdritteln hat der Gesetzgeber eine Zwischenprüfung festgelegt. Die bis zu diesem Zeitpunkt zu erwerbenden und in der Zwischenprüfung nachzuweisenden Kompetenzen sind in Anlage 1 der Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung aufgeführt. Die genaue Gestaltung der Zwischenprüfung fällt in die Ent-

scheidungskompetenz der einzelnen Bundesländer.

„Die Ausbildung kann unabhängig vom Ergebnis der Zwischenprüfung fortgesetzt werden“ (§ 7 PflAPrV). Jedoch beraten der Träger der praktischen Ausbildung und die Pflegeschule gemeinsam mit den Auszubildenden, wie der Erwerb der notwendigen Kompetenzen sichergestellt werden kann, wenn das Ausbildungsziel gefährdet sein sollte. Die Zwischenprüfung ist also kein Anlass zur Kündigung des Ausbildungsverhältnisses, sondern dient als Beratungsanlass.

Entscheiden sich Auszubildende, die Ausbildung nicht fortzusetzen, können die absolvierten Ausbildungsanteile ggf. auf eine landesrechtlich geregelte Ausbildung in einem Assistenz- oder Helferberuf in der Pflege angerechnet werden.

Auszubildende, die zu diesem Zeitpunkt ihr Wahlrecht ausüben, können entscheiden, ob sie im letzten Ausbildungsdrittel die generalistische Ausbildung fortführen oder ob sie sich auf die Pflege von Kindern und Jugendlichen bzw. von alten Menschen konzentrieren (S. 38) möchten.

► **Abschlussprüfung.** Die staatliche Prüfung am Ende der Ausbildungszeit bezieht sich für die Ausbildung zur Pflegefachfrau / zum Pflegefachmann auf die Kompetenzen, die in Anlage 2 der Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung geregelt sind (► Tab. 1.5). Für die gesonderten Berufsabschlüsse in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege bzw. in der Altenpflege sind die Kompetenzen der Anlage 3 oder 4 Grundlage der staatlichen Prüfung.

„Die staatliche Prüfung umfasst einen schriftlichen, einen mündlichen und einen praktischen Teil“ (§ 9 Abs. 1 PflAPrV). Im schriftlichen und im mündlichen Prüfungsteil werden die Kompetenzen anhand von komplexen fallbezogenen Aufgabenstellungen nachgewiesen. Insgesamt beziehen sie sich auf die 5 verschiedenen Kompetenzbereiche und ihre Kompetenzschwerpunkte (§ 14 und § 15 PflAPrV)

und berücksichtigen für die Prüfung zur Pflegefachfrau / zum Pflegefachmann die verschiedenen Altersstufen, „das soziale und kulturelle Umfeld der zu pflegenden Menschen“ sowie die unterschiedlichen Versorgungsbereiche. Für die Abschlüsse in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege bzw. in der Altenpflege beziehen sich die Fallsituationen auf Kinder und Jugendliche bzw. auf alte Menschen (§ 26 und § 27 PflAPrV, § 28 und § 29 PflAPrV).

Die praktische Prüfung wird i. d. R. in dem Bereich durchgeführt, in dem die Auszubildenden ihren Vertiefungseinsatz im letzten Ausbildungsdrittel absolviert haben (§ 9 Abs. 4), und bezieht sich auf alle 5 Kompetenzbereiche (§ 16 Abs. 1 PflAPrV). Sie erfolgt in realen und komplexen Pflegesituationen und „erstreckt sich auf die Pflege von mindestens 2 Menschen, von denen einer einen erhöhten Pflegebedarf aufweist“ (§ 16 PflAPrV). Die Prüfungsaufgabe umfasst die selbstständige, umfassende und prozessorientierte Pflege mit den verschiedenen Phasen des Pflegeprozesses und beinhaltet als „wesentliches Prüfungselement (...) die vorbehaltenen Tätigkeiten nach § 4 des Pflegeberufgesetzes“ (§ 16 Abs. 2 PflAPrV). Die Prüfungsregelungen für die gesonderten Berufsabschlüsse sind identisch.

Bedenkt man, dass Kompetenzen immer an das Handeln in konkreten Situationen gebunden sind bzw. nur in konkreten Situationen sichtbar werden, ist die praktische Prüfung in realen Pflegesituationen am besten geeignet, die für den Beruf notwendigen Kompetenzen nachzuweisen (Hundenborn 2005a).

Form, Dauer und Struktur der Pflegeausbildung

Die Ausbildung kann in Voll- oder Teilzeit durchgeführt werden. In Vollzeit dauert sie 3 Jahre, in Teilzeit höchstens 5 Jahre (§ 6 PflBG). Sie umfasst bei beiden Formen mindestens 4600 Stunden. Davon entfallen mindestens 2100 Stunden auf den theoretischen und praktischen Unterricht

an einer Pflegeschule und mindestens 2500 Stunden auf die praktische Ausbildung in verschiedenen Einsatzbereichen (► Tab. 1.6, ► Tab. 1.7, § 2 Abs. 2 PflAPrV). „Sie entspricht damit den europarechtlichen Vorgaben der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie“ (Igl 2019). Abschnitte von theoretischem und praktischem Unterricht an der Pflegeschule und Abschnitte der praktischen Ausbildung wechseln einander ab (§ 1 Abs. 3 PflAPrV).

In einer 3-Jahresplanung (Vollzeitausbildung) organisiert die Pflegeschule die Unterrichtsblöcke, die Praxiseinsatzzeiten sowie die Urlaubs- und Prüfungszeiten. Die verschiedenen Einsatzbereiche der Auszubildenden und ihre Abfolge im Ausbildungsverlauf werden in einem Einsatzplan festgehalten. Dieser muss die in Anlage 6 PflAPrV vorgesehene Stundenverteilung auf die Kompetenzbereiche und die Ausbildungsabschnitte ebenso berücksichtigen wie die Einsatzbereiche und -zeiten gemäß Anlage 7 PflAPrV.

► **Pflichteinsätze.** In Pflichteinsätzen erwerben die Auszubildenden die allgemein wichtigen Kompetenzen für die Pflege von Menschen aller Altersstufen in unterschiedlichen Pflegesituationen und Versorgungskontexten, die sie im späteren Berufsverlauf weiterentwickeln und spezifizieren können. Alle Auszubildenden haben daher Einsätze im Krankenhaus als Einrichtung der stationären Akutpflege, im Pflegeheim als Einrichtung der stationären Langzeitpflege und in der ambulanten Pflege, die auf die Akut- und/oder Langzeitpflege ausgerichtet sein kann.

Die Pflege von Kindern und Jugendlichen sowie von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und kognitiven Beeinträchtigungen stellt besondere Anforderungen an die Pflege. Daher sind auch die pädiatrische und psychiatrische Versorgung für alle Auszubildenden Pflichtbereiche.

► **Vertiefungseinsatz.** Ein Vertiefungseinsatz im Umfang von 500 Stunden bie-

Tab. 1.5 Kompetenzbereiche und -schwerpunkte in der staatlichen Prüfung (eigene Darstellung auf Grundlage von §§ 14–16 PflAPrV)

	I	II	III	IV	V	
schriftlich 1	I.1 + 1.5 + 1.6	II.1		+		fallbezogene Aufgabe*
schriftlich 2	I.2	II.2			V.1	
schriftlich 3	I.3 + I.4	II.3	III.2			
mündlich 1			X			Fallsituation** komplexe Aufgabe
mündlich 2				X		
mündlich 3					X	
praktisch	X	X	X	X	X	***

* Variation der Fallsituation nach Altersstufe, sozialem und kulturellem Umfeld und Versorgungsbereich

** anderer Versorgungsbereich als in der praktischen Prüfung

*** mindestens 2 Menschen, davon einer mit erhöhtem Pflegebedarf, i. d. R. im Versorgungsbereich des Vertiefungseinsatzes

Tab. 1.6 Stundenverteilung im Rahmen des theoretischen und praktischen Unterrichts der beruflichen Pflegeausbildung gemäß Anlage 6 PflAPrV

Kompetenzbereich	erstes und zweites Ausbildungsdrittel	letztes Ausbildungsdrittel	gesamt
Pflegeprozesse und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren	680 Std.	320 Std.	1000 Std.
Kommunikation und Beratung personen- und situationsbezogen gestalten	200 Std.	80 Std.	280 St.
Intra- und interprofessionelles Handeln in unterschiedlichen systemischen Kontexten verantwortlich gestalten und mitgestalten	200 Std.	100 Std.	300 Std.
Das eigene Handeln auf der Grundlage von Gesetzen, Verordnungen und ethischen Leitlinien reflektieren und begründen	80 Std.	80 Std.	160 Std.
Das eigene Handeln auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen und Einstellungen reflektieren und begründen	100 Std.	60 Std.	160 Std.
Stunden zur freien Verteilung	140 Std.	60 Std.	200 Std.
Gesamtsumme	1400 Std.	700 Std.	2100 Std.

In der Ausbildung zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann entfallen über die Gesamtdauer der Ausbildung im Rahmen des Unterrichts zur Vermittlung von Kompetenzen zur Pflege von Menschen aller Altersstufen jeweils mindestens 500 und höchstens 700 Stunden auf die Kompetenzvermittlung anhand der besonderen Pflegesituationen von Kindern und Jugendlichen sowie von alten Menschen.

Tab. 1.7 Stundenverteilung der Praxiseinsätze in den Ausbildungsabschnitten

erstes und zweites Ausbildungsdrittel	
Orientierungseinsatz	
flexibel gestaltbarer Einsatz zu Beginn der Ausbildung beim Träger der praktischen Ausbildung	400 Std.*
Pflichteinsätze in den 3 allgemeinen Versorgungsbereichen	
stationäre Akutpflege	400 Std.
stationäre Langzeitpflege	400 Std.
ambulante Akut-/Langzeitpflege	400 Std.
Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung	
pädiatrische Versorgung	120 Std.*
Summe erstes und zweites Ausbildungsdrittel	1720 Std.
* Bis zum 31.12.2024 entfallen auf „III. Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung“ mindestens 60 und höchstens 120 Stunden. Die ggf. freiwerdenden Stundenkontingente erhöhen entsprechend die Stunden von „I. Orientierungseinsatz“.	
letztes Ausbildungsdrittel	
Pflichteinsatz in der psychiatrischen Versorgung	
Allgemein-, geronto-, kinder- oder jugendpsychiatrische Versorgung	120 Std.
bei Ausübung des Wahlrechts nach § 59 Absatz 2 PflBG: nur kinder- oder jugendpsychiatrische Versorgung	
bei Ausübung des Wahlrechts nach § 59 Absatz 3 PflBG: nur gerontopsychiatrische Versorgung	
Vertiefungseinsatz im Bereich eines Pflichteinsatzes	
im Bereich eines Pflichteinsatzes nach II. bis IV.1.	500 Std.
im Bereich des Pflichteinsatzes nach II.3 auch mit Ausrichtung auf die ambulante Langzeitpflege	
für das Wahlrecht nach § 59 Absatz 2 PflBG: im Bereich eines Pflichteinsatzes nach III	
für das Wahlrecht nach § 59 Absatz 3 PflBG: im Bereich eines Pflichteinsatzes nach II.2 oder II.3 mit Ausrichtung auf die ambulante Langzeitpflege	
weitere Einsätze/Stunden zur freien Verteilung	
weiterer Einsatz (z. B. Pflegeberatung, Rehabilitation, Palliation)	80 Std.
• bei Ausübung des Wahlrechts nach § 59 Absatz 2 PflBG: nur in Bereichen der Versorgung von Kindern und Jugendlichen	
• bei Ausübung des Wahlrechts nach § 59 Absatz 3 PflBG: nur in Bereichen der Versorgung von alten Menschen	
zur freien Verteilung im Versorgungsbereich des Vertiefungseinsatzes	80 Std.
Summe letztes Ausbildungsdrittel	750 Std.
Gesamtsumme	2500 Std.

tet den Auszubildenden im letzten Ausbildungsdrittel vertiefende Lernmöglichkeiten in einem der Pflichtbereiche, die sie bereits in den ersten beiden Ausbildungsdritten kennengelernt haben. In Absprache mit dem Träger der praktischen Ausbildung können die Auszubildenden beim Abschluss des Ausbildungsvertrages einen Schwerpunkt vereinbaren, der ihren Neigungen entspricht, und so bereits während der Ausbildung ihr persönliches Profil entwickeln (S. 39).

► **Wahlmöglichkeiten.** Zudem gibt es – in Absprache mit dem Träger der praktischen Ausbildung – weitere Wahlmöglichkeiten für kürzere Einsätze, z.B. in der Pflegeberatung, der Rehabilitation oder der Palliation.

► **Mögliche Schwerpunkte.** Die Pflegeausbildung bietet die Möglichkeit, gut die Hälfte der praktischen Ausbildungszeit entweder in einem Krankenhaus, in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einem ambulanten Pflegedienst zu absolvieren. Die Schwerpunktsetzung hängt v.a. davon ab, mit welcher Versorgungseinrichtung die Auszubildenden ihren Ausbildungsvertrag abschließen, welche Einsatzmöglichkeiten dort bestehen und welche Vereinbarungen mit dem Träger der praktischen Ausbildung getroffen werden. Auszubildende, die einen besonderen Schwerpunkt (S. 39) auf die Pflege von Kindern und Jugendlichen legen möchten, können z.B. gut die Hälfte der praktischen Ausbildungszeit in der Pflege von Kindern und Jugendlichen absolvieren, wenn sie einen Ausbildungsvertrag mit dem Träger der pädiatrischen Versorgung abschließen.

Weitere Regelungen

Das Gesetz und die Rechtsverordnung regeln außerdem:

- die Pflichten des Trägers der praktischen Ausbildung (§§ 8 und 18 PflBG)
- die Mindestanforderungen an die Pflegeschulen und ihre Gesamtverantwortung (§§ 9 und 10 PflBG)
- die Zugangsvoraussetzungen für den Zugang zur Ausbildung und die Anrechnung gleichwertiger Ausbildungen (§§ 11 und 12 PflBG)
- die Anrechnung von Fehlzeiten (§ 13 PflBG)
- die Gestaltung des Ausbildungsvertrages (§ 16 PflBG)
- die Pflichten der Auszubildenden (§ 17)
- die Ausbildungsvergütung (§ 19)
- die Probezeit, das Ende sowie die Kündigung des Ausbildungsverhältnisses (§§ 20–22)
- die Finanzierung der beruflichen Pflegeausbildung (§§ 26–36)

- die hochschulische Pflegeausbildung (§§ 37–39).
- die Kooperationsverträge zwischen Pflegeschule, Träger der praktischen Ausbildung und weiteren an der Ausbildung beteiligten Einrichtungen (§ 8 PflAPrV)
- die Zusammensetzung des Prüfungsausschusses, die Zulassung zur Prüfung und den Nachteilsausgleich für Auszubildende mit Behinderungen oder Beeinträchtigungen (§§ 10, 11 und 12 PflAPrV)
- die Benotung der Prüfung, Bestehen und Wiederholung sowie Rücktritt von Prüfungen (§§ 17, 19 und 20 PflAPrV).

Merke

Nicht alle ausbildungsrelevanten Regelungen ergeben sich aus dem Bundesgesetz. Die Bundesländer haben bei verschiedenen Fragen die Möglichkeit landesrechtlicher Regelungen, die über die bundesgesetzlichen Regelungen hinausgehen. Daher empfehlen wir eine Auseinandersetzung mit den spezifischen Bestimmungen des Bundeslandes, in dem die berufliche Pflegeausbildung absolviert wird.

1.4 Weiterbildungs- und Studienmöglichkeiten

Die pflegeberufliche Ausbildung vermittelt als Einstieg in den Beruf die für die allgemeine Pflege von Menschen aller Altersstufen notwendigen Kompetenzen. Die raschen gesellschaftlichen Veränderungen und Entwicklungen in Wissenschaft und Forschung erfordern jedoch kontinuierliche Aktualisierungen und Weiterentwicklungen der Kompetenzen. Zudem werden in vielen pflegeberuflichen Handlungsfeldern erweiterte, vertiefte und spezialisierte Kompetenzen benötigt, die nicht Gegenstand der Ausbildung sein können. Dies ist vielmehr die Aufgabe von beruflicher Weiterbildung im Prozess des lebenslangen Lernens.

Das Pflegeberufgesetz weist im Ausbildungsziel nach § 5 darauf hin, dass „lebenslanges Lernen (...) als ein Prozess der eigenen beruflichen Biografie verstanden und die fortlaufende persönliche und fachliche Weiterentwicklung als notwendig anerkannt (wird)“. In der Begründung zum Gesetz wird betont, dass im Zuge einer zukunftsgerichteten Weiterentwicklung der Pflegeberufe „ein modernes, gestuftes und durchlässiges Pflegebildungssystem geschaffen werden (soll), das die Ausbildung der zukünftigen Pflegefach-

kräfte derart ausgestaltet, dass sie den Anforderungen an die sich wandelnden Versorgungsstrukturen und zukünftigen Pflegebedarfe gerecht wird (...).“



Merke

„Berufliche Weiterbildungen vertiefen, erweitern oder ergänzen pflegerische Kompetenzen, die Pflegefachpersonen in einer beruflichen und/oder hochschulischen Pflegeausbildung grundlegend erworben und (...) weiterentwickelt haben.“

„Berufliche Weiterbildungen sind auf den Erwerb bzw. auf die Vertiefung und (Weiter-)Entwicklung von Kompetenzen ausgerichtet, die in Pflegesituationen mit besonderer Komplexität, für Menschen mit spezifischem Pflegebedarf und/oder für die verantwortliche Übernahme besonderer Funktionen (...) erforderlich sind.“

Die für spezialisierte Versorgungsbereiche erforderlichen pflegerischen Kompetenzen unterscheiden „sich (...) in der Breite und Tiefe der Fachlichkeit, in der Komplexität der Pflege- und Berufssituationen und im Anspruchsniveau“ von den in der pflegeberuflichen Erstausbildung erworbenen Kompetenzen (DBR 2020).

Die Ausbildung in den Pflegeberufen unterliegt der Gesetzgebungskompetenz des Bundes, die Regelungen für Weiterbildungs- und Studienmöglichkeiten fallen in den Zuständigkeitsbereich der Bundesländer bzw. der Hochschulen. Die Vielfalt ist hier sehr groß, sodass ein Überblick und ein Vergleich nur sehr schwer möglich sind. Dies zeigt auch eine im Auftrag des Deutschen Bildungsrates durchgeführte Pflegeweiterbildungsstudie (DIP 2017).

Die folgenden Ausführungen erheben daher keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern sind als Beispiele für die vielfältigen Weiterentwicklungsmöglichkeiten anzusehen. Nach der Reform der pflegerischen Erstausbildung (S. 38), die Anfang 2020 in Kraft getreten ist, muss künftig das gesamte System der pflegeberuflichen Weiterbildungen neu geordnet werden. „Die generalistische Ausrichtung der Ausbildung, die vorbehaltenen Tätigkeiten, die Möglichkeiten eines primärqualifizierenden Pflegestudiums und von erweiterten Kompetenzen im Bereich heilkundlicher Aufgaben müssen die bestehenden Weiterbildungen auf den Prüfstand stellen und Angebote zur Anpassung bereits ausgebildeter Pflegefachpersonen an die künftigen Ausbildungsstandards beinhalten“ (DBR 2017).

1.4.1 Anpassungsweiterbildung/Fortbildung

Pflegefachpersonen, die nach bisherigem und nach neuem Recht ausgebildet sind, stehen zahlreiche Weiterbildungsmöglichkeiten offen. Besondere Bedeutung für den Erhalt der Kompetenzen und ihre Anpassung an Veränderungen und neue Entwicklungen kommt der Anpassungsweiterbildung bzw. Fortbildung zu.

Definition

Anpassungsweiterbildungen bzw. **Fortbildungen** dienen der Aktualisierung des beruflichen Wissens und Könnens und sind nicht mit einem beruflichen Aufstieg im engeren Sinne oder mit einem Wechsel des Aufgabengebietes verbunden.

Fortbildungsverpflichtung als Berufspflicht

Erst in wenigen Bundesländern gibt es Regelungen, die Pflegefachkräfte zur regelmäßigen Fortbildung verpflichten. Dennoch ist Fortbildung als Berufspflicht anzusehen: Sie stellt sicher, dass das für kompetentes Pflegehandeln erforderliche Wissen und Können dem aktuellen Stand entspricht. Dies bringt der Gesetzgeber auch im Ausbildungsziel des Pflegeberufgesetzes zum Ausdruck: „Lebenslanges Lernen wird dabei als ein Prozess der eigenen beruflichen Biografie verstanden und die fortlaufende persönliche und fachliche Weiterentwicklung als notwendig anerkannt“ (§ 5 Abs. 1 PflBG).

Träger von Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegewesens müssen verschiedene gesetzlich vorgeschriebene Anpassungsweiterbildungen anbieten (z. B. Brandschutz, Arbeits- und Gesundheitsschutz, Hygieneschulungen, Umgang mit medizinischen Geräten). Darüber hinaus kann der Träger einer Einrichtung zur Teilnahme an Fortbildungen verpflichten, die in besonderer Weise dem Leitbild, den Zielen und Aufgabenschwerpunkten der Einrichtung entsprechen.

► **Weitere Fortbildungsmöglichkeiten.** Auch Supervisionen, kollegiale Beratungen (Intervision), Fallbesprechungen und persönliche Reflexion dienen der Auseinandersetzung mit dem eigenen Pflegehandeln und leisten einen wichtigen Beitrag zum Erhalt und zur Weiterentwicklung der pflegerischen Expertise. Eine besondere Bedeutung kommt dem regelmäßigen Studium von Fachliteratur zu. Inzwischen unterhalten viele Einrich-

tungen eigene Bibliotheken für Pflegende, in denen Bücher und Fachzeitschriften eingesehen oder ausgeliehen werden können. Auszubildende und Studierende, die Fachzeitschriften persönlich abonnieren wollen, erhalten diese i. d. R. zu einem ermäßigten Preis. Auch die Teilnahme an Fortbildungen, Symposien und Kongressen ist meist zu vergünstigten Preisen möglich.

Registrierung beruflich Pflegender

Pflegende können sich auf Wunsch bei einer Registrierungsstelle der Berufsverbände zentral erfassen lassen. Die unabhängige Registrierungsstelle hat ihren Sitz in Berlin und wird seit 2006 vom Deutschen Pflegerat e. V. (DPR) getragen. Ähnlich wie bereits in anderen Ländern besteht so die Möglichkeit, zuverlässige Daten über die Qualifikation und die Einsatzorte beruflich Pflegender zu sammeln.

► **Fortbildungspunkte sammeln.** Während für die Erstregistrierung noch keine Fortbildungsnachweise erforderlich sind, wird jeweils nach 2 Jahren eine Erneuerung der Registrierung notwendig, für die der Nachweis von 40 Fortbildungspunkten geleistet werden muss (<http://www.regbp.de/>). Die meisten Anbieter von Pflegefortbildungen geben ihre Veranstaltungen bei der Registrierungsstelle an. Die Fortbildungsnachweise werden vom Veranstalter mit dem Logo der freiwilligen Registrierung und den für die jeweilige Fortbildung anzurechnenden Punkten versehen.

Registrierung durch Pflegekammern

In Bundesländern mit einer Pflegekammer (S. 57) übernimmt diese die Registrierung der Angehörigen der Pflegerufe. Neben vielen anderen Aufgaben fördert, überwacht und anerkennt sie die berufliche Fort- und Weiterbildung. Als erste Pflegekammer in Deutschland hat die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz am Jahresanfang 2016 ihre Arbeit aufgenommen, gefolgt von Niedersachsen und Schleswig-Holstein 2018. Auch in anderen Bundesländern (Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen) wurden inzwischen die gesetzlichen Voraussetzungen für die Gründung einer Pflegekammer geschaffen (Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 2020).

1.4.2 Fachbezogene Weiterbildungen und Studiengänge

Fachbezogene Weiterbildungen bauen auf einer 3-jährigen Pflegeausbildung auf und dienen dazu, berufliche Fähigkeiten zu vertiefen, berufliche Kompetenzen zu erweitern und klinische Expertise für bestimmte pflegerische Handlungsfelder zu erwerben.

Fachgebiete

Hierzu zählen Weiterbildungen in

- der Intensivpflege und Anästhesie bzw. in der pädiatrischen Intensivpflege und Anästhesie,
- der psychiatrischen Pflege, der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder der Gerontopsychiatrie,
- dem Operationsdienst,
- der Krankenhaushygiene,
- der Gemeindekrankepflege und der ambulanten Pflege,
- der Rehabilitation,
- der onkologischen Pflege und in Palliative Care,
- der Nephrologie u.v. a.m.

Künftig werden sich die Weiterbildungen stärker an Handlungsfeldern ausrichten, für die klinische Pflegepraxis etwa an der Pflege kritisch kranker Menschen oder an der Pflege chronisch kranker Menschen. Entsprechend könnten die Weiterbildungsbezeichnungen lauten: „Pflegefachfrau/Pflegefachmann für Critical Care, für Chronic Care, für Familiengesundheitspflege“ (DBR 2020).

Form, Dauer und Gliederungen von Weiterbildungen

Weiterbildungen werden meist berufsbegleitend durchgeführt und erstrecken sich über 2 Jahre, ggf. auch über einen längeren Zeitraum. Sie beinhalten theoretischen und praktischen Unterricht in einer Weiterbildungsstätte und eine begleitete praktische Weiterbildung im angestrebten Handlungsfeld. Als Zugangsvoraussetzung wird neben einer Ausbildung als Pflegefachperson Berufserfahrung im angestrebten Weiterbildungsbereich erwartet. Viele Weiterbildungen werden inzwischen in modularisierter Form angeboten. Dies erleichtert die Durchlässigkeit zwischen verschiedenen Weiterbildungen und eine Anrechnung bereits erworbener Kompetenzen auf andere Weiterbildungen.

Gesetzliche Grundlagen

Ab den 1970er-Jahren verabschiedete die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Dachverband der Krankenhausträger in Deutschland, erste Weiterbildungsempfehlungen als Muster für landesrechtliche Regelungen. Inzwischen nehmen viele Bundesländer durch eigene Weiterbildungs-gesetze und/oder -verordnungen ihre Regelungskompetenz wahr. In Ländern mit Pflegekammern regeln diese u. a. die Weiterbildungen.

Etliche Weiterbildungen konnten bislang von Pflegefachpersonen mit unterschiedlichen Berufsabschlüssen absolviert werden. Künftig werden auch die nach dem Pflegeberufgesetz ausgebildeten Pflegefachpersonen Zugang zu den verschiedenen Weiterbildungen erhalten.

Pflegende mit landesrechtlich regeltem Weiterbildungsabschluss erhalten inzwischen eine Hochschulzugangsberechtigung, die es ihnen ermöglicht, ein pflegespezifisches Hochschulstudium aufzunehmen. Mit dieser Entscheidung will die Kultusministerkonferenz der Länder (KMK) die Gleichwertigkeit von Allgemein- und Berufsbildung erreichen und die Durchlässigkeit zwischen beruflicher und Hochschulbildung fördern (KMK 2015).

Privatrechtlich geregelte Weiterbildungen

Aufgrund des vielfältigen Weiterbildungsbedarfs angesichts der raschen gesellschaftlichen, rechtlichen, beruflichen und wissenschaftlichen Entwicklungen gibt es zahlreiche Weiterbildungen, die nicht landesrechtlich geregelt sind, sondern von privaten Bildungsträgern, Berufsverbänden oder Fachgesellschaften angeboten werden. Sie vermitteln Kompetenzen für die Pflege von Patientengruppen mit spezifischem Pflegebedarf oder die Expertise für spezifische Pflegeverfahren und -konzepte, z. B. folgende Angebote:

- Aktivitas-Pflege-Konzept
- Basale Stimulation
- Bobath-Konzept
- Kinästhetik
- Mäeutik
- Validation
- Wundmanagement.

Pflegewissenschaftliche Studiengänge

Angesichts der gestiegenen Anforderungen an die pflegerische Versorgung von Menschen in komplexen Pflege- und Lebenssituationen benötigen Pflegefachpersonen zunehmend pflegewissenschaftliche Expertise, die sie v. a. durch ein Studium erwerben können. Sie können dann

neueste pflegewissenschaftliche Erkenntnisse und Verfahren selbstständig in die Pflegepraxis transferieren, pflegewissenschaftlich bedeutsame Fragen der Pflegepraxis aufgreifen sowie Forschungsprojekte initiieren und durchführen.

In vielen Bundesländern konnten Pflege bislang ein pflegewissenschaftliches Studium im Anschluss an oder bereits begleitend zu einer pflegeberuflichen Ausbildung oder Pflegeausbildung aufnehmen, das ihnen eine über die berufliche Ausbildung hinausgehende besondere pflegewissenschaftliche Expertise vermittelt. Die Absolventen können nach dem Studium in ausgewählten klinischen Handlungsfeldern der Pflegepraxis oder in Forschungsabteilungen arbeiten.

Das neue Pflegeberufgesetz ermöglicht künftig den Erwerb pflegewissenschaftlicher Kompetenz und Expertise bereits in der Ausbildung durch ein primärqualifizierendes Pflegestudium (S. 39). Die Studienmöglichkeiten begleitend zu oder im Anschluss an eine Pflegeausbildung bestehen weiter. Darüber hinaus gibt es – aufbauend auf einem Bachelorstudium – Masterstudienangebote, um eine erweiterte klinische Expertise (Advanced Nursing practice – ANP) zu erwerben.

1.4.3 Leitungsbezogene Weiterbildungen und Studiengänge

Leitungsbezogene Weiterbildungen zählen zu den funktionsbezogenen Weiterbildungen. Sie werden häufig als Aufstiegsweiterbildungen bezeichnet, da sie mit einem Aufstieg in der Hierarchie eines Unternehmens sowie i. d. R. mit höherer Vergütung und höherem Status verbunden sind. Sie qualifizieren für die Übernahme eines neuen Aufgabengebietes im Personalführungs- und Leitungsbereich von stationären, teilstationären oder ambulanten Einrichtungen des Pflege- und Gesundheitswesens. Unterschieden werden Weiterbildungen für das mittlere und für das obere Management.

► **Mittleres Management.** Das mittlere Management entspricht der Ebene der Stationsleitung, der Wohngruppenleitung (in Einrichtungen der Altenhilfe) bzw. der Leitung von Funktionsbereichen oder ambulanten Einrichtungen. Diese Weiterbildungen haben i. d. R. einen Stundenumfang von ca. 800 Stunden und werden von verschiedenen örtlichen oder überregionalen Bildungseinrichtungen angeboten. Um als verantwortliche Pflegekraft arbeiten zu können, fordern das Pflegeversicherungsgesetz und die Landespflegegesetze in verschiedenen Bundeslän-

dern eine Leitungsweiterbildung im Umfang von 460 Stunden. Bildungsanbieter ermöglichen diese Weiterbildung als Basiskurs, an die sich ein Aufbaukurs für das obere Management anschließen kann.

► **Oberes Management.** Die Weiterbildung für das obere Management oder die Pflegedienstleitung ist umfangreicher. Nach den Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft beinhaltet sie mindestens 2000 Stunden theoretischen Unterrichts und mindestens 720 Stunden praktischer Weiterbildung im Leitungsbereich. Bundesländer, die diese Leitungsweiterbildungen landesrechtlich geregelt haben, bieten z. T. ein modularisiertes Weiterbildungssystem an, innerhalb dessen die Weiterbildung zur Stationsleitung als Zugangsvoraussetzung zur Pflegedienstleistungsweiterbildung gilt.

► Pflegemanagement-Studiengänge.

Angesichts der gestiegenen Herausforderungen an das Pflegemanagement haben die meisten Bundesländer seit Anfang bis Mitte der 1990er-Jahre Pflegemanagement-Studiengänge – i. d. R. an Fachhochschulen – eingerichtet. Die ursprünglich als Diplomstudiengänge konzipierten Qualifizierungen wurden inzwischen auf die internationalen Studiengangsstrukturen von Bachelor- und Masterstudiengängen umgestellt.

1.4.4 Pflegepädagogische Weiterbildungen und Studiengänge

Weiterbildungen mit pflegepädagogischer Ausrichtung werden ebenfalls den funktionsbezogenen Weiterbildungen zugerechnet. Sie befähigen die Teilnehmer zur Gestaltung von Lehr-Lern-Prozessen in verschiedenen pflegepädagogischen Handlungsfeldern.

Praxisanleitung

► **Voraussetzungen.** Die Weiterbildung zur Praxisanleiterin/zum Praxisanleiter befähigt zur Gestaltung und Begleitung von Lehr-Lern-Prozessen in der betrieblichen Aus- und Weiterbildung. Ihre Grundlage ist für die pflegeberufliche Ausbildung bundeseinheitlich in § 4 Abs. 3 Pflegeberuf-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung geregelt. Als einzige Weiterbildung gilt hier ein bundeseinheitlicher Mindeststandard für den Umfang der Weiterbildung, um die Ausbildungsqualität sicherzustellen.

§ 4 Abs. 3 PflAPrV regelt, dass die Befähigung zur Praxisanleiterin / zum Praxisanleiter „[...] durch eine berufspädagogische Zusatzqualifikation im Umfang von

300 Stunden (...) nachzuweisen (ist).“ Für Praxisanleiter, die ihre berufspädagogische Zusatzqualifikation nach der bislang geltenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin / des Altenpflegers oder nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege mit einem Umfang von 200 Stunden absolviert haben, „wird diese der berufspädagogischen Zusatzqualifikation nach der PflAPrV gleichgestellt.“ Voraussetzung für die Praxisanleitung (S.44) ist neben einer Berufserlaubnis als Pflegefachperson eine mindestens 1-jährige Berufserfahrung in den letzten 5 Jahren möglichst im Einsatzbereich der Anleitung (§4 Abs. 2 PflAPrV). Die jährliche Fortbildungspflicht von mindestens 24 Stunden gilt künftig für alle Praxisanleiter, unabhängig vom Umfang der absolvierten Weiterbildung (§4 Abs. 3 PflAPrV).

► **Aufgaben.** Praxisanleiter erfüllen mit den Lehrenden der Pflegeschulen einen gemeinsamen Ausbildungsauftrag. Sie leiten die Auszubildenden in realen Pflegesituationen in den verschiedenen Einsatzbereichen der praktischen Ausbildung an, halten die Auszubildenden zum Führen des Ausbildungsnachweises an und halten die Verbindung zur Pflegeschule (§4 Abs. 1 PflAPrV). Sie sind Mitglieder des Prüfungsausschusses und nehmen gemeinsam mit Lehrenden der Pflegeschule die praktische Prüfung zur Pflegefachfrau / zum Pflegefachmann, in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege bzw. in der Altenpflege ab. Die Lehrenden der Pflegeschule unterstützen sie in der Wahrnehmung ihrer Aufgaben (§5 PflAPrV).

Praxisanleiter nehmen ihre Aufgaben häufig im Rahmen ihrer Pflege Tätigkeit wahr, z.T. werden sie aber auch speziell für die Übernahme von Ausbildungs- und Anleitungsaufgaben freigestellt und sind dann oft für Auszubildende in mehreren Einsatzbereichen zuständig.

Lehrer für Pflegeberufe

Lehrer für Pflegeberufe müssen angesichts der Ausbildungsanforderungen ein Studium absolvieren. Die frühere traditionelle Weiterbildung im Umfang von 2000 Stunden theoretischer und 720 Stunden praktischer Weiterbildung wurde bereits mit dem Krankenpflegegesetz von 2003 endgültig durch Studiengänge abgelöst.

Pflege- oder berufspädagogische Studiengänge gab es in den meisten Bundesländern bereits seit Anfang bzw. Mitte der 1990er-Jahre. In den neuen Bundesländern hat die akademische Qualifizierung der Lehrkräfte eine viel längere Tradition. Die Regelungsgrundlagen für die Quali-



Abb. 1.2 Pflegestudium. Wer die nötigen Voraussetzungen mitbringt, kann z. B. Pflegepädagogik an einer Universität oder Fachhochschule studieren. (Foto: K. Oborny, Thieme)

kation der Lehrkräfte findet sich in §9 Abs. 1 PflBG. Hier ist festgelegt, dass hauptberufliche Lehrende für den theoretischen Unterricht über eine abgeschlossene Hochschulausbildung auf Master- oder vergleichbarem Niveau verfügen müssen.

In einigen Bundesländern wird ein universitäres Lehramtsstudium angeboten, in anderen Bundesländern ein 1-phasiges Fachhochschulstudium (► Abb. 1.2). Dies hängt auch davon ab, ob die Pflegeschulen in das Schulrecht der Länder integriert sind oder als Schulen des Gesundheitswesens eine eigene Säule im System der beruflichen Bildung bilden.

1.4.5 Promotionsmöglichkeiten

Nach einem Pflegestudium stehen den Absolventen Promotionsmöglichkeiten offen, d. h., sie können einen Dokortitel erwerben. Pflegefachpersonen, die promoviert haben, arbeiten u. a. in der Leitung großer Pflege- oder Bildungseinrichtungen, in Forschungsinstituten oder im Hochschulbereich als Professoren. Diese Qualifizierung wurde mit der Umstellung von Diplomstudiengängen auf internationale Studiengangsstrukturen erleichtert. Ein erfolgreich absolviertes Masterstudium soll – unabhängig davon, ob es an einer Universität oder an einer Hochschule für angewandte Wissenschaften (Fachhochschule) absolviert wurde – als Zulassungsvoraussetzung zum Promotionsstudium gelten.

Heute gibt es auch in Deutschland geregelte Promotionsmöglichkeiten für Pflegendе. Viele akademisch qualifizierte Pflegendе haben inzwischen erfolgreich ein Promotionsstudium abgeschlossen oder befinden sich derzeit in Promotionsprogrammen. Der Dokortitel richtet sich nach den Promotionsgebieten und den -ordnungen der jeweiligen Hochschule.

1.5 Berufsgeschichte und Geschichtsbewusstsein

Merke



„Geschichte ist nicht einfach Geschehenes. Geschichte ist Geschichtetes, ist der Grund, auf dem wir stehen.“ (Quelle unbekannt)

Die Auseinandersetzung mit der eigenen Berufsgeschichte ist Teil eines professionellen beruflichen Selbstverständnisses und im Kompetenzbereich V der Anlagen 1 bis 4 zur PflAPrV als Gegenstand der Pflegeausbildung(en) vorgeschrieben. Ein Verständnis von und ein Bewusstsein für die eigene Berufsgeschichte gehören zum Prozess der pflegeberuflichen Identitätsentwicklung in dem zu erlernenden und ausgeübten Beruf. Heutige Tendenzen und Entwicklungen des Berufes gründen auf dem historisch Erreichten. Heutige Probleme und Herausforderungen des Berufes wurzeln oft in der Geschichte des Berufes und werden erst vor diesem Hintergrund verständlich.

1.5.1 Bewusstsein und Kenntnis der eigenen Berufsgeschichte

Das Bewusstsein für die eigene Berufsgeschichte erfüllt verschiedene lebensweltliche Funktionen:

- **Geschichte bietet Orientierung.** Sie sammelt, ordnet und prüft das erinnerte oder überlieferte geschichtliche Wissen. Sie erklärt es, legt es aus, deutet es.
- **Geschichte klärt auf.** Sie füllt vermeidbare Wissenslücken und korrigiert Irrtümer.
- **Geschichte ist kritisch.** Sie geht gegen unbedachte Leichtgläubigkeit, gegen Mythen- und Legendenbildung vor. So ist es z. B. ein Irrtum, die Krankenpflege sei von jeher ein Frauenberuf gewesen. Sie hat sich vielmehr erst im 18./19. Jahrhundert dazu entwickelt.
- **Geschichte stärkt das Zusammengehörigkeitsgefühl.** Menschen und Gruppen benötigen zu ihrer Selbstbehauptung ein Bewusstsein ihrer Besonderheit und Einmaligkeit (identitätsstiftende Funktion von Geschichte).
- **Geschichte hat legitimatorische Bedeutung.** Sie will die gegebene Ordnung auf Dauer sicherstellen. Politische Systeme – dazu gehören auch die Berufsgruppen der Pflegenden – haben ein Interesse daran, die eigene Gegenwart als

ein vernünftiges und sinnvolles Ergebnis ihrer Geschichte zu verstehen (Rohlfes 1997).

Die Berufsgeschichte der Pflegeberufe ist längst noch nicht umfassend erforscht. Dennoch sind die bisherigen Kenntnisse so umfangreich, dass sie an dieser Stelle nur schlaglichtartig dargestellt werden können. Betrachtet man die Geschichte der Pflege unter der Perspektive der Berufskonstruktion, so haben die Berufe der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und der Altenpflege verschiedene Wurzeln: Sie entstanden zu unterschiedlichen Zeiten und aufgrund unterschiedlicher gesellschaftlicher Herausforderungen, haben spezifische Weiterentwicklungen vollzogen und münden nun mit der Ausbildungsreform in eine neue gemeinsame historische Epoche ein.

1.5.2 Pflege als gegenseitige Hilfe

Merke

Die Geschichte der Krankenpflege ist so alt wie die Geschichte der Menschheit.



Die Urmenschen haben bis vor 100 000 Jahren Pflege nur als „Brutpflege“ ausgeübt, d. h., sie beschränkte sich auf die Pflege des Nachwuchses. Sichere Beweise dafür, dass Menschen untereinander Krankenpflege ausgeübt haben, finden sich ab der mittleren Steinzeit. Krankenpflege gehörte zum elementaren Können der Menschen in der Urgesellschaft. Sie war eine Form der gegenseitigen Hilfe und wurde erst später als spezielles Können der Heilbehandlung ausgeübt (Wolff u. Wolff 2008).

1.5.3 Frühe Hochkulturen

Aus dieser Epoche weisen viele Zeichen darauf hin, dass immobile Kranke gepflegt wurden, „deren Pflege sich nicht nur auf die Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse erstreckte, sondern die alle Aspekte der chirurgischen Behandlungspflege ebenso einschloss wie die Pflege schwer chronisch Kranker und Sterbender“ (Wolff 2008, S. 41). Dagegen kann bislang nicht geklärt werden, von welchen Personen diese Pflege ausgeübt wurde. In der brahmanischen Periode der altindischen Medizin werden erstmals eigenständige Strukturen und Funktionen der Pflege erwähnt (Wolff 2008).

1.5.4 Pflege in der Antike

In der vorchristlichen Antike wurde die Grundpflege durch Familienangehörige und Sklavinnen ausgeübt, bei Bedarf ergänzt durch Beobachtung und Behandlungspflege durch die Schüler des griechischen Arztes Hippokrates (► Abb. 1.3) (Wolff u. Wolff 2008).

Als sich mit dem Zerfall des Römischen Reiches das Christentum zunehmend ausbreitete und der byzantinische Staat im Jahr 391 das Christentum als Staatsreligion übernahm, wurden medizinische und krankenpflegerische Versorgung als gemeinsame Aufgabe von Staat und Kirche betrachtet. Für Christen ergab sich der Auftrag zur Krankenpflege unmittelbar aus dem Evangelium. Aus den christlichen Herbergen (Xenodochien), in denen zunächst neben Reisenden auch Pflegebedürftige aufgenommen wurden, entwickelten sich im Zeitverlauf spezielle Einrichtungen für kranke oder alte Menschen (Nosokomeion, Gerokomeion). Sie gelten als Vorläufer des christlichen Hospital- und Krankenhauswesens. Eine strenge Trennung von ärztlicher und Pflege Tätigkeit scheint nicht bestanden zu haben. Die Krankenpflege wurde vermutlich von angehenden Ärzten ausgeübt (Wolff u. Wolff 2008).

1.5.5 Klosterpflege im Mittelalter

Nach der Spaltung des Römischen Reiches entstanden im byzantinischen Reich an Klöstern angegliederte Krankenhäuser aus staatlicher Stiftung, in denen Kranke kostenlos aufgenommen und unentgeltlich durch Mönche oder Nonnen gepflegt und behandelt wurden. Sie wurden daher von



Abb. 1.3 Hippokrates (ca. 460 – 377 v. Chr.). Imaginäres Porträt aus der Chronik des Thévet, 16. Jh.

großen Bevölkerungsteilen in Anspruch genommen. Ärzte und Pfleger verfügten über das Wissen und Können der griechischen Antike, in der die Pflege unverzichtbarer Bestandteil der Therapie war.

Im arabisch-islamischen Kulturkreis entstanden Krankenhäuser nach christlich-byzantinischem Vorbild. Hier wurde die Krankenpflege vermutlich nicht mehr wie bislang von angehenden Ärzten ausgeübt, u. a. weil ihr sozialer Status gegenüber der Antike gestiegen war. Die Anforderungen v. a. an die chirurgische Krankenpflege scheinen jedoch sehr hoch gewesen zu sein, für ihre Ausübung war eine gezielte Schulung erforderlich (Wolff u. Wolff 2008).

Mit dem Ende des römischen Kaisertums im Jahr 476 und dem Zerfall des weströmischen Kaiserreichs in „einzelne germanische Herrschaftsbereiche“ (Wolff u. Wolff 2008, S. 62) gingen die Errungenschaften der antiken Kultur in Europa verloren. Zivilisation und Bildung lagen nun überwiegend in der Hand von Kirche und Klöstern.

► **Benediktiner-Orden.** Große Bedeutung für die Entwicklung des christlichen Hospitalwesens hatten die Benediktiner, deren Ordensgründer, Benedikt von Nursia (480 – 543), die Verpflichtung zu Krankenpflege und -behandlung in die Ordensregel aufnahm. Dies wurde von vielen Klostergemeinschaften übernommen und auch im Westen entstanden christliche Hospitäler nach byzantinischem Vorbild (Wolff u. Wolff 2008).

12. und 13. Jahrhundert

Ab der Mitte des 12. Jahrhunderts führten soziale und demografische Veränderungen zu neuen Hospitalformen: Es entstanden Hospitäler, in denen die Pflege meist von Laienbrüdern und -schwestern ausgeübt wurde, die in klosterähnlichen Gemeinschaften lebten, aber nicht zum Kloster gehörten.

► **Laienschwestern der Beginen.** Diese Gemeinschaft von Frauen und Mädchen trat ab Anfang des 12. Jahrhunderts zunächst in den Niederlanden auf. In Deutschland übten sie v. a. die Hauskrankenpflege in den Städten aus. Zu den schwesternschaftlichen Vereinigungen gehörte auch der von Franz von Assisi gegründete Orden der Tertiären, in Frankreich bekannt unter dem Namen „Graue Schwestern“. Ihre spätere Schutzheilige, Elisabeth von Thüringen, war der Vereinigung als erste Fürstin beigetreten.

► **Pflege von Aussätzigen und Infektionskranken.** Angesichts der verheerenden Epidemien dieser Epoche spielte diese

Aufgabe eine bedeutende Rolle. Es entstanden Krankenpfleger-Genossenschaften, die die Pflege in Einrichtungen für Infektionskranke übernahmen. Diese Einrichtungen lagen i. d. R. außerhalb der Städte.

► **Entstehung der Spitalorden.** Die Spitalorden, die sich an die Regeln des Klosterlebens hielten, entstanden zur Zeit der Kreuzzüge:

- Johanniterorden
- Malteserorden
- Lazaritenorden
- Deutschorden

► **Chirurgie der Barbieri.** Die Konzilien im 12. und 13. Jahrhundert verboten Mönchen und Geistlichen die Ausübung der ärztlichen Praxis, insbesondere der Chirurgie. Diese wurde in der Folge v. a. von Barbieren übernommen, die auch als Stadtwindärzte eingestellt wurden. Ihnen standen für die Behandlungspflege Barbiergehilfen zur Seite, deren spezialisierte Aufgaben sich von denen der Spitalpflege unterschieden, sodass hier von einer frühen Arbeitsteilung oder Spezialisierung in der Pflege ausgegangen werden kann (► Abb. 1.4).

► **Zunehmende Abgrenzung von ärztlichem und pflegerischem Bereich.** Mit der zeitgleich einsetzenden Entwicklung der sog. Schulmedizin wurde die Ausbildung der Ärzte zunehmend als Studium an theologisch ausgerichtete Universitäten verlagert. Als Folge seiner Verwissenschaftlichung grenzte sich der Arztberuf weiter von anderen Heilberufen ab und „eine jahrhundertelange Trennung von ärztlicher Therapie und Krankenpflege im Bereich der Spitäler“ (Wolff 2008) war begründet. Die Ärzte erhielten zunehmend die Aufsicht über Apotheker und alle anderen Heilbehandler sowie die Hospitalaufsicht (Wolff u. Wolff 2008).



Abb. 1.4 Operationsszenen in einem spätmittelalterlichen Krankensaal.

1.5.6 Einfluss der Naturwissenschaften

15. bis 16. Jahrhundert

Mit dem Beginn der Renaissance um die Mitte des 15. Jahrhunderts setzten sich naturwissenschaftliche Denkweisen zunehmend auch in der Heilkunde durch. Durch die Reformation verlor die römisch-katholische Kirche an Einfluss. In den reformierten Ländern wurden Klöster säkularisiert und der Bereich der organisierten Krankenpflege veränderte sich erheblich (Wolff u. Wolff 2008, ► Abb. 1.5).

► **Anatomieorientierte Medizin.** Statt der antiken Humoralpathologie (Viersäftelehre) setzte sich eine Krankheitsauffassung durch, die Krankheiten nach in den Organen liegenden Ursachen einteilte und zu einer organsystematischen Betrachtung von Krankheiten führte. Beispielsweise wurde in den Krankenhäusern für das Medizinstudium der Demonstrationsunterricht eingeführt, d. h., Kranke wurden zur Demonstration ihrer Krankheitsbilder sowie der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden aufgenommen und dafür kostenlos behandelt. Unterstützt wurde diese Veränderung durch die neu bzw. wieder entstehende anatomische Forschung. Die organorientierte Krankheitsauffassung wurde zu einer „der Wurzeln des modernen Konfliktes zwischen der Krankenpflege, für die eine ganzheitliche Krankheitsbetrachtung immer unverzichtbar blieb, und einer einseitig naturwissenschaftlich betriebenen Medizin“ (Wolff u. Wolff 2008).

► **Öffentliche Krankenhäuser.** Die Verbindung der Krankenhäuser mit Klöstern und Kirchen löste sich zunehmend, allmählich entwickelten sich von den Klöstern und Kirchen unabhängige Krankenhausstrukturen. In den Krankenhäusern

wurden jedoch überwiegend Kranke behandelt, die aus „sozial unterprivilegierten Schichten stammten. Der gut situierte Bürger ließ sich nach wie vor im eigenen Haus bzw. in der Wohnung behandeln und pflegen“. Die Krankenpflege in öffentlichen Hospitälern wurde nicht überwiegend von Frauen ausgeübt. Vielmehr lag die Leitung des Hospitals oder größerer Abteilungen häufig bei Ehepaaren. Männer wurden nur auf Männerabteilungen eingesetzt, Frauen dagegen auf Frauen- und auf Männerabteilungen (Wolff u. Wolff 2008).

17. bis 18. Jahrhundert

► **Gründung katholischer Pflegeorden.** Der Bedarf an Pflegepersonal stieg an und ab dem 16. Jahrhundert entstanden neue katholische Pflegegemeinschaften, darunter die Barmherzigen Brüder, die als 4. Gelübde „die Verpflichtung zum unentgeltlichen Krankendienst“ ablegten. Sie führten bereits 1718 eine erste reguläre Krankenpfleger-Ausbildung ein. Als weibliche Pflegegemeinschaften wurden u. a. die Vincentinerinnen und die Barromäerinnen gegründet. Louise von Marillac, eine Unterstützerin der Arbeit des Vinzenz von Paul, schloss zum ersten Mal einen Vertrag ab, der zum Muster aller künftigen Mutterhaus-Gestellungsverträge wurde (Wolff u. Wolff 2008).

► **Neuzeitlicher Pflegenotstand.** Zum einen blieb die Anzahl der Krankenhausplätze trotz des Ausbaus hinter dem Bedarf zurück, sodass die Einrichtungen ständig überbelegt waren und die Krankenpflege erschwert wurde. Zum anderen gab es für den schnellen Ausbau der Kapazitäten nicht genügend Pflegekräfte mit entsprechend qualifizierter Ausbildung. Insbesondere den wachsenden ärztlichen Ansprüchen konnte die Krankenpflege nicht so schnell gerecht werden. Die Folge war eine personelle Krise in quantitativer und qualitativer Hinsicht. Der sog. Pflegenotstand ist also kein Phänomen der Neuzeit, sondern begleitet die Pflege seit langer Zeit und wurde bislang nicht zufriedenstellend gelöst (Wolff u. Wolff 2008, Panke-Kochinke 2000).

19. Jahrhundert

Vor allem im 19. Jahrhundert wurden die Entwicklungen in der Medizin von den naturwissenschaftlichen Errungenschaften stark beeinflusst. In der Krankheitslehre wurde die antike Humoralpathologie endgültig durch die Zellulärpathologie Virchows abgelöst. Pharmakologie und Pharmakotherapie ermöglichten neue Behandlungsmethoden auf naturwissenschaftlicher Basis. ► Tab. 1.8 zeigt einige



Abb. 1.5 Eine Schwester um 1450.

Tab. 1.8 Medizinische Errungenschaften im 19. Jahrhundert (nach Lauber 2007).

Wann	Wer	Was
1819	Rene Theophile Hyacinthe Laennec französischer Arzt	erfindet das Stethoskop
1847	Ignaz Semmelweis österreichisch-ungarischer Arzt	entdeckt die Ursache des Kindbettfiebers, führt die Händedesinfektion ein
1858	Rudolf Virchow deutscher Arzt, Pathologe, Wissenschaftler	begründet die Zellulärpathologie
1877	Robert Koch deutscher Arzt, Bakteriologe	entdeckt die Erreger von Tuberkulose, Cholera und Milzbrand, begründet die Bakteriologie und Infektionslehre
1894	Arthur Schlossmann deutscher Arzt	gründet die weltweit erste Klinik für kranke Säuglinge in Dresden
1895	Wilhelm Conrad Röntgen (1845 – 1923) deutscher Physiker	entdeckt die nach ihm benannten Röntgenstrahlen, die Weichteile durchdringen und Fotografien des knöchernen Skeletts ermöglichen

medizinische Entwicklungen des 19. Jahrhunderts.

► **Hygiene und Infektionsprophylaxe.** Die Hygiene wurde als Hochschullehrgebiet begründet. Die Entdeckung der Erreger von Infektionskrankheiten ermöglichte Verfahren zur Infektionsprophylaxe, also die Verfahren von Antisepsis, Asepsis und Immunisierung. Insbesondere in den chirurgischen Krankenhausabteilungen ging die durch Krankenhausinfektionen bedingte Sterblichkeit rapide zurück.

Zunehmend setzten sich auch präventive Schutzimpfungen durch: ab 1796 gegen Pocken, ab 1881 gegen Milzbrand, ab 1885 gegen Tollwut.

► **Narkoseverfahren und operative Techniken.** Die Entwicklung von Narkoseverfahren und die pathologische Anatomie ermöglichten Verbesserungen der Operationsbedingungen, neue Verfahren der operativen Therapie und für die Patienten schmerzfreie Operationen. Erste Spezialisierungen in Teilgebieten der Chirurgie und der Inneren Medizin begannen (Wolff u. Wolff 2008).

► **Weitere Spezialisierung der Medizin.** Bereits im 18. Jahrhundert setzte eine Reform der Ärzteausbildung ein, in deren Verlauf die aus dem ärztlichen Zuständigkeitsbereich ausgegliederte Chirurgie wieder in den ärztlichen Kompetenzbereich der universitär ausgerichteten Medizin aufgenommen wurde. Ab Mitte des 19. Jahrhunderts konnte der Arztberuf nur noch durch ein volles Hochschulstudium erlernt werden. Chirurgische Eingriffe, die bislang Wundärzte erbracht hatten, wurden noch eine Zeit lang von chirurgisch-ärztlichen Gehilfen durchgeführt. Diese „Heilgehilfen“ mussten sich einer amtsärztlichen Prüfung unterziehen. Zu ihren

Aufgaben gehörten neben kleinen chirurgischen Eingriffen die „Krankenwartung und Krankenpflege“.

Merke

Die ärztliche Assistenz Tätigkeit der Pflegeberufe hat sich wohl nicht – wie vielfach angenommen – aus der Krankenpflege entwickelt, wie sie unter häuslichen oder Krankenhausbedingungen stattfand, sondern eher aus dem „Beruf der früheren Barbieri und Wundärzte“ (Wolff u. Wolff 2008).

Mit dem zunehmenden Einfluss einer wissenschaftsorientierten, naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin nahmen auch Einfluss und gesellschaftliche Anerkennung der Ärzte weiter zu. Hingegen wurden die nicht akademisch gebildeten Berufe verdrängt oder dem Arztstand untergeordnet. Dies traf in besonderer Weise auf die Krankenpflege, die in ihren strukturellen Merkmalen, aber auch inhaltlich – also das Pflegeverständnis betreffend – vom naturwissenschaftlichen Denken der Ärzte bestimmt wurde.

1.5.7 Entwicklung einer geregelten Ausbildung

Merke

Die Geschichte der Krankenpflege ist so alt wie die Geschichte der Menschheit. Die Geschichte einer geregelten, neuzeitlichen Krankenpflegeausbildung reicht dagegen erst ca. 150 Jahre zurück.

Erste Ausbildungen in der Krankenpflege sind bereits aus den Ordens- oder Pflegegemeinschaften bekannt, die im 16. Jahrhundert neu entstanden. Die Barmherzigen Brüder führten „1718 eine reguläre einjährige Krankenpfleger-Ausbildung ein, die im Prager Brüder-Spital zu absolvieren war“ (Wolff u. Wolff 2008). Auch die Vinzentinerinnen erhielten eine geregelte Ausbildung in der Krankenpflege. Deutschsprachige Lehrbücher der Krankenpflege sind ab Mitte des 16. Jahrhunderts nachweisbar. Sie wurden von Ärzten verfasst und umfassten u. a. Vorschläge zur technischen Verbesserung von Hilfsmitteln in der Krankenpflege sowie Fragen der Arzneimittelzubereitung und -verabreichung (Wolff u. Wolff 2008).

Erste Krankenpflegeschulen

Die ersten öffentlichen Krankenpflegeschulen gründeten auf dem Bestreben von Ärzten, dem Krankenpflegepersonal die Fähigkeiten und Fertigkeiten zu vermitteln, die v. a. für die gewissenhafte Beobachtung und Assistenz im Rahmen der ärztlichen Diagnostik und Therapie erforderlich waren. Besonders bekannt und auch Vorbild für weitere Schulgründungen war die von dem Mannheimer Arzt und Hebammen-Lehrer Franz Anton Mai 1781 gegründete „Krankenwärter-Schule“ in Mannheim.

► **Ausbildung weiterhin unter ärztlicher Leitung.** Der Einfluss von Ärzten auf die Krankenpflegeausbildung blieb lange Zeit entscheidend und prägte auch maßgeblich das pflegerische Berufsverständnis. 1860 regelte der Badische Frauenverein als älteste Schwesternschaft des Roten Kreuzes in einer der frühen Ausbildungsregelungen, dass in der Krankenpflegeausbildung ärztlicher Unterricht und praktische Übungen in der Krankenpflege zu erteilen seien. Auch aus dem Muster des Gestellungsvertrages, den Friedrich Zimmer (1894 Gründer des Evangelischen Diakonievereins) geht hervor, dass Ärzte den Unterricht erteilen mussten. Als Preußen 1907 als erstes Land landesrechtliche Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen erließ, wurde die Leitung der Krankenpflegeschule einem Arzt übertragen. In der ersten reichseinheitlichen Regelung der Krankenpflegeausbildung von 1938 wurde die Leitung einer Krankenpflegeschule ebenfalls verpflichtend einem Arzt übertragen.

Erstmals in der Geschichte der Krankenpflegeausbildung ermöglichte das Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege von 1985 die alleinige Leitung einer Schule durch eine Unterrichtschwester oder einen Unterrichtspfleger. Das Pflegeberufegesetz von 2017 schreibt die „hauptberuf-

liche Leitung der Schule durch eine pädagogisch qualifizierte Person mit abgeschlossener Hochschulausbildung auf Master- und vergleichbarem Niveau“ vor (§9 Abs. 1 Punkt 1. PflBG).

Beteiligung der Pflegenden an der Lehrplanentwicklung

Schon früh forderten Krankenpflegepersonen, dass nicht ärztliches, sondern pflegespezifisches Wissen die Grundlage der Ausbildung sein müsse und daher die Pflegenden an der Gestaltung von Lehrplan und Ausbildung zu beteiligen seien. Bereits 1908 stellte Agnes Karll, eine der Begründerinnen der freiberuflichen Krankenpflege in Deutschland, diese Forderung auf, die erst Jahrzehnte später mit den Krankenpflegegesetzen von 1985 und 2003 erkennbar eingelöst wurde.

Auch die Dauer der Krankenpflegeausbildung und das Verhältnis von theoretischer und praktischer Ausbildung wurden seit den Anfängen einer geregelten Ausbildung in der Krankenpflege immer wieder kontrovers diskutiert. Bereits 1902 forderte die Generalversammlung des Bundes Deutscher Frauenvereine

- eine verbindliche staatliche Regelung der Ausbildung,
- eine Ausbildungszeit von 3 Jahren,
- den Abschluss der Ausbildung mit einer Prüfung,
- die Ausstellung eines staatlichen Zeugnisses und
- die Berechtigung zum Tragen eines staatlich geschützten Abzeichens, das von der Aufsichtsbehörde entzogen werden kann (Kruse 1987).

Erste staatliche Ausbildungsregelungen

Eine verbindliche staatliche Ausbildungsregelung mit entsprechender Prüfung entstand erst 1938 durch das „Gesetz zur Ordnung der Krankenpflege“ mit entsprechenden Durchführungsverordnungen. 1957 wurde in Westdeutschland die Krankenpflegeausbildung als 2-jährige Ausbildung mit anschließendem Anerkennungsjahr geregelt. Die Forderung nach einer 3-jährigen Ausbildungszeit in der heutigen Form wurde erst durch das Krankenpflegegesetz von 1965 eingelöst.

Der von den Ärzten Dietrich und Salzwedel bereits im Jahr 1903 geforderte Schutz der Berufsausübung der Krankenpflege wurde zwar im Gesetz von 1938 geregelt, jedoch angesichts der Probleme des Zweiten Weltkrieges außer Kraft gesetzt und selbst durch das am 1.1.2004 in Kraft getretene Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege nicht geregelt. Erst mit dem Pflegeberufegesetz werden erstmals

die schon lange geforderten Vorbehaltsaufgaben (S.39) festgelegt, die Teile der Berufsausübung unter einen besonderen Schutz stellen.

► „Praxis vor Theorie“. Strittig bei allen Regelungsversuchen der Krankenpflegeausbildung waren immer auch die Stundenzahlen bzw. das Verhältnis von theoretischer und praktischer Ausbildung. Innerhalb der Ordensgemeinschaften erfolgte die Ausbildung zunächst „ausschließlich durch Anleitung in der Praxis ohne theoretische Grundlage und ohne eindeutigen Abschluss der „Ausbildungszeit““ (Kruse 1987). Die etwas später einsetzende Diakonissen-Krankenpflege unter Theodor Fliedner legte den Schwerpunkt auf die „bewusste Anleitung und theoretische Unterweisung“ (Kruse 1987).

Für die Widerstände gegen eine stärkere theoretische Fundierung der Krankenpflege gibt es unterschiedliche Gründe: Es wurde befürchtet, theoretisch gut ausgebildete Pflegekräfte könnten zur Kurpfuscherei, d.h. zur unerlaubten Ausübung der Heilkunde neigen. Schwesternverbände gingen davon aus, dass zu viel theoretisches Wissen negative Auswirkungen auf die Schwesternpersönlichkeit haben und die gefühlsmäßige Zuwendung zum Kranken verloren gehen könne. Dem praktischen Teil der Ausbildung wurde eine entsprechend höhere Bedeutung beigemessen (► Abb. 1.6).

Krankenpflege selbst war in den Anfängen einer geregelten Krankenpflegeausbildung nicht in allen Ausbildungsstätten Unterrichtsfach: Krankenpflege könne nicht theoretisch, sondern nur im praktischen Vollzug erlernt werden. Charakterliche Eigenschaften und praktische Eignung galten lange Zeit als wichtigste Voraussetzungen für die Ausübung der Krankenpflege.

► **Ausweitung der theoretischen Lehrinhalte.** Als wichtigster Grund für die Ausweitung des theoretischen Lehrstoffes galten die Fortschritte der Medizin, da sich daraus erhöhte Anforderungen an die Pflegenden im Bereich der ärztlichen Assistenzaufgaben ergaben. Erst das Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege von 1985 reduzierte die Stundenzahlen für den ärztlichen Unterricht zugunsten der Stundenzahlen für das Fach Krankenpflege deutlich. Das seit Anfang 2020 geltende Pflegeberufegesetz weist der Pflegewissenschaft die Funktion einer Fachwissenschaft zu, die Handlungs- und Reflexionswissen zur Verfügung stellt. Sie ist die wichtigste wissenschaftliche Grundlage für die Ausbildung und eine wissenschaftlich begründete Pflegepraxis. Die übrigen Wissenschaften, z.B. die Medizin, haben die Funktion von Bezugswissenschaften. Dies löst die von Agnes Karll bereits 1908 erhobene Forderung ein: „... die wissenschaftlichen Anforderungen sind viel zu groß geworden, um die Theorie vernachlässigen zu dürfen. Nur verschone man uns mit ärztlichen Kenntnissen, die uns gar nicht nützen, nur schädliches Halbwissen bedeuten. Man lehre uns aber alles das, was wir brauchen, um nie im Unklaren zu sein, warum wir dieses oder jenes tun müssen oder nicht tun dürfen“ (Kruse 1987). ► Tab. 1.9 gibt einen Überblick über die Entwicklung der Ausbildungsdauer und Stundenzahl in der Krankenpflegeausbildung.

1.5.8 Berufspolitik im historischen Rückblick

Ging es in der Geschichte der Krankenpflegeausbildung um die Frage einer Verlängerung der Ausbildungszeit oder auch des Schutzes der Berufsausübung, waren oft gesellschaftliche und politische Ereig-

Auszug aus der ersten staatlichen Ausbildungsregelung in Preußen (1906)

„Für die Anforderungen, welche an die Krankenpflegepersonen gestellt werden, ist der Gesichtspunkt maßgebend gewesen, dass ein dem praktischen Durchschnittsbedürfnis entsprechendes Krankenpflegepersonal geschaffen werden soll. Jedes Übermaß von Ausbildung und theoretischen Kenntnissen soll vermieden werden, zumal die Gefahr besteht, dass Krankenpfleger, die eine zu umfangreiche und zu vielseitige Ausbildung erfahren haben ... zu Übergriffen in das Gebiet der Heilkunde neigen und dem Kurpfuschertum verfallen. (...) Als Mindestdauer der praktischen und theoretischen Ausbildung in der Krankenpflege ist ein Jahr vorgesehen. (...) Hauptziel des Unterrichts ... soll ... die vorwiegend praktische Ausbildung in der Krankenpflege sein“ (zitiert nach Kruse, 1987, S. 84).

Abb. 1.6 Begründung zur ersten staatlichen Ausbildungsregelung in Preußen von 1906 (zitiert nach Kruse 1987).

Tab. 1.9 Entwicklung der Ausbildungsdauer und Stundenzahl in der Krankenpflegeausbildung.

staatliche Regelung	Dauer	Stundenvorgaben für den theoretischen Unterricht
1906	1 Jahr	keine Vorgaben, im Ermessen der Krankenpflegeschulen
1938	1,5 Jahre	200 Std.
1957	2 Jahre + 1 Anerkennungsjahr	400 Std.
1965	3 Jahre	1200 Std.
1985	3 Jahre	1600 Std.
2003	3 Jahre	2100 Std.

nisse sowie Erfordernisse in der Krankenversorgung ausschlaggebender als Forderungen von Berufsverbänden und -organisationen der Pflegenden. Die Durchsetzung von Ausbildungsinteressen und Interessen der Berufsausübung musste oft vor dem Hintergrund des Personalmangels in der Pflege aufgegeben oder im Sinne eines Kompromisses entschieden werden.

Merke

Nicht nur der Beruf selbst, sondern auch die Berufsausbildung wurden in der Vergangenheit in hohem Maße durch andere Berufsgruppen und berufsferme Instanzen mitbestimmt. Dadurch sind auch die Gestaltungsmöglichkeiten für die Ausbildung sowie die Kontrolle von Ausbildung und Berufsausübung bislang nicht völlig in den Zuständigkeitsbereich der Berufsgruppe übergegangen.

1.6 Berufsauffassungen in der Krankenpflege

Weder Berufsbild noch Berufsauffassung in der Krankenpflege waren einheitlich, sondern es existierten unterschiedliche Berufsauffassungen nebeneinander oder lösten einander ab. In den letzten 200 Jahren wurde das Berufsbild in der Krankenpflege und -ausbildung sehr stark durch arztnahe Tätigkeiten geprägt. In diesem Sinne wurde Krankenpflege vorrangig als fachliche Hilfe innerhalb ärztlicher Aufgaben verstanden und war auf Weisung des Arztes tätig. Zudem wurden Beruf und Berufsbild maßgeblich von Theologen, Ordensgemeinschaften und Frauenvereinen und den sich daraus bildenden Institutionen mitbestimmt. Krankenpflege war ein Dienst, der lange Zeit überwiegend von Angehörigen christlich geprägter Lebensgemeinschaften erbracht wurde.

► **Lohnwärter ohne Ausbildung.** Im 19. Jahrhundert existierten noch keine gesetzlichen Vorgaben für die Ausübung der Krankenpflege: Jeder durfte sie ohne Nachweis fachlicher Kenntnisse leisten. In Krankenhäusern wurde häufig nicht ausgebildetes Personal eingestellt, das auch nicht angeleitet oder geschult wurde. Dies führte zu erheblichen Mängeln in der Versorgung der Kranken, die Pflege war menschlich und fachlich völlig unzureichend. Das gesellschaftliche Ansehen von Menschen, die die Krankenpflege beruflich ausübten, war gering, was sich u. a. in der Bezeichnung „Lohnwärterin“ bzw. „Lohnwärter“ ausdrückte (► Abb. 1.7). Trinkgelder, Geschenke und die Kleidung verstorbener Patienten, die die Pflegepersonen behalten durften, wurden als Bestandteile des Lohnes angesehen, sodass das feste Gehalt niedrig gehalten werden konnte (Kruse 1987).

► **Krankenpflege als christliche Liebestätigkeit.** Die Verbesserungsvorschläge für die Krankenpflege aus dem kirchlichen Bereich sind als Reformbemühungen gegen die krassen Missstände dieser Zeit anzusehen. An diesen Reformen waren neben den wiedererstarnten katholischen Pflegeorden die Mutterhaus-Diakonie, der Evangelische Diakonieverein sowie die Schwesternschaften des Roten Kreuzes beteiligt. Hier bestand die Auffassung, „dass Krankenpflege christliche Liebestätigkeit sei und in ihr sich christliche Nächstenliebe erfülle“ (Kruse 1987, S. 14).



Abb. 1.7 Krankenschwester im OP-Saal (1910). (© everettovrk/stock.adobe.com – Stock photo – posed by a model)

Dieses Berufsverständnis geht von einer Berufung zur Krankenpflege aus, deren Auftrag sich aus dem Neuen Testament ableitet. Krankenpflege sollte nicht des Lohnes wegen geleistet werden, sondern aus selbstloser Liebe heraus, als freiwilliger Dienst, der nicht erkaufte werden könne.

► **Erwerbsmöglichkeit für die Frau.** Daneben veränderte sich die Einstellung zur außerhäuslichen Arbeit von Frauen: Die Frauenbewegung des 19. Jahrhunderts schuf für Frauen u. a. auch einen Zugang zum Pflegeberuf, der als Erwerbsmöglichkeit für Frauen aufgefasst wurde. Er wurde als Beruf wie jeder andere angesehen, der v. a. die Grundlage für ein ausreichendes Erwerbseinkommen liefern sollte. Eine religiöse Motivation zur Berufsausübung, also eine Berufung, wurde zur Privatsache. Die Rahmenbedingungen anderer Berufe, z. B. Sozialversicherung und arbeitsrechtliche Bestimmungen, sollten auch für Beschäftigte in der Krankenpflege gelten. Spuren dieser unterschiedlichen Berufsauffassungen sind bis heute in der Krankenpflege zu finden (Kruse 1987).

► **Patientenorientierte Pflege.** In den 1980er-Jahren setzte die Humanitätsdebatte im deutschen Gesundheitswesen ein. Angesichts der zunehmenden technischen Möglichkeiten der modernen Medizin wurde befürchtet, die menschliche Dimension der Krankenpflege könnte verloren gehen. Konzepte einer patientenorientierten oder -zentrierten Pflege wurden zunehmend diskutiert, die eine Abkehr von einer rein naturwissenschaftlichen Betrachtung des Menschen und eine Ergänzung um eine humanwissenschaftliche Perspektive forderten: Kranke sollten nicht ausschließlich unter der Perspektive ihrer Krankheit gesehen werden (defizit-orientierte Sichtweise), sondern die Pflege sollte sich am Patienten und seinen Ressourcen orientieren.

Diese Sichtweise wohnt auch dem Pflegeprozessmodell und den Pflegetheorien inne, die – aus den angloamerikanischen Ländern kommend – langsam in Deutschland aufgegriffen wurden. Beeinflusst durch die Programme der WHO – „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ sowie Folgeprogramme – wurde schließlich mit dem Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege das Konzept der Gesundheitsförderung und Prävention in die deutsche Krankenpflege und Krankenpflegeausbildung übernommen. Dies drückte sich in den Berufsbezeichnungen „Gesundheits- und Krankenpflegerin“, „Gesundheits- und Krankenpfleger“ bzw. „Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin“ und „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger“

aus. Gesundheitsförderung und Prävention werden auch in der neuen Pflegeausbildung nach dem Pflegeberufegesetz als wichtige Dimensionen des Pflegehandelns angesehen.

1.7 Der Pflegeberuf als Frauenberuf

Im Laufe des 19. Jahrhunderts entwickelte sich die Pflege zu einem reinen Frauenberuf, mit zunehmender Hervorhebung der besonderen Eignung von Frauen aufgrund ihrer „weiblichen Wesenseigenschaften“. Bürgerliche Frauen waren – sozialen Zuschreibungen folgend – „selbstlos, fürsorgend, geduldig, sanftmütig, nachgiebig und unterwürfig“ (Höppner 2004, S.23) und wurden in besonderer Weise als geeignet angesehen. Diese Verbindung zwischen Geschlechts- und Berufsrolle erlangte besondere Bedeutung für den Pflegeberuf. Erst in dieser Zeit entwickelten sich die polar-komplementäre Geschlechtscharaktere, die Zu- und Unterordnung der Frauen, die bis heute das Geschlechterverhältnis in den Gesundheitsberufen kennzeichnet.

Merke

Die sozialhistorische Frauenforschung konnte überzeugend belegen, dass die Charakter- oder Persönlichkeitsmerkmale, die Frauen als in ihrer Natur liegend zugeschrieben wurden, der Legitimation der männlichen Führungsposition dienten.

► **Beginnende Berufstätigkeit der Frau.** Mit der Charakterisierung der Pflegearbeit als familien- und hausarbeitsnahe Tätigkeit konnte der steigende Bedarf an Pflegepersonal durch Frauen ausgeglichen werden. Pflgetätigkeit wurde nun mit weiblichen Tugenden in Verbindung gebracht, wodurch sie nun auch für unverheiratete Frauen eine außerhäusliche Tätigkeit ermöglichte. Weibliche Eigenschaften wurden zum festen Bestandteil des Berufsbildes und legten Frauen auch außer Haus auf ihre Geschlechterrolle fest.

Die Verberuflichung der Pflege steht im direkten Zusammenhang mit den Entwicklungen der Medizin und ist geprägt vom Leitbild eines v.a. durch „weiblichen Liebesdienst (...)“ gestalteten Tätigkeitsbereichs. Neben den ‚hausarbeitsnahen‘ Pflichten wurde zunehmend erwartet, dass die Krankenschwester eine emotionale Beziehung zu den Patienten aufbaue und auf der anderen Seite den Arzt gewissenhaft in seiner Tätigkeit unterstütze. Der so beschriebene neue bürgerlich-

weibliche Assistenzberuf für die Medizin war also von der Ärzteschaft stark beeinflusst“ (Höppner nach Hundenborn 2005a, S.47).

► **Frauenquote.** Der Beruf der Krankenpflege gilt nunmehr seit über 100 Jahren als Frauenberuf: Die Frauenquote in den Pflegeberufen liegt mit ca. 80% deutlich über jener in anderen Berufen. Die Gesundheitsarbeit in den nicht akademischen Berufen ist also fast als „Frauendomäne“ anzusehen, während das Verhältnis in den akademischen Gesundheitsberufen umgekehrt ist; sie sind deutlich männerdominiert (Hundenborn 2005 a).

► **Männer in der Krankenpflege.** Die männliche Krankenpflege erhielt im 19. Jahrhundert entscheidende Impulse durch die Wundärzte, in deren Händen bzw. in den Händen der Heilgehilfen die chirurgische Krankenpflege lag. Zudem gingen wichtige Entwicklungen für die männliche Krankenpflege von der Militärkrankenpflege aus. Chirurgengehilfen unterstützten die akademisch ausgebildeten Militärärzte im Rang von Sanitätsoffizieren, später wurden sie „Lazarettgehilfen“ genannt und hatten den militärischen Rang von Unteroffizieren. Schon früh wurden in Preußen die Lazarett- den Heilgehilfen gleichgestellt (Wolff u. Wolff 2008). Ab 1873 wurden in Preußen Lazarettgehilfen und militärische Krankenwärter den Lazarettärzten unterstellt. Auch dies untermauerte das Arzt-Pflegekraft-Verhältnis, d.h. die Unterordnung der Pflege unter den ärztlichen Dienst (Wolff u. Wolff 2008).

1.8 Berufsorganisationen und Berufsverbände

1.8.1 Historische Entwicklung

Neben den Mutterhausverbänden im Bereich der katholischen Ordenspflege, der Mutterhausdiakonie und den Mutterhausverbänden des Roten Kreuzes entstanden an der Jahrhundertwende vom 19. zum 20. Jahrhundert erste Berufsorganisationen, die das Mutterhaussystem nicht übernahmen und ihren Mitgliedern die Möglichkeiten freier Arbeitsverträge boten.

► **Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands.** Die Gründung fällt historisch mit der Entwicklung der freiberuflichen Krankenpflege zusammen. Entscheidende Impulse gingen im Bereich freier diakonischer Verbände vom Wuppertaler Theologen Friedrich Zimmer aus.

Agnes Karll (► Abb. 1.8) gründete 1903 die „Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands“ (B.O.K.D.), die v.a. den in der häuslichen Pflege tätigen freien Krankenschwestern eine soziale Absicherung im Krankheitsfall gewährte. Diese galt für in der freiberuflichen Krankenpflege tätige Krankenschwestern erst vergleichsweise spät.

► **Bund deutscher Krankenpfleger.** Als frühe Berufsorganisation für Krankenpfleger entstand in Berlin aus dem Zusammenschluss mehrerer örtlicher Vereine unter der Leitung des Arztes Paul Jakobsohn der „Bund deutscher Krankenpfleger“.

► **Gewerkschaften.** Parallel zu den Berufsorganisationen entstanden Gewerkschaften, die jedoch politisch andere Positionen vertraten (Wolff u. Wolff 2008). Lange Zeit galten die verschiedenen Mutterhausverbände, Schwesternschaften, Berufsorganisationen und Gewerkschaften als in sich zersplittert und vertraten in für die Krankenpflege politisch relevanten Fragen kontroverse Positionen. So lehnten die kirchlichen Organisationen etwa die erste staatliche Regelung der Krankenpflegeausbildung in Preußen überwiegend ab: Sie waren gegen eine staatliche Kontrolle der Ausbildung und befürchteten, dass Menschen ohne christliche Motivation Zugang zum Pflegeberuf erhalten



Abb. 1.8 Agnes Karll (1868 – 1927) gründete den ersten freien Berufsverband „Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands“. (Abb. von: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), Berlin)

könnten (Steppe 2001). Auch der von den Gewerkschaften geforderte 8-Stunden-Tag ließ sich in der Zeit der Weimarer Republik wegen der uneinheitlichen Auffassungen der verschiedenen Verbände nicht durchsetzen.

► **Zeit des Nationalsozialismus.** In der Zeit des Nationalsozialismus wurden die verschiedenen Berufsverbände vereinheitlicht, organisatorisch gestrafft und unter einer nationalsozialistischen Führung zusammengefasst. Erst nach 1945 organisierten sich die früheren Verbände langsam neu. Dies behinderte die (berufs-)politische Durchsetzungsfähigkeit der Krankenpflege lange Zeit über deutlich.

1.8.2 Heutige Berufsverbände und -organisationen

► **Deutscher Pflegerat e.V. (DPR).** Mit dem Beginn des Professionalisierungsprozesses in den Pflegeberufen verbesserten die bestehenden Berufsverbände und -organisationen ihre politischen Einflussmöglichkeiten und ihre berufspolitische Durchsetzungsfähigkeit. Der DPR vertritt als Dachverband auf Bundesebene die politischen und berufspolitischen Anliegen und Interessen der Mitgliedsorganisationen des Pflege- und Hebammenwesens.

► **Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR).** Der DBR ist eine Dachorganisation, die für ihre Mitgliedsverbände die Fragen der Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Pflegeberufen politisch vertritt.

In beiden Dachorganisationen ist keine persönliche Mitgliedschaft möglich.

Praxistipp

Pflegende, die sich berufspolitisch engagieren und somit die Interessen der Menschen mit Pflegebedarf sowie ihre beruflichen Anliegen vertreten und durchsetzen wollen, können in einem Einzelverband Mitglied werden. Über ihren Mitgliedsverband sind sie dann zugleich in den Dachorganisationen vertreten.



► **Pflegekammern.** Im Rahmen der Professionalisierung des Pflegeberufs laufen seit vielen Jahren Initiativen zur Einrichtung von Pflegekammern. Diese nehmen wichtige Aufgaben in der Selbstverwaltung eines Berufes wahr und sind vom Gesetzgeber mit öffentlichen Aufgaben ausgestattet. Damit gehen ihre Aufgaben über die von privatrechtlichen Berufsverbänden oder -organisationen hinaus. Pflege-

gekammern registrieren die Angehörigen der Pflegeberufe, erlassen Berufsordnungen, überwachen deren Einhaltung und nehmen Prüfungen ab. Zudem fördern sie die berufliche Fort- und Weiterbildung, beteiligen sich an Gesetzgebungsverfahren und vertreten die Interessen der Pflegenden.

In den meisten europäischen Ländern gibt es bereits seit Jahrzehnten Pflegekammern. Als erste Pflegekammer in Deutschland hat die Pflegekammer in Rheinland-Pfalz Anfang 2016 ihre Arbeit aufgenommen. Pflegekammern gibt es inzwischen auch in Niedersachsen und Schleswig-Holstein. In Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen wurden die landesrechtlichen Voraussetzungen für deren zeitnahe Einrichtung geschaffen.

Mit der Einrichtung von Pflegekammern haben beruflich Pflegende künftig weitere wichtige politische Einfluss- sowie Mitbestimmungs- und Mitgestaltungsmöglichkeiten (Hanika 2012; Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 2020). Derzeit wird eine Bundespflegekammer als Arbeitsgemeinschaft der Pflegekammern aufgebaut, die u. a. auf die Gesetzgebungsprozesse auf Bundesebene Einfluss nehmen, die Aktivitäten bestehender Landespflegekammern vernetzen und die Interessen von Pflegefachpersonen auf Bundesebene bündeln und vertreten soll (Bundespflegekammer 2020).

Merke

Pflegekammern sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. Ihre Einrichtung wird durch die Heilberuf- oder Kammergesetze der Bundesländer geregelt. Die Mitgliedschaft in einer Pflegekammer ist eine Pflichtmitgliedschaft. Auszubildende im Pflegeberuf können ggf. freiwillig Mitglieder einer Pflegekammer werden.



1.9 Lern- und Leseservice

1.9.1 Literatur

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung) vom 26.11.2002. BGBl. I S. 4418

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 10.11.2003. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003 Teil I Nr. 55, ausgegeben zu Bonn am 19.11.2003

Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB). Musterentwurf zum Ausbildungsnachweis. Empfehlungen für den Nachweis der praktischen Pflegeausbildung nach § 60 Abs. 5 Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – PflAPrV. Bonn, Dezember 2019. Im Internet: <https://www.bibb.de/dokumente/pdf/Musterentwurf-Ausbildungsnachweis.pdf>; Stand: 6.7.2020

Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (Hrsg.). Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis. Neuordnung der Pflegeberufe – Erreichtes und Perspektiven. Interview mit Prof. Gertrud Hundenborn und Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck zur Arbeit der Fachkommission nach § 53 PflBG. Heft 2/2020, S. 8–11

Bundesministerium für Gesundheit/Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Eckpunkte für eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zum Entwurf des Pflegeberufsgesetzes vom 1.3.2016. Im Internet: <http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2016/ausbildungs-und-pruefungsverordnung-zum-pflegeberufsgesetz.html>; Stand: 7.11.2016

Bundespflegekammer. Gemeinsam stark für gute Pflege. Im Internet: <http://www.bundespflegekammer.de/>; Stand: 9.7.2020

Bund-Länder-Koordinierungsstelle für den Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (Hrsg.). Handbuch zum Deutschen Qualifikationsrahmen. Struktur – Zuordnungen – Verfahren – Zuständigkeiten. Stand: 1.8.2013. Im Internet: https://www.dqr.de/media/content/DQR_Handbuch_01_08_2013.pdf; Stand: 4.7.2020

Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR). Heterogenität pflegerischer Fort- und Weiterbildungen erschwert Überblick und Orientierung. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe legt Studienergebnisse vor. Pressemitteilung vom 4.12.2017. Im Internet: <http://bildungsrat-pflege.de/wp-content/uploads/2014/10/PM-DIP-Vorstudie.pdf>; Stand: 8.7.2020

Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR). Empfehlungen zur Musterweiterbildungsordnung für Pflegeberufe (MWBO PflB). Strategien für die pflegeberufliche Weiterbildung. 2020. Im Internet: http://bildungsrat-pflege.de/wp-content/uploads/2014/10/mwbo_pflb_27-01-2020.pdf; Stand: 8.7.2020

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP). Zukunft denken – zeitnah handeln! Erkenntnisse und Empfehlungen aus dem Modellvorhaben „Pflegeausbildung in Bewegung“, die bereits heute in den Ausbildungsstätten genutzt werden können

- (2010). Im Internet: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/Materialien/Erkenntnisse_pflg_Ausbildung.pdf; Stand: 7.11.2016
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP). Bundesmodellprojekt „Pflegeausbildung in Bewegung“ zur Generalistik – FAQ zu einem immer noch aktuellen Projekt (2016). Im Internet: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/Aktuelles/dip-FAQ-Pflegeausbildung_in_Bewegung-2016.pdf; Stand: 7.11.2016
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP). Systematik von Fort- und Weiterbildungen der professionellen Pflege in Deutschland – ein Vorstudie im Auftrag des DBR, Köln. Im Internet: https://www.rotkreuzschwester.de/content/8-politik-position/3-deutscher-pflegerat/4-weitere-informationen-und-downloads/projektbericht-dbr_dip_vorstudie_2017_10_05-2.pdf; Stand: 8.7.2020
- Deutscher Bundestag. Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege sowie zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Drucksache 15/13 vom 25.10.2002
- Deutscher Bundestag. Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG). Drucksache 18/7823 vom 9.3.2016
- Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz. Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG. Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht. Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung. 1.8.2019. Im Internet: https://www.bibb.de/dokumente/pdf/geschst_pflgb_rahmenplaene_der-fachkommission.pdf; Stand: 9.7.2020
- Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG) sowie zur Änderung des Krankenpflegegesetzes vom 17.11.2000. BGBl. I S. 1513
- Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze vom 16.7.2003. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003 Teil I Nr. 36, ausgegeben zu Bonn am 21.7.2003
- Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG) vom 17.7.2017. BGBl. I S. 2581
- Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG) vom 17.7.2017. BGBl. I S. 2581
- Hanika H. Pflegekammern im europäischen Kontext. Heilberufe Science 2012: 3–6. Im Internet: http://download.springer.com/static/pdf/828/art%252A10.1007%252Fs16024-012-0085-4.pdf?auth66=1407006144_311798fb8b93d4fb64f00219f7a78e6&ext=.pdf; Stand: 7.11.2016
- Höppner H. Gesundheitsförderung von Krankenschwestern. Ansätze für eine frauengerechte betriebliche Praxis im Krankenhaus. Frankfurt a. M.: Mabuse; 2003
- Hundenborn G. Kopf- oder Herzensangelegenheit? Professionelle Pflege im Spannungsfeld unterschiedlicher Herausforderungen. In: Caritas-Gemeinschaft für Pflege- und Sozialberufe, Hrsg. Pflege in Unruhezeiten. Entwicklung in die Zukunft. Festveranstaltung zum 100. Geburtstag von Adelheid Testa am 15.10.2004 in Freiburg i. B.; 2005a
- Hundenborn G. Berufsfelder in der Pflege. Die Entwicklung des Pflegeberufes bis heute. Referat zum Tag der Pflege, Köln, 23.11.2005. Interne Veröffentlichung in der Caritas-Gemeinschaft für Pflege- und Sozialberufe, Diözesangemeinschaft Köln; 2005b
- Hundenborn G. Kompetenzverständnis nach dem neuen Krankenpflegegesetz. In: MAGS-Fachtagungen „Lernerfolgsüberprüfungen bei Ausbildungen nach dem neuen Krankenpflegegesetz (KrPflG)“ am 21.10.2005 an der Fachhochschule Bielefeld und am 15.11.2005 an der Kath. Fachhochschule NW, Abteilung Köln, Düsseldorf; 2005c
- Hundenborn G. Pflegeverständnis im Wandel. Festvortrag anlässlich des 75-jährigen Bestehens der Caritas-Akademie Köln-Hohenlind am 23.5.2007 (unveröffentlicht)
- Hundenborn G. Generalistische Pflegeausbildung. Europäische Perspektiven und Bedeutung für die Bildungspraxis. Vortrag im Rahmen der Fachtagung und Mitgliederversammlung der Sächsischen Landesarbeitsgemeinschaft für Bildungseinrichtungen in der Altenarbeit am 25.4.2015 in Dresden; 2015 a
- Hundenborn G. Für die allgemeine Pflege verantwortlich sein. Hintergründe, Entwicklungen und Perspektiven einer generalistischen Pflegeausbildung. In: RDG 2015b, November/Dezember: 272–279
- Hundenborn G, Knigge-Demal B. Beschreibung von Berufssituationen und Qualifikationen in der Kranken- und Kinderkrankenpflege sowie Darstellung der Konsequenzen für die Integration der einzelnen Elemente in die Ausbildungsrichtlinie. Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW. Düsseldorf; 1996
- Hundenborn G, Knigge-Demal B. Curriculare Rahmenkonzeption. Teil 5 des Zwischenberichts. In: Dokumentation von Arbeitsauftrag und Zwischenbericht der Landeskommission zur Erstellung eines landeseinheitlichen Curriculums als empfehlende Ausbildungsrichtlinie für die Kranken- und Kinderkrankenpflegeausbildung. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf; 1999
- Hundenborn G, Knigge-Demal B. Auf den Inhalt kommt es an! Perspektiven und Schwerpunkte in den Entwürfen des Pflegeberufereformgesetzes und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. In: RDG 2016; 13 (3): 142–145
- Hundenborn G. Pflegeausbildung kompetenzorientiert gestalten. Kompetenzverständnis und Kompetenzsystematik im Kontext der Pflegeberufereform. In: PflegeLeben. Das Magazin für Mitglieder des Katholischen Pflegeverbandes e.V., 01/2019, S. 5–11
- Hundenborn G, Knigge-Demal B. Die Pflegeberufereform – der Teufel steckt im Detail! In: RDG 2017, 14(S 1), S. 32–34
- Hundenborn G, Knigge-Demal B. Der Pflege vorbehalt. Hintergründe und Perspektiven der vorbehaltenen Tätigkeiten im Pflegeberufegesetz. In: RDG 2018; 15 (5): 230–237
- Hundenborn G, Knigge-Demal B. Die Neugestaltung der Pflegeausbildung im Kontext der Pflegeberufereform. Vortrag im Rahmen des 8. Schulleitungsforums an der Katho NRW. „Strategien zur Umsetzung der neuen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung im Rahmen des Pflegeberufereformgesetzes“ vom 29.6.2018
- Hundenborn G, von Germeten-Ortmann. Kein alter Wein in neuen Schläuchen. Zentrale Innovationen der Pflegeberufereform. In: CNE Pflegemanagement; 51/2019: 2–6
- Igl G. Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG), Pflegeberufereform-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV), Pflegeberufereform-Ausbildungsfinanzierungsverordnung (PflAFinV). Praxiskommentar. Heidelberg, medhochzwei, 2019, 2., neu bearbeitete und erweiterte Auflage.
- Klaes L, Weidner F, Schüler G et al. Pflegeausbildung in Bewegung. Schlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. 2008. Im Internet: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/PfB_Abschlussbericht.pdf; Stand: 7.11.2016
- Kruse AP. Berufskunde II: Die Krankenpflegeausbildung seit der Mitte des 19. Jahrhunderts. Stuttgart: Kohlhammer; 1987
- Landespflegekammer Rheinland-Pfalz. Pflegekammer interaktiv. Das Magazin der Pflegekammer Rheinland-Pfalz. Pflegekammern in Deutschland. Wo Kammern die besten Chancen haben.

Nr. 18/2020. Im Internet: <https://www.pflegemagazin-rlp.de/wo-kammern-die-besten-chancen-haben>; Stand: 8.7.2020

Panke-Kochinke B. Fachdidaktik der Berufskunde Pflege. Bern: Hans Huber; 2000

Rohlfes J. Geschichte und ihre Didaktik. 3. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2005

Rau FS. Die Situation der Krankenpflegeausbildung in der BRD nach 90 Jahren staatlicher Regelung. Bern: Huber; 2001

Registrierung beruflich Pflegenden (RbP). Im Internet: <http://www.regbp.de/>; Stand: 8.7.2020

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V, Fassung vom 20.10.2011 BAnz. Nr. 46 (S. 1128) vom 21.3.2012 und BAnz. Nr. 50 (S. 1228) vom 28.3.2012. Im Internet: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-600/2011-10-20_RL-63Abs3c.pdf; Stand: 2.7.2020

Seidler E, Leven KH. Geschichte der Medizin und der Krankenpflege. 7. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer; 2003

Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (KMK). Hochschulzugang über berufliche Bildung – Wege und Berechtigungen. 2015. Im Internet: http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2015_09_08-Hochschulzugang-ueber-berufliche-Bildung.pdf; Stand: 7.11.2016

Spöttl G, Blings J. Kernberufe. Ein Baustein für ein transnationales Berufsbildungskonzept. Berufliche Bildung in Forschung, Schule und Arbeitswelt. Band 6. Frankfurt am Main; 2011

Steppe H. Krankenpflege im Nationalsozialismus. 9. Aufl. Frankfurt/Main: Mabuse; 2001

Stöcker G. Europäisierung der Gesundheits- und Pflegeausbildung. In: Landenberger M, Stöcker G, Filkins J et al. Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft; 2005

Wolff HP, Hrsg. Biographisches Lexikon zur Pflegegeschichte, Bd. 3. München: Elsevier/Urban & Fischer; 2004

Wolff HP, Wolff J. Krankenpflege: Einführung in das Studium ihrer Geschichte. Frankfurt/Main: Mabuse; 2008

1.9.2 Internetadressen

<http://www.bmfsfj.de>; Stand: 9.7.2020

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/>; Stand: 9.7.2020

<http://www.bundespflegekammer.de/>; Stand: 9.7.2020

<https://www.bibb.de/de/82236.php>; Stand: 9.7.2020

<http://www.dg-pflegewissenschaft.de>; Stand: 9.7.2020

<http://www.deutscher-pflegerat.de>; Stand: 9.7.2020

<http://bildungsrat-pflege.de/>; Stand: 9.7.2020

<https://www.pflegekammer-rlp.de/index.php/startseite.html>; Stand: 8.7.2020

<http://www.pflegeausbildung.net/>; Stand: 9.7.2020



© Kirsten Oborny/Thieme

Kapitel 2

Arbeitsfelder und Aufgaben der Pflege

2.1	Wandel der Arbeitsprozesse und Entwicklung neuer Handlungsfelder	61
2.2	Typische Arbeitsfelder in der Pflege	66
2.3	Pflegeüberleitung	71
2.4	Weitere Arbeitsfelder der Pflege	72
2.5	Häusliche Pflege	73
2.6	Lern- und Leseservice	77

2 Arbeitsfelder und Aufgaben der Pflege

Sabine Floer, Peter Jacobs, Henry Kieschnick

2.1 Wandel der Arbeitsprozesse und Entwicklung neuer Handlungsfelder

Peter Jacobs

Die meisten deutschen Krankenhäuser sind nach der sogenannten 3-Säulen-Theorie aufgebaut (► Abb. 2.1). Dies führt dazu, dass es zwischen den Arbeitsbereichen Verwaltung, Medizin und Pflege z. T. zu Schnittstellenproblemen kommt. Die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) und der damit verbundene Zwang, noch wirtschaftlicher zu arbeiten, stellen die herkömmliche Struktur infrage.

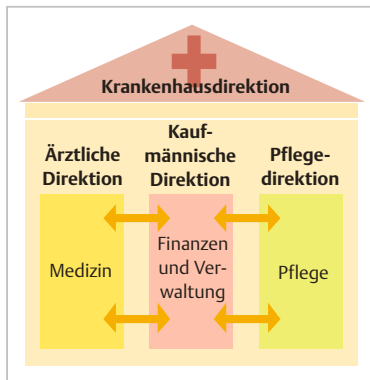


Abb. 2.1 Interdisziplinäre Zusammenarbeit. Medizin, Verwaltung und Pflege müssen gut miteinander kommunizieren und Arbeitsabläufe aufeinander abstimmen.

Eine verbesserte Zusammenarbeit, eine lückenlose Informationskultur und eine Neubewertung der z.T. jahrzehntealten Arbeitsprozesse zwischen den Berufsgruppen im Gesundheitswesen – und hier v. a. in den Krankenhäusern – führen zu einer Veränderung klassischer Arbeitsfelder und sogar zur Entstehung neuer Berufsbilder.

2.1.1 Pflege in den ersten 40 Nachkriegsjahren

Über Jahrzehnte fand Pflege im Bereich der damals sogenannten Grund- und Behandlungspflege statt. Unter Grundpflege verstand man diejenigen pflegerischen Tätigkeiten, die ureigene Aufgabe der Pflege waren und somit zur Durchführung keiner eigenen ärztlichen Anordnung bedurften. Selbst diese Auslegung war umstritten. So wurde von dem Juristen Brenner, in dem an vielen Krankenpflegeschulen verbreiteten Rechtskundebuch, der Satz geprägt: „Im Zusammenhang mit der Behandlung des Patienten gibt es daher für das Krankenpflegepersonal keinen arztfreien Bereich.“ (Brenner u. Adelhardt 1987, S. 319). Der Arzt, so die damalige Auffassung, ordnet auch im Bereich der Grundpflege an, was zu tun ist. Heute herrscht eine andere Auffassung, zumal rechtlich gesehen die Entstehung eines Dekubitus meist als Pflegefehler abgehandelt wird. Im Wesentlichen wurden durch die Maßnahmen der Grundpflege die Grundbedürfnisse der Patienten erfüllt, also diejenigen Arbeiten für die Dauer der Erkrankung übernommen, die der Patient normalerweise selbst an sich vornehmen kann (► Abb. 2.2).

Behandlungspflege waren die Anteile von Pflege, die aufgrund einer ärztlichen Anordnung geleistet wurden. Darunter fielen ärztliche Aufgaben, die aber an Pflegenden delegiert wurden. Die Probleme mit dieser Form der Delegation und die daraus resultierenden juristischen Unsicherheiten bestehen bis heute.

In den letzten 20 Jahren erweiterte sich, einhergehend mit der zunehmenden Technisierung der Medizin, die Tätigkeit der Pflegeberufe in Richtung einer erweiterten Form von Pflege und Assistenz. Gerade in diesen medizinisch-pflegerischen Aufgabengebieten entstanden die Fachweiterbildungen z. B. für

- Intensivpflege und Anästhesie,
- den Operationsdienst oder
- die Onkologie und
- die Psychiatrie.

Dies gipfelt nunmehr in der Entstehung neuer Berufsbilder, wie das des chirurgisch-technischen Assistenten (CTA), der nicht mehr im pflegerischen Bereich tätig ist, sondern im ärztlichen Arbeitsfeld angesiedelt ist.

Mit der Änderung des Krankenpflegegesetzes im Jahr 1985 kam es zu einer ersten einschneidenden Zäsur in der Ausbildung der Krankenpflege. Das 2003 verabschiedete Altenpflegegesetz, das seitdem bundeseinheitlich die Altenpflegeausbildung regelt, und das 2004 in Kraft getretene Krankenpflegegesetz haben maßgeblich zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe beigetragen (z. B. Änderung der Berufsbezeichnung in der Pflege: Gesundheits- und Krankenpfleger/-in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in).

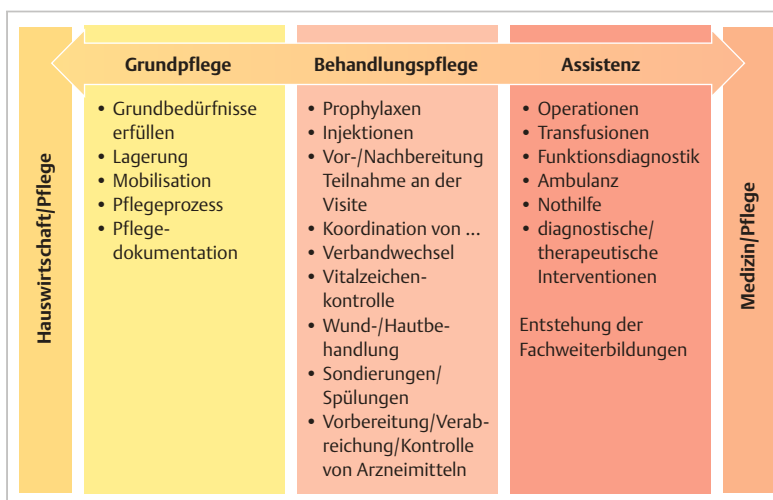


Abb. 2.2 Typische Aufgaben der Pflege bis Mitte der 1980er-Jahre. Behandlungspflege und Tätigkeiten im Bereich der Funktionspflege wurden in der Vergangenheit meist zusätzlich übernommen, ohne dass dies zu einer Personalaufstockung in der Pflege führte.

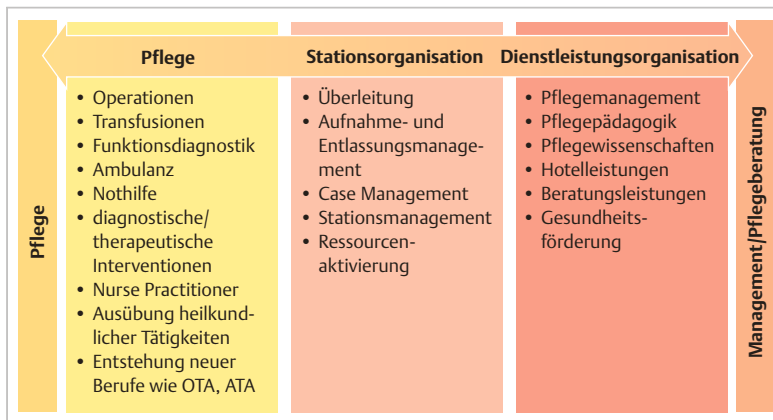


Abb. 2.3 Neue Handlungsfelder. In Zukunft wird es eine Verlagerung pflegerischer Aufgaben in den Bereich der Prozesse rund um den Patienten geben. Die Übernahme ärztlicher Aufgaben wird nur bei Erhöhung des Personalbudgets möglich sein.

Das am 13. Januar 2016 vom Bundeskabinett auf den Weg gebrachte neue Pflegeberufegesetz wird weitere, tief greifende Veränderungen mit sich bringen. Stichwörter hier sind die „generalistische Pflegeausbildung“ mit neuer Berufsbezeichnung „Pflegefachmann“ bzw. „Pflegefachfrau“ und die zunehmende Akademisierung der Pflegeberufe – als Reaktion auf die sich verändernden Handlungsfelder (► Abb. 2.3) und die Bedarfe einer immer älter werdenden Gesellschaft. So werden sich künftig pflegerische Handlungsfelder immer stärker an Organisationstätigkeiten ausrichten. Diese Tätigkeiten, z.B. im Case-Management, sind prozessorientiert und zielen u.a. auf eine Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus ab.

Im Folgenden werden anhand einiger Veränderungsprozesse die möglichen Auswirkungen auf die Pflegeberufe der Zukunft dargestellt.

2.1.2 Gründe für die Veränderungsprozesse

Die Arbeitsfelder und Aufgaben der Pflegeberufe werden sich in den nächsten Jahren zunehmend verändern. Dafür gibt es eine Reihe von Ursachen:

1. die Veränderungen des Berufsbildes „Pflege“ durch die Neufassungen des Krankenpflegegesetzes von 1985 und 2004 und das 2016 auf den Weg gebrachte Pflegeberufegesetz
2. die Forderungen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Gutachten 2007 (Sachverständigenrat 2007)
3. der Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung – Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, PFWG (Bundesregierung 2007)
4. die Einführung von Studiengängen in Pflegewissenschaft, -management und

-pädagogik sowie grundständig als Bachelorabschluss

5. das berufspolitische Umdenken der Pflege weg von der „Abgabe beruhsfremder Aufgaben“ hin zur Übernahme bzw. Allokation neuer Aufgaben
6. die Wandlung im Gesundheitswesen von karitativen, steuerbegünstigten Einrichtungen hin zu profitorientierten Unternehmen
7. die immer stärker werdende Arbeitsteilung innerhalb der Gesundheitsberufe, insbesondere zwischen Medizin und Pflege
8. die wachsende Bedeutung der Pflegeberufe vor dem Hintergrund der Altersentwicklung der Bevölkerung (Demografieentwicklung)

Neufassungen des Krankenpflegegesetzes

Die Novellierung des Krankenpflegegesetzes von 1985 und 2004 war eine wichtige Voraussetzung dafür, dass die Pflegeberufe sich weiterentwickeln konnten. So wurde mit der Änderung 1985 eine Anhebung der Ausbildung auf europäisches Niveau erreicht. Bedeutsam war auch, dass mit dem damaligen § 4 der Pflegeprozess (S. 111) mit seinem Regelkreis Bestandteil der Ausbildung wurde und damit integrativer Teil des beruflichen Niveaus.

Forderungen des Sachverständigenrates

Von besonderer Bedeutung für die Erschließung neuer Handlungsfelder in der Pflege ist das „Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007“. Objektiv erfolgt in diesem Gutachten eine Analyse der derzeitigen Mängel im Gesundheitswesen. So heißt es im „Status Quo der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe“:

- „... die Verteilung der Tätigkeiten zwischen den Berufsgruppen entspricht nicht den demografischen, strukturellen und innovationsbedingten Anforderungen,
- hinsichtlich der Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen, insbesondere zwischen Ärzten und der Pflege, besteht ein hohes Maß an Rechtsunsicherheit,
- die interprofessionelle Standardisierung ist zu wenig ausgeprägt, wodurch Zusammenarbeit und Delegation erheblich erschwert werden,
- es zeigt sich eine nicht immer effiziente Arztzentriertheit der Krankenversorgung und
- die Ausbildungen der Gesundheitsberufe bereiten nicht adäquat auf die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen vor“ (Sachverständigenrat 2007, S. 17).

Zwei wesentliche Forderungen des Sachverständigenrates ergeben sich aus dieser Analyse.

► **Orientierung am Patienten.** Zum einen muss „... die Diskussion um neue Kooperationsformen und Kompetenzen von Gesundheitsberufen (...) nicht primär aus der Perspektive der Berufsgruppen, sondern auf der Basis der zukünftigen Anforderungen an das Gesundheitssystem – d.h. aus der Patientenperspektive – geführt werden“ (Sachverständigenrat 2007, S. 22).

Als Beispiel sei an dieser Stelle die Arbeitsablauforganisation in den Krankenhäusern angeführt. Diese ist überwiegend von den Interessen der jeweiligen Berufsgruppe geprägt, weniger von den Bedürfnissen der Patienten.

► **Größere Handlungsautonomie für Pflegende.** In den „Empfehlungen zur Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe“ spricht sich der Sachverständigenrat u.a.



Abb. 2.4 Mehr Verantwortung. Pflegen-
de sollen in Zukunft die Pflegebedarfs-
artikel selbst verordnen können. (Foto: K.
Oborny, Thieme)

für eine Tätigkeitsübertragung von Aufgaben an die Pflege und eine größere Handlungsautonomie der Berufsgruppe aus mit dem Ziel, die pflegerische Versorgung in Deutschland aufrechtzuerhalten oder zu verbessern. So wird z. B. empfohlen, die Verordnungsfähigkeit für Pflegebedarfsartikel in den Tätigkeitsbereich der Pflege zu übergeben (Sachverständigenrat 2007, S. 23; ► Abb. 2.4).

Pflege-Weiterentwicklungsgesetz der Bundesregierung

Der oben aufgeführte Vorschlag des Sachverständigenrates hat kurz darauf seinen Niederschlag im Entwurf zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz gefunden. Nach Artikel 12 „Änderung des Krankenpflegegesetzes“ sollen in Modellvorhaben im Rahmen der Krankenpflegeausbildung erweiterte Kompetenzen erworben werden können, die dann die Pflegenden dazu berechtigen, heilkundliche Tätigkeiten auszuüben. Dies kommt einem Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik gleich, dürfen doch bislang nur Ärzte und Heilpraktiker heilkundliche Tätigkeiten ausüben.

Zusammen mit dem Vorschlag des Sachverständigenrates, dass die Verordnungsfähigkeit für Pflegebedarfsartikel in die Hand der Pflege gelegt werden soll, sind weitreichende Auswirkungen v. a. für den Bereich der ambulanten Pflege zu erwarten. Berufsbilder wie das des sog. „Nurse Practitioners“ sind somit auch für Deutschland angedacht.

Berufspolitisches Umdenken der Pflege

Berufspolitisches Umdenken bedeutet hier: weg von der „Abgabe berufs fremder Aufgaben“ hin zur Übernahme bzw. Allokation neuer Aufgaben.

Definition

Allokation kommt aus dem Lateinischen: *allocare* = zuteilen, zuweisen. In den Wirtschaftswissenschaften wird damit z. B. die Zuweisung von Tätigkeiten oder Ressourcen auf eine bestimmte (Berufs-)Gruppe bezeichnet. Werden also ärztliche Tätigkeiten auf Pflegepersonal alloziert, so gehen auch die dafür notwendigen Geldmittel (Personalstellen) auf die Pflege über. Ebenso aber auch die haftungsrechtliche Verantwortung, was derzeit noch ein großes Problem in Deutschland darstellt.

Ausgelöst durch den Personalmangel in den Pflegeberufen in den 1980er- bis Mitte der 1990er-Jahre versuchte die Pflege sog. berufs fremde Tätigkeiten abzugeben, wobei darunter überwiegend ärztliche Tätigkeiten verstanden wurden. Übersehen wurde dabei, dass gleichzeitig – wie auch bei den Ärzten – der Anteil an Verwaltungsarbeiten stetig zunahm. Untersuchungen sprechen hier für beide Berufsgruppen von rund 30 % Schreib- und Dokumentationsaufgaben, aber auch Tätigkeiten wie Patientenaufnahme und in der Pflege zusätzlich je nach Struktur des Krankenhauses auch hauswirtschaftliche Tätigkeiten.

► **Ausweitung statt Abgrenzung.** Inzwischen hat in den Pflegeberufen v. a. auf Ebene der Berufsverbände ein Umdenken stattgefunden. Statt Abgrenzung setzt man heute auf die Übernahme von Tätigkeiten (DBFK 2011). Allerdings nicht mehr – und das ist die große Veränderung – nach dem bisherigen Prinzip der Delegation ärztlicher Aufgaben an Pflegepersonal, sondern durch Übernahme bis hin zur Allokation ärztlicher Tätigkeiten in das Berufsbild Pflege. Damit einhergehen muss dann auch eine entsprechende Personalaufstockung. Dazu können – sofern vorhanden – Ressourcen innerhalb der Pflege genutzt werden oder aber es kommt zu einem Abbau von Arztstellen bei gleichzeitigem Aufbau von Pflegestellen.

► **Neue Personalstrukturen.** Ein weiteres Thema in diesem Zusammenhang ist die Veränderung im Personalmix innerhalb der Pflege. Um examiniertes Personal für hochwertige, ihrer Aus- und Weiterbildung entsprechende Aufgaben heranziehen zu können, bedarf es einer der Pflege zuarbeitenden Basis. Letztlich ist auch nur so ein effektives Primary Nursing/Primary Nursing (PN) zu realisieren (S. 124). So ist z. B. in Großbritannien die Zahl der in der Pflege beschäftigten Personen deutlich höher als in Deutschland. Erst der per-

sonelle Qualifikationsmix führt dazu, dass gut ausgebildetes Pflegepersonal den Regelkreis des Pflegeprozesses (S. 111) anwenden und evaluieren kann.

Viele kaufmännische Direktoren glauben, dieser Personalmix führe zu einer Senkung der Personalkosten in der Pflege, weil mehr Personal mit weniger Qualifikation beschäftigt wird, was billiger ist. Dies ist ein Irrglaube. In Zukunft wird in allen Bereichen der institutionellen Pflege zunehmend hoch qualifiziertes Personal gebraucht – plus zuarbeitendes Personal z. B. für Versorgungs- und Verwaltungstätigkeiten (DBFK 2011).

Die Ursache für diese Entwicklung liegt darin begründet, dass nur noch der schwerkranke, multimorbide Patient in ein Krankenhaus kommt. Alle anderen Patienten werden teilstationär oder ambulant betreut. In den Altenheimen kann man diese Entwicklung schon lange beobachten. War früher der größte Teil der Bewohner mobil und Selbstversorger, so überwiegt heute die Zahl der pflegebedürftigen Bewohner deutlich.

Merke

All dies bedeutet, dass die oben geschilderten Empfehlungen des Sachverständigenrates und der Ansatz des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes kommen müssen. Es ist nicht mehr die Frage, ob mehr Verantwortung und Eigenständigkeit und damit neue Handlungsfelder für die Pflegeberufe entstehen, sondern nur noch die Frage, wann dies geschieht.

Entwicklung zu profitorientierten Unternehmen im Gesundheitswesen

Den größten Druck zum Wandel der Strukturen und Prozesse im Gesundheitswesen und v. a. in den Krankenhäusern hat die Einführung der DRG erzeugt. Zugleich hat die wirtschaftlich schwierige Situation in Deutschland dazu geführt, dass die Bereitschaft der Länder und Kommunen, ihre Krankenhäuser weiterhin aus dem Steueraufkommen zu subventionieren, stark nachgelassen hat.

Die Notwendigkeit, in einem immer noch stark hierarchisch geprägten System zu effizienteren Arbeitsabläufen zu kommen, um Geld einzusparen, wird immer größer. Die bisherigen Erfahrungen zeigen jedoch vielerorts, dass eher an Investitions-, Material- und Lohnkosten gespart wird, anstatt Ressourcen zu nutzen, die allein durch eine bessere Arbeitsablauf-

gestaltung und bessere Kommunikation zwischen den Berufsgruppen zu erreichen wären.

Eine Ursache dafür ist die stark voneinander abgegrenzte Struktur der drei Säulen im Krankenhaus (s. ► Abb. 2.1), die meist zu berufsgruppenspezifischer Abgrenzung führt. Gerade hier setzt auch die Kritik des Sachverständigenrates an, wenn von einer nicht immer effizienten Arztzentriertheit gesprochen wird. Dies gilt sowohl für den Krankenhausbereich als auch für die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und den ambulanten Pflegediensten.

Zunehmende Arbeitsteilung zwischen Medizin und Pflege

Die jahrzehntealte Diskussion um die Arbeitsteilung zwischen Medizin und Pflege hat im Jahr 2006 eine unerwartete Wendung genommen. Ausgelöst durch den Streik der Ärzte und die hohen Einkommensverbesserungen dieser Berufsgruppe interessierten sich plötzlich die kaufmännischen Direktoren für die Verteilung der Tätigkeiten zwischen Ärzten und Pflegepersonal. Ziel war dabei, bisher ärztliche Tätigkeiten auf Pflegepersonal zu übertragen, um letztlich teure Arztstellen gegen preiswertere Pflegestellen auszutauschen.

Damit gewann die bisher unter der Bezeichnung „Delegation ärztlicher Aufgaben an Pflegepersonal“ geführte Diskussion eine neue Dimension. Zumal die Pflege bereit ist, Aufgaben zu übernehmen. Aber nicht mehr nach dem Prinzip der Delegation (S. 163), also der Arzt entscheidet, wann wer welche Tätigkeiten durchführt, sondern die Pflege übernimmt Tätigkeiten eigenverantwortlich und erhält dafür die entsprechende Personalausstattung. Um dieser neuen Entwicklung gerecht zu werden, müssen die Begriffe Delegation – Übernahme – Allokation neu definiert werden (Jacobs 2007a; ► Abb. 2.5).



Abb. 2.5 Teamarbeit. Durch eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit kann die Patientenversorgung optimiert werden. (Foto: K. Oborny, Thieme)

Entstehung neuer Berufsbilder

Neben der Frage, wie die Arbeit zwischen Ärzten und Pflegenden in Zukunft aufgeteilt wird, entstehen inner- und außerhalb der Pflege neue Berufsbilder.

► **Operationstechnischer Assistent (OTA).** Innerhalb der Pflege ist in erster Linie der Operationstechnische Assistent (OTA) zu nennen. Auslöser für diese Entwicklung ist die schwierige Personalgewinnung im Operationsbereich. Der Weg bis zur/zum „Fachkrankenschwester/-pfleger für den Operationsdienst“ erscheint vielen als zu lang, darüber hinaus wird in den meisten Ausbildungseinrichtungen kein Einsatz im OP während der Ausbildung angeboten. Damit wird der OP nicht mehr als Arbeitsfeld für die Pflege identifiziert. Die Ausbildungsstätten für OTA hingegen haben ausreichend Bewerbungen. Hier wird es also zu einer Verschiebung kommen. Noch gehören die OTA in den meisten Krankenhäusern zum Geschäftsbereich der Pflege. Es ist aber absehbar, dass sie in Zukunft ähnlich wie die „Medizinisch-technischen Radiologieassistenten“ (RTA) und die „Medizinisch-technischen Assistenten“ (MTA) zum ärztlichen Bereich gehören werden.

Gerade am Beispiel der Operationsabteilungen wird sich zeigen, dass die Pflege nicht nur neue Arbeitsfelder hinzugewinnen, sondern auch bisher pflegerische Berufsgruppen verlieren wird. So gibt es bereits Modelle, in denen der gesamte pflegerische Funktionsdienst im OP, also Anästhesie- und Operationspflegepersonal einem ärztlichen OP-Manager und nicht mehr der Pflegedienstleitung unterstellt sind.

► **Physician Assistant.** Ein weiteres neues Arbeitsfeld zeichnet sich durch die Weiterbildung von erfahrenem OP-Pflegepersonal zu Physician Assistants ab. Auch hier ist der Auslöser eine Mangelsituation, diesmal im ärztlichen Dienst. In diesem Fall wird erfahrenes OP-Pflegepersonal so weitergebildet, dass im Rahmen von Operationen ärztliche Tätigkeiten erfolgen können. Entsprechende Modelle kommen aus dem Ausland. Die so weitergebildeten Physician Assistants wechseln dann auf eine Arztstelle und gehören nicht mehr dem Pflegedienst an (Jacobs 2007 b), was unter Umständen den Mangel an qualifiziertem OP-Pflegepersonal verschärfen wird.

Pflegeberufe und demografische Entwicklung

Die Demografieentwicklung wirkt sich zweifach auf die Entwicklung der zukünftigen Handlungs- und Arbeitsfelder in den Pflegeberufen aus.

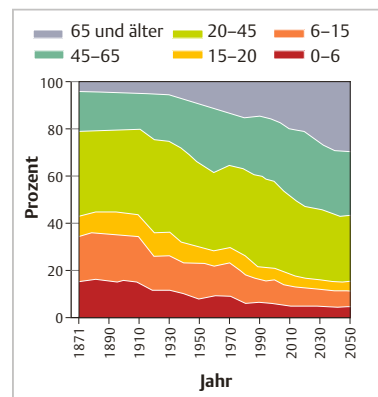


Abb. 2.6 Entwicklung der Altersstruktur in Deutschland bis 2050. Daraus resultiert ein erheblicher Anstieg an Pflegedienstleistungen.

1. Zum einen steigt der Pflegebedarf in der Bevölkerung durch die Altersstruktur deutlich an (► Abb. 2.6). In den Krankenhäusern führt das – zusammen mit dem Prinzip „ambulant vor stationär“ – dazu, dass überwiegend schwerstkranken Patienten behandelt werden. Hierzu wird hoch spezialisiertes Fachpflegepersonal benötigt, das zurzeit bereits knapp ist. Um dieses hoch qualifizierte Pflegepersonal adäquat einsetzen zu können, wird eine Struktur zuarbeitenden Personals benötigt. Hierzu zählt sowohl angelerntes Personal wie auch neue Aus- bzw. Weiterbildungsberufe wie Case-Manager oder Kodierfachkräfte, die im DRG-Zeitalter für einen effizienten Behandlungsablauf und eine anschließende erlösorientierte Verschlüsselung der erbrachten Leistungen sorgen. In der Altenpflege hat sich der Wandel bereits vollzogen. Altenheime werden immer mehr zu Pflegeeinrichtungen. Hier kann auch nicht mehr nur von der Betreuung von Bewohnern gesprochen werden, vielmehr ist der Übergang zur Pflege von betagten, multimorbiden, chronisch kranken Menschen fließend und stellt damit die Altenpflege vor neue Herausforderungen. Schließlich hat die zukünftige Altersstruktur der Bevölkerung auch Auswirkungen auf die ambulante Pflege bzw. die Arbeitsfelder der Pflege außerhalb der klassischen Institutionen. Der Beratungsbedarf sowohl der Patienten wie auch der (pflegenden) Angehörigen steigt. Die Einrichtung von Pflegestützpunkten soll dieser Entwicklung Rechnung tragen. Schon seit Längerem ist der Einsatz von Pflegepersonal im Home-Care-Bereich ein Arbeitsfeld für erfahrenes Pflegepersonal. Begonnen haben damit die Sanitätshäuser. Inzwischen

etabliert sich eine regelrechte Home-Care-Industrie mit Arbeitsplätzen für Pflegepersonal.

2. Die zweite Entwicklung betrifft die Pflegeberufe selbst. Auch das Durchschnittsalter der Pflegenden wird immer höher. Da Pflege ein anstrengender 3-Schicht-Beruf ist, können in zunehmendem Maße Pflegenden ihre Tätigkeit nur noch eingeschränkt ausüben. Damit stellt sich die Frage, was mit diesen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern geschehen soll. Neue Arbeitsfelder, z. B. in der Pflegeberatung, im Case-Management u. v. m., können hier eine Alternative darstellen. Allerdings handelt es sich hier um Tätigkeiten, die ein hohes Maß an aktiver Berufserfahrung voraussetzen, d. h. regelmäßige Teilnahme an Fortbildungen, um sich im Beruf „fit“ zu halten. Hier wird deutlich, dass für die Pflegenden mehr und mehr die Bedingungen der freien Wirtschaft zum Tragen kommen: Wer sich fortbildet, gute Arbeitszeugnisse vorweisen kann und auch in Bezug auf den Arbeitsort flexibel ist, wird immer gute Chancen haben. Die Einführung

der freiwilligen Registrierung und die Etablierung des Erwerbs von Fortbildungspunkten sind bereits deutliche Zeichen in diese Richtung, die naturgemäß auch zu einer höheren beruflichen Professionalisierung führen werden.

2.1.3 Bedeutung für die Pflegeberufe der Zukunft

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass aufgrund der hier nur skizzierten Veränderungen die Pflegeberufe in Deutschland vor der größten Herausforderung in ihrer Geschichte stehen. Dies gilt für alle etablierten Pflegebereiche wie Pflege in den Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen, Altenpflege und die ambulante Pflege. Daneben werden sich in der Gesundheitswirtschaft für die Pflegeberufe neue Arbeitsfelder in der Organisation, Gesundheitsförderung, Gesundheitsberatung und in weiteren Gesundheitsleistungen eröffnen. Der Gesundheitsmarkt gilt unter Volkswirten als der Wachstumsmarkt und Motor der Weltwirtschaft. Pflege ist ein unverzicht-

barer Bestandteil dieses Wachstumsmarktes. Darüber hinaus werden sich gerade für Pflegenden, die heute am Beginn ihrer beruflichen Laufbahn stehen, zahlreiche Möglichkeiten auch außerhalb der klassischen Handlungsfelder eröffnen (► Abb. 2.7).

Die Pflegeberufe erleben eine Entwicklung, wie wir sie aus anderen Berufen schon länger kennen: Die Nachfrage nach hoch qualifiziertem, gut ausgebildetem Pflegepersonal wird steigen. Schon heute kann sich Operations-, Anästhesie- und Intensivpflegepersonal in den Ballungsgebieten seinen Arbeitsplatz aufgrund der großen Nachfrage aussuchen. Auch innerhalb der Institutionen werden sich für die Pflegeberufe neue Tätigkeitsfelder ergeben (► Abb. 2.8).

Mit einer 3-jährigen Pflegeausbildung, kombiniert mit einer zielgerichteten Berufsplanung, kann z. B. die Karriere in einer Professur für Pflegewissenschaften oder in der Übernahme von Managementaufgaben münden. All dies setzt jedoch voraus, dass sich die Pflegeberufe berufspolitisch anders verhalten als bisher. Ein höherer berufspolitischer Organisations-



Abb. 2.7 Arbeitsfeld. Die Aktionsräume der Pflege werden sich inner- und außerhalb der Krankenhäuser ausweiten.

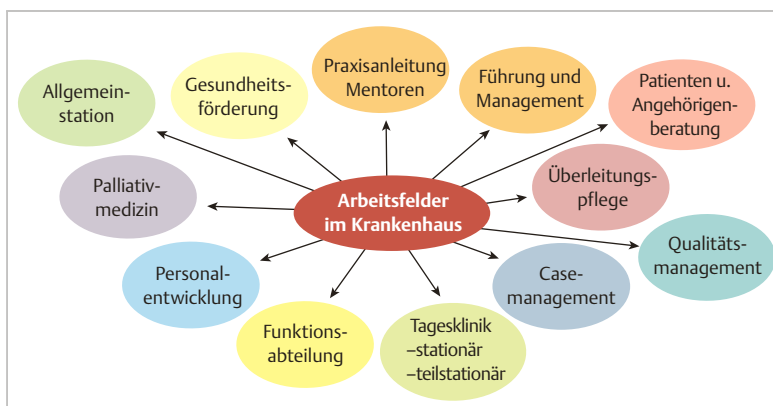


Abb. 2.8 Neue Wege. Innerhalb der Krankenhäuser wird die Pflege neue Arbeitsfelder besetzen und damit zum Mehrwert für das Unternehmen beitragen.

grad und durch die Mitgliederbeiträge finanzierte Lobbyarbeit in Berlin sind eine wichtige Voraussetzung. Das geplante Pflegeberufegesetz mit dem Ausblick auf eine „generalistisch ausgerichtete Pflegeausbildung“ ist ein weiterer zentraler Schritt zur Steigerung der Attraktivität und Professionalität der Pflegeberufe.

2.2 Typische Arbeitsfelder in der Pflege

Henry Kieschnick

Pflegepersonen arbeiten in verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitssystems wie

- häuslichen Pflegediensten,
- Krankenhäusern,
- Rehabilitations- und Kurkliniken,
- Altenpflegeheimen und
- Hospizen.

Den häuslichen Pflegediensten kommt im Zuge der Reformprozesse im Gesundheitswesen (s. Prinzip: „ambulant vor stationär“, [S.37]) eine zunehmende Bedeutung zu. Daher werden die Aufgaben und Arbeitsfelder in der häuslichen Pflege detailliert im Kapitel „Häusliche Pflege“ dargestellt (S.73).

2.2.1 Krankenhaus

Trotz der Vorteile und Möglichkeiten der häuslichen Versorgung von Pflegebedürftigen gibt es Situationen, in denen die Nutzung einer stationären Einrichtung sinnvoll bzw. notwendig ist. Eine der wichtigsten Institutionen stellt in diesem Zusammenhang das Krankenhaus dar.

Definition

Krankenhäuser sind „Einrichtungen, die mithilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf ausgerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen die Patienten untergebracht und gepflegt werden können“ (§ 107, Abs. 1 SGB V).

Leistungen

► **Diagnostik.** Eine Funktion der Krankenhausbehandlung besteht darin, Krankheiten festzustellen (Diagnostik). Patienten suchen ein Krankenhaus v.a. dann auf,

wenn die Diagnostik sowohl vom Zeitaufwand als auch von den notwendigen Verfahren und Geräten her sehr aufwendig ist. Der Aufenthalt ist außerdem bei Untersuchungen sinnvoll und notwendig, die für den Patienten mit hohen körperlichen, aber auch emotionalen Belastungen verbunden sind, z.B. die Entnahme von Körpergewebe (s. Biopsie, [S.703]) oder die Herzkatheteruntersuchung.

► **Behandlung.** Dies betrifft v.a. Erkrankungen im Akutstadium bzw. Krankheiten, die eine umfassende und/oder eingreifende Therapie notwendig machen. Darüber hinaus bieten die meisten Krankenhäuser Geburtshilfe an.

Struktur eines Krankenhauses

Je nach Zielsetzung bzw. gesetzlichem Auftrag, Größe und örtlicher Lage ist das Krankenhaus in verschiedene Fachabteilungen gegliedert. Die Bezeichnung erfolgt i.d.R. danach, für welchen Fachbereich die medizinische und pflegerische Versorgung sichergestellt wird.

► **Fachbereiche.** Folgende typische Fachbereiche werden unterschieden:

- Innere Medizin (z.B. Behandlung von Herz-/Kreislauf-, Nieren-, Magen-/Darmerkrankungen)
- Chirurgie (operative Behandlung von Krankheiten, ► Abb. 2.9)
- Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
- Gynäkologie (Behandlung von Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane) und Geburtshilfe
- Dermatologie (Behandlung von Hauterkrankungen)
- Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)
- Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)
- Psychiatrie (Behandlung von psychischen Erkrankungen)
- Pädiatrie (Kinderheilkunde)
- Geriatrie (Behandlung von Erkrankungen im Alter)



Abb. 2.9 Arbeitsfeld Operationssaal. Die Fachweiterbildung „Pflege im Operationsdienst“ dauert 2 Jahre. (Foto: K. Oborny, Thieme)

► **Stationen.** Eine Abteilung kann in mehrere Stationen eines Fachbereichs untergliedert sein. Sie kann aber auch aus Stationen bestehen, die unterschiedliche fachliche/medizinische Schwerpunkte eines Fachgebiets abdecken (z.B. Chirurgie: Abdominal-, Neurochirurgie und Orthopädie).

Bestimmte Krankenhäuser verfügen über Möglichkeiten der Diagnostik und Behandlung spezieller Krankheitsbilder (z.B. Versorgung von Brandverletzten, Lungenkranken).

► **Multidisziplinäre Stationen.** In einigen Krankenhäusern bestehen sog. multidisziplinäre Abteilungen oder Stationen, in denen Spezialisten unterschiedlicher Fachgebiete zusammenarbeiten. Ansatz dabei ist, multimorbide Patienten (mit mehreren parallel auftretenden Krankheiten) aus Sicht verschiedener Fachgebiete zu diagnostizieren und zu therapieren.

Spezialgebiete der Pflege

Spezielle Einsatzgebiete von Pflegefachkräften im Krankenhaus sind z.B.:

- Intensivstationen
- onkologische Stationen
- psychiatrische Stationen
- pädiatrische Stationen und
- Ambulanzen

Aufgrund der spezifischen Anforderungen in der Intensivmedizin, Onkologie und Psychiatrie ist es sinnvoll und notwendig, in diesen Bereichen zumindest anteilmäßig speziell ausgebildete Pflegepersonen zu beschäftigen. Die entsprechende Qualifikation können Pflegepersonen mithilfe einer Fachweiterbildung erwerben.

Intensivstationen

Auf Intensivstationen werden Patienten mit sehr kritischem bis lebensbedrohlichem Gesundheitszustand oder nach erfolgter Operation betreut. Dabei sind die Betroffenen oft bewusstlos oder in ihrem Bewusstsein eingeschränkt. Das Umfeld ist von einer Vielzahl an Apparaten geprägt, die für die Überwachung und Aufrechterhaltung lebenswichtiger Körperfunktionen (z.B. Atmung, Kreislauf, Nierenfunktion) notwendig sind (► Abb. 2.10).

Die Pflegepersonen stellen einerseits die Beobachtung des Patienten, die Kommunikation mit ihm und das Funktionieren der Geräte bzw. die ärztlich verordnete Therapie sicher. Andererseits müssen sie einen Großteil der pflegerischen Versorgung übernehmen, da der Betroffene aufgrund seines Zustandes die Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. „sich waschen und kleiden“ oder „sich bewegen“) nicht



Abb. 2.10 Arbeiten auf der Intensivstation. Auf der Intensivstation ist die Umgebung durch viele Apparate geprägt. (Foto: K. Oborny, Thieme)

selbst oder nur eingeschränkt ausführen kann. Aufgrund des hohen Betreuungsaufwandes ist jede Pflegeperson in ihrer Schicht jeweils nur für einen oder eine geringe Anzahl von Patienten verantwortlich.

Onkologische Stationen

In der Onkologie werden Patienten mit Krebserkrankungen betreut. Die sehr einschneidenden Behandlungsmethoden (z. B. Bestrahlung, Chemotherapie) haben i. d. R. massive und belastende Nebenwirkungen. Das Immunsystem der Betroffenen ist durch die Therapie oft so geschwächt, dass entweder die Pflegepersonen besondere Anforderungen hinsichtlich der Hygiene beachten müssen oder die Patienten zu ihrem Schutz sogar in keimarmen Räumen untergebracht sind und unter weitgehend sterilen Bedingungen versorgt werden müssen.

Die Betroffenen sind mit einer Krankheit konfrontiert, die in vielen Fällen nicht (dauerhaft) geheilt werden kann. Besonders die Auseinandersetzung der Patienten mit dem Thema Sterben und Tod erfordert eine einfühlsame Begleitung der Betroffenen durch die Pflegepersonen.

Psychiatrische Stationen

In der Psychiatrie werden Patienten mit seelischen Erkrankungen behandelt (z. B. Psychosen, Neurosen, Suchterkrankungen, [S. 1277]). Die Krankheiten äußern sich nicht vordergründig durch körperliche Einschränkungen, sondern durch ein auffälliges Verhalten und Empfinden der Betroffenen (z. B. in Form von Unruhe, Angst, Depressionen, Wahnvorstellungen, Apathie).

Die Rolle der Pflegenden besteht v. a. in einer pflegerisch aktivierenden und stützenden begleitenden Tätigkeit. Die Pflegen-



Abb. 2.11 Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege war bis 2019 eine eigenständige Ausbildung. In der neuen Pflegeausbildung kann der Abschluss nun optional über eine Vertiefung im dritten Ausbildungsjahr erworben werden. (Foto: K. Oborny, Thieme)

den nehmen i. d. R. am Therapieprogramm teil und führen die Therapiemaßnahmen der Psychiater und Psychologen weiter bzw. unterstützen sie (bei entsprechender Aufgaben- und Kompetenzabgrenzung). Sie stellen für den Patienten eine Art Begleiter dar, leben erwünschte Verhaltensweisen vor und stellen die Integration von Ressourcen des Patienten sicher.

Pädiatrie

In der Pädiatrie werden kranke Kinder und Jugendliche versorgt. Die spezifischen Kenntnisse und Fertigkeiten erwerben die Pflegefachkräfte in der neuen Pflegeausbildung v. a. im Rahmen eines Vertiefungseinsatzes im pädiatrischen Bereich (► Abb. 2.11).

Ambulanzen

In der Ambulanz (Notaufnahme) erfolgt i. d. R. die Erstversorgung von Patienten mit akuten Verletzungen. Lediglich bei einem bestimmten Schweregrad der Verletzung wird der Patient stationär aufgenommen. Nach der Entlassung können Kontrolluntersuchungen und die ambulante Weiterbehandlung durchgeführt werden. Außerdem werden die Ambulanzen verstärkt genutzt, um bei geplanten Krankenhausaufenthalten die Patienten vorab auf die Phase der stationären Versorgung vorzubereiten. Ambulant durchgeführt werden z. B. die notwendige Diagnostik (wie Blutentnahme, Röntgen) bzw.

die Vorbereitung auf operative Eingriffe. Diese Form der Leistungserbringung erspart dem Patienten oft mehrere Tage Aufenthalt im Krankenhaus.

Die Pflegenden haben in der Ambulanz/Notaufnahme v. a. die Aufgabe, dem Arzt bei der Diagnostik und Therapie zu assistieren (z. B. bei chirurgischen Eingriffen) bzw. einen Teil der notwendigen Maßnahmen zu übernehmen (wie das Durchführen einfacher Untersuchungen und das Anlegen von Verbänden).

Allgemeinstationen

Auf den Allgemeinstationen sind die Pflegepersonen generell für die Ausführung der pflegeoriginären Aufgaben auf der Grundlage des Pflegeprozesses verantwortlich (S. 111). Dazu gehören vorrangig

- die Sicherstellung der Grundpflege einschließlich der Patientenbeobachtung und -beratung,
- die Zusammenarbeit mit und Beratung von Angehörigen und anderen Bezugspersonen,
- die Sterbebegleitung,
- die Assistenz bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen bzw. die Übernahme entsprechender vom Arzt delegierter Tätigkeiten,
- administrative Tätigkeiten (z. B. im Zusammenhang mit der Aufnahme, Verlegung und Entlassung von Patienten),
- die Koordination von Terminen für den Patienten.

Die examinierten Pflegefachkräfte können einfache Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Grundpflege auch an weniger qualifizierte Personen (z. B. Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/Pflegeassistenten) delegieren. Die Verantwortung liegt aber immer bei den Pflegefachpersonen.

Gesamtsystem Krankenhaus

Im Rahmen ihrer Administrations- und Koordinationsaufgaben arbeitet die Pflegeperson mit einer Vielzahl von Abteilungen bzw. deren Mitarbeitern zusammen. In ► Abb. 2.12 ist in Form eines Organigramms beispielhaft dargestellt, welche einzelnen Bereiche in einem Krankenhaus zusammenwirken.

Im Gegensatz zum ambulanten Bereich muss im Krankenhaus die medizinische, pflegerische und andere Hilfe rund um die Uhr und an allen Tagen der Woche sichergestellt werden. Viele Krankenhäuser verfügen aber zusätzlich über Bereiche, die der teilstationären bzw. ambulanten Versorgung dienen.

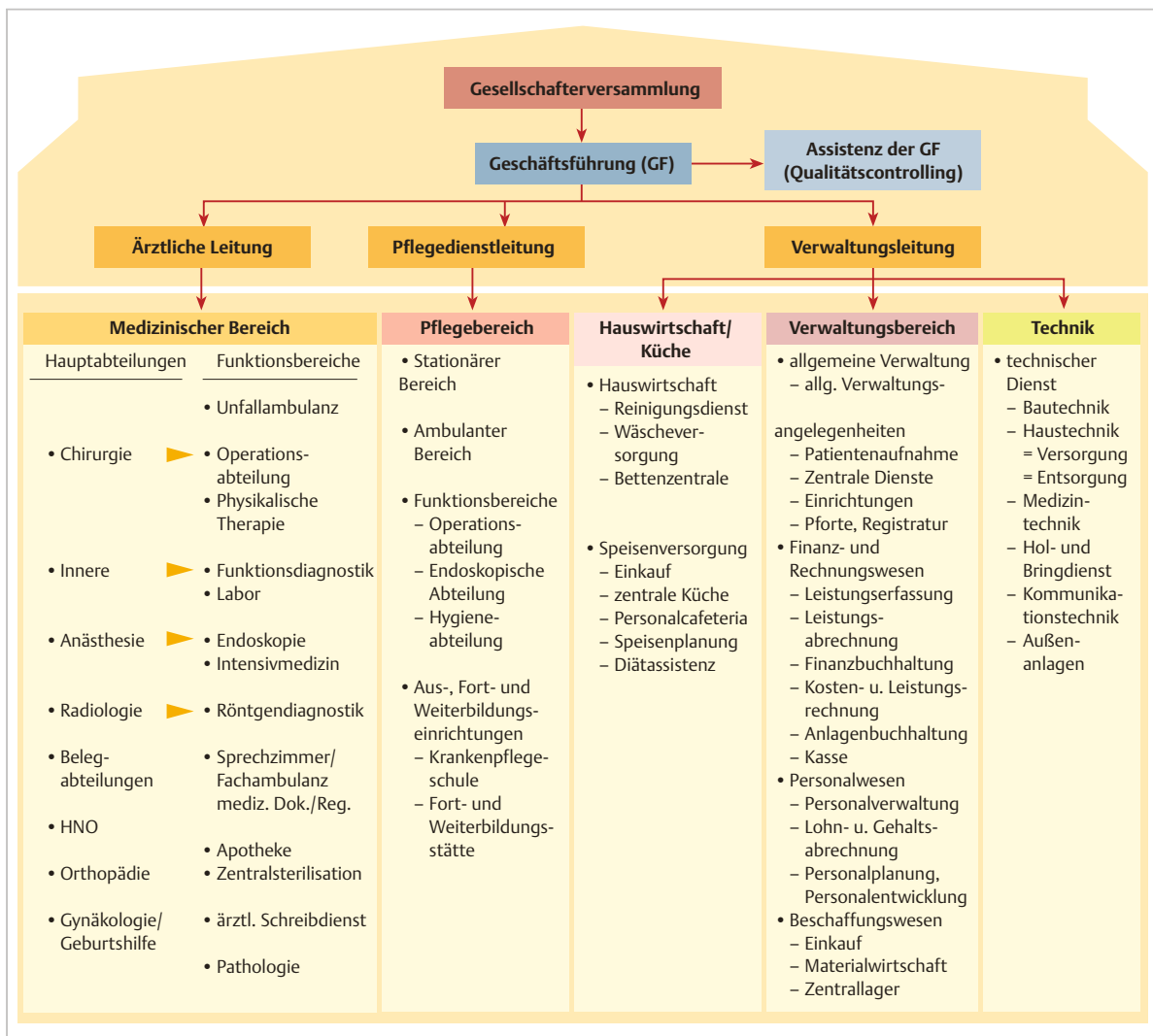


Abb. 2.12 Zusammenarbeit. In einem Krankenhaus arbeiten viele verschiedenen Leistungsbereiche zusammen.

Tages- und Nachtkliniken

Teilweise werden von Krankenhäusern auch Tages- und/oder Nachtkliniken betrieben, z.B. im Bereich der Psychiatrie. Ein Teil der psychiatrischen Patienten muss sehr langsam an die Wiedereingliederung in das private Wohn- und Arbeitsumfeld herangeführt werden.

In einer bestimmten Phase der Therapie erhalten sie daher die Möglichkeit, sich tagsüber oder nachts außerhalb der Institution aufzuhalten, aber für den anderen Teil des Tages den Schutz der teilstationären Einrichtung und die Therapieangebote in Anspruch zu nehmen. Die Aufgaben der Pflegenden entsprechen weitgehend denen bei der stationären Versorgung.

2.2.2 Kurkliniken/Rehabilitationskliniken

Kur- und Rehabilitationskliniken dienen vorwiegend der stationären Versorgung von Patienten. Sie folgen allerdings einem anderen Ansatz als dem der Krankenhausbehandlung. Im Mittelpunkt stehen Maßnahmen der

- Prävention (Krankheitsvorbeugung/-vorsorge, Gesundheitsförderung) und
- Rehabilitation (Erhaltung, Wiederherstellung und Pflege der Fähigkeiten des Menschen).

Definition

- **Präventionsmaßnahmen** tragen dazu bei, „eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken [...]“ (§ 107 Abs. 2 SGB V).
- **Rehabilitieren** bedeutet so viel wie „in den früheren Stand zurückversetzen“. Rehabilitation findet i. d. R. im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung statt. Sie soll den bereits erzielten Behandlungserfolg sichern oder festigen. Ziel ist auch, Pflegebedürftigkeit nach Möglichkeit zu vermeiden oder zu mindern (vgl. § 107 Abs. 1 SGB V).

► **Kurkliniken.** Für die Erbringung von stationären Leistungen im Rahmen der Prävention sind v.a. die Kurkliniken verantwortlich. Kuren nehmen v.a. Menschen in Anspruch, die sich starken gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt haben. Andererseits werden Kuren von chronisch Kranken genutzt, um zumindest eine Erhaltung des bestehenden Gesundheitszustandes zu sichern oder eine Verschlimmerung zu vermeiden.

Kuren können nicht nur Erwachsene in Anspruch nehmen, sondern auch Kinder. Dies ist der Fall, wenn sie krank sind oder die Gefahr einer Erkrankung besteht, aber auch wenn Entwicklungsstörungen vorliegen. Bei Kuren für Kinder besteht i.d.R. die Möglichkeit, dass zusätzlich ein Elternteil an der Vorsorgemaßnahme teilnimmt (Mutter-Kind-Kur).

► **Rehabilitationskliniken.** Hier werden überwiegend Patienten betreut, die trotz vorheriger Krankenhausbehandlung noch nicht vollständig geheilt sind oder bei denen der Zustand weiter verbessert bzw. stabilisiert werden soll. Die Betroffenen können gezielt auf das Leben zu Hause oder auf den Aufenthalt in einer anderen stationären Einrichtung (z.B. Altenpflegeheim) vorbereitet werden.

Leistungen

In Kur- bzw. Rehabilitationskliniken wird – soweit dies notwendig ist – die medizinische Behandlung sichergestellt und die Patienten werden pflegerisch versorgt. Die Aufenthaltsdauer beträgt 3–6 Wochen. Sie ergibt sich aus gesetzlichen Vorgaben.



Abb. 2.13 Rehabilitation. Bewegungstherapie und medizinisch-therapeutische Anwendungen sind wesentliche Bestandteile der Rehabilitation (Symbolfoto). (Foto: K. Oborny, Thieme)

► **Therapien.** Wesentlicher Bestandteil ist die Durchführung von speziellen Therapien wie

- Bewegungstherapie (► Abb. 2.13),
- Arbeits- und Beschäftigungstherapie und
- medizinisch-therapeutische Anwendungen wie z.B. spezielle Bäder, Massagen.

Der Patient wird von einem Team von Fachspezialisten (v.a. auch von verschiedenen Therapeuten) behandelt.

Aufgaben der Pflegepersonen

Die Aufgaben in Kur- und Rehabilitations-einrichtungen sind breit gefächert.

► **Kurkliniken.** Die Pflegeperson hat v.a. eine unterstützende und beratende Funktion, z.B. im Rahmen von Ernährungsanpassung bzw. -umstellung und dem regelmäßig zu absolvierenden Konditionstraining. Außerdem werden Behandlungsmaßnahmen weitergeführt oder unterstützt.

► **Rehabilitationskliniken.** Die Pflege in Rehabilitationskliniken richtet sich besonders darauf, die Fähigkeiten des Patienten zu erhalten und zu fördern. Dies betrifft sowohl die körperliche Leistungsfähigkeit, die durch Aktivierungsübungen verbessert werden kann, als auch das gezielte Trainieren der visuellen, akustischen und taktilen Wahrnehmung sowie der geistigen Funktionen (z.B. Sprechen, Lesen, Reagieren). Mit Schlaganfallpatienten wird z.B. trainiert, wie sie sich selbstständig an- und auskleiden sowie waschen können. Ziel ist die möglichst eigenständige Versorgung zu Hause.

Wie in der Kurklinik kommt auch in der Rehabilitationsklinik der Beratung eine große Bedeutung zu. So werden z.B. der Umgang mit behindertengerechtem Besteck oder mit Bewegungshilfen wie Rollstuhl und Deltarad sowie die Versorgung eines künstlichen Darmausgangs erläutert und eingeübt.

► **Besonderheiten.** Das Besondere in einer Kur- bzw. Rehabilitationsklinik ist v.a., dass

- die aktivierende Pflege im Vordergrund steht,
- alle Beteiligten im Sinne eines therapeutischen Teams zusammenarbeiten,
- die Angehörigen aktiv einbezogen werden (Übernachtungsmöglichkeit im Zimmer des Patienten oder in Kliniknähe sowie die Nutzung anderer Leistungen werden angeboten),
- auch eine teilstationäre Versorgung stattfindet (z.B. indem der Betroffene während des Aufenthalts außerhalb der

Klinik wohnt/übernachtet, aber die Therapieangebote der Einrichtung in Anspruch nimmt).

2.2.3 Altenpflegeheim

Definition

Altenpflegeheime sind Einrichtungen, die alte Menschen zum Zweck der Unterbringung dauerhaft aufnehmen und entgeltlich betrieben werden. Die Unterbringung umfasst dabei neben der Unterkunft auch die Gewährung von Verpflegung und Pflege/Betreuung. Teilweise werden andere Bezeichnungen verwendet, z.B. Altenheim, Altenzentrum, Seniorenheim oder Seniorenresidenz.

Aufgaben der Pflegeperson

Die Pflegepersonen gewährleisten

- die Hilfestellung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (Ziel: möglichst aktive und selbstbestimmte Teilnahme am Heimaltag),
- die Beobachtung des generellen Gesundheitszustandes und die Betreuung im Krankheitsfall (► Abb. 2.14),
- eine sinnvolle Strukturierung des Tagesablaufes, soweit dies erforderlich ist (z.B. bei demenziell Erkrankten).

Maßstab für die Betreuung bzw. Hilfestellung sind die Bedürfnisse des alten Menschen (z.B. das Bedürfnis nach Privatsphäre, nach Aktivität und Geselligkeit) sowie seine Gewohnheiten. Das Fördern von Aktivität bedeutet aber nicht Aktivierung um jeden Preis. Vielmehr wird das Augenmerk sowohl auf die vorhandenen, teilweise vielleicht auch verdeckten oder vernachlässigten eigenen Fähigkeiten des Betagten als auch auf altersbedingte bzw. persönliche Grenzen des Betroffenen gerichtet.



Abb. 2.14 Altenpflege. Die Aufgaben in der Pflege von alten Menschen umfassen v.a. grund- und sozialpflegerische Aspekte. (Foto: K. Oborny, Thieme)

Akzeptieren und Beachten von Gewohnheiten bedeuten auch ein möglichst geringes Maß an Regeln, damit der alte Mensch – obwohl er in einer Institution lebt – sein Leben weitgehend selbst gestalten kann. Er muss z. B. selbst bestimmen können, wann er aufstehen oder zu Bett gehen möchte, ob er lieber duscht oder badet und ob er dies vielleicht am Abend statt am Vormittag tun möchte.

► **Diagnostik und Therapie.** Anders als im Krankenhaus werden Diagnostik und Therapie nicht durch fest angestellte Ärzte, sondern durch niedergelassene Ärzte sichergestellt. Hauptansprechpartner ist der Hausarzt des Bewohners. Zusätzlich wird die ärztliche Versorgung – wenn notwendig – von Fachärzten sichergestellt (z. B. Zahnarzt, Gynäkologe, Urologe, Neurologe, Psychiater).

Wie im ambulanten Bereich stellt die Zusammenarbeit des niedergelassenen Arztes mit den Pflegepersonen des Heimes ein Kooperationsverhältnis dar. Um eine adäquate medizinische Versorgung sicherzustellen, kann der Arzt die Durchführung von sog. Behandlungspflegemaßnahmen an das Pflegepersonal delegieren. In der Regel werden nur Behandlungspflegemaßnahmen übernommen, die nicht zu den gefährvollen Tätigkeiten gehören (z. B. Insulininjektion, Wechsel einfacher Verbände, Bestimmung des Blutzuckers). Die Durchführung eingreifender bzw. gefährlicher medizinischer Leistungen (z. B. Legen von Blasendauerkathetern, Anlegen von Infusionen) hat dagegen durch den Arzt zu erfolgen.

Merke

Dadurch, dass die Bewohner i. d. R. nicht nur kurze Zeit, sondern oft bis an ihr Lebensende im Heim wohnen, entstehen größtenteils enge, fast familiäre Bindungen zwischen Bewohnern und Mitarbeitern. Die professionelle Gestaltung dieser Beziehungen (z. B. ausgewogenes Verhältnis zwischen Nähe und Distanz) stellt eine besondere Herausforderung für Pflegepersonen dar.

► **Sterbebegleitung.** Die Pflegepersonen sind oft mit dem Tod der Bewohner konfrontiert. Die professionelle Begleitung von Sterbenden stellt eine anspruchsvolle Aufgabe dar.

Besonderheiten

In Altenpflegeeinrichtungen sind überwiegend Altenpflegerinnen bzw. Altenpfleger tätig, wobei die Zahl der Altenpflegehelfer, Krankenpflegehelfer und

Mitarbeiter ohne pflegefachliche Ausbildung in Altenpflegeheimen vergleichsweise hoch ist (fast 50%). So gehört es auch zu den Aufgaben der Pflegefachkräfte, die Anleitung der Pflegehilfskräfte zu übernehmen und Pflegehandlungen zu überwachen und zu koordinieren.

Eine Besonderheit in der heutigen Altenhilfe besteht auch darin, dass die Versorgung nicht mehr nur in klassischen Altenpflegeheimen stattfindet, sondern auch in sog. neuen Wohnformen, wie stationären Hausgemeinschaften oder ambulant betreuten Wohngruppen. Viele der hochbetagten Bewohner sind multimorbid und haben viele Erkrankungen gleichzeitig, was eine Herausforderung in der Betreuung und pflegerischen Versorgung darstellt.

2.2.4 Hospiz

Hospize sind Einrichtungen und Dienste, die der Sicherstellung der Palliativmedizin dienen. „Aufgabe der palliativen Medizin ist die umfassende Behandlung und Betreuung von Kranken mit chronischen Leiden, die zum Tode führen“ (Hospiz-Führer 1997).

Leistungen

Im Mittelpunkt stehen der sterbende Mensch und seine Bedürfnisse. Alle Bemühungen richten sich darauf, die bestmögliche Lebensqualität in der letzten Lebensphase zu erreichen. Sichergestellt wird dies durch

- eine angemessene medizinische und pflegerische Versorgung,
- die intensive Hilfe bei der Auseinandersetzung mit dem Tod sowie
- die umfassende Begleitung in der Phase des Sterbens.

► **Schmerztherapie.** Die medizinische Behandlung umfasst vorrangig die Schmerztherapie. Die Patienten sollen nicht unter Schmerzen leiden. Daher werden i. d. R. hoch wirksame Medikamente eingesetzt, überwiegend aus der Gruppe der Betäubungsmittel (z. B. morphinhaltige Präparate ► Tab. 45.3).

► **Kontrolle typischer Symptome.** Außerdem steht die Kontrolle weiterer typischer Symptome im Vordergrund (z. B. in Bezug auf Stoffwechselstörungen, Einschränkungen in der Nahrungsaufnahme, Durchblutungsstörungen, Atembeschwerden).

► **Psychische Begleitung.** Hauptanliegen der psychischen/emotionalen Begleitung ist, dem Betroffenen Trost und Sicherheit zu geben und eine möglichst hohe Lebensqualität zu erreichen. Die Begleitung

bezieht sich auch auf die Familie bzw. die Bezugspersonen des Patienten vor und nach seinem Tod. Dies umfasst u. a. die Bewusstmachung des bevorstehenden Abschieds und die Trauerbegleitung nach dem Tod.



Merke

Da der Hospizgedanke von einer lebensbejahenden Grundidee ausgeht, schließt er die aktive Sterbehilfe aus.

► **Multidisziplinäres Team.** Die umfassenden Betreuungsmaßnahmen im Rahmen der Palliativmedizin werden durch ein multidisziplinäres Team gewährleistet. Dies sind neben Ärzten und Pflegepersonen v. a. Sozialarbeiter, Psychologen, Seelsorger und verschiedene Therapeuten. Darüber hinaus leisten ehrenamtliche Helfer einen wesentlichen Beitrag. Ohne das große Engagement von speziell geschulten Laienhelfern wäre die Hospizarbeit nicht leistbar.

Aufgaben der Pflegeperson

Die Aufgaben der Pflegepersonen umfassen

- Hilfestellung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens,
- Durchführung von Behandlungspflegemaßnahmen und
- Sicherstellung der Versorgung mit Medikamenten, insbesondere im Rahmen der Schmerztherapie.

Zu den pflegerischen Maßnahmen bei der Schmerzbehandlung gehören oft Überwachung, Handhabung und Pflege von Infusions- bzw. Portsystemen (S. 760).

► **Sterbephase.** Darüber hinaus ist es eine wesentliche Aufgabe der Pflegepersonen, auf die – häufig schwankenden – emotionalen Befindlichkeiten einzugehen, z. B. auf Ängste oder Wünsche. Begleitung und Zuwendung bestehen v. a. in

- Zuhören,
- Ernstnehmen von Ängsten und Sorgen und
- Hilfe bei der Bewältigung unerledigter Dinge.

Hospizeinrichtungen

Palliativmedizin wird in einer Vielzahl von Hospizeinrichtungen erbracht.

► **Ambulante Hospizdienste.** Sie ähneln durch Arbeitsweise und Struktur den ambulanten Pflegediensten, betreuen aber ausschließlich Sterbende (► Abb. 2.15).



Abb. 2.15 Sterbebegleitung. Hören Sie dem Sterbenden aufmerksam zu und lassen Sie ihn wissen, dass er nicht allein ist. (Foto: A. Fischer, Thieme)

► **Hausbetreuungsdienste.** Vorwiegend mit hauptamtlich tätigen Pflegepersonen arbeitend, stellen sie eine spezielle Form der ambulanten Hospizdienste dar. Sie sichern insbesondere die aufwendige pflegerische Betreuung von Schwerstpflegebedürftigen.

► **Stationäre Hospize.** Diese Einrichtungen können genutzt werden, wenn die ambulante Versorgung nicht (mehr) möglich ist. Die Pflege wird durch fest angestellte Pflegepersonen sichergestellt. Die ärztlichen Aufgaben werden hingegen hauptsächlich von den Hausärzten der Patienten und/oder von niedergelassenen Ärzten übernommen, die mit dem Hospiz kooperieren. Ehrenamtliche Helfer unterstützen die Arbeit.

► **Tageshospiz.** In einem stationären Hospiz oder einer anderen Einrichtung stehen Räumlichkeiten zur Verfügung, in denen die Patienten für mehrere Stunden am Tag betreut werden.

► **Palliativstationen/-bereiche.** Eine Palliativstation ist eine Station mit palliativmedizinischer Ausrichtung in einem regulären Krankenhaus. Ein Palliativbereich dagegen umfasst keine ganze eigenständige Station, sondern nur einen Teil einer normalen Station (z. B. mit internistischer oder onkologischer Ausrichtung). Ziel des Aufenthaltes ist häufig, den Patienten auf die ambulante Weiterversorgung vorzubereiten.

► **Wohn- und Pflegeprojekte für Menschen mit HIV und AIDS.** Bundesweit gibt es verschiedene Einrichtungen und Wohnformen für Menschen mit HIV und AIDS, die einer besonderen Betreuung, Begleitung und/oder pflegerischen Versorgung bedürfen.

Vor allem Menschen in Krisensituationen und ältere aidskranke Menschen sind oft auf Hilfe angewiesen, da sie aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung z. T. stark eingeschränkt sind. Spezielle Wohnprojekte gehen auf die Bedürfnisse der Betroffenen ein und ermöglichen ein möglichst autonomes Leben.

2.3 Pflegeüberleitung

Durchlaufen die kranken und/oder alten Menschen mehrere Einrichtungen, ist es wichtig, dass die einzelnen Institutionen effektiv zusammenarbeiten. Einige typische Versorgungsketten sind in ► Abb. 2.16 dargestellt. Eine Form der Zusammenarbeit ist die sog. Pflegeüberleitung.

Merke

Ziel der Pflegeüberleitung ist es, die Versorgung durch die einzelnen Gesundheitsdienste aufeinander abzustimmen. Der Übergang in die Folgeeinrichtung ist so zu gestalten, dass der größtmögliche Grad an Betreuungscontinuität und ein hohes Maß an Zufriedenheit und Lebensqualität gewährleistet werden. Darüber hinaus kann Doppelarbeit vermieden werden. Jede Einrichtung kann die eigenen Ressourcen optimal nutzen (siehe hierzu auch: „Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege [DNQP]; 2009“).



- Wer informiert wen und wann worüber?
- Welche konkreten Vorbereitungen müssen getroffen werden?

Der Arzt im Krankenhaus informiert über Anlass und Zeitpunkt der Verlegung/Entlassung, den Stand der Therapie und die medizinische Weiterbehandlung.

Die Information und Beratung hinsichtlich pflegerischer Belange (z. B. zum richtigen Einsatz von Hilfsmitteln) sowie die unmittelbaren Vorbereitungsarbeiten (z. B. das Helfen beim Packen) obliegen den Pflegepersonen. Außerdem sind Therapeuten und andere Fachpersonen einzubeziehen (z. B. Ernährungsberater). Die notwendigen Maßnahmen/Termine sind von der Pflegeperson zu koordinieren.

Die Auswahl einer geeigneten Folgeeinrichtung und die Klärung der notwendigen finanziellen und sozialen Aspekte übernimmt i. d. R. der Sozialdienst. Da die Pflegeüberleitung ein sehr komplexes Aufgabenfeld umfasst, wurden besonders im Krankenhausbereich spezielle Stellen für die Pflegeüberleitung geschaffen.

2.3.2 Aufgaben der Pflegeperson

Die Aufgaben des Pflegepersonals bei der Überleitung sind

- Verlegungsorganisation (z. B. Vereinbaren eines Termins, Klären der Notwendigkeit einer Begleitperson beim Transport) und
- Erstellung des Überleitungsberichtes.

Die Continuität der Betreuung kann nur gewährleistet werden, wenn Informationen über den Patienten umfassend und möglichst zeitnah der Folgeeinrichtung verfügbar gemacht werden.

- **Überleitungsbericht.** Der Überleitungsbericht umfasst Angaben über
- Zustand und Befinden des Betroffenen,
 - den erforderlichen Hilfebedarf,
 - vorhandene oder notwendige Hilfsmittel,
 - familiäre und soziale Rahmenbedingungen des Patienten und
 - den bisherigen Pflegeplan des Patienten.

2.3.1 Leistungen

Die Maßnahmen der Pflegeüberleitung umfassen

- die Entlassungsvorbereitung in der verlegenden Einrichtung und
- die Abstimmung mit der Folgeeinrichtung.

Die gute Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen ist besonders wichtig. Folgende Fragen müssen geklärt sein:

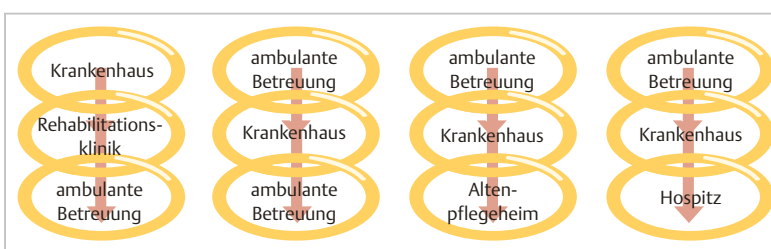


Abb. 2.16 Typische Versorgungsketten im Gesundheitssystem.

Besonders in Einrichtungen, in denen eine Langzeitversorgung sichergestellt wird (z. B. im Altenpflegeheim), sind biografiebezogene Angaben von Vorteil. Außerdem sollten die mitgelieferten Dokumente möglichst Verlaufsinformationen enthalten, z. B. zur bisherigen Gesundheitsentwicklung und zur Mobilitätsgeschichte (Müller-Mundt et al. 1998).

► **Begleitbuch.** Darüber hinaus wird bei chronisch Kranken und dauerhaft Pflegebedürftigen – das Einverständnis des Betroffenen vorausgesetzt – bereits vereinzelt ein sog. Begleitbuch eingesetzt. Es enthält sowohl die Grunddaten als auch wichtige Hinweise des Betroffenen bzw. dessen Angehörigen (z. B. zu individuellen Gewohnheiten), Informationen zu wesentlichen Absprachen mit Fachpersonen (z. B. zum Umgang mit lebensverlängernden Maßnahmen) und zum Betreuungsverlauf.

► **Gespräch.** Die Weitergabe von schriftlichen Informationen sollte idealerweise durch ein persönliches Gespräch zwischen den bisher und den zukünftig an der Betreuung Beteiligten sowie dem Patienten und dessen Bezugspersonen ergänzt werden.

► **Einbeziehung des Betroffenen.** Generell kommt der Einbeziehung des Betroffenen und seiner Angehörigen im gesamten Überleitungsprozess eine wesentliche Bedeutung dahin gehend zu, dass der Patient den gesamten Krankheitsverlauf überblicken kann. Außerdem sollten seine mit der Verlegung zusammenhängenden Fragen, Bedürfnisse und Sorgen ernst genommen werden und es sollte ein Abgleich der Perspektiven des Betroffenen und der professionellen Fachpersonen vorgenommen werden.

► **Fachlicher Austausch.** Der fachliche Austausch im Rahmen der Pflegeüberleitung stellt eine Form der beruflichen Zusammenarbeit dar und bietet Chancen, andere Kooperationsformen kennenzulernen (z. B. durch den Austausch über konzeptionelle Ansätze und Verfahrensweisen in den verschiedenen Institutionen).

2.4 Weitere Arbeitsfelder der Pflege

2.4.1 Einrichtungen für Menschen mit Behinderung

In diesen Einrichtungen erfolgt die Langzeitbetreuung von Menschen mit Behinderung. Diese Betreuung ist notwendig, wenn der Betroffene nicht im häuslichen Umfeld versorgt werden kann.



Abb. 2.17 Betreuung in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung. Sie ist alltagsorientiert und setzt viel Einfühlungsvermögen voraus. (Foto: ins/stock.adobe.com)

Im Gegensatz zum Altenpflegeheim leben in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung überwiegend Menschen jüngeren oder mittleren Alters (► Abb. 2.17). Inzwischen erreichen viele Menschen mit Behinderung, bedingt durch den allgemeinen medizinischen Fortschritt der letzten Jahrzehnte, oft ein höheres Lebensalter als früher. Die professionelle Hilfe erfolgt überwiegend durch Erzieher, Sozialpädagogen, Sozialarbeiter und Heilerziehungspflegerinnen/-pfleger. Häufig sind zusätzlich Pflegepersonen angestellt.

2.4.2 Arztpraxen

Pflegepersonen übernehmen dort i. d. R. dieselben Aufgaben wie die Arzthelferinnen:

- Patientenadministration (z. B. Patientendokumentation, Terminverwaltung, Abrechnung)
- Durchführen von risikoarmen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen im Auftrag des Arztes (z. B. Blutentnahme, EKG)
- Vor- und Nachbereitung von bzw. Hilfestellung bei ärztlichen Eingriffen

Je nach medizinischer Ausrichtung, Leistungsangebot und/oder Größe der Arztpraxis können weitere Aufgaben hinzukommen: Maßnahmen der Operationsvorbereitung, Assistenz beim Eingriff sowie die Überwachung und Versorgung des Patienten nach der Operation.

2.4.3 Betriebe

In Betrieben ab einer bestimmten Größe existiert eine Betriebsarztpraxis. Der Betriebsarzt ist v. a. für die Durchführung von arbeitsmedizinisch vorgeschriebenen Vorsorgeuntersuchungen (z. B. Sehtest bei Mitarbeitern mit Bildschirmarbeitsplatz, Arbeitstauglichkeitsuntersuchung bei Mitarbeitern, verschiedene Blutuntersuchun-

gen bei Arbeitern in der chemischen Industrie, Schutzimpfungen bei Mitarbeitern mit Auslandseinsätzen) und für Erste-Hilfe-Maßnahmen bei Betriebsangehörigen zuständig, die sich während der Arbeit verletzt haben.

► **Aufgaben der Pflegeperson.** Hauptaufgabe der arbeitsmedizinischen Assistenz ist die Unterstützung des Betriebsarztes. Dies beinhaltet

- die Durchführung administrativer Tätigkeiten,
- die Assistenz bei ärztlichen Tätigkeiten,
- die Durchführung einfacher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen (z. B. Blutentnahme, EKG, Verabreichen von Impfungen),
- das Fungieren als Ansprechperson für das Betriebspersonal in allen relevanten Fragen (Vermittlerfunktion zwischen Mitarbeitern und Arzt, wenn der Arzt nicht ständig anwesend ist),
- das Organisieren der medizinischen Erst- oder Weiterversorgung bzw. des Transports in ein Krankenhaus bei Arbeitsunfällen,
- die Erstversorgung bei leichten Verletzungen und
- die Aufklärungsarbeit hinsichtlich der Vorsorgemaßnahmen.

2.4.4 Gesundheitsorientierte Behörden

Gesundheitsorientierte Behörden und Organisationen, z. B. der MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) beschäftigen Pflegepersonen, um deren berufliches Wissen und Erfahrungen zu nutzen. Eine Hauptaufgabe des MDK ist die Ermittlung der Pflegebedürftigkeit des Versicherten.

► **Aufgaben der Pflegeperson.** Da bei der Bestimmung von Pflegebedürftigkeit v. a. eingeschätzt wird, ob und in welchem Ausmaß der Versicherte Hilfestellung bei ausgewählten Verrichtungen des täglichen Lebens benötigt, sind Pflegepersonen prädestiniert, diese Einschätzung vorzunehmen. Darüber hinaus prüft der MDK in Gesundheitseinrichtungen, die die Langzeitversorgung von Pflegebedürftigen sicherstellen (hauptsächlich ambulante Pflegedienste und Altenpflegeheime), ob geeignete Maßnahmen zur Qualitätssicherung durchgeführt werden (sog. Qualitätsüberprüfung gemäß §§ 112 und 114 ff. des Pflegeversicherungsgesetzes).

Heimaufsicht

Die Heimaufsicht ist eine Behörde, die u. a. überprüft, ob Altenpflegeheime die gesetzlichen Voraussetzungen für den Betrieb der Einrichtung erfüllen und eine

adäquate Versorgung der Bewohner sicherstellen. Rechtliche Grundlage dafür ist das Heimgesetz des jeweiligen Bundeslandes. Entsprechende Kontrollen finden nicht nur hinsichtlich neu zu eröffnender Einrichtungen, sondern in regelmäßigen Abständen oder bei bestimmten Anlässen (z.B. bei Bewohner- bzw. Angehörigenbeschwerden) auch in bestehenden Heimen statt. Die Mitarbeiter kommen aus den Bereichen Verwaltung, Recht, Sozialarbeit, Hygiene, Medizin und Pflege.

► **Aufgaben der Pflegeperson.** Sie sind hauptsächlich mit der Kontrolle pflegerelevanter Aspekte betraut, z. B. in Bezug auf die Qualität der Pflegedokumentation und Pflegeplanung, die Organisation der Medikamentenversorgung, die Angemessenheit und Qualität von Pflegeleistungen.

2.4.5 Krankenkassen

► **Aufgaben der Pflegeperson.** In der Vergangenheit wurden ihnen überwiegend die Beratung hinsichtlich der Gesundheitsvorsorge sowie die Durchführung diesbezüglicher Veranstaltungen und Kurse (zu Themen wie gesunde Ernährung, rückschonendes Arbeiten) übertragen. Zunehmend übernehmen Pflegepersonen auch die Vorbereitung und Durchführung von Schulungen für pflegende Angehörige. In den Kursen werden v.a. Kenntnisse darüber vermittelt, wie Pflegebedürftige von ihren Angehörigen möglichst fachgerecht gepflegt werden können. Wichtige Pflegetechniken werden erläutert und eingeübt (z.B. Lagerungstechniken).

Zunehmend sind Pflegepersonen im Bereich der Beratung von Versicherten zu pflegepraktischen und leistungsbezogenen Aspekten tätig und speziell auch bei Überprüfungen zur Beurteilung der Notwendigkeit und Effizienz von Pflege- und Behandlungsmaßnahmen (sog. Fallmanagement).

2.4.6 Gerichte

Entsprechend zertifizierte Pflegepersonen können als vereidigte Sachgutachter bei Gerichtsprozessen oder für andere Behörden fungieren. Sie erstellen z.B. im Auftrag von Staatsanwaltschaft oder Verteidigung Gutachten zu prozessrelevanten Pflegesachverhalten.

2.4.7 Pflegereferate, Beratungsstellen

Auf kommunaler und Landesebene, aber auch in Bundesministerien wurden in der Vergangenheit verschiedene Referate und Beratungsstellen eingerichtet, die sich z.B.

mit der politischen Vertretung der Pflege in der Gesellschaft, mit Pflegestrukturen sowie mit der Information und Einbindung von kranken und pflegebedürftigen Menschen in die Gesellschaft befassen und daher (anteilig) Pflegepersonen beschäftigen (z.B. Seniorenbüros, Pflegeleitstelle der Kommune, Pflegereferat im Ministerium).

2.5 Häusliche Pflege

Sabine Floer

Definition

Häusliche Pflege (oder ambulante Pflege) bedeutet die Versorgung eines Patienten in seiner häuslichen Umgebung. Häusliche Pflege umfasst u. a. direkte Pflege, Unterstützung bei der Ernährung und der Mobilisation, Behandlungspflege, hauswirtschaftliche Tätigkeiten sowie Betreuungs- und Beratungsleistungen.

Fallbeispiel

„Kannst du dir das vorstellen, Herr Seiler wird morgen nach Hause entlassen. Nach Hause!“ Die Auszubildende Natacha kann ihre Verwunderung gegenüber ihrer Mitschülerin Sandra nicht verbergen. Der 77-jährige Patient ist durch eine Schwäche der linken Seite hinsichtlich seiner Selbstpflege und Mobilität eingeschränkt. Wegen einer Schluckstörung wurde eine PEG (Ernährungssonde) angelegt. Dazu ist Herr Seiler seit einigen Jahren Stomaträger. „Ich weiß gar nicht, wie das gehen soll, die Pflege ist doch so umfangreich.“ Sandra hat ihren Praxiseinsatz in der häuslichen Pflege schon absolviert und ist optimistischer: „Pflege zu Hause – das geht oft sehr gut. Natürlich muss die Ehefrau einiges übernehmen, aber sie wird von einem Pflegedienst unterstützt. Und schließlich kommt für viele ein Heim nicht infrage.“

In Deutschland wurden im Jahr 2013 über 70 % der Pflegebedürftigen (ca. 1,86 Millionen) zu Hause versorgt. Zu etwa $\frac{2}{3}$ wird die häusliche Pflege dabei von Angehörigen erbracht, das restliche Drittel wird von professionellen Pflegediensten übernommen (► Abb. 2.18). Seit 1999 steigt die Zahl der Pflegebedürftigen, die professionelle Leistungen der häuslichen Pflege in Anspruch nehmen, kontinuierlich an.

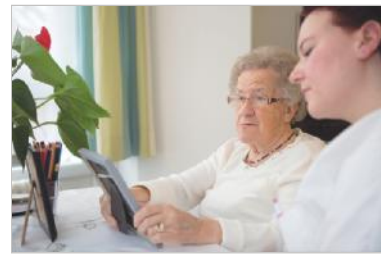


Abb. 2.18 Häusliche Pflege. Viele Pflegebedürftige entscheiden sich für die Versorgung in ihrer eigenen Wohnung durch einen Pflegedienst. (Foto: K. Oborny, Thieme)

Derzeit liegt die Zahl der Nutzer bei ca. 29 % (Pflegestatistik 2016).

Für diese Entwicklung lassen sich mehrere Gründe vermuten:

- Immer mehr Menschen werden immer älter, leiden an einer oder mehreren Erkrankungen und benötigen pflegerische Unterstützung.
- Viele ältere und kranke Menschen möchten so lange wie möglich in den eigenen vier Wänden anstatt in vollstationärer Heimpflege versorgt werden.
- Bedingt durch die DRGs (pauschale Vergütung pro Krankheitsbild, [S. 126]) streben die Krankenhäuser oft einen frühen Entlassungszeitpunkt an.
- Die hohe Zahl der ambulanten operativen Versorgung lässt den Bedarf an Vor- und Nachsorge im häuslichen Umfeld ansteigen.
- Das Leistungsangebot der Pflegedienste hinsichtlich palliativer oder intensivpflegerischer Versorgung ist gestiegen.

Lebensphase alter Mensch

Häusliche Umgebung

„Einen alten Baum verpflanzt man nicht.“ Mit diesem Sprichwort drücken viele alte Menschen ihren Wunsch aus, bei Pflegebedürftigkeit in ihrer eigenen Häuslichkeit versorgt zu werden. Mit dem Verbleib zu Hause erhoffen sich viele Senioren, die Vertrautheit erhalten zu können, die sozialen Netzwerke fortbestehen zu lassen und eine hohe Autonomie bezüglich ihrer Lebensgestaltung zu bewahren.

Parallel zum steigenden Bedarf an Versorgung im häuslichen Umfeld wächst auch der Arbeitsmarkt. Im Jahr 2013 waren im ambulanten Sektor rund 320.000 Menschen beschäftigt – etwa die Hälfte der Arbeiter verfügte dabei über einen 3-jährigen pflegerischen Berufsabschluss (Pflegethermometer 2016).

2.5.1 Angebote ambulanter Pflegedienste

Ambulante Pflegedienste bieten i. d. R. Tätigkeiten an, die durch die Pflegeversicherung und die Krankenversicherung (mit-) finanziert sind. Dazu gehören u. a.:

1. **Hilfe bei Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftlicher Versorgung:** Diese Maßnahmen werden über die Leistungssätze der Pflegeversicherung verrechnet. Die einzelnen Tätigkeiten werden in den sog. Leistungskomplexen (► Tab. 2.1) beschrieben.
2. **Häusliche Krankenpflege:** Vom Arzt verordnete Tätigkeiten der Behandlungspflege sind Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen. In bestimmten Fällen kann ein Arzt auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung verordnen.

Definition

Im Versicherungswesen versteht man unter **Leistung** das, was jemand im Versicherungsfall von der Versicherung erhält. Wer in der gesetzlichen Krankenkasse versichert ist, erhält im Krankheitsfall als Leistung der Krankenkasse z. B. eine Behandlung beim Hausarzt und Medikamente.

Spezielle Angebote

Ambulante Pflegedienste sind einem hohen wirtschaftlichen Druck ausgesetzt. Daher sehen einige Anbieter einen Vorteil darin, sich zu spezialisieren, um einem bestimmten Patientenkreis besondere Pflege anbieten zu können. Zu diesen speziellen Angeboten gehören:

- **Häusliche Palliativpflege:** Sie wendet sich an Patienten, die die Medizin nicht mehr heilend behandeln kann. Im Vor-

dergrund stehen die Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen, meist im Rahmen der Sterbegleitung (s. Sterbegleitung, [S. 620]).

- **Häusliche Intensivpflege:** Darunter versteht man die Versorgung von Patienten, deren Puls und Atmung kontinuierlich überwacht (Heimmonitoring) oder die beatmet werden (S. 1421).
- **Psychiatrische häusliche Krankenpflege:** Diese soll psychisch erkrankte Menschen in ihrer eigenen Umgebung stabilisieren und dadurch wiederkehrenden Psychiatrieaufenthalten vorbeugen.
- **Häusliche Kinderkrankenpflege:** Dies betrifft v. a. schwer oder chronisch kranke Kinder. Aufgaben sind hier v. a. die Anleitung und Entlastung der Eltern sowie die Sicherung der ärztlichen Behandlung.
- **Familienpflege:** Sie übernimmt die Haushaltsführung und die Pflege eines Kindes von unter 12 Jahren, wenn z. B. eine Schwangere im Falle einer Krankheit Kind und Haushalt nicht versorgen kann.
- **Ambulante Wohngemeinschaften:** Hier versorgen die Mitarbeiter eines Pflegedienstes die Bewohner meist rund um die Uhr. Das Angebot richtet sich an pflegebedürftige Menschen, die selbst mit Unterstützung nicht mehr allein zu Hause leben können.

Weitere Angebote

Wer zu Hause Unterstützung bei der Selbstpflege erhält, benötigt oft zusätzlich weitere Dienstleistungen. Neben der Grund- oder Behandlungspflege bieten ambulante Pflegedienste daher häufig noch folgende Leistungen an oder kooperieren mit deren Anbietern:

- fahrbarer Mittagstisch („Essen auf Rädern“)
- Frisör und Fußpflege
- Hausnotruf (tragbarer Notrufsender)

- Besuchs- und Mobilitätsdienst (z. B. Begleitung beim Spaziergang, auch im Rollstuhl)
- Hausdienst (z. B. Glühlampe wechseln, Bild aufhängen)
- Hol- und Bringservice (z. B. Apotheken, Verbrauchermärkte)
- Seelsorge (z. B. durch einen Pfarrer)
- ambulante Hospizbetreuung (Begleitung von Sterbenden und Angehörigen)
- Sozialberatung (z. B. Unterstützung bei Anträgen auf Wohngeld oder Sozialhilfe)

2.5.2 Gesetzliche Grundlagen häuslicher Pflege

In Deutschland sind weite Teile des geltenden Sozialrechts im Sozialgesetzbuch (SGB) beschrieben (► Abb. 2.19). In verschiedenen Abschnitten, den sog. Büchern, werden dort z. B. die gesetzliche Rentenversicherung, die Kinder- und Jugendhilfe oder die Sozialhilfe geregelt. Die gesetzlichen Grundlagen der Versorgung eines Patienten in seiner eigenen Häuslichkeit sind ebenfalls im Sozialgesetzbuch dargelegt.



Abb. 2.19 Sozialgesetzbuch. Das Sozialgesetzbuch beschreibt weite Teile des geltenden Sozialrechts. (Foto: K. Oborny, Thieme)

Tab. 2.1 Leistungskomplexe für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung.

Leistungskomplex (LK)	Kurzbeschreibung
LK 1/2	kleine Morgen- oder Abendtoilette (mit/ohne Hilfe beim Aufsuchen/Verlassen des Bettes)
LK 3/4	große Morgen- oder Abendtoilette (mit/ohne Hilfe beim Aufsuchen/Verlassen des Bettes)
LK 5	Lagern/Betten
LK 6	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme
LK 7	Sondenkost bei implantierter Magensonde
LK 8	Darm- und Blasenentleerung
LK 9/10	Hilfestellung beim Verlassen und/oder Wiederaufsuchen der Wohnung (ohne/mit Begleitung)
LK 12	Reinigen der Wohnung
LK 13	Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung
LK 14	Einkaufen
LK 16	Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen

In der häuslichen Pflege spielen hauptsächlich 2 Bereiche der gesetzlichen Sozialversicherung eine Rolle:

- Pflegeversicherung (11. Buch des Sozialgesetzbuches; SGB XI)
- Krankenversicherung (5. Buch des Sozialgesetzbuches; SGB V).

► **Pflegeversicherung.** Das Gesetz zur Pflegeversicherung ist im 11. Buch (SGB XI) des Sozialgesetzbuches verankert. Hier ist z. B. geregelt, unter welchen Voraussetzungen ein Anspruch auf Leistungen besteht, wenn ein Versicherter sich nicht mehr selbst versorgen kann. Die Pflegeversicherung hat u. a. zum Ziel, die Bedingungen für häusliche Pflege und die Situation der Pflegebedürftigen nachhaltig zu verbessern sowie pflegende Angehörige zu fördern und zu unterstützen.

► **Krankenversicherung.** Das 5. Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) stellt die rechtliche Grundlage zur gesetzlichen Krankenversicherung dar. Im SGB V ist u. a. festgelegt, welche Leistungen die Beitragszahler von ihrer Krankenversicherung in Anspruch nehmen können. Zu den geläufigsten Leistungen gehören etwa ärztliche Behandlung, Vorsorgeuntersuchungen oder eine Krankenhausbehandlung. Im Rahmen ihrer ärztlichen Behandlung können Patienten als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung häusliche Krankenpflege erhalten.

Merke

Die Gesetzesgrundlage häuslicher Pflege ist im Sozialgesetzbuch beschrieben. Die pflegerische Versorgung eines Patienten in seiner Häuslichkeit wird entsprechend diesen gesetzlichen Vorgaben von den Pflegekassen oder den Krankenkassen getragen bzw. unterstützt.

Häusliche Pflege nach SGB XI (Pflegeversicherung)

In Deutschland wird der Umfang des individuellen Hilfsbedarfs bei einem Pflegebedürftigen mittels Pflegegraden beschrieben. Tritt eine Pflegebedürftigkeit ein und wird ein entsprechender Antrag gestellt, überprüft der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) bei einem persönlichen Besuch den Grad der Pflegebedürftigkeit. Dazu schätzt der MDK den im Tagesdurchschnitt anfallenden Zeitaufwand für die erforderlichen Hilfen ein.

Der Umfang der Leistung steigt mit dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit. Hier stehen z. B. häusliche Pflege, teilstationäre Pflege in einer Tagespflege oder

vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim zur Auswahl. Hat ein Betroffener sich für die Pflege zu Hause entschieden, kann er aus den folgenden Angeboten wählen:

- **Pflegegeld:** Geld, das der Pflegebedürftige einer sog. Pflegeperson, z. B. einem Angehörigen, als finanzielle Anerkennung für die Versorgung gibt.
- **Pflegesachleistung:** Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst.
- **Kombinationsleistung:** Wenn ein Betroffener Pflegesachleistungen nicht voll ausschöpft, steht ihm ein anteiliger Restbetrag an Pflegegeld zu.
- **Tages- und Nachtpflege:** Versorgung über Tag oder über Nacht, wenn die Hilfe zu Hause – z. B. wegen Berufstätigkeit der Pflegeperson – sonst nicht gesichert ist.
- **Verhinderungspflege:** Ersetzt die Versorgung des Pflegebedürftigen, wenn dessen Pflegeperson z. B. durch Krankheit, Urlaub oder Rehabilitationsmaßnahmen verhindert ist.
- **Kurzzeitpflege:** Vorübergehende Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung, solange z. B. die langfristige Versorgung nicht möglich oder ungeklärt ist.
- **Häusliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen:** Mit einem monatlichen Geldbetrag kann der Versicherte z. B. Betreuungsleistungen, hauswirtschaftliche Versorgung sowie Tages- oder Nachtpflege finanzieren.
- **Pflegeberatung:** Jeder Pflegebedürftige muss mindestens 2-mal im Jahr einen Beratungsbesuch durch einen ambulanten Pflegedienst nachweisen.

Daneben gibt es Anspruch auf Pflegehilfsmittel, Zuschüsse zu pflegebedingtem Umbau der Wohnung, Pflegekurse für pflegende Angehörige, Anspruch auf Urlaub bzw. Freistellung für pflegende Angehörige sowie Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson.

Pflege anhand von Leistungskomplexen

Hat sich ein Patient für die häusliche Versorgung durch einen Pflegedienst entschieden, wählt er die gewünschten bzw. benötigten Tätigkeiten der direkten Pflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung aus, die bei den einzelnen Einsätzen durchgeführt werden sollen. Diese Einzeltätigkeiten der Pflegeversicherung werden in sog. Leistungskomplexen beschrieben. Der in ► Tab. 2.1 genannte Leistungskomplex 1 z. B. kann die Tätigkeiten „Hilfe beim Aufsuchen/Verlassen des Bettes, An-/Auskleiden, Teilwaschen, Mund-/Zahnpflege sowie Kämmen“ umfassen. Die Leistungskomplexe werden in jedem Bundesland ausgehandelt und haben

dementsprechend jeweils landesweite Gültigkeit.

Merke

„Ausgehend von der Ganzheitlichkeit der Pflege werden die einzelnen pflegerischen Tätigkeiten (...) aus den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung in verschiedenen Leistungskomplexen zusammengefasst. Dabei werden solche Verrichtungen zusammengefasst, die nach pflegefachlichen Erkenntnissen in einer Pflegesituation anfallen.“ (Niedersächsischer Leistungskatalog 2015)

Häusliche Krankenpflege nach SGB V (Krankenversicherung)

Im Rahmen ihrer ärztlichen Behandlung können Patienten häusliche Krankenpflege als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten. Dabei verordnet ein Arzt häusliche Krankenpflege und der Patient beauftragt einen Pflegedienst mit der Durchführung der Behandlung. Der Anspruch darauf besteht nur, solange eine im selben Haushalt lebende Person den Kranken nicht wie erforderlich versorgen kann.

Merke

Grundlage für häusliche Behandlungsplanung ist eine Verordnung häuslicher Krankenpflege (► Abb. 2.20) durch einen niedergelassenen Arzt. Hat ein Arzt eine solche Verordnung ausgestellt, muss diese – z. B. durch den Pflegedienst – bei der Krankenkasse eingereicht werden. Dort wird entschieden, ob die Leistung bewilligt wird.

Es gibt 3 Fälle, in denen häusliche Krankenpflege von den Krankenkassen gewährt wird:

- zur Sicherung der ärztlichen Behandlung
- zur Verkürzung oder Vermeidung einer Krankenhausbehandlung
- als psychiatrische ambulante Pflege

► **Häusliche Krankenpflege zur Sicherung der ärztlichen Behandlung.** Hiermit ist ausschließlich eine Behandlungspflege gemeint. Sie wird von der Krankenkasse so lange gewährt, wie sie aus ärztlicher Sicht notwendig ist.

Fallbeispiel

B

„Ah, da ist ja schon die Verordnung. Doktor Krausen war also schon hier?“ Gesundheits- und Krankenpfleger Phillip Wiedmann beginnt im Spätdienst gerade die Versorgung von Herrn S., um die Sondenkost zu verabreichen. Er entnimmt der Verordnung häuslicher Krankenpflege, dass eine Anleitung der Ehefrau, Medikamentengaben sowie ein Verband vorgesehen sind (► Abb. 2.20). „Die Verordnung faxen wir morgen früh an die Krankenkasse. Und wenn erst mal

Lifter und Rollstuhl da sind, können Sie den Tag über im Sessel sitzen und außerdem mit Ihrer Frau spazieren fahren. Aber jetzt zeige ich Ihnen, was Sie bei der Sondenkost beachten sollten, Frau S.“

► **Häusliche Krankenpflege anstelle einer Krankenhausbehandlung.** Diese erhalten Patienten, wenn die Erkrankung im häuslichen Bereich ärztlich behandelt werden kann. Die Versorgung wird meist für 4 Wochen je Krankheitsbild gewährt,

im Einzelfall aber auch länger. Grundpflege kann nur verordnet werden, wenn gleichzeitig Behandlungspflege erforderlich ist.

Die Krankenkassen gewähren häusliche Krankenpflege anstelle von Krankenhausbehandlung in folgenden Fällen:

1. Ein Patient kann vorzeitig aus dem Krankenhaus in seine häusliche Umgebung entlassen werden. Dadurch wird die Krankenhausbehandlung verkürzt.
2. Ein Patient wird gar nicht erst im Krankenhaus aufgenommen. Dadurch wird die Krankenhausbehandlung vermieden. Das trifft z. B. bei vielen ambulanten

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						geb. am
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status.		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		

Verordnung häuslicher Krankenpflege

! Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nicht, soweit der Versicherte die erforderlichen Maßnahmen selbst durchführen oder eine im Haushalt lebende Person diese übernehmen kann. !

☐ Die Beurteilung, ob eine im Haushalt lebende Person die verordnete(n) Maßnahme(n) übernehmen kann, ist nicht möglich

☒ Erstverordnung ☐ Folgeverordnung

vom 01.08.16 bis 15.08.16 ☐ Unfall ☐ Unfallfolgen

Begründung bei Verordnung über 14 Tagen:

Verordnungsrelevante Diagnose(n) **Z.n. Apoplex mit Parese links, Anlage einer PEG, Immobilität**

Besonderheiten lt. Verzeichnis:

Häusliche Krankenpflege erfolgt: ☐ statt Krankenhausbehandlung ☐ zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung

Folgende Maßnahmen sind notwendig (s. Verzeichnis der verordnungsfähigen Maßnahmen):

Behandlungspflege:

☒ Anleitung zur Behandlungspflege **Ehefrau zur Medikamentengabe über PEG anleiten** **10 mal**

folgende Leistungen Anzahl/Einsätze

	Häufigkeit x tgl. / x wtl.	Dauer vom bis
☐ Blutzuckermessung		
☐ Dekubitusbehandlung		
Lokalisation/Grad/Größe		
☐ Injektionen		
☐ herrichten ☐ i.m. ☐ s.c.		
☒ Medikamentengabe: ☐ herrichten ☒ verabreichen	2 7	1.8. 15.8.
Präparate (auch bei Injektionen):		
Verbände: ☐ Anlegen von stützenden/stabilisierenden Verbänden		
☐ Anlegen von Kompressionsverbänden		
☒ Anlegen und Wechseln von Wundverbänden	2	1.8. 15.8.
Lokalisation/Wundbefund: PEG-Eintrittsstelle, reizlos		
☐ Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege (einschl. Häufigkeit und Dauer):		

Grundpflege:

☐ Anleitung zur Grundpflege

	Häufigkeit x tgl. / x wtl.	Dauer vom bis
☐ Ausscheidungen (Hilfe, Kontrolle, Training)		
☐ Ernährung		
☐ Körperpflege		

Hauswirtschaftliche Versorgung:

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes

Abb. 2.20 Verordnung häuslicher Krankenpflege. Bei Herrn S. wurden 2-mal täglich Medikamentengabe, 2-mal wöchentlich ein Verband der PEG sowie Anleitung zur Behandlungspflege verordnet.

ten Operationen zu oder wenn nach einem Unfall die Versorgung zu Hause erfolgen kann.

- Ein Patient lehnt eine Krankenhausbehandlung ab, obwohl diese vertretbar oder angezeigt wäre. Auch dadurch wird die Krankenhausbehandlung vermieden.

► **Häusliche Krankenpflege als ambulante psychiatrische Krankenpflege.** Diese soll laut der Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege dazu beitragen, dass „... psychisch kranke Menschen ein würdiges, eigenständiges Leben in ihrem gewohnten Lebenszusammenhang führen können. Durch die Pflege vor Ort soll das Umfeld beteiligt und die soziale Integration gewährleistet werden.“ Häufig empfinden Betroffene und deren soziales Umfeld die Aufenthalte und Erfahrungen in der Psychiatrie als stigmatisierend und belastend. Die ambulante psychiatrische Pflege kann dazu beitragen zu vermeiden, dass Betroffene immer wieder in stationären psychiatrischen Einrichtungen versorgt werden müssen.

Verordnungsfähige Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege

Die Krankenkasse kann nur solche Maßnahmen bewilligen, die als „verordnungsfähig“ festgelegt sind. Die vom Arzt verordnungsfähigen Tätigkeiten hat der „Gemeinsame Bundesausschuss“, ein Gremium aus Ärzte- und Krankenkassenvertretern, bundesweit festgelegt (Gemeinsamer Bundesausschuss 2015). Häufige ordnungsfähige Maßnahmen häuslicher Krankenpflege sind z. B.

- Anleitung bei der Behandlungspflege (z. B. bei Blutzuckerkontrolle),
- Anlegen und Wechseln von Verbänden,
- Blutdruckmessung,
- Blutzuckermessung,
- Dekubitusbehandlung (z. B. Wundreinigung oder Wundverbände),
- i. m.- oder s. c.-Injektionen,
- Richten von Injektionen (zur Selbstapplikation),
- Medikamente richten/verabreichen,
- Instillation (z. B. von Augentropfen).

Weitere ordnungsfähige Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege wie z. B. Absaugen, Bronchialspülung, Bedienung und Überwachung des Beatmungsgeräts sowie Pflege des zentralen Venenkatheters werden u. U. eher solche Pflegedienste ausführen, die sich z. B. auf intensivpflegerische Versorgung spezialisiert haben.

2.5.3 Arbeitsorganisation in der häuslichen Pflege

Wie bereits beschrieben, umfasst das Tätigkeitsspektrum der häuslichen Pflege sowohl Maßnahmen der direkten Pflege als auch der Behandlungspflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung. In dieser Hinsicht unterscheidet sich das Arbeiten in der häuslichen Pflege kaum von der Pflege im Krankenhaus. Der größte Unterschied liegt daher in der Arbeitsorganisation.

Tourvorbereitung

Typischerweise beginnt ein Arbeitstag in den Räumlichkeiten des Pflegedienstes. Hier befinden sich die Büros von Pflegedienstleitung, Einsatzleitung, Sachbearbeitung (Personal- und Leistungsabrechnung) sowie ein Dienstraum. Zu Beginn entnimmt die Pflegenden einer Stecktafel, einem elektronischen Ausdruck oder einem MDA-Gerät die Namen aller Patienten, die sie zu versorgen hat. Auch die vorgesehene Art der Versorgung ist hier verzeichnet.

Viele Pflegedienste entscheiden sich wegen der größeren Kontinuität für feste Touren. Das bedeutet, dass man u. U. über lange Zeiträume immer wieder dieselben Patienten versorgt. Mit den benötigten Kundenschlüsseln, einem Tourenplan (optimal in elektronischer Form) und einem Mobiltelefon ausgerüstet, kann die Tour – meist mit Dienstwagen oder Fahrrad – beginnen (► Abb. 2.21).



Abb. 2.21 Immer unterwegs. Zum Rüstzeug für das Arbeiten in der häuslichen Pflege gehören meist ein Dienstwagen und ein Tourenplan. (Foto: K. Oborny, Thieme)



Merke

In der häuslichen Pflege nennt man die Versorgung eines Patienten in dessen Wohnung einen „Einsatz“; die festgelegte Abfolge solcher Einsätze bei den unterschiedlichen Patienten ist die „Tour“.

Tourablauf

In einer Frühschichttour werden oft zunächst solche Patienten versorgt, die frühmorgens Insulin bzw. Kompressionsstrümpfe oder -verbände erhalten. Darauf folgen Patienten, die Grundpflege, Medikamente und Verbände benötigen; zum Abschluss sind entsprechende mittägliche Versorgungsvorgesehen.

Bestandteil jedes Einsatzes sind Eintragungen in die Pflegedokumentation sowie in die sog. Leistungserfassung, die am Monatsende als Grundlage für die Abrechnung dient. Dazu kommen etwa Telefonate mit Ärzten, z. B. wenn bei einem Patienten ein hoher Blutdruck gemessen wurde oder sich der Zustand einer Wunde gebessert hat, sodass eine Therapieänderung angezeigt sein könnte. Zurück im Büro fallen Arbeiten wie die Medikamentenbestellung oder die Ausarbeitung eines umfangreicheren Pflegeplans an. Zum Schluss wird die geleistete Arbeitszeit für Pflegeeinsätze, Fahrten sowie organisatorische Tätigkeiten erfasst.

2.6 Lern- und Leseservice

2.6.1 Literatur

Wandel der Arbeitsprozesse und Entwicklung neuer Handlungsfelder

Brenner G, Adelhardt M. Rechtskunde für das Krankenpflegepersonal. 3. Aufl. Jena: Gustav Fischer; 1987

Bundesministerium für Gesundheit. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG) (2016). Im Internet: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/160113_KabinettentwurfPflBG.pdf; Stand: 09.03.2017

Bundesministerium für Gesundheit. Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz). Drucksache 16/7439. (07.12.2007). Im Internet: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/074/1607439.pdf>; Stand: 09.03.2017

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. *Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung* (2013). Im Internet: <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Advanced-Nursing-Practice-Pflegerische-Expertise-2013-02.pdf>; Stand: 19.12.2016

Jacobs P. *Delegation – Übernahme – Allokation. Plädoyer für eine Neudefinition. Die Schwester – Der Pfleger* 2007a; 46: 739

Jacobs P. *Delegation – mehr als eine Frage der Ärzteentlastung. Die Schwester – Der Pfleger* 2007b; 46: 970–974

Lorenz AL. Abgrenzen oder zusammen arbeiten? Krankenpflege und die ärztliche Profession. Frankfurt am Main: Mabuse; 2000

Lutterbeck Ch. Dekubitusentstehung während der Operation. *Pflege- und Krankenhausrecht* 2008; 11: 15–17

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. *Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007, Kurzfassung*. Im Internet: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=79>; Stand: 01.12.2016

Statistisches Bundesamt. 11. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung (31.08.2007). Im Internet: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Bevoelkerung/Vorausberechnung-Bevoelkerung/InteraktiveDarstellung/InteraktiveDarstellung.template?renderPrint.psm>; Stand: 01.12.2016

Sträßner H. *Dekubitus 4. Grades – grober Pflegefehler – Schmerzensgeld. Pflege-recht* 2001; 5: 40–43

Typische Arbeitsfelder der Pflege und Pflegeüberleitung

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). *Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 1. Aktualisierung*. Osnabrück: 2009

Häusliche Pflege

Anonym. *Ergänzende Informationen rund um die häusliche Hilfe zur Pflege. Leistungsbeschreibung der Leistungskomplexe SGB XI vom 13.06.2006*

BAPP e.V. „Das Bündnis für ambulante Psychiatrische Pflege“. Was ist psychiatrische Pflege, was APP?. Im Internet: <http://www.bapp.info/texte/psychpfl.pdf>; Stand: 19.8.2016 Brunen MH, Herold EE, Hrsg. *Ambulante Pflege. Bde 1–3. 2. Aufl.* Hannover: Schlütersche; 2001–2007

Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e.V. Ohne Titel. August 2005. Im Internet: <http://www.bapp.info/texte/psychpfl.pdf>; Stand: 01.12.2016

Charlier S, Hrsg. *Soziale Gerontologie*. Stuttgart: Thieme; 2007

Deutscher Bundestag. *Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung*. Drucksache 13/9528 vom 19.12.1997. Im Internet: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/13/095/1309528.asc>; Stand: 01.12.2016

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, *Pflege thermometer* 2016. Im Internet: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Endbericht_Pflege-Thermometer_2016-MI-2.pdf; Stand: 01.12.2016

Gemeinsamer Bundesausschuss. *Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von „häuslicher Krankenpflege“*; zuletzt geändert am 10.04.2008. Im Internet: http://www.g-ba.de/downloads/62-492-260/RL-HKP-2008-01-17_2008-04-10.pdf; Stand: 14.12.2016

Gemeinsamer Bundesausschuss: *Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege. Neufassung vom 17. September 2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger 9. Februar 2010, in Kraft getreten am 10. Februar 2010, zuletzt geändert am 17. Dezember 2015, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 18.03.2016 B3 vom 18. März 2016, in Kraft getreten am 19. März 2016*. Im Internet: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1141/HKP-RL_2015-12-17_iK-2016-03-19.pdf; Stand: 19.08.2016

Herrmann A, Palte H, Hrsg. *Leitfaden Häusliche Pflege*. München: Urban & Fischer bei Elsevier; 2004

Niedersächsischer Leistungskatalog für ambulante Pflegeleistungen nach dem Sozialgesetzbuch – Elfter Teil – (SGB XI) vom 01.09.2015. Im Internet: https://www.vdek.com/LVen/NDS/service/pflege/ambulant/_jcr_content/par/download_6/file.res/1604_amb_Rahmen_An1_1.pdf; Stand: 01.12.2016

Palesch A, Herrmann A, Palte H, Hrsg. *Leitfaden Ambulante Pflege. 3. Aufl.* München: Urban & Fischer; 2012

Statistisches Bundesamt. *Pflegestatistik 2009 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse* (01.02.2010). Im Internet: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeKreisvergleich5224103099004.pdf?__blob=publicationFile; Stand: 01.12.2016

Übersicht über die Leistungskomplexe (LK) nach SGB XI (LK 1–20) Anlage 1 zur Vereinbarung gem. § 89 SGB XI über die Vergütung ambulanter Pflegeleistungen, Leistungskomplexsystem auf der Grundlage des Rahmenvertrages gem. § 75 Abs. 1 und 2 SGB XI in der jeweils gültigen Fassung. Im Internet: https://www.berlin.de/sen/soziales/_assets/vertraege/pflegeeinrichtungen/ambulante-pflege/mdb-__ber-sicht_leistungskomplexe.pdf; Stand: 01.12.2016

2.6.2 Kontakt- und Internetadressen

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen e.V. (ADS), Alt -Moabit 91, 10559 Berlin, Tel. 030 367 52 779, <http://www.ads-pflege.de>; Stand: 15.12.2016

Deutscher Pflegeverband (DPV), Mittelstraße 1, 56564 Neuwied, <http://www.dpv.de>; Stand: 15.12.2016

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), Alt-Moabit 91, 10559 Berlin, Tel. 030 219 157–0, Fax: 030 219 157–77, <http://www.dbfk.de>; Stand: 15.12.2016

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V., Am Schießhaus 1, 01067 Dresden, Tel. 0351 4985–30, www.mdk.de; Stand: 01.12.2016

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB), VDAB Bundesgeschäftsstelle, Im Teelbruch 132, 45 219 Essen, Tel. 02 054 9 578–0, Fax: 02 054 9 578–40, www.vdab.de; Stand: 15.12.2016

<http://www.bad-ev.de>; Stand: 01.12.2016

<http://www.bmg.bund.de>;

Stand: 01.12.2016

<http://www.bah-web.de>;

Stand: 01.12.2016

<http://www.bapp.info>; Stand: 01.12.2016

<http://www.dip.de>; Stand: 01.12.2016

<http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze>;

Stand: 01.12.2016



© Kirsten Oborny/Thieme

Kapitel 3

Pflegetheorien, Pfle gewissenschaft und Pfle geforschung

3.1	Klassische Pflegetheorien	80
3.2	Pfle gewissenschaft und -forschung	90
3.3	Lern- und Leseservice	107

3 Pflegetheorien, Pflegewissenschaft und Pflegeforschung

Hermann Brandenburg, Silke Schoolmann*, Erika Sirsch, Valeska Stephanow, Frank Weidner

3.1 Klassische Pflege-theorien

Silke Schoolmann*, Valeska Stephanow

3.1.1 Einleitung

„Theorie ohne Praxis ist leer, Praxis ohne Theorie ist blind“ (nach Immanuel Kant 1787).

Die Aufgaben und Tätigkeitsfelder der Pflege sind sehr vielfältig und komplex, die Anforderungen an die Pflegenden hoch. Mit der zunehmenden Entwicklung der Pflegewissenschaft hat ein Paradigmenwechsel in der Pflege stattgefunden weg von der rein naturwissenschaftlich-medizinischen Sichtweise hin zu einer ganzheitlichen Betrachtung des Menschen. Neben der Krankheit spielt auch die physische, psychische und soziale Situation eines Menschen eine wichtige Rolle, zunehmend rücken auch präventive und rehabilitative Aspekte in den Fokus. Um all diese Facetten im pflegerischen Handeln zu berücksichtigen, leistet die Pflegewissenschaft mit den Pflegetheorien einen wichtigen Beitrag.

Merke

Für die qualitativ hochwertige Pflege ist fundiertes, theoriegeleitetes Fachwissen unumgänglich. Erst dadurch wird reflektiertes und überprüfbares Handeln im Pflegealltag möglich.

3.1.2 Begriffsbestimmung

In der Fachliteratur werden zum Thema Pflegetheorien die Begriffe „Theorie“, „Modell“ und „Konzept“ häufig in einem Zusammenhang genannt und teilweise sogar synonym verwendet. Für ein besseres Verständnis und eine klare Trennung der Begriffe bedarf es vorab einer Begriffsbestimmung.

Theorien

Für das Wort Theorie (griechisch: theōría, zuschauen, betrachten, untersuchen) lassen sich in der Pflegewissenschaft und anderen wissenschaftlichen Disziplinen ganz unterschiedliche Definitionen finden. Dieses liegt u. a. darin begründet, dass jeweils unterschiedliche Aspekte einer Theorie herausgestellt werden. Daher soll zunächst eine allgemeine Definition vorgestellt werden:

Definition

Eine **Theorie** ist „eine kreative und präzise Strukturierung von Ideen, die eine vorläufige, zielgerichtete und systematische Betrachtungsweise von Phänomenen ermöglicht“ (Chinn u. Kramer 1996).

Pflegetheorien beschreiben ausgewählte Phänomene der Pflege und bringen diese in einen Zusammenhang. Sie beschreiben auf unterschiedlich abstrakte Weise das Idealbild der Pflege in einer bestimmten Situation. Theorien können also helfen, Pflegesituationen zu erklären, sie vorher-sagbar und dadurch in der Praxis kontrollierbar zu machen. Weiter dienen Theorien der Generierung von Forschungsfragen. Eine Theorie weist folgende Merkmale auf:

- kreative und präzise Strukturierung von Ideen (Zusammenhänge herstellen, strukturieren, analysieren)
- Vorläufigkeit (zeitlicher Verfall einer Theorie)
- Zielgerichtetheit (Verbesserung der Pflegepraxis)
- systematische Betrachtungsweise

Modelle

Modelle veranschaulichen eine Thematik in vereinfachter Form. Sie können helfen, komplexe Sachverhalte zu verstehen und Zusammenhänge zu erkennen. So wird z. B. im Pflegeunterricht häufig ein anatomisches Modell eines menschlichen Torso verwendet, um die Proportionen und die Lage der einzelnen Organe im Brust- und Bauchraum zu verdeutlichen. Ebenso lassen sich physiologische Prozesse im menschlichen Organismus, wie z. B. die Osmose oder die Diffusion, vereinfacht anhand einer schematischen Zeichnung darstellen.

Definition

Ein **Modell** dient als Werkzeug bzw. Instrument dazu, einen komplexen Sachverhalt vereinfacht darzustellen, um ihn verständlicher zu machen und einzelne Aspekte übersichtlich zu präsentieren.

Grundsätzlich dienen Modelle der Vereinfachung, Akzentuierung und besseren Übersichtlichkeit.

Auch im Zusammenhang mit Pflegetheorien finden Modelle ihre Anwendung. Sie ermöglichen es, eine Theorie in der

Praxis anzuwenden, Annahmen zu testen und Handlungen durchzuspielen.

Konzepte

Konzepte können als kleinste Bausteine einer Theorie oder eines Modells bezeichnet werden. Im pflegewissenschaftlichen Kontext werden Konzepte auf zweierlei Weisen interpretiert und definiert:

Konzepte im Sinne von Konstrukten

Konstrukte sind sprachliche Begrifflichkeiten, die bestimmte wahrnehmbare Phänomene definieren. Diese Phänomene können einerseits messbar sein, wie z. B. Atmung, Muskeltonus und Körperfettanteil, aber auch abstrakter sein, wie z. B. Freude, Traurigkeit und Schmerz. Ein Konzept definiert ein beobachtetes Phänomen und fasst es in einem Begriff zusammen. Auf diese Weise entwickelt die Pflege eine eigene Fachsprache, der ein gemeinsames Verständnis des Phänomens zugrunde liegt, und gewinnt als eigenständige Disziplin an Autonomie.

Definition

„Ein Konzept liefert uns eine präzise Zusammenfassung von Gedanken, die mit einem Phänomen zu tun haben“ (Meleis 1999).

Konzepte im Sinne von konkreten Handlungsplänen

Konzepte sind Handlungsempfehlungen, die sich aus einer Theorie ableiten lassen und evtl. in einem Modell ihren Niederschlag finden.

Fallbeispiel

Die Theorie zur Entstehung des Dekubitus beschreibt, wie als Folge von Druck und Zeit an bestimmten Gewebestellen eine Durchblutungsstörung eintritt und damit die Entstehung eines Dekubitus begünstigt wird. Aus der Theorie wurden konkrete Handlungsempfehlungen (Konzepte) zur Dekubitusprophylaxe abgeleitet.

Aus den praktischen Erprobungen müssen Rückschlüsse auf die Geltung von Theorien gezogen und diese ggf. revidiert werden.

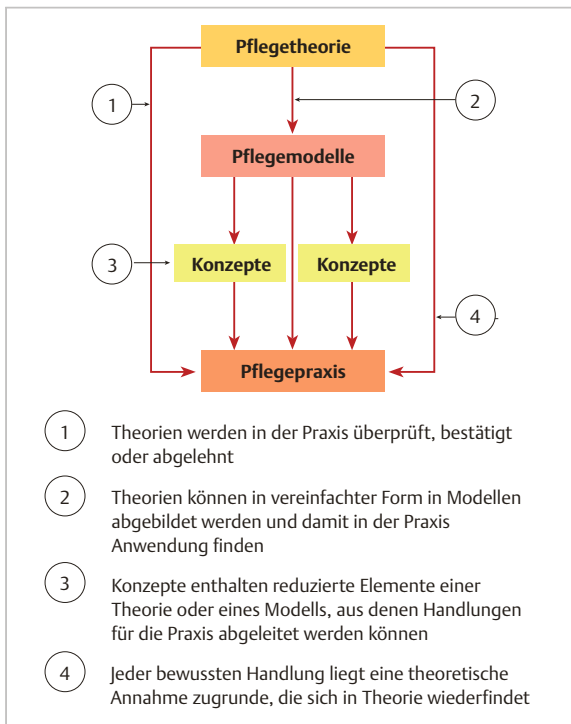


Abb. 3.1 Pflegetheorien. Theorien werden mithilfe von Modellen und Konzepten in die Pflegepraxis umgesetzt.

den. Die Konzepte zur Dekubitusprophylaxe (s. Fallbeispiel) müssen in der Praxis überprüft werden, um die Theorie zu bestätigen, zu vervollständigen oder zu widerlegen (► Abb. 3.1).

3.1.3 Theorieentwicklung

Da Pflegetheorien einzelne oder eine bestimmte Gruppe von Phänomenen der Pflegepraxis beschreiben und erklären, gibt es grundsätzlich 2 Herangehensweisen der Theorieentwicklung:

Induktive Methode

Bei dieser Methode ist der Ausgangspunkt der Theoriebildung ein bestimmtes Phänomen, das im pflegerischen Arbeitsalltag wiederholt beobachtet und beschrieben wird. Aus diesen einzelnen Beobachtungen werden dann verallgemeinernde, abstrakte Gesetzmäßigkeiten abgeleitet, die durch den Austausch mit den am Pflegeprozess beteiligten Personen und dem Erkennen von Zusammenhängen erklärt werden und eine allgemeine Gültigkeit erhalten.

Fallbeispiel

Frau Müller war Patientin auf der Intensivstation und hatte während dieser Zeit starke Schlafstörungen wegen der vielen Nebengeräusche durch technische Geräte. Herr Paul hatte auf der Intensivstation ebenfalls Schlafstörungen wegen der Unruhe durch pflegerische Interventionen am Nachbarpatienten. Herr Schmid hatte in diesem Kontext Schlafstörungen wegen der lauten Gespräche der Pflegekräfte auf der Station. Als Schlussfolgerung kann festgehalten werden, dass der Schlaf bei Patienten auf der Intensivstation aufgrund der insgesamt hohen Geräuschbelastung gestört ist.

Die induktive Methode der Theorieentwicklung hat allerdings auch ihre Grenzen. Der theoretische Rückschluss aus dem in der Praxis beobachteten Phänomen lässt sich nicht immer auf alle Einzelfälle übertragen. Beispielsweise hatte Frau Karl auf der Intensivstation keine Schlafstörungen, da sie es gewohnt ist, in einer geräuschvollen Umgebung zu schlafen, und sie diesen hohen Geräuschpegel eher als beruhigend empfunden hat. Die Schlussfolgerung trifft auf Frau Karl nicht zu.

Deduktive Methode

Bei der deduktiven Methode ist der Ausgangspunkt der Theoriebildung nicht die Pflegepraxis, sondern die Verknüpfung theoretischer, allgemeingültiger Aussagen/Konzepte oder eine bereits bestehende Theorie. Indem einzelne Aussagen miteinander in kausale Beziehung gesetzt werden, lassen sie Rückschlüsse auf den Einzelfall in der Pflegepraxis zu.

Fallbeispiel

Patienten mit schweren Schluckstörungen sind aufgrund der Aspirationsgefahr pneumoniegefährdet (Aussage 1). Frau Tessler hat eine schwere Schluckstörung nach einem Schlaganfall (Aussage 2). Deshalb ist Frau Tessler pneumoniegefährdet (Rückschluss).

Da es in den Anfängen der Pflegewissenschaft kaum Pflegetheorien gab, wurden Theorien anderer Fachdisziplinen, z. B. die „Theorie der menschlichen Motivation“ von dem Psychologen A. Maslow, für die Entwicklung von Pflegetheorien herangezogen und auf den pflegerischen Kontext übertragen. Die auf diese Weise entstandenen Theorien hatten einen hohen Abstraktionsgrad und ließen sich nicht ohne Weiteres auf die alltägliche Pflegepraxis übertragen.

3.1.4 Klassifikation der Pflegetheorien

Um die Vielzahl an Pflegetheorien zu ordnen und sich einen Überblick zu verschaffen, wurden verschiedene Ordnungs- bzw. Klassifikationssysteme entwickelt, die Pflegetheorien nach übereinstimmenden Merkmalen in unterschiedliche Gruppen einteilen. Die Interessenschwerpunkte der einzelnen Klassifikationssysteme sind dabei sehr unterschiedlich. Eine in der Fachliteratur häufig verwendete Systematisierung stammt von der amerikanischen Pflegewissenschaftlerin Afaf Meleis (1985). Sie teilt Pflegetheorien in die folgenden 3 Kategorien bzw. Denkschulen ein:

- **Bedürfnismodelle:** Die Bedürfnisse des Patienten stehen im Mittelpunkt (z. B. Theorien von Henderson, Roper und Orem). „Was ist Pflege?“
- **Interaktionsmodelle:** Die Wechselbeziehung zwischen Patient und Pflegeperson sowie der dadurch maßgeblich beeinflusste Pflegeprozess stehen im Mittelpunkt (z. B. Theorien von Peplau, King und Orlando). „Wie wird Pflege gelebt?“

- **Ergebnismodelle:** Das Ergebnis pflegerischen Handelns steht im Mittelpunkt (z. B. Theorien von Levine, Rogers und Roy). „Zu welchem Zweck soll gepflegt werden?“

1997 ergänzt Meleis noch eine weitere Kategorie:

- **Humanistische Modelle:** Der zwischenmenschliche Dialog und die Fürsorge stehen im Mittelpunkt (z. B. Theorien nach Paterson und Zderad).

Eine andere Methode der Systematisierung von Pflege-theorien ist die Differenzierung nach dem jeweiligen Abstraktionsgrad. Der Abstraktionsgrad meint in diesem Zusammenhang die Beziehung zwischen der beobachteten, realen Pflegepraxis und der theoretisch konstruierten Wirklichkeit von Pflege. Walker und Avant teilen Pflege-theorien in die folgenden 4 Kategorien ein (► Abb. 3.2):

1. **Metatheorien:** Diese haben den höchsten Abstraktionsgrad und beziehen sich weniger auf Fragen der Pflegepraxis, sondern beschäftigen sich mit Themen wie z. B. der Entwicklung und Aufgaben von Theorien allgemein.
2. **Globale Theorien (grand theories):** sehr abstrakte Theorien, die versuchen das Wesen und die Ziele der Pflege allgemein zu beschreiben. Wegen des hohen Abstraktionsgrades sind sie wissenschaftlich nicht überprüfbar und nur im allgemeinen Sinne auf die Pflegepraxis übertragbar (z. B.: Selbstpflegedefizit-Theorie von Dorothea Orem [S.87]).
3. **Theorien mittlerer Reichweite (middle-range theories):** weniger abstrakte Theorien, die sich auf ein spezifisches Phänomen der Pflege beziehen

und nur vereinzelt Konzepte anbieten. Sie lassen sich wissenschaftlich überprüfen und besser in die Praxis integrieren (z. B.: Theorie des systemischen Gleichgewichts für eine familien- und umweltbezogene Pflege von Marie-Luise Friedemann).

4. **Praxisnahe Theorien (narrow-scope theories):** konkrete Theorien, die einen kleinen Ausschnitt von Pflege beschreiben und für die Erreichung eines Ziels detaillierte pflegerische Interventionen darlegen. Diese können leicht in die Praxis übertragen werden können, z. B. in Form von Pflegestandards.

Merke

Je niedriger der Abstraktionsgrad einer Pflege-theorie ist, desto besser kann sie in der Pflegepraxis umgesetzt und angewandt werden. Ebenso ist eine wissenschaftliche Überprüfung möglich, die in dem spezifischen Geltungsbereich das Pflegewissen erweitern und die Pflegequalität steigern kann.

3.1.5 Ausgewählte Pflege-theorien

Den Grundstein für die Entwicklung von Theorien legte Florence Nightingale (► Abb. 3.3). 1859 wurde ihr Werk „Notes on Nursing“ veröffentlicht, das sich intensiv mit dem Zusammenhang zwischen Umgebung und deren Auswirkungen auf die Gesundheit beschäftigte. Sie war die erste Theoretikerin, die Pflege als eigenständigen Bereich neben der Medizin betrachtete. Ihren Bemühungen ist es zu

verdanken, dass Pflegepersonen zur damaligen Zeit eine Ausbildung für ihre pflegerischen Aufgaben erhielten. Weitere Theorien ließen fast 100 Jahre auf sich warten.

Nachfolgend werden einige ausgewählte Pflege-theorien vorgestellt. Sie veranschaulichen, dass sich die einzelnen Theorien sowohl untereinander befruchten (Bedürfnisse bei Henderson, Roper und Juchli) als auch immer neue Aspekte der Pflege (Transkulturelle Pflege von Leininger) untersuchen und beschreiben.

Ausgewählt wurden die Theorien, die im deutschsprachigen Raum am häufigsten angewandt bzw. diskutiert werden und deshalb eine hohe Praxisrelevanz haben.

Virginia Henderson

Virginia Henderson gilt als „Urmutter“ der Pflege-theorien. Sie war eine der ersten Pflegepersonen, die mit ihrer Theorie Anfang 1950 in den USA an die Fachöffentlichkeit trat und die Krankenpflege als eigenständige Berufsgruppe – gleichberechtigt mit den anderen Berufsgruppen – betrachtete. Mit ihren Arbeiten wollte sie einen grundlegenden und gezielten Beitrag zum Aufgabenfeld der Pflege leisten. Darüber hinaus war es ihr wichtig, den Kranken nicht nur während des Krankheitsprozesses zu betreuen, sondern auch die Ursache der Krankheit – durch z. B. eine Veränderung der Lebensgewohnheiten – zu bekämpfen.

Gerade die im deutschsprachigen Raum häufig genutzten Theorien von Roper und Juchli lassen sich auf Henderson zurückführen. ► Tab. 3.1 zeigt die 3 Modelle im Vergleich.

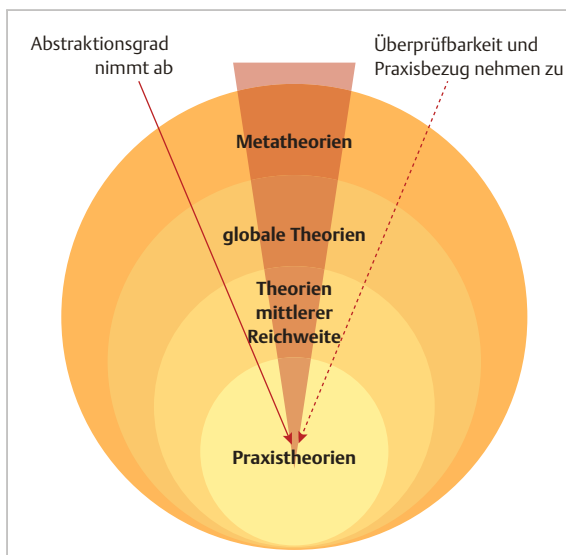


Abb. 3.2 Typologie von Pflege-theorien (mod. nach Walker u. Avant 1998). Die unterschiedlichen Ebenen der Theoriebildung sind eng miteinander verbunden und beeinflussen sich gegenseitig.



Abb. 3.3 Florence Nightingale.

Tab. 3.1 Modelle im Vergleich.

14 Grundbedürfnisse des Menschen nach Henderson	12 Lebensaktivitäten (LA) nach Roper, Logan, Tierney (veränderte Reihenfolge)	12 Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) nach Juchli (veränderte Reihenfolge)
1. Normal atmen	Atmen	Atmen
2. Angemessen essen und trinken	Essen und Trinken	Essen und Trinken
3. Körperausscheidungen beseitigen	Ausscheiden	Ausscheiden
4. Bewegung und angemessene Körperhaltung bewahren	Sich bewegen	Sich bewegen
5. Ruhen und Schlafen	Schlafen	Wach sein und schlafen
6. Auswahl angemessener Kleidung sowie aus- und ankleiden	Sich sauber halten und kleiden	Sich waschen und kleiden
7. Körpertemperatur im Normalbereich halten	Regulieren der Körpertemperatur	Körpertemperatur regulieren
8. Körper sauber halten; Pflege und Schutz der Haut	s. oben (Sich sauber halten und kleiden)	s. oben (Sich waschen und kleiden)
9. Gefahren der Umgebung sowie Gefährdung anderer vermeiden	Für eine sichere Umgebung sorgen	Sich sicher fühlen und verhalten
10. Kommunizieren mit anderen zum Austausch von Emotionen, Meinungen und Sorgen	Kommunizieren	Kommunizieren
	Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten	Kind, Frau, Mann sein
11. Ausübung des eigenen Glaubens		Sinn finden im Werden – Sein – Vergehen
12. Einer Arbeit nachgehen, die ein Gefühl von Zufriedenheit erzeugt	Arbeiten und Spielen	Raum und Zeit gestalten – arbeiten und spielen
13. An verschiedenen Arten der Erholung teilnehmen	s. oben (Arbeiten und Spielen)	s. oben (Raum und Zeit gestalten – arbeiten und spielen)
14. Neugierde, Entdeckung und Lernen ermöglichen, die die Gesundheit fördern	s. oben (Arbeiten und Spielen)	s. oben (Raum und Zeit gestalten – arbeiten und spielen)
	Sterben	s. oben (Sinn finden im Werden – Sein – Vergehen)

Die 14 Grundbedürfnisse

Henderson baut ihre Theorie auf den Grundbedürfnissen des Menschen auf, deren Befriedigung das Überleben sichern. Diese 14 Grundbedürfnisse bilden den Kern ihrer Theorie. Sie betreffen jeden Menschen und decken damit alle Bereiche ab, in denen Pflege tätig werden kann. In ► Tab. 3.1 sind die 14 Grundbedürfnisse aufgelistet.

Menschenbild

Für Henderson ist jeder Mensch ein Individuum, das aus einer untrennbaren Einheit zwischen Körper und Geist/Gefühl besteht. Deshalb strebt ein Mensch nach körperlichem und emotionalem Gleichgewicht. Die oben erwähnten Grundbedürfnisse sind allen Menschen – ob krank oder gesund – eigen. Die Art, diese Grundbedürfnisse zu befriedigen, ist jedoch bei jedem Menschen unterschiedlich. Als untrennbare Einheit sieht Henderson auch den Patienten und seine Familie, soziale Beziehungen und Umgebung an.

Aufgaben der Pflege

Pflege wird immer dann erforderlich, wenn ein Patient – abhängig von seinem Gesundheitszustand – seine Grund-

bedürfnisse nicht mehr allein bzw. selbstständig erfüllen kann. Diese betrifft Menschen jeden Alters, die aus physischen Gründen (z. B. ein gebrochenes Bein), aber auch aus psychischen Gründen (z. B. Depression nach Verlust des Lebenspartners) oder sozialen Umständen (z. B. Mangelernährung aufgrund von Armut) der Unterstützung bedürfen. Auch ein würdevolles Sterben benötigt Pflegeleistung als Begleitung.

Die Pflege hilft dabei, die Grundbedürfnisse des Patienten zu befriedigen: „Die Pflegeperson soll in die Haut ihrer Patienten schlüpfen, um zu ermitteln, was sie brauchen. Sie ist somit zeitweilig das Bewusstsein des Bewusstlosen, der Lebenswille des Suizidgefährdeten, das Bein des Amputierten, die Augen des gerade Erblindeten, ein Mittel der Fortbewegung für den Bewegungsunfähigen, Wissen und Vertrauen für die junge Mutter, das Sprachrohr für jene, die zu schwach oder zu gehemmt sind, um zu sprechen usw.“ (Steppe 1990).

Darüber hinaus ist die Pflege dafür zuständig, die medizinische Betreuung durch geeignete Pflegemaßnahmen zu unterstützen. Dafür ist es notwendig, dass die Pflegeperson einen schriftlichen Plan für jeden Kranken ausarbeitet, um den oben beschriebenen Aufgaben auch gerecht werden zu können. Obwohl der

Pflegeprozess (S.111) erst später in Erscheinung trat, hatte Henderson bereits wichtige Elemente von diesem bei ihrer Arbeit verwendet. Darum lässt sich die Theorie auch sehr gut auf den Pflegeprozess übertragen und veranschaulichen.

Pflegerische Interventionen

Richtschnur für jede Pflegehandlung ist die Sicht des Patienten: Pflegehandlungen müssen so erbracht werden, wie es der Patient selbst getan hätte, wenn er dazu in der Lage gewesen wäre. Deshalb reicht der eigene subjektive Eindruck der Pflegeperson für die Beurteilung des Zustandes des Patienten nicht aus. Vielmehr müssen der Patient und seine Familie bei der Entscheidung der angemessenen Pflegemaßnahmen miteinbezogen werden (► Abb. 3.4). Ziel jeder Pflegehandlung ist es, die Gesundheit des Menschen so schnell wie möglich wiederherzustellen bzw. so weit wie möglich zu erhalten.

- **Unabhängigkeit des Patienten.** Der Grad der Unabhängigkeit des Patienten steht in engem Zusammenhang mit
- seiner aktuellen Situation,
 - dem gegenwärtigen physischen und psychischen Zustand und
 - den Einflussfaktoren der Umwelt.



Abb. 3.4 Richtschnur für pflegerische Handlungen ist die Sicht des Patienten. Der subjektive Eindruck der Pflegenden reicht nicht aus, um den Zustand beurteilen zu können. (Foto: K. Oborny, Thieme)

Auf diese Gegebenheiten muss die Pflege bei ihrer unterstützenden Tätigkeit Rücksicht nehmen.

Roper, Logan und Tierney

Die von Nancy Roper, Winifred Logan und Alison Tierney entwickelte Theorie ist eine der bekanntesten Pflegetheorien in Deutschland. Sie basiert auf Arbeiten von Nancy Roper, die sie 1976 vorstellte und anschließend mit Winifred Logan und Alison Tierney weiterentwickelte. Diese Theorie wurde von ihnen unter dem Titel „Elemente der Krankenpflege“ 1980 veröffentlicht. Bedeutend war, dass dieser Theorie ein Modell des Lebens zugrunde lag.

Die Krankenpflege war über viele Jahrzehnte überwiegend krankheitsorientiert ausgerichtet. Sie hatte der engen Verzahnung von Gesundheit und Krankheit, die durch die Lebensgewohnheiten der einzelnen Menschen bedingt ist, wenig Beachtung geschenkt. Orientiert am Gedanken der Gesundheitserhaltung basiert diese Pflegetheorie dagegen auf einem eigenen Lebensmodell (Roper 1993).

Modell des Lebens

Das Modell des Lebens besteht aus 5 zentralen Konzepten:

1. Lebensaktivitäten (LA)
2. Lebensspanne
3. Abhängigkeits-Unabhängigkeits-Kontinuum
4. Faktoren, die die LA beeinflussen
5. Individualität im Leben

Lebensaktivitäten (LA)

Die Lebensaktivitäten sind der Dreh- und Angelpunkt des Lebensmodells. Um das komplexe Phänomen „Leben“ vereinfacht darzustellen, liegt diesem Modell die Annahme zugrunde, dass das Leben aus einer Reihe von Aktivitäten besteht. Diese sind nicht isoliert, sondern beeinflussen sich gegenseitig und stehen damit in einer engen Wechselbeziehung.

Die Lebensaktivitäten sind eine übergeordnete Bezeichnung für viele weitere Aktivitäten, die, wenn sie alle Beachtung fänden, uns aber kein handhabbares Modell liefern würden. Darum wird in diesem Modell von folgenden 12 LA ausgegangen:

1. Für eine sichere Umgebung sorgen
2. Kommunizieren
3. Atmen
4. Essen und Trinken
5. Ausscheiden
6. Sich sauber halten und kleiden
7. Regulieren der Körpertemperatur
8. Sich bewegen
9. Arbeiten und Spielen
10. Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten
11. Schlafen
12. Sterben

Lebensspanne

Von der Empfängnis bis zum Tod werden wir mit den o.g. Aktivitäten konfrontiert. Darüber hinaus verändert sich der Mensch während seines Lebens fortwährend.

Roper teilt die Lebensspanne in verschiedene Stadien ein. Diese reichen vom pränatalen Stadium über das Säuglingsalter, Kindheit, Adoleszenz, Erwachsenenalter bis hin zum Stadium des Alters. Die Kenntnisse über die Entwicklungen in den einzelnen Stadien lassen deren Eigenheiten und Unterschiedlichkeit sofort erkennen und machen angemessenes Handeln möglich. In der Pflege führte die Kenntnis der Lebensspanne mit ihren Besonderheiten zu einer fachlichen Spezialisierung, wie z. B. der Kinderkrankenpflege oder der Altenpflege.

Abhängigkeits-Unabhängigkeits-Kontinuum

Das Konzept des Abhängigkeits-Unabhängigkeits-Kontinuums besagt, dass jeder Mensch sich bei jeder Aktivität zwischen den Polen der völligen Abhängigkeit und der völligen Unabhängigkeit bewegt. Je nach Alter kann ein Mensch bestimmte Lebensaktivitäten noch nicht (Neugeborene) oder nicht mehr (z. B. nach einem Schlaganfall) unabhängig ausführen. Allerdings ist selbst im Erwachsenenalter eine völlige Unabhängigkeit nicht immer gegeben (z. B. durch Blindheit).

Gründe dafür können sowohl geistige oder körperliche Behinderung sowie Unfallfolgen oder Faktoren sein, die die Lebensaktivitäten beeinflussen.

Faktoren, die die LA beeinflussen

Roper, Logan und Tierney benennen 5 Faktoren, die maßgeblichen Einfluss auf die LA haben. Die Faktoren stehen in enger Wechselwirkung miteinander, die hier nur für ein besseres Verständnis isoliert beleuchtet werden:

► **Körperliche Faktoren.** Sie beziehen sich auf die anatomischen und physiologischen Gegebenheiten des Menschen.

► **Psychologische Faktoren.** Sie beinhalten einerseits die intellektuellen und erkenntnistätigen (kognitiven) Fähigkeiten, andererseits aber auch die Fähigkeit zu Gefühlen.

► **Soziokulturelle Faktoren.** So werden diejenigen Faktoren bezeichnet, die sowohl die religiösen, ethischen und damit kulturellen Aspekte beinhalten als auch die Rolle und Stellung, die der Einzelne in der Gesellschaft innehat.

► **Umgebungsabhängige Faktoren.** Hierunter werden Faktoren zusammengefasst, die z. B. das Klima, die geografische Lage und den unmittelbaren Lebensraum des Menschen betreffen.

► **Sozioökonomische Faktoren.** Dazu gehören die finanziellen Mittel des Einzelnen bis hin zu denen eines ganzen Landes, aber auch die politische Ordnung eines Landes. Diese äußert sich z. B. in Pressefreiheit, Unterdrückung von Minderheiten, Bildung oder sozialen Verpflichtungen.

Individualität im Leben

Die 4 bisher vorgestellten Konzepte fußen auf einem weiteren Konzept des Modells: der Individualität im Leben. Jeder Mensch führt im Grunde dieselben Lebensaktivitäten aus, die individuelle Ausformung der LA wird aber maßgeblich durch den Grad der Unabhängigkeit, den Standort in Bezug auf die Lebensspanne sowie durch die oben beschriebenen Faktoren geprägt.

Merke



Die Individualität ergibt sich nach Roper, Logan und Tierney aus dem **Wie** der einzelnen LA, dem **Wo** und dem **Warum** sowie dem **Wissen**, der Haltung gegenüber den einzelnen LA.

Pflegemodell

Roper, Logan und Tierney verfolgen mit ihrem Pflegemodell das Ziel, Pflegepersonen einen Rahmen zu geben, in dem sie mithilfe des Pflegeprozesses den Bedürfnissen des Patienten entsprechen können. Das Pflegemodell beruht auf den Konzepten des Lebensmodells und beinhaltet dementsprechend die nachfolgend genannten Konzepte (» Abb. 3.5):

- Lebensaktivitäten (LA)
- Lebensspanne
- Abhängigkeits-Unabhängigkeits-Kontinuum
- Faktoren, die die LA beeinflussen
- individualisierte Krankenpflege

Lebensaktivitäten

Die Lebensaktivitäten stehen – wie schon bei dem Modell des Lebens – im Mittelpunkt des Pflegemodells. Der Pflege obliegt die Aufgabe, alle aktuellen oder potenziellen Probleme, die im Zusammenhang mit den LA bei einem Patienten auftreten, zu erfassen. Ihre Aufgabe ist nicht nur die Lösung oder Linderung der damit im Zusammenhang stehenden Nöte, sondern auch deren Vermeidung. Probleme entstehen i. d. R., wenn der Patient die LA nicht mehr in der gewohnten Art und Weise vollbringen kann.

Die Gründe dafür können in der Veränderung der Umgebung (Einweisung ins Krankenhaus) liegen oder durch Krankheitsfolgen hervorgerufen werden. Aber

auch eine Änderung des Grades an Abhängigkeit bzw. Unabhängigkeit kann die Ursache sein. Bei der Problemerkennung sollte immer auch die Wechselbeziehung der einzelnen LA Beachtung finden. Ein Patient, der mit einer Beckenfraktur im Bett liegt, hat nicht nur Probleme mit der Bewegung, sondern z. B. auch bei der Körperpflege, beim An- und Auskleiden oder bei der Nahrungsaufnahme.

Die Lebensaktivitäten sind ähnlich wie die Bedürfnisse des Menschen nicht ganz gleichwertig. Oberste Priorität haben sicher die LA, die zum Leben notwendig sind, z. B. die LA Atmen. Die anderen LA unterliegen jedoch keiner Rangfolge.

Merke

Die Pflegenden müssen die Lebensaktivitäten erkennen, die für den Patienten in der aktuellen Situation am wichtigsten sind.



Lebensspanne

Für die Planung und Ausführung angemessener Pflegemaßnahmen ist auch die Lebensspanne zu berücksichtigen. Für einen schulpflichtigen Jugendlichen ist die LA Arbeiten möglicherweise nicht so wichtig wie für einen Erwachsenen, der im Berufsleben steht und evtl. krankheitsbedingt nicht mehr berufstätig sein kann.

Das Wissen um die Besonderheiten der einzelnen Lebensstufen sollte immer berücksichtigt werden, da der Bedarf an Pflege in jeder Lebensstufe eintreten kann.

Abhängigkeits-Unabhängigkeits-Kontinuum

Auch das Abhängigkeits-Unabhängigkeits-Kontinuum ist mit den LA stark verwoben. Die Abhängigkeit in den einzelnen LA kann z. B. durch Krankheit, Behinderung, Alter entstehen. Deshalb ist bei jedem Pflegebedürftigen zuerst der Grad der Unabhängigkeit in den einzelnen LA zu erheben. Daraufhin sind Maßnahmen zu planen, die notwendig sind, um das festgelegte Ziel (Unabhängigkeit) zu erreichen.

Ein gutes Urteilsvermögen der Pflegenden ist besonders wichtig. Es ist zu berücksichtigen, dass Abhängigkeit vorübergehend (z. B. durch eine Fraktur), aber auch dauerhaft sein kann. Die Pflege kann damit den Patienten zur Unabhängigkeit in den LA führen oder den Patienten unterstützen, seine Abhängigkeit zu akzeptieren.

Faktoren, die die LA beeinflussen

Neben den vorangegangenen Bestandteilen sind auch die 5 Einflussfaktoren – die im Modell des Lebens beschrieben sind – eng mit den LA verbunden. Sie sind maßgeblich für den individuellen Umgang mit den LA verantwortlich. Wie ein Diabetiker mit der LA Essen und Trinken umgeht, ist u. a. von seiner körperlichen Verfassung (körperliche Faktoren), von seinem Wissen bezüglich Diät (kognitiven Faktoren) oder dem von ihm eingeräumten Stellenwert bzgl. seiner Ernährung (soziokulturelle Faktoren) usw. abhängig.

Individualisierte Krankenpflege

Das 5. Segment, die individualisierte Krankenpflege, ist aus der Individualität im Leben abgeleitet. Roper, Logan und Tierney verstehen unter individualisierter Krankenpflege, die auf den individuellen Patienten abgestimmte Anwendung des Pflegeprozesses (S. 111) mit den 4 Schritten

- Einschätzung,
- Planung,
- Durchführung und
- Auswertung.

Liliane Juchli

Die katholische Ordensschwester Liliane Juchli hat zweifellos viele Generationen von Pflegenden im deutschsprachigen

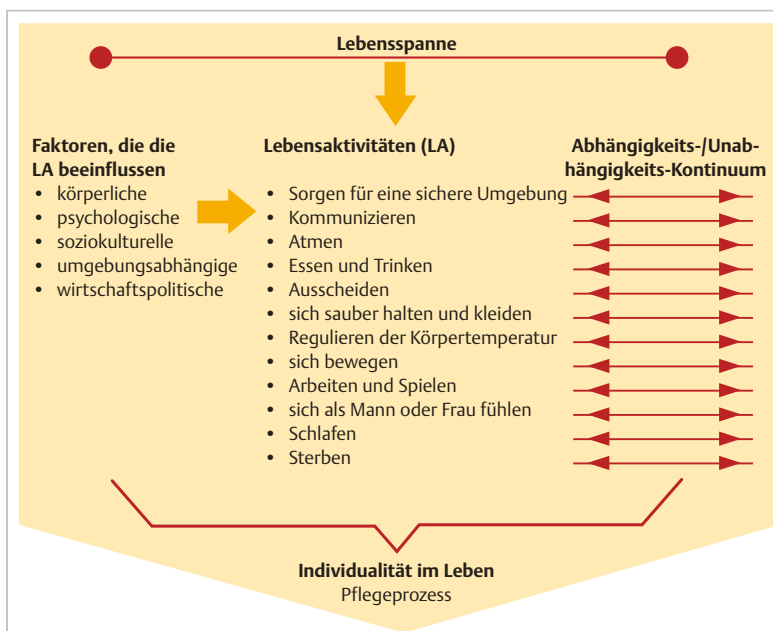


Abb. 3.5 Pflegemodell. Das Modell von Roper beruht auf 5 Konzepten, die eng miteinander verbunden sind.

Raum in ihrer beruflichen Orientierung geprägt. Über Jahre hinweg war das Buch „Pflege“ von Liliane Juchli das Standardwerk der Pflegeausbildung. Juchli betont, dass Pflege als Profession beides ist: „Chance und Auftrag, Möglichkeit und Anforderung“ (Juchli 1994).

Modell gesunder Lebensführung

Merke

Für Juchli beschränkt sich die Krankenpflege nicht auf die Pflege der Kranken, sondern schließt auch die Pflege der Gesunden mit ein. Gesundheitspflege beinhaltet, die Gesundheit des Einzelnen zu erhalten und zu fördern sowie Krankheiten vorzubeugen. Krankenpflege schließt auch eine Begleitung in Krisensituationen ein. Pflege ist somit ein Zusammenwirken von Gesundheits- und Krankenpflege.

Die Pflege kranker Menschen ist für Juchli nur möglich, wenn Wissen und Reflexion über Gesundheit vorhanden sind. Das Modell der „Aktivitäten des täglichen Lebens“, das das Kernelement von Juchlis Theorie ist, lässt sich von den Prinzipien der Gesundheitserhaltung ableiten.

Aktivitäten des täglichen Lebens

Das ATL-Konzept bildet einen theoretischen Bezugsrahmen, der den Zusammenhang zwischen Gesundheitsförderung und Pflege voraussetzt.

Leben ist durch verschiedene Aktivitäten gekennzeichnet; diese Aktivitäten können auch als Lebensart oder Lebensführung bezeichnet werden. Anders ausgedrückt sind Aktivitäten Bedürfnisse, die regelmäßige (tägliche) Befriedigung benötigen. Aus diesem Grund werden sie als Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) bezeichnet (Juchli 1994). Dies sind im Einzelnen:

1. Wach sein und schlafen
2. Sich bewegen
3. Sich waschen und kleiden
4. Essen und trinken
5. Ausscheiden
6. Körpertemperatur regulieren
7. Atmen
8. Sich sicher fühlen und verhalten
9. Raum und Zeit gestalten – arbeiten und spielen
10. Kommunizieren
11. Kind, Frau, Mann sein
12. Sinn finden im Werden, Sein, Vergehen

Die einzelnen ATL sind jedoch nicht isoliert zu betrachten. Sie greifen ineinander und sind voneinander abhängig. Damit ist eine gegenseitige Beeinflussung in positiver wie in negativer Hinsicht möglich. So können z. B. eine unzureichende Beschäftigung und Bewegung sowohl Verdauungs- als auch Schlafprobleme mit sich bringen.

► **Einflussfaktoren.** Die ATL unterliegen diversen Einflüssen. Juchli unterscheidet 4 Gruppen von Einflussfaktoren, die für eine ganzheitliche Sichtweise unerlässlich sind:

- körperliche Faktoren (anatomisch-physiologische Gegebenheiten, z. B. Beweglichkeit)
- seelisch-geistige Faktoren (z. B. Gemütszustand, Intelligenz)
- soziale, wirtschaftliche, kulturelle, politische sowie gesellschaftliche Faktoren (z. B. gesellschaftliche Normen, finanzielle Verhältnisse, Religion)
- ökologische Faktoren (z. B. Umweltbelastung)

► **Ebenen der ATL.** Juchli bezeichnet die ATL auch als Grundbedürfnisse, die in der „alltäglichen Wirklichkeit“ erfüllt werden wollen (1994). Sie teilt die Bedürfnisse (ATL) in 3 Ebenen ein, die teilweise ineinander übergehen (► Abb. 3.6):

1. physische Ebene
2. psychosoziale Ebene
3. geistige Ebene

Die Bedürfnisse der physischen Ebene, z. B. Atmen, müssen befriedigt sein, bevor andere Bedürfnisse zum Tragen kommen.

Die Bedürfnisse unterliegen einer gewissen Rangfolge, innerhalb deren jedes Individuum eigene Prioritäten setzt.

Fallbeispiel

Ein Raucher kann zwar dem Essen und der Bewegung große Bedeutung zumessen, seine Atmung und die Auswirkungen des Rauchens auf sein Herz-Kreislauf-System sind für ihn jedoch von untergeordneter Bedeutung.

Kategorien der Pflege

Juchli teilt die Pflege in 5 Kategorien ein.

► **1. Selbsthilfeanteile der Pflege.** In diesem Bereich ist die Pflege in Form von Anleitung und Förderung der Selbsthilfe des Patienten aktiv. Neben dem Anstoß und der Begleitung von Programmen zur Selbsthilfe geht es hier auch darum, dem Patienten Strategien und Möglichkeiten zur Bewältigung seiner Krankheit und Krisen aufzuzeigen.

► **2. Pädagogische Anteile.** Das (Weiter-) Leben mit einer Behinderung oder einer chronischen Krankheit ist ein wichtiger Entwicklungsprozess für den Patienten, der mit Patientenedukation unterstützt werden kann.

► **3. Ressourcenorientierte Anteile.** Pflege sollte nicht vom Kranken und damit von einem Defizit aus agieren, sondern

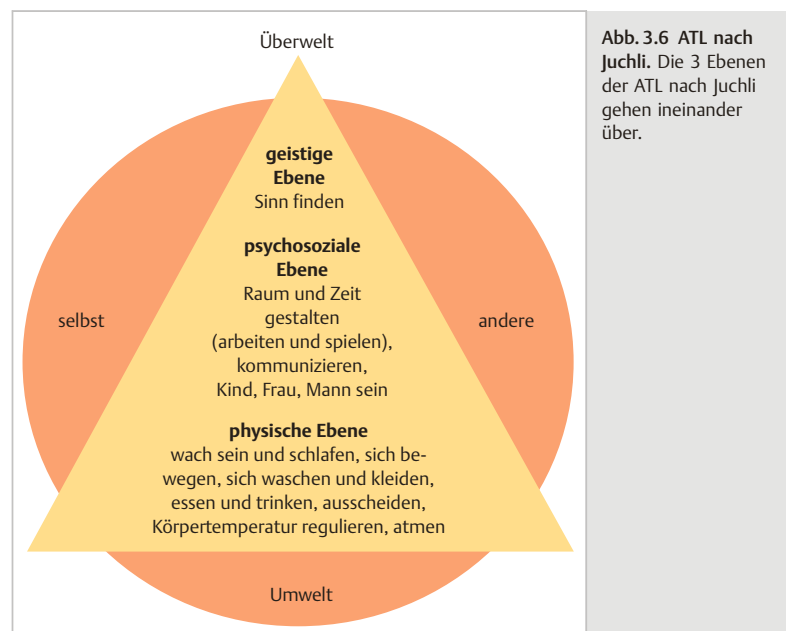


Abb. 3.6 ATL nach Juchli. Die 3 Ebenen der ATL nach Juchli gehen ineinander über.

vom Gesunden ausgehen. Ausschlaggebend ist der Blick darauf, was der Einzelne selbst dazu beitragen kann, um gesund zu bleiben (oder zu werden) bzw. wie er leichter mit seiner Krankheit umgehen kann. Dabei werden die Gesundheitsressourcen der Betroffenen aktiviert. Juchli betont, dass gerade dieser Bereich die kreativen Anteile der Pflege fördert.

► **4. Begleitung in Krisensituationen.** Die Begleitung von Menschen in schwierigen Situationen ist vielfältig, z. B. die Begleitung in der Angst, während der Krankheit oder der Beistand im Sterben. Für Juchli bedeutet Begleitung, Gegenpole zu setzen. Der Gegenpol von Angst ist die Hoffnung und das Vertrauen – der Gegenpol des Leidens ist die Freude. In dieser bewussten Form der Begleitung drückt sich für sie die Würde und Anerkennung des Menschen aus, wofür sich Pflege einzusetzen hat.

► **5. Unterstützung der ATL.** Hier geht es um die Unterstützung oder die völlige Übernahme der Aktivitäten des täglichen Lebens, um für den Pflegebedürftigen die lebenswichtigsten Grundbedürfnisse zu stillen.

Dorothea Orem

Orem begann mit der Entwicklung und Erprobung ihrer Theorie 1958, die sie 1971 unter dem Titel „Strukturkonzept der Pflegepraxis“ veröffentlichte. Mit ihrer Theorie stellte sie den Grad der Pflegebedürftigkeit in den Mittelpunkt pflegerischen Handelns. Dafür war es notwendig, eine eigene Fachsprache zu entwickeln, da die Pflege bisher immer nur in Zusammenhang mit Krankheit bzw. Krankheitsvermeidung betrachtet wurde.

Aus ihrer Theorie leiten sich folgende 3 Kernkonzepte ab, die für das pflegerische Handeln von Bedeutung sind:

- Selbstpflege
- Selbstpflegedefizit
- Pflegesystem

Selbstpflege

Merke

Das Konzept der Selbstpflege beschreibt die Fähigkeit der Menschen, selbst für ihre Gesundheit und ihr Wohlergehen zu sorgen.

Selbstpflegebedarf

Diese Fähigkeit muss allerdings erst erlernt werden. Um Gesundheit (körperlich und geistig) und Wohlergehen (Zufrieden-

heit, Glück, Selbstverwirklichung usw.) zu erreichen, bedarf es bewusster und zielgerichteter Handlungen. Die Selbstpflege beinhaltet also erlernte, zielgerichtete Handlungen, um den sog. Selbstpflegebedarf zu erfüllen.

Selbstpflegeerfordernisse

Der Bedarf an Selbstpflege ist von den Bedürfnissen des einzelnen Menschen abhängig. Die Bedürfnisse nennt Orem Selbstpflegeerfordernisse.

► **Allgemeine Selbstpflegeerfordernisse.** Allgemeine Selbstpflegeerfordernisse sind Bedürfnisse, die alle Menschen gleichsam haben und wie sie z. B. von Henderson (S.82) und dann von Juchli (S.85) aufgezählt und beschrieben werden.

► **Entwicklungsbezogene Erfordernisse.** Entwicklungsbezogene Erfordernisse tragen der Tatsache Rechnung, dass im Laufe des Lebens ein Entwicklungsprozess stattfindet und je nach Entwicklungsstand unterschiedliche Erfordernisse nötig sind.

► **Krankheitsbezogene Erfordernisse.** Wenn Menschen krank oder behindert sind und sich in medizinischer Behandlung befinden, entstehen krankheitsbezogene Selbstpflegeerfordernisse.

Der Selbstpflegebedarf eines jeden Menschen ergibt sich also aus den Selbstpflegeerfordernissen.

Selbstpflegekompetenz

Die Fähigkeit des Einzelnen, dem Selbstpflegebedarf gerecht zu werden, bezeichnet Orem als Selbstpflegekompetenz.

Diese komplexe Fähigkeit wird im Laufe des Lebens erlernt und verfeinert. Die Selbstpflegekompetenz ist nicht immer gleich ausgeprägt, denn sie ist abhängig von Faktoren wie

- Alter, Geschlecht,
- Entwicklungsstand, Gesundheitszustand,
- soziokultureller Orientierung,
- Stand des Gesundheitswesens,
- familiären Bedingungen,
- Lebensstruktur, Umwelt,
- Verfügung über Ressourcen (Lauber 2012).

Selbstpflegeeinschränkung

Eine verminderte Selbstpflegekompetenz wird als Selbstpflegeeinschränkung bezeichnet. Orem nennt hierfür 3 Ursachen:

- begrenztes Vermögen, gezielte Handlungen durchzuführen
- unzureichendes Wissen und
- unzureichendes Urteils- und Entscheidungsvermögen

Selbstpflegedefizit

Die Selbstpflegeeinschränkungen führen dazu, dass die Selbstpflegekompetenz des Menschen nicht ausreicht, um den Selbstpflegebedarf zu decken. Dies führt zu einem Selbstpflegedefizit, das entweder alle Aspekte der Selbstpflege oder auch nur einzelne Aspekte betreffen kann.

Pflegesystem

► **Pflegekompetenzen.** Um den Patienten bei der Beseitigung seines Pflegedefizits zu unterstützen, muss eine professionelle Pflegeperson bestimmte Kompetenzen erwerben; siehe hierzu auch das Kapitel „Gesundheits- und Krankenpflege – Ausbildung und Beruf“ (S.37). Diese erstrecken sich von der Fähigkeit, angemessene Maßnahmen durchzuführen, über Wahrnehmungs- und Problemlösungskompetenzen bis hin zu sozialen Fähigkeiten. Durch eine den Bedürfnissen des Patienten entsprechende Pflegekompetenz ist es Pflegenden möglich, Selbstpflegedefizite zu erkennen und darauf angemessen zu reagieren.

Arten von Pflegesystemen

Der Schweregrad des Selbstpflegedefizits bestimmt, welches Pflegesystem zur Anwendung kommt. Orem unterscheidet 3 Arten von Pflegesystemen (► Abb. 3.7).

► **Vollständig kompensatorisches Pflegesystem.** Wenn ein Patient seine Selbstpflegemaßnahmen nicht mehr ausführen kann, übernimmt die Pflegeperson diese Aufgaben, z. B. bei bewusstlosen Patienten.

► **Teilweise kompensatorisches Pflegesystem.** Dieses setzt dann ein, wenn ein Pflegebedürftiger sein Selbstpflegedefizit noch teilweise selbst ausgleichen kann, z. B. noch allein essen kann, aber das Essen – durch die Pflegeperson – mit dem Messer zerkleinert werden muss.

► **Unterstützend-erzieherisches Pflegesystem.** Dieses System findet Anwendung, wenn der Patient seine Selbstpflegedefizite ohne pflegerische Hilfe befriedigen kann, aber noch gezielte Anleitung oder Beratung benötigt. Der Diabetiker erhält z. B. von der Pflegeperson Informationen und Hilfestellungen, wie er sich selbstständig mit Insulin versorgen kann.

Methoden der Pflegesysteme

In allen 3 Systemen können folgende Methoden zum Einsatz kommen, um den Pflegebedürftigen wieder in die Lage zu versetzen, seiner Selbstpflege eigenständig nachzukommen:



Abb. 3.7 Pflegesysteme nach Orem. Der Schweregrad des Selbstpflegedefizits bestimmt, welches Pflegesystem zur Anwendung kommt.

- für den Pflegebedürftigen handeln
- den Pflegebedürftigen anleiten
- dem Pflegebedürftigen physische und psychische Unterstützung geben
- die Umgebung des Pflegebedürftigen so gestalten, dass sie der persönlichen Entwicklung förderlich ist und
- dem Pflegebedürftigen Wissen vermitteln

In dem unterstützend-erzieherischen Pflegesystem werden überwiegend die letzten 3 genannten Methoden Anwendung finden, während im teilweise kompensatorischen Pflegesystem alle Methoden zum Einsatz kommen.

Madeleine Leininger

Die amerikanische Pflegeprofessorin Madeleine Leininger hat sich intensiv mit der Pflege von Patienten aus anderen Kulturen beschäftigt. Bereits in den 1950er-Jahren hat sie als Krankenschwester beobachtet, dass die Pflege von Kindern in einer psychiatrischen Einrichtung nur erfolgreich war, wenn ihre kulturelle Prägung Berücksichtigung fand. Seit dieser Zeit verfolgte sie das Thema stetig weiter.

Im Rahmen ihrer Doktorarbeit untersuchte sie in den 1970er-Jahren u.a., welche Pflegehandlungen in Papua (Neuguinea) angewandt wurden. Die Untersuchung zeigte einen deutlichen Unterschied der pflegerischen und gesundheitsfördernden Maßnahmen zwischen den industrialisierten Ländern und denen bei Naturvölkern.

Die Ergebnisse ihrer Untersuchungen zeigten, dass nur eine auf die Kultur des Patienten abgestimmte Pflege effektiv ist. Auf dieser Grundlage entwickelte Leininger

ger die Theorie der Transkulturellen Pflege.

Theorie der Transkulturellen Pflege

► **Konzept der Fürsorge.** Kernkonzept ihrer Theorie und damit auch der Pflege ist für sie die Fürsorge oder Sorge (engl.: care). Ohne Fürsorge kann ein Kranker nicht gesund werden, ohne Fürsorge ist auch eine Gesunderhaltung nicht möglich. Denn Fürsorge ist die wichtigste Voraussetzung, um sich weiterzuentwickeln, Gesundheit zu erhalten oder um mit Krankheit oder Behinderung umzugehen.

Fürsorge findet ihren Ausdruck in einer unterstützenden und fördernden Verhaltensweise. In jeder Pflegehandlung tritt sie in verschiedener Form wie z.B. durch Nähe, Beistand, Mitgefühl, Trost, Bestätigung, Vertrauen in Erscheinung.

Diese Verhaltensweise zum Wohle anderer findet sich in jeder Kultur wieder; nur die Art und Weise, wie dies geschieht, ist in den verschiedenen Kulturen unterschiedlich.

Sunrise-Modell

Um ihre Theorie für die Praxis darstellbar zu machen, entwarf Leininger das „Sunrise-Modell“. Den Namen erhielt das Modell, weil die Darstellung der verschiedenen Elemente und Einflussfaktoren an eine aufgehende Sonne erinnert (► Abb. 3.8).

► **Einflussfaktoren.** Der äußere Halbkreis des Modells bildet die Klammer um die eigene Weltanschauung, die durch kulturelle und soziologische Einflüsse geprägt

ist. Diese Einflussfaktoren lassen sich grob unterscheiden in

- Werte und Lebensweisen,
- verwandtschaftliche und soziale Aspekte,
- religiöse und philosophische Prägungen,
- politische und gesetzliche Faktoren sowie
- wirtschaftliche und technologische Faktoren bildungsbedingter Standards.

Durch diese Einflüsse werden Muster und Methoden der Fürsorge bzw. ein Verständnis von Gesundheit und Wohlbefinden entwickelt. Pflegerelevante Entscheidungen und Maßnahmen, die Personen aus anderen Kulturkreisen betreffen, bewegen sich immer im Spannungsfeld zwischen den Lebenswelten der pflegenden und der zu pflegenden Person. Die Werte der Pflegeperson in Bezug auf Gesundheit und Wohlbefinden (professionelles bzw. formelles Pflegesystem) treffen auf die Werte der zu pflegenden Person (generisches bzw. informelles Pflegesystem). Aus der Schnittmenge zwischen dem formellen und informellen Pflegesystem ergibt sich laut Leininger die professionelle Pflege.

► **Pflegerische Interventionen.** Bei der Pflege ausländischer Patienten lassen sich nach Leininger 3 Funktionen kulturspezifischer Fürsorge unterscheiden.

► **Bewahrungs- und/oder Erhaltungsfunktion.** Die eigene Fürsorgevorstellung des Patienten wird in der Gesundheitseinrichtung berücksichtigt, z.B. der Einsatz von Heilern in englischen Krankenhäusern.

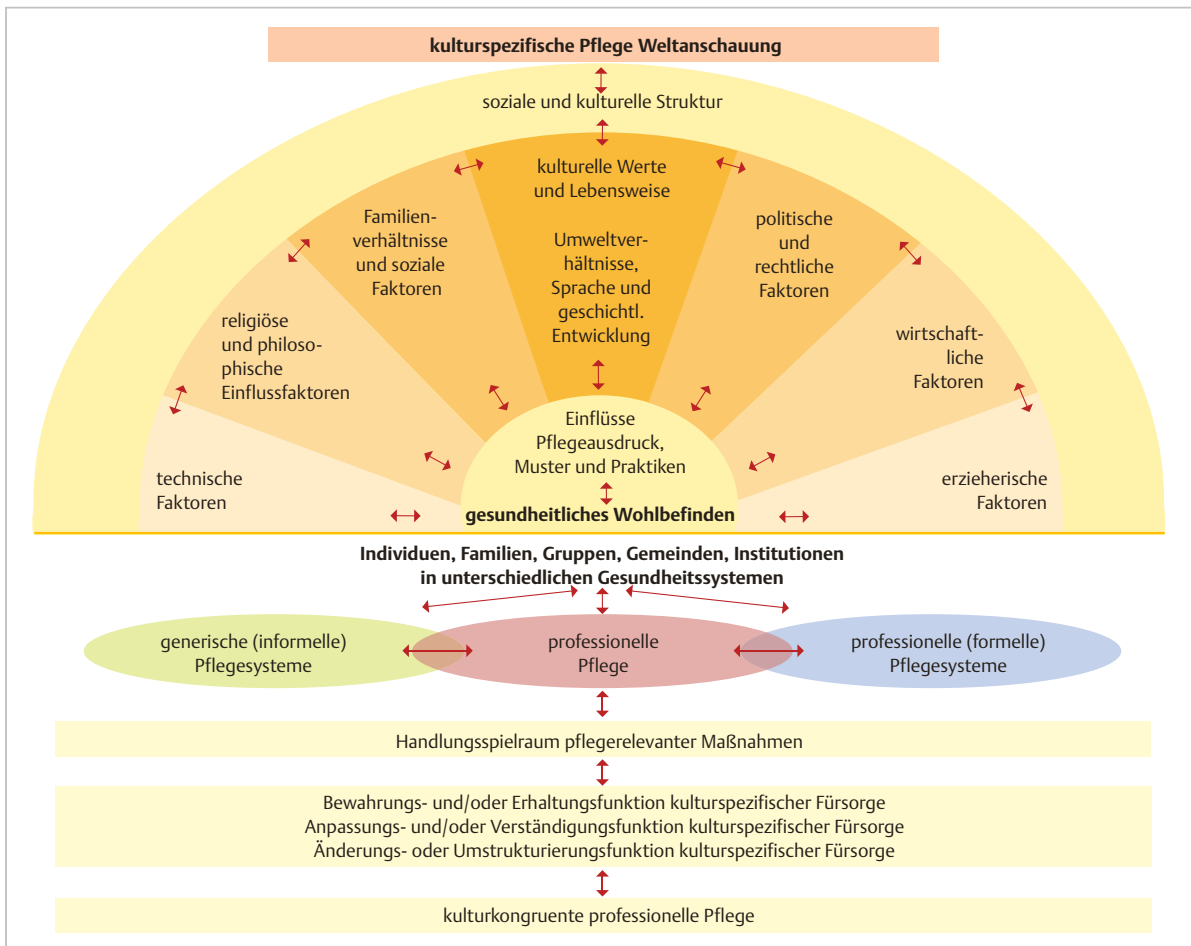


Abb. 3.8 Sunrise-Modell nach Leininger. Modell zur Darstellung der Theorie der kulturspezifischen Fürsorge. (Abb. nach: Leininger MM. Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege. Lambertus. Freiburg im Breisgau 1998)

► **Anpassungs- und/oder Verständigungsfunktion.** Die eigene Fürsorgevorstellung des Patienten kann nur teilweise in der Gesundheitseinrichtung berücksichtigt werden, z.B. Einhaltung von Besuchszeiten bzw. Anzahl der Besucher.

► **Änderungs- oder Umstrukturierungsfunktion.** Die eigene Fürsorgevorstellung des Patienten verhindert einen Behandlungserfolg, z.B. rituell verabreichte Speisen und Getränke oder vorgeschriebene Handlungen, die den Gesundungsprozess gefährden.

Nach Leininger kann eine kulturkongruente Pflege nur durch die Berücksichtigung der oben genannten Vorgehensweisen erfolgen.

► **Aktuelle Relevanz der Theorie.** Als Beispiel für die Bedeutung von Leiningers Theorie der Transkulturellen Pflege kann die seit 2015 bestehende Flüchtlingsproblematik herangezogen werden. Mit der wachsenden Zahl an Menschen, die aus Syrien, Albanien oder Afghanistan nach Deutschland kommen, steigt auch die Zahl der zu behandelnden Patienten in

den Kliniken aus diesen Herkunftsländern. Um eine professionelle pflegerische Versorgung für diese Menschen zu gewährleisten, müssen u. a. soziale, religiöse, politische oder wirtschaftliche Aspekte im Pflegehandeln berücksichtigt werden.

Fallbeispiel

Ein 16-jähriger Mann aus Eritrea ist als Flüchtling nach Deutschland gekommen. Bei der Überquerung des Mittelmeers ist das Boot, auf dem er sich befand, gekentert und er musste mehrere Stunden im offenen Meer schwimmen, bis er von den Rettungskräften geborgen wurde. Aktuell befindet er sich mit einer schweren Pneumonie in einem Münchener Krankenhaus. Bis jetzt sind keine Angehörigen bekannt und er versteht und spricht nur Afar (Nationalsprache). Er wirkt sehr verängstigt, hat die Mahlzeiten bislang nicht angerührt und lehnt jede Unterstützung bei der Körperpflege ab.

3.1.6 Bedeutung von Pflegetheorien für die Pflegepraxis

Die Blütezeit der Pflegetheorien liegt bereits mehr als 40 Jahre zurück und das Thema scheint in den vergangenen Jahren zunehmend in Vergessenheit geraten zu sein. Da liegt die Frage nahe, welche Bedeutung Pflegetheorien heute noch für die Pflegepraxis haben. Wie zu Beginn erwähnt dienen sie der Beschreibung und Erklärung von Phänomenen in der Pflegepraxis. Darüber hinaus bilden sie einen strukturellen Rahmen für ein gemeinsames Pflegeverständnis und ermöglichen aus einer einheitlichen Perspektive heraus, Situationen im Arbeitsalltag zu analysieren und pflegerische Interventionen abzuleiten. Auf diese Weise kann pflegerisches Handeln begründet, reflektiert und ritualisierte bzw. überholte Pflegemaßnahmen identifiziert werden.

Dieser theoretische Rahmen macht Pflegeleistungen transparent und sichert einen spezifischen Wissensbestand für die Pflegeausbildung und -praxis.

Merke

„Der sich formende Rahmen einer professionellen Praxis fordert das Betreuungsteam mehr denn je zu einer eigenständigen, anleitenden, beratenden, gesundheitsfördernden und rehabilitierenden ‚Haltung‘ auf. Theorie untermauert und begründet diese Erweiterung der Verantwortung“ (Neumann-Ponesch 2014).

3.1.7 Zukunft der Pflege-theorien

Pflege-theorien sind keine einmalig definierten, unumstößlichen Gesetzmäßigkeiten (S.80), sondern müssen bezüglich ihrer Gültigkeit immer wieder einer Realitätsprüfung unterzogen werden. Die soziokulturellen und demografischen Entwicklungen beeinflussen und verändern maßgeblich das pflegerische Handlungsfeld. Um theoriegeleitetes, wissenschaftlich fundiertes Pflegehandeln zu gewährleisten, ist es wichtig, die bestehenden Pflege-theorien zu evaluieren, anzupassen bzw. weiterzuentwickeln und neue Theorien zu generieren.

Für die Weiterentwicklung der Pflege-theorien ist eine enge Zusammenarbeit von Pflegepraxis und Pflegewissenschaft zwingend erforderlich. Nur gemeinsam können die im pflegerischen Alltag bedeutenden Phänomene identifiziert und theoretisch strukturiert werden. Auf dieser Basis lassen sich dann Forschungsfragen ableiten, die durch wissenschaftliche Studien das pflegerische Fachwissen erweitern und die Qualität der Pflege verbessern können.

Merke

„[...] wenn die Pflegepraxis von der Theorie profitieren soll, dann muss sie im Zusammenhang mit den Menschen entwickelt werden, die praktische Pflegearbeit leisten. Die Menschen, die Forschung betreiben und Theorien entwickeln, sehen die Theorie in einem anderen Licht, wenn sie die Wirklichkeit der Praxis in ihre Überlegungen einbeziehen“ (Chinn u. Kramer 1996).



3.2 Pflegewissenschaft und -forschung

Hermann Brandenburg, Erika Sirsch, Frank Weidner

Wenn man Pflegende in der Praxis fragt, was sie über Pflegewissenschaft denken, dann erhält man i.d.R. kontroverse und widersprüchliche Antworten. Die einen sind ablehnend und sagen, dass sich die Pflege mit Wissenschaft und Forschung eigentlich gar nicht auseinandersetzen sollte. Dies würde nur dazu führen, dass man sich vom eigentlichen Anliegen der Pflege entfernen würde. Befürchtet wird der Verlust von vertraut gewordenem Wissen, von althergebrachten Handlungsmustern durch systematische Reflexion und kritische Überprüfung. Dies ist von Axmacher (1991) treffend als „Heimatverlust“ der Krankenpflege bezeichnet worden.

Andere Pflegende äußern sich zustimmend und meinen, dass Pflegewissenschaft einen Beitrag zur Professionalisierung der Pflege leisten könnte und sie in die Lage versetzen wird, mit den Ärzten und anderen Berufsgruppen auf gleicher Augenhöhe zu diskutieren. Erwartet wird hier ein identitätsstiftender Schub, den die Verwissenschaftlichung für die gesamte Disziplin entwickeln kann (Weidner 1999b).

Beide Haltungen überschätzen die Entwicklung der Pflegewissenschaft. Weder ist die Pflegewissenschaft gegenwärtig in der Lage, die hohen Erwartungen zu erfüllen, noch wird sie die genannten Befürchtungen bestätigen. So kann trotz der wachsenden Zahl an Studienplätzen und Absolventen pflegewissenschaftlicher Stu-

diengänge noch keine Rede von einer breiten Landschaft der Pflegeforschung in Deutschland sein – obgleich es ermutigende Ansätze gibt. Insgesamt gesehen ist also im Hinblick auf die Chancen und Gefahren, die von einer Verwissenschaftlichung der Pflege ausgehen, mehr Nüchternheit angebracht.

► **Kernfragen.** Im Hinblick auf die Pflegewissenschaft und Pflegeforschung interessiert eine Reihe von Fragen (► Abb. 3.9):

- Wie hat sich die Pflegewissenschaft in Deutschland historisch entwickelt?
- Wie ist der aktuelle Stand einzuschätzen?
- Welche Methoden werden in der Pflegeforschung eingesetzt?
- Und die Gretchenfrage: Wozu überhaupt Pflegewissenschaft und Pflegeforschung?

Wir möchten Ihnen unsere Antwort auf diese Fragen in 2 Teilen geben.

3.2.1 Pflegewissenschaft und -forschung I (Gegenstand, Entwicklung, Theorien)

Überblick

Inhalte

1. **Informationen und Hintergründe:** Zunächst sollen Informationen und Hintergründe dafür geliefert werden, welchen Beitrag die Pflegewissenschaft zur Pflegepraxis leisten kann und was eigentlich unter diesem Forschungsgebiet zu verstehen ist. Unsere Absicht ist es – auch und gerade für Personen, die sich mit Wissenschaft noch nicht beschäftigt haben –, die Notwendigkeit von Pflegewissenschaft herauszuarbeiten.
2. **Gegenstandsbereiche der Pflegewissenschaft:** Verbunden damit ist die Klärung des Gegenstandsbereichs der Pflegewissenschaft und der sie leitenden Fragestellungen. Diese grundlegenden Fragen sind für die Begründung und Legitimation von Pflegewissenschaft bedeutsam.
3. **Geschichte der Pflegewissenschaft/ akademische Pflegebildung:** Ein Blick in die Geschichte der noch jungen deutschen Pflegewissenschaft kann verdeutlichen, welche Schwierigkeiten und Probleme überwunden werden mussten, damit sich die Pflegewissenschaft an Fachhochschulen und Universitäten entwickeln konnte. Die Tatsache, dass mittlerweile 41 duale (ausbildungsintegrierend) und 9 additive Pflegestudiengänge (Voraussetzung:

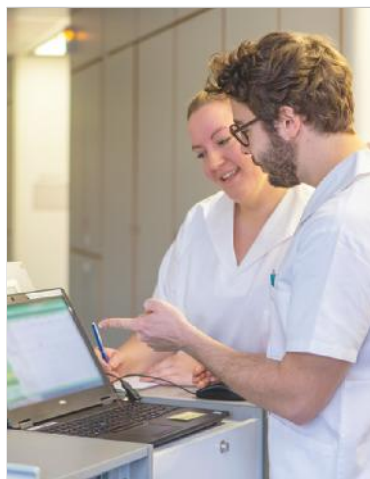


Abb. 3.9 Pflegewissenschaft und Pflegeforschung sind Teile der Praxisdisziplin Pflege. (Foto: K. Oborny, Thieme)

abgeschlossene Pflegeausbildung) existieren, kann als kleine Erfolgsgeschichte angesehen werden (Heyelmann 2015).

4. **Theorieentwicklung:** Schließlich geht es um Theorieentwicklung. Viele von Ihnen haben bereits einmal von Henderson, Orem oder Leininger gehört. Die Grundlagen dieser heute als „Grand Theories“ bezeichneten Ansätze werden ausführlich im Kapitel „klassische Pflegetheorien“ (S.80) gewürdigt, der Bezug zur Forschung soll bereits an dieser Stelle unseres Beitrags betont werden.

Definition

Die **Pflegewissenschaft** beschäftigt sich mit zentralen pflegerischen Themen und beschreibt als übergeordneter Begriff die Disziplin Pflege.

In Abgrenzung zur Pflegewissenschaft beschäftigt sich die **Pflegeforschung** im engeren Sinne mit der Sammlung empirischer Befunde und setzt dazu standardisierte oder nicht standardisierte Verfahren ein.

Ziele

Dieses Kapitel („Pflegewissenschaft und -forschung I“) soll Interesse für die Pflegewissenschaft als Teil der Praxisdisziplin Pflege wecken. Ein Verständnis für die Chancen, die diese Entwicklung bietet, soll grundgelegt werden. Dabei möchten wir die Leser auch zur Beschäftigung mit Fragen der Theorie anregen. Weiterführende Hinweise zur Forschung (Forschungsprozess und Methoden) sowie ausgewählte Befunde der Pflegeforschung werden im Teil „Pflegewissenschaft und -forschung II“ vorgestellt (S.98).

Autorin und Autoren

Unsere Position ist nicht (wert)neutral, denn wir sind als Lehrende und Forschende direkt an der Wissenschaftsentwicklung der Pflege beteiligt. Wir leisten einen aktiven Beitrag für den Aufbau und die Weiterentwicklung der ersten pflegewissenschaftlichen Fakultät an einer Universität im deutschsprachigen Raum, die an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar (PTHV) etabliert wurde. Hermann Brandenburg hat dort 2007 den Lehrstuhl für Gerontologische Pflege übernommen. Erika Sirsch ist 2015 als Lehrstuhlinhaberin für das Fach „Akutpflege“ an die Hochschule berufen worden. Und Frank Weidner hatte von Anfang an den Lehrstuhl für „Pflegewissenschaft“ inne, ist gleichzeitig seit vielen Jahren Direktor des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP) in Köln. Wir sind in der Forschung ausgewiesen und arbeiten zurzeit auch an gemeinsamen Projekten.

Pflegewissenschaft und Pflegepraxis

Am Anfang steht also die Frage: Warum überhaupt Wissenschaft und Forschung in der Pflege? Man kann dafür eine Reihe von Gründen nennen. Der Wichtigste ist sicherlich der, dass durch die Entwicklung einer Pflegewissenschaft und die damit einhergehenden Untersuchungen und Studien letztlich eine Verbesserung der Qualität der Pflege erzielt werden soll und kann. Die Pflegewissenschaftlerin Kirkevold (2002) hat hierfür 5 Gründe genannt (► Abb. 3.10):

1. Der Praxis zur Sprache verhelfen
2. Darstellung klinischer Problemstellungen, Phänomene und Fragen
3. Entwicklung und Überprüfung forschungsbasierter Pflegeverfahren

4. Entwicklung und Überprüfung von Instrumenten, Skalen und Dokumentationen zur Erleichterung der Praxis
5. Die Praxis in einen gesellschaftlichen, philosophischen und kulturellen Kontext einfügen

Zunächst klingen diese Gründe recht abstrakt. Aber im Grunde geht es um die Wechselwirkungen zwischen Pflegewissenschaft und -praxis. Sehen wir uns die Aspekte im Einzelnen an.

Der Praxis zur Sprache verhelfen

Dies bedeutet, dass die Pflegewissenschaft Impulse für die Weiterentwicklung der Praxis dadurch setzen kann, indem z.B. das implizite Wissen, über das erfahrene Pflegepersonal verfügt, sichtbar gemacht und artikuliert wird. Vor allem die langjährig Pflegenden verfügen über ein umfangreiches Wissen, das gar nicht oder nur ansatzweise transparent ist und weitergegeben wird. Es ist wichtig und hilfreich, diesen Wissensfundus zugänglich zu machen und damit Handlungsweisen und Interaktionsformen zu identifizieren, die eine „gute Pflege“ kennzeichnen.

Wie könnte dies aussehen? Kirkevold et al. (1993) haben mit der Methode des „schriftlichen Erzählens“ die Erfahrungen von Pflegenden mit Psoriasis-Patienten und Patienten mit atopischem Ekzem dokumentiert. Im Ergebnis wurden bestimmte Pflegestrategien bei der Bewältigung der Krankheiten herausgearbeitet, die sich als nützlich erwiesen hatten. So haben z.B. Pflegenden Patienten zu sinnvollen Aktivitäten ermutigt, die deren Lebensperspektive als „Hauptpatient“ erweiterten und verhinderten, dass die Krankheit das Leben unnötig eingrenzt. Wichtig war es auch, dass die Patienten den Umgang mit bestimmten Hilfsmitteln direkt

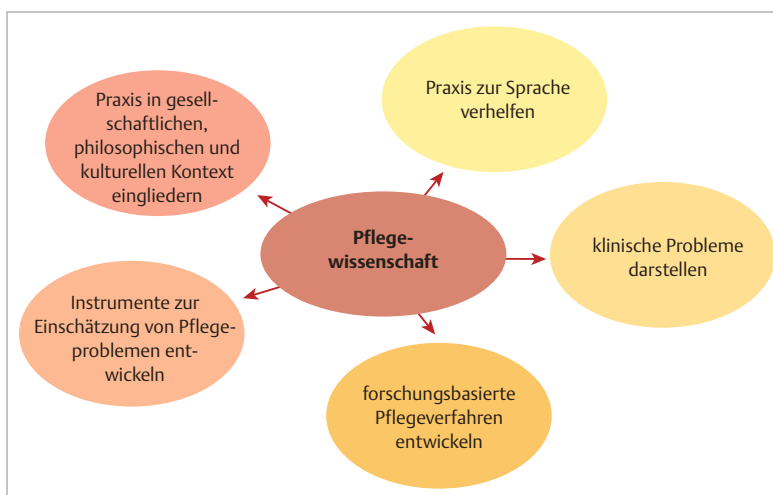


Abb. 3.10 Aufgaben der Pflegewissenschaft. Im Zentrum steht die Frage, welchen Beitrag die Pflegewissenschaft für die Praxis leisten kann (nach Kirkevold 2002).

auf der Station praktizierten und dazu von den Pflegenden beraten und angeleitet wurden.

Sinn und Zweck dieser Forschung ist es, zu beschreiben und zu analysieren, wie Pflegende ihre Tätigkeit ausüben, um damit zur „Logik der Praxis“ vorzudringen. Dies kann hilfreich sein, um eine Grundlage für die Reflexion der bestehenden Praxis zu ermöglichen.

Darstellung klinischer Probleme, Phänomene und Fragen

Bei der Darstellung klinisch relevanter Themen ist es wichtig, sich auf bestimmte Pflegephänomene zu konzentrieren. So interessieren sich Pflegende für unterschiedliche Themen, z. B. welche Auswirkungen ein implantierter Defibrillator auf die tägliche Lebensbewältigung eines Patienten hat (Wanke u. Herrmann 2014) oder welchen Belastungen alte Menschen bei Fixierungen ausgesetzt sind und welche Alternativen es zur Sturzprophylaxe gibt (Köpke 2016). Derartiges Wissen kann Pflegende für die spezifischen Bedürfnisse ihrer Patienten sensibilisieren. Darauf aufbauend kann eine Pflegeplanung erstellt werden, die dem tatsächlichen Bedarf des Patienten entspricht.

Ähnliche Beispiele finden sich bereits bei Käppeli (2000), die in ihren Arbeiten die Komplexität von Pflegesituationen durch die Analyse von Pflegephänomenen (z. B. Immobilität, Schlafstörungen, Selbstpflegedefizit) erfasst.

Merke

Das Ziel dieser Forschung besteht darin, mithilfe von Befragungen und Interviews für eine konkrete Problemstellung des Patienten eine bessere Einsicht und ein größeres Verständnis herzustellen.

Entwicklung und Überprüfung forschungsbasierter Pflegeverfahren

In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass der Bezug auf Erfahrungswissen in der Pflege sinnvoll sein kann – aber seine Grenzen hat. Einerseits ist es wichtig, die vorhandene klinische Expertise zu schätzen, andererseits darf sie aber auch nicht überschätzt werden. Dies wird besonders deutlich im Bereich der klinischen Pflegeforschung. Hier geht es um bestimmte Pflegeinterventionen, etwa bezogen auf Injektionsarten, Wundversorgung, präoperative Entspannungsübungen oder Patientenedukation usw.

Fallbeispiel

Das klassische Beispiel für diesen Bereich ist nach wie vor die Dekubitusprophylaxe und -therapie. Diesbezüglich gab es bis vor Kurzem keine abgesicherten Pflegemaßnahmen, sondern diese konnten erst durch experimentelle Forschung herausgearbeitet werden. Aufgrund der Studienergebnisse wissen wir heute, wie ein Dekubitus zu behandeln ist – und welche Maßnahmen unangemessen sind.

Ausdrücklich wird etwa davon abgeraten, Pasten, Salben und Cremes anzuwenden, die die Haut verschließen (etwa Vaseline, Melkfett oder Zinkpaste). Ebenso wenig ist es sinnvoll, Alkohol oder Franzbranntwein einzusetzen oder zur Methode „Eisen und Föhnen“ zu greifen; letztere Praxis gilt heute mittlerweile als Kunstfehler, da die Durchblutung nicht verbessert, eine Keimverschleppung erhöht und insgesamt dem Patienten damit geschadet wird. Sinnvolle Methoden der Dekubitusprophylaxe sind z. B. systematische Risikoeinschätzungen, Maßnahmen der Druckentlastung, hautschonende Bewegungs-, Lagerungs- und Transfertechniken sowie Bewegungspläne (Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege 2010, Bartoszek u. Sirsch 2017).

Mithilfe forschungsbasierter Pflegeverfahren kann es gelingen, einen Konsens über gute Methoden und Praktiken zu erzielen und unwirksame oder sogar schädliche Pflegetechniken und Pflegeinterventionen zu reduzieren. Wenn Pflegende in Zukunft – stärker als bisher – als Sachverständige, etwa bei der Prüfung von Pflegebedürftigkeit, eingesetzt werden, dann ist gerade der letzte Aspekt von besonderer Bedeutung bei der Erstellung entsprechender Gutachten.

Entwicklung und Überprüfung von Instrumenten, Skalen und Dokumentationen

► **Assessmentinstrumente.** Assessmentinstrumente ermöglichen die Erfassung, Einschätzung und Bewertung von Pflegesituationen (S. 153). Durch die systematische Fokussierung auf definierte Sachverhalte, Verhaltensweisen oder Merkmale können pflegerische Beobachtung und Diagnostik unterstützt werden (Reuschenbach u. Mahler 2011). Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) befasst sich intensiv mit diesen zentralen Pflege Themen und veröffentlicht regelmäßig geeignete Instru-

mente. Aktuelle Empfehlungen und Informationen des DNQP finden Sie u. a. im Internet unter: <https://www.dnqp.de/de/dnqp/expertenstandards-und-audit-instrumente/>

► **Pflegewissenschaft und Assessmentinstrumente.** Aufgabe der Pflegewissenschaft ist es, die wissenschaftliche Güte von Assessmentinstrumenten zu belegen. So werden z. B. die Reliabilität (Zuverlässigkeit) und die Validität (Gültigkeit) von Assessmentinstrumenten getestet oder die Nutzbarkeit englischsprachiger Instrumente im deutschsprachigen Raum überprüft (Reuschenbach u. Mahler 2011, Behrens u. Langer 2016).

Die patientennahe Anwendung und die Interpretation der gewonnenen Daten und Informationen erfordern von klinisch tätig Pflegenden Wissen und fachliche Kompetenz. Ein alleinistehender „Wert“ aus einer Einschätzung ist meist nicht aussagekräftig. Erst wenn dieser „Wert“ in einen für Patienten relevanten Kontext gesetzt wird, kann daraus pflegerische Diagnostik abgeleitet werden. So ist selbst die Einschätzung von Schmerz davon abhängig, wie der Patient diesen Befund bewertet und wie er seine individuelle Schmerzakzeptanz bewertet.

Geschieht dies nicht, ist auch ein reliables und valides Assessmentinstrument wenig nutzbringend oder kommt erst gar nicht zur Anwendung (Klostermann u. Isfort 2014, Sirsch et al. 2015).

In den USA hat man im Bereich der Langzeitpflege ein standardisiertes Assessmentinstrument eingeführt, das „Resident Assessment Instrument (RAI)“, das mithilfe von ca. 250 Items die Gesamtsituation von Heimbewohnern weitgehend gültig und zuverlässig ermitteln kann (Brandenburg 2009, Grebe u. Brandenburg 2015).

► **Pflegedokumentationen.** Assessments sind Bestandteil von Pflegedokumentationen (► Abb. 3.11). Dabei ist zu beachten, dass aufgrund der Vorgaben des Medizini-

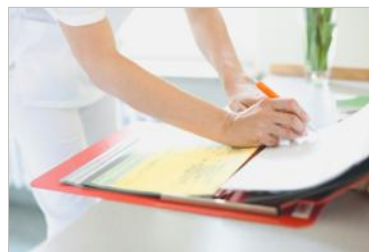


Abb. 3.11 Pflegedokumentation. Die zeitnahe, lückenlose und fachlich korrekte Dokumentation zählt zu den zentralen pflegerischen Aufgaben. (Foto: A. Fischer, Thieme)

schen Dienstes der Krankenversicherung sehr viele Informationen und Abläufe dokumentiert werden (müssen) – oft jedoch ohne genaues Konzept und z.T. auch lückenhaft oder missverständlich. Gerade Berufsanfänger sind z.T. unsicher, welche Aspekte der Pflege in welcher Form erfasst und dokumentiert werden müssen. Die vorhandenen Dokumentationssysteme weisen nicht selten gravierende methodische, inhaltliche und organisatorische Mängel auf (Höhmman et al. 1996, BMFSFJ 2006). Das „Handbuch für die Pflegeleitung“ des BMFSFJ 2007 bietet bei Unsicherheiten in der Dokumentation eine gute Hilfestellung. Auch das „Strukturmodell“ von Martina Roes zeigt Möglichkeiten zur strukturierten Informationssammlung auf.

Merke

Die genannten „Hilfsmittel“ dienen dazu, mit der Unterstützung wissenschaftlich abgesicherter Verfahren eine bessere Einschätzung von Defiziten und Kompetenzen bei Patienten zu ermöglichen. Damit kann auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit durch gemeinsame Bewertung und vereinfachte Kommunikation über Patientenbedürfnisse verbessert werden.

Pflegepraxis in einen Kontext einfügen

In den vorherigen Abschnitten ging es um die Frage, wie bestimmte Konzepte, Ergebnisse und Verfahren die Praxis beeinflussen können. Nachfolgend soll mithilfe von Pflege-theorien/Pflegemodellen unter Hinzunahme der Pflegephilosophie geklärt werden,

- was das Ziel der Pflege ist,
- was eine gute bzw. kompetente Pflegeperson charakterisiert und
- wie sich das Verhältnis von Theorie und Praxis darstellt.

Diese abstrakten und übergeordneten Perspektiven stellen eine Grundlage dar, die für die Begründung der eigenen Praxis unverzichtbar ist.

Pflegewissenschaft als Handlungsfeld der Pflege

Wie die ► Abb. 3.12 zeigt, ist die Pflegewissenschaft ein zentrales Handlungsfeld der Disziplin Pflege. Jedes Handlungsfeld hat seine eigenen Praxis- und Handlungsbegriffe, die sich bezüglich der entsprechenden Akteure wie folgt beschreiben lassen:

- **Pflegepraktiker** (Pflegefachkräfte) sind unmittelbar mit der Pflege und Betreuung von Patienten beschäftigt.
- **Pflegepädagogen** sind z. B. in Aus-, Fort- und Weiterbildungsstätten beschäftigt, aber auch in der Patientenberatung und -schulung.
- **Pflegemanager** führen und leiten z. B. stationäre und ambulante Einrichtungen, v. a. in Krankenhäusern, Pflegeheimen und Sozialstationen.
- **Pflegewissenschaftler** übernehmen z. B. lehrende, forschende, begutachtende, aber auch beratende Tätigkeiten im Pflege- und Gesundheitswesen.

Die Handlungsfelder stehen untereinander in vielfältiger Wechselwirkung (Weidner 1999a).

Merke

In Bezug auf das Disziplinverständnis kann man von einer „Praxisdisziplin Pflege“ sprechen, „weil alle Teilbereiche selbst wiederum Handlungsfelder sind, die zunehmend auf eine gemeinsame explizite Bezugswissenschaft, die Pflegewissenschaft, zurückgreifen können“ (Weidner 1999b).

Bestandteile von Pflegewissenschaft

Der Begriff der Pflegewissenschaft ist in der Literatur nicht einheitlich definiert, man kann ihn jedoch als institutionalisierten Wissensfundus verstehen. Dieser besteht aus 4 Bereichen:

1. **Wissenschaftstheoretische Grundlagen:** d. h. Klärung, welche grundlegenden Positionen zur Bedeutung von Wissenschaft und Forschung in der Gesellschaft eingenommen werden, wie die Abgrenzung von anderen Wissenschaften begründet wird und wie das Verhältnis von Theorie und Praxis bestimmt werden kann.
2. **Theorien:** d. h. Beschreibungen und Erklärungen von dem, was Pflege ist, welche Faktoren sie beeinflussen und welche Auswirkungen sie hat
3. **Strategien und Methoden:** wie eine Fragestellung systematisch und intersubjektiv überprüfbar untersucht wird
4. **Empirie:** d. h. forschungsbasierte Ergebnisse zu den für die Pflegewissenschaft relevanten Fragestellungen

Dies bedeutet, dass eine Wissenschaft, und damit auch die Pflegewissenschaft, als ein System von Erkenntnissen und Positionen aufgefasst werden kann. Dabei gründet jede Wissenschaft auf bestimmten – häufig nicht mehr hinterfragten – Auffassungen darüber, was ihren Gegenstand im Sinne des eigenen Bereichs ausmacht, mit welchen Zugängen dieser erfasst werden soll und letztlich wie Erkenntnis und Wissen überhaupt möglich sind.

Merke

Wichtig ist der Hinweis, dass Forschung immer ein essenzieller Bestandteil von Wissenschaft ist, diese sich jedoch nicht darin erschöpft.

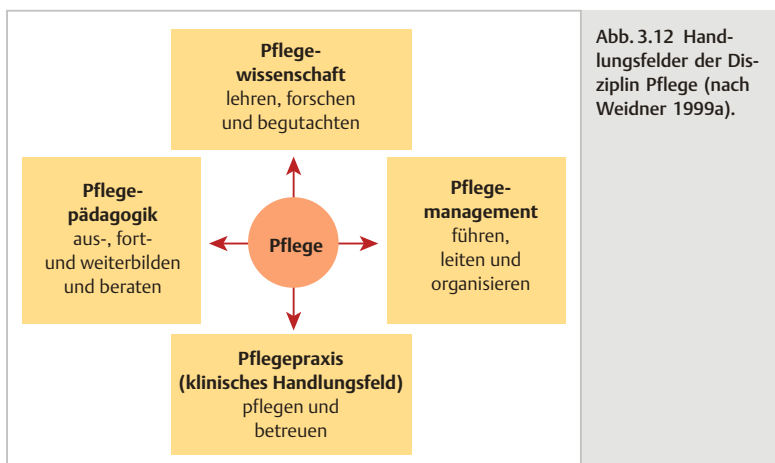


Abb. 3.12 Handlungsfelder der Disziplin Pflege (nach Weidner 1999a).

Gegenstandsbereiche der Pflegewissenschaft

Zu den Gegenstandsbereichen der Pflegewissenschaft zählen einerseits die Auswirkungen von Krankheit, Behinderung und Gebrechen auf die Alltagsgestaltung, also z. B. Pflegebedürftigkeit. Andererseits beschäftigt sich die Pflegewissenschaft mit der Wirkungsweise pflegerischer Intervention und fragt nach den Einflussfaktoren und Rahmenbedingungen „guter Pflege“, d. h. einer am Stand der Künste orientierten Pflegepraxis.

Forschungsfragen der Pflegewissenschaft

Im Kern ergeben sich daraus 3 Forschungsfragen (Bartholomeyczik 2011):

- Was „machen“ gesundheitliche Beeinträchtigungen mit den betroffenen Menschen?
- Wie kann diesen Menschen geholfen werden, unter diesen Prämissen das Leben zu bewältigen?
- Wie kann mit dieser Hilfe Gesundheit gefördert bzw. ein gelingendes Leben auch bei vorhandenen Einschränkungen unterstützt werden – bis zum Tode?

Diese Forschungsfragen lassen sich in verschiedenen inhaltlichen Bereichen differenziert verfolgen. Hierzu gehören rechtliche bzw. politische Rahmenbedingungen, organisatorische und institutionelle Aspekte sowie Fragen der Qualifikation und der Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Pflege.

Eine Gruppe von pflegewissenschaftlichen Experten hat im Kontext einer „Denkschrift“ folgende inhaltliche Felder als bedeutsam für die Pflegeforschung bezeichnet, die unter Bezugnahme auf ► Abb. 3.12 wiedergegeben werden (► Tab. 3.2):

- Pflegepraxis
- Pflegemanagement

- Pflegepädagogik
- Pflegepolitik als Teilbereich der Gesundheits- und Sozialpolitik
- historische Pflegewissenschaft

Die genannten Bereiche sind natürlich nicht exklusiv für die Pflegewissenschaft „reserviert“. So haben sich z. B. die Psychologen (aus dem Bereich der Arbeits- und Organisationspsychologie) intensiv mit Fragen der Belastung, der Überbeanspruchung von Pflegenden im Kontext pflegerischer Arbeitsbedingungen und auch mit bestimmten Pflegesystemen beschäftigt.

Entwicklung pflegewissenschaftlicher Leitfragen

Der entscheidende Aspekt ist also der, ob es der Pflegewissenschaft gelingt, eigene theoretisch begründete Leitfragen zu entwickeln, mit denen sie den genannten Gegenstandsbereich wissenschaftlich durchdringen und nützliche Antworten auf die Fragen der Handlungsfelder der Disziplin Pflege liefern kann. Beispiele für entsprechende Fragestellungen könnten – etwa in Bezug auf Pflegepraxis, Pflegemanagement und Pflegepädagogik – wie folgt aussehen:

- Welchen Beitrag leistet eine Pflegediagnostik bzw. ein Pflegeassessment (also eine systematische Einschätzung) für die Identifizierung von Ressourcen und Potenzialen einer selbstständigen Lebensführung?
- Welche Auswirkungen haben pflegerische Maßnahmen (z. B. direkte und indirekte Pflegehandlungen) auf das Wohlbefinden und den Gesundungsprozess des Patienten?
- Inwieweit erhöhen pflegetherapeutische Ansätze (z. B. Basale Stimulation) die Verständigung mit schwerstbehinderten Patienten?
- Wie müssen kommunikative Prozesse gestaltet werden, damit ein möglichst

hohes Ausmaß in der Zielerreichung bzw. Zielvereinbarung zwischen Pflegenden und Patienten möglich wird?

- In welcher Art und Weise kann eine Orientierung an Pflegemodellen/Pflegetheorien bei der inhaltlich-konzeptionellen Entwicklung von Lehrplänen in der Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege hilfreich sein?

Definition

Mit der nachfolgenden Definition soll der empirische Charakter der Pflegewissenschaft und damit die enge Verbindung zur Pflegeforschung konkretisiert werden. Zudem wird über die Definition das Aufgabenfeld herausgestellt, dem sich Pflegewissenschaft und Forschung zuwenden müssen.

Definition

Pflegewissenschaft ist eine empirisch orientierte Sozial- und Humanwissenschaft. Mit Blick auf die Grundlagenforschung beschäftigt sich die Pflegewissenschaft mit der (Weiter-)Entwicklung ihrer begrifflich-theoretischen und methodischen Grundlagen. Im Hinblick auf die angewandte Forschung interessieren v. a. Fragen der Intervention, d. h. der Veränderung (Verbesserung) von Pflegesituationen mithilfe pflegerischer Maßnahmen.

Die enge Verbindung von Grundlagenforschung und angewandter Forschung ist für die Pflegewissenschaft als Bestandteil einer praxisorientierten Disziplin essenziell. Dabei richtet sie ihre Forschungsfragen primär auf gesellschaftlich notwendige Fragestellungen der pflegerischen Versorgung und der Verbesserung der Pflegequalität.

Tab. 3.2 Gegenstandsbereich der Pflegeforschung (Robert-Bosch-Stiftung 1996)

Gegenstandsbereiche	Erläuterung
Pflegepraxis	• zentraler Bereich der Pflegewissenschaft • hier geht es v. a. um pflegerische Vorgänge, etwa die Effektivität von Pflegehandlungen, die angewandten Pflegemethoden sowie die Beziehungen zwischen Pflegenden und Patienten
Pflegemanagement	• Pflege als Organisation und Institution • inhaltlich bezieht sich dieser Bereich auf die Analyse, Gestaltung und Evaluation pflegerischer Einrichtungen und die Organisation der Pflege auch in Beziehung zu anderen Berufsgruppen und zum Versorgungssystem
Pflegepolitik als Teilbereich der Gesundheits- und Sozialpolitik	• Bildungsforschung in der Pflege • in diesem Zusammenhang steht die Analyse von Lehr- und Lernprozessen in Bereichen der beruflichen Bildung, der Theorie-Praxis-Transfer sowie rechtliche Grundlagen der Pflegeausbildungen und ihrer Verankerung im System der beruflichen Bildung im Vordergrund
Historische Pflegewissenschaft	• damit sind alle Fragen im Kontext der Identitätsbildung und Historie der Pflege bzw. der Pflegeberufe gemeint, etwa bezogen auf die Entstehung und Professionalisierung der Pflegeberufe sowie Aspekte der Rechtsstellung und Institutionalisierung ambulanter und stationärer Pflege

Merke

Gegenstände der Pflegewissenschaft sind pflegerische Phänomene, wie z. B. die Bedeutung und Auswirkung von Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit sowie die Bedingungen und Auswirkungen pflegerischer Interventionen.

Im Mittelpunkt des Interesses der Pflegewissenschaft stehen insbesondere der gesunde und der kranke Mensch bzw. der Mensch in besonderen Lebenssituationen in seinem Lebensumfeld. Auch Interaktionen zwischen Pflegeempfängern und Pflegenden, zwischen Pflegenden und Mitpflegenden sowie das pflegerische Handeln selbst sind wichtige Aspekte.

Aufgaben

Aufgaben der Pflegewissenschaft sind v. a. (Weidner 1999a; Brandenburg, Dorschner, Hülsken-Giesler 2018 [in Vorbereitung]):

- empirische Pflegeforschung
- Praxiserprobung und -umsetzung des gewonnenen Wissens (Theorie-Praxis-Transfer)
- Methodenentwicklung
- Theorieentwicklung sowie
- Wissensvermittlung

Kurze Geschichte der Pflegewissenschaft/akademische Pflegebildung

Anfänge der Pflegewissenschaft

Die Bestrebungen, Pflege zu akademisieren, begannen nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs. In Westdeutschland wurde damals auf amerikanische Anregung hin in Heidelberg der erste Versuch unternommen, die Qualifikation in der Pflege auf Hochschulebene zu verankern. Dieser und andere Versuche blieben jedoch bis Ende der 1980er-Jahre weitgehend erfolglos. Zuletzt gehörte hierzu der Modellversuch „LehrerInnen der Kranken- und Kinderkrankenpflege“, der von 1978 bis 1981 an der Freien Universität Berlin durchgeführt wurde. In der ehemaligen DDR hatten sich jedoch schon in den 1960er-Jahren mit den Studiengängen „Medizinpädagogik“ und „Diplom-Krankenpflege“ an der Humboldt-Universität in Berlin und der Martin-Luther-Universität in Halle-Wittenberg eine stärker pädagogisch-didaktische und medizinisch-naturwissenschaftliche Perspektive in der Pflegewissenschaft herausgebildet.

Erst in den 1980er-Jahren kam – ange-regt durch die Auslandserfahrung deut-

scher Pflegekräfte vorwiegend an englischen Hochschulen – eine Bewegung in Gang, die Pflegewissenschaft zu institutionalisieren. Am Anfang standen pflegewissenschaftliche Projekte zur Berufs- und Ausbildungssituation von Pflegenden, die vorwiegend nebenberuflich oder im Zusammenhang mit eigenen Qualifizierungsprojekten durchgeführt wurden. Entscheidend in dieser Phase war die Unterstützung durch die Robert-Bosch-Stiftung, die seit 1986 mit der Einrichtung der Förderschwerpunkte „Häusliche Pflege“ und „Neue Wege in der Alten- und Krankenpflege“ eine Projektförderung in größerem Rahmen ermöglichte.

Gründung des Agnes-Karll-Instituts

1991 wurde mit geringen finanziellen Mitteln das Agnes-Karll-Institut für Pflegeforschung des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe gegründet.

Einen weiteren Meilenstein in der Entwicklung der Pflegewissenschaft bildete eine Studie zum „Pflegeprozess am Beispiel von Schlaganfall-Patienten“, die durch das Bundesgesundheitsministerium finanziell unterstützt wurde und 1992 abgeschlossen werden konnte. Bedeutsam an dieser Studie war, dass hinter der antragstellenden Leiterin Krohwinkel kein etabliertes Forschungsinstitut stand, sondern „nur“ die Agnes-Karll-Stiftung und der Berufsverband DBfK.

Aufbau von Pflegestudiengängen

Ein weiterer wichtiger Schritt war die von der Robert-Bosch-Stiftung herausgegebene Denkschrift „Pflege braucht Eliten“ (Robert-Bosch-Stiftung 1993), die die Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege thematisierte und als Promoter des Aufbaus der Pflegestudiengänge in Deutschland angesehen werden kann.

Als wichtigster Schritt in diese Richtung kann der Aufbau von Studiengängen angesehen werden. Wobei diese sehr unterschiedliche Zielsetzungen verfolgen; gegenwärtig bestehen in Deutschland an Universitäten und Fachhochschulen etwa 150 Pflegestudiengänge an rund 80 Hochschulstandorten (www.pflegestudium.de) (► Abb. 3.13). Das Spektrum reicht von akademischen Ausbildungen auf Bachelor-niveau (Praxis, Management, Pädagogik) über Masterstudiengänge bis hin zur Promotionsmöglichkeit.

Publikationen und Kongresse

1996 erschien die bereits erwähnte Denkschrift „Pflegewissenschaft“ (Robert-Bosch-Stiftung 1996), die als eine Art



Abb. 3.13 Studium und Lehre. An Deutschlands Universitäten und Fachhochschulen gibt es zurzeit etwa 150 Pflegestudiengänge. (Foto: K. Oborny, Thieme)

Standortbestimmung der deutschen Pflegewissenschaft gelesen werden kann.

Bedeutsam für den Anschluss der deutschen Pflegewissenschaft an die internationale Theoriediskussion in der Pflege war der erste internationale Pflegetheoriekongress, der im April 1997 in Nürnberg stattfand. Auf diesem Kongress haben amerikanische und deutsche Pflegetheoretikerinnen ihre Theorien und Forschungsergebnisse vorgestellt.

Gegenwärtig können wir auf eine kleine Tradition von Pflegekongressen und Fachtagungen zurückblicken. Neben dem jährlich stattfindenden Berliner Hauptstadtkongress „Medizin und Gesundheit“ besteht seit 2014 der wichtige und politisch relevante „Deutsche Pflegetag in Berlin“. Im September 2015 konnte zum wiederholten Mal die 3-Länder-Konferenz „Pflegewissenschaft“ durchgeführt werden. Ein 7. Internationaler Kongress für angewandte Pflegeforschung fand im März 2016 in München statt. Insgesamt ist das Tagungsangebot vielfältiger geworden.

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)

Nicht zuletzt ist auf die Aktivitäten der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP) hinzuweisen (gegründet 1989). Diese Organisation hat sich in den letzten Jahren aktiv um die Schaffung einer Plattform zu Initiierung und Diskussion pflegewissenschaftlicher Forschungsprojekte bemüht. Erster Höhepunkt der akademischen Diskurse war eine durch die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft am 14./15. September 2000 organisierte Fachtagung zur Frage des Verhältnisses von Theorie und Praxis in der Pflegewissenschaft. Auf dieser Veranstaltung haben Vertreter und Vertreterinnen der deutschen Pflegewissenschaft zu Grundsatzfragen Stellung genommen. Neben der Beteiligung an den 3-Länder-Konferenzen „Pflegewissenschaft“ veranstaltet die DGP regelmäßig eigene Fachtagungen. Ein besonderes Format ist der seit

Jahren etablierte Hochschultag, bei dem Studierende und Lehrende gemeinsam Projekte bzw. Forschungsarbeiten vorstellen. Das Fachorgan der DGP ist die „Pflege und Gesellschaft“, die 2017 bereits im 22. Jahrgang erscheint.

Aufbau von Pflegeforschungsinstituten

Die Fortführung der wissenschaftstheoretischen Debatten (vgl. hierzu auch Arnold et al. 2006; Stemmer 2006; Remmers 2011) ist jedoch nur die eine Seite. Entscheidend für die Etablierung der Pflegewissenschaft ist der Aufbau einer eigenen, erfolgreichen Forschungsinfrastruktur. Das bedeutet konkret den Aufbau entsprechender Pflegeforschungsinstitute an Universitäten und Hochschulen und die damit verbundene Einwerbung von sogenannten „Drittmitteln“ – also Geld aus verschiedenen Töpfen – für die Pflegeforschung. Neben pflegewissenschaftlichen Instituten an den Universitäten wie in Bremen, Berlin, Bielefeld, Osnabrück und Witten sowie der Fakultät für Pflegewissenschaft in Vallendar ist v.a. das „Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP)“ zu nennen.

Aktuelle Studien in der Pflegewissenschaft/Pflegeforschung

Mittlerweile ist eine Vielzahl richtungsweisender Studien zu pflegerischen Interventionen, zur Pflegeprävention, zur Ausbildungssituation und zur Belastung von pflegenden Angehörigen durchgeführt und publiziert worden. Für den deutschsprachigen Raum können diese pflegewissenschaftlichen Forschungsergebnisse auch in der Datenbank des „ZB MED“-Suchportals für Lebenswissenschaften unter: <https://www.livivo.de> abgerufen werden. Eine Übersicht und Downloads zu aktuellen Projekten des „DIP“ sind auf der Homepage einsehbar: <http://www.dip.de>.

► **Forschungsagenda.** Zahlreiche nationale und internationale Studienergebnisse sind auch in unterschiedliche Kapitel dieses Buches eingeflossen, die theoretische Fundierung wird so zunehmend durch pflegewissenschaftliche Forschung gestützt. Dennoch bestehen noch große Forschungslücken (Desiderata). Nicht zuletzt deswegen wurde für den deutschsprachigen Raum eine pflegewissenschaftliche Forschungsagenda aufgelegt, die die folgenden 10 priorisierten Forschungsbereiche ausweist (Behrens et al. 2012):

1. Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege
2. Pflege und Pflegebedürftigkeit alter und hochaltriger Menschen

3. Leben mit chronischer Erkrankung
4. Pflege von Menschen mit Behinderung
5. Pflege von Kindern und Jugendlichen
6. Pflege in akuten Krankheitssituationen
7. Umgang mit Vulnerabilität
8. Auswirkungen neuer technologischer Entwicklungen
9. Pflegesysteme im Umbruch
10. Bildung in der Pflege

Die Forschungsagenda ist unter folgendem Link abrufbar: www.dpo-rlp.de/agenda_pflegeforschung.pdf

Praxistipp

Tauschen Sie sich mit erfahrenen Pflegefachkräften aus. Wie blicken diese Personen auf die Entwicklung der Pflege zurück? Welche Bedeutung hat die wissenschaftliche Entwicklung in den letzten Jahren? Was hat sich dadurch verändert? Sie werden vermutlich Skepsis, vielleicht auch Ablehnung feststellen. Aber manche werden auch auf die positiven Möglichkeiten verweisen, die sich durch den Einzug der Wissenschaft in die Pflege ergeben haben.

(Pflege-)Theorien und Pflegeforschung

Bei der Theoriediskussion in der deutschen Pflegewissenschaft hat man sich in der Vergangenheit auf zentrale Konzepte, Hauptaussagen von amerikanischen Pflegemodellen und Pflege-theorien sowie deren Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitswesen konzentriert. Bei der Rezeption der entsprechenden theoretischen Ansätze lag der Schwerpunkt i. d. R. auf den zentralen Inhalten, wohingegen die wissenschaftstheoretische Begründung und die Anbindung an die sozialwissenschaftliche Theorietradition nur ansatzweise berücksichtigt wurden (eine Ausnahme hierzu bilden etwa die Arbeiten von Evers et al. 1993, Remmers 2000, Moers u. Schaeffer 2011).

In der Konsequenz kam es in Deutschland zu einer ausschnittshaften Rezeption einzelner Aspekte amerikanischer Pflege-modelle und einer z.T. checklistenartigen Verkürzung im Rahmen des Theorie-Praxis-Transfers. Ein Hauptproblem dieser Entwicklung ist in der Tatsache zu sehen, dass eine eigenständige Theoriebildung in der deutschen Pflegewissenschaft erst in Ansätzen erkennbar ist, allerdings in den letzten Jahren sichtbare Fortschritte gemacht hat.



Praxistipp

Eine kritische Rezeption im Sinne einer Unterscheidung zwischen amerikanischer Theoriebildung und der deutschen Theorie- und Praxistradition in der Pflege hat nicht stattgefunden. Auch hier gibt es eine Ausnahme – die Dissertation von Heiner Friesacher (2008). Er wird nicht nur deswegen erwähnt, weil er die Praxis hervorragend kennt und langjährig als Intensivpfleger tätig war. Die Arbeit findet v. a. Erwähnung, weil Friesacher eine kritische Rezeption der amerikanischen Pflege-theorien vorgenommen hat, den funktionalistischen Ansatz von Orem (Fokus auf Selbstpflege) mit dem phänomenologischen Ansatz von Benner und Wrubel (Fokus auf Fürsorge) verglichen hat. Darüber hinaus hat er auf Prozesse der Ökonomisierung der Pflege (orientiert an Foucault) hingewiesen und Elemente eines kritisch-emanzipatorischen Begriffs von Pflege vorgestellt (kommunikative Rationalität, verständigungsorientiertes Handeln, Anerkennung und Vermeidung von Demütigung).

Mittlerweile liegt eine Reihe von interessanten Beiträgen aus der deutschen Pflegewissenschaft vor, die den Stellenwert von Pflege als Praxisdisziplin theoretisch verorten (vgl. hierzu Wittneben 1998, Dornheim et al. 1999, Friesacher 2008) und die Pflege als professionelles Handeln begründen (Taubert 1994, Hülsken-Giesler 2008, Weidner 2011).

Prägende Entwicklungen in den USA

Folgende Entwicklungen in den USA haben die deutschen Diskussionen geprägt:

- die Einsicht in die Grenzen der klassischen Pflege-theorien und -modelle (Grand Theories)
- der gescheiterte Versuch, Pflege im Rahmen einer Einheitstheorie begrifflich zu fassen, die für Wissenschaft, Praxis und Ausbildung gleichermaßen verbindlich sein sollte
- von den Grand Theories zu Theorien mittlerer Reichweite
- die Notwendigkeit, Theorien und Forschung zu verbinden

Grenzen der klassischen Pflege-theorien

Die klassischen Theorieversuche zur Bestimmung des Gegenstandsbereichs und Aufgabenspektrums der Pflege (von Henderson bis zu Watson) haben konstitutive

Elemente des Pflegehandelns beschrieben. Als „Grand Theories“ verfolgten sie die Absicht, Pflege als Wissenschaft und Praxis theoretisch zu erfassen und zu begründen. Es ging um die Fragen

- Was ist Pflege?
- Was tun Pflegende?
- Was ist das Ziel von Pflege?

Im Grunde genommen wurden weitgehend normative Aussagen getroffen über das, was und wie Pflege sein soll. Pflegetheorien und Pflegemodelle waren daher keine empirisch überprüfbare Erklärung der Pflegewirklichkeit im Sinne einer klinisch orientierten Pflegeforschung.

Keine Einheitstheorie der Pflegewissenschaft

Der Versuch, Pflege im Rahmen einer Einheitstheorie begrifflich zu fassen, die für Wissenschaft, Praxis und Ausbildung gleichermaßen verbindlich sein sollte, kann heute als gescheitert angesehen werden.

Die Diskussion um eine Einheitstheorie (in den Sozialwissenschaften) ist nicht neu. Bezogen auf die Pflegewissenschaft wurde deutlich, dass dieser Anspruch nicht einlösbar war und ist. Vor allen Dingen deswegen nicht, weil die Pflegepraxis komplex und differenziert ist.

Die inhaltliche Spezifizierung dessen, was Pflege tatsächlich ist, konnte weder in einem Selbstpflegemodell (Orem), Anpassungsmodell (Roy) noch in einem Zielerreichungsmodell (King) allein geleistet werden. Unabhängig davon sollte die Bedeutung der „Grand Theories“ für die Herausbildung eines pflegerischen Selbstverständnisses und Selbstbewusstseins keinesfalls unterschätzt werden.

Mithilfe dieser Ansätze konnte die Diskussion in der Pflege auf ein theoretisches Niveau gehoben, über Ziele und Wertvorstellungen von Pflege begründet gestritten und die Perspektive des Pflegeberufs konkretisiert werden.

Theorien mittlerer Reichweite

Eine logische Konsequenz dieser Entwicklung waren der Abschied von der Konstruktion allgemeiner und hochabstrakter Theorieentwürfe und die Hinwendung zur Erarbeitung von Theorien mittlerer Reichweite. Die klassische Vorlage dazu stammt von Corbin und Strauss (1998), die mit dem Modell der Krankheitsverlaufskurven (Illness Trajectories) einen Beschreibungsansatz von Krankheitserleben und Bewältigung von chronischen Belastungen für die Pflege vorgelegt haben.

In Fortführung dieser Arbeiten haben Wiener und Dodd (1993) einen integrierten

Ansatz vorgestellt, der Krankheitsverlaufskurven mit den Konzepten des Copings und der Unsicherheit verbindet. Morse und Johnson (1991) haben darauf aufbauend ein vierstufiges Illness Constellation Model entwickelt, das sich sowohl auf den Patienten wie auch auf seine Angehörigen bezieht.

Konsequenterweise erhalten Strategien induktiver Theoriebildung in der deutschen Pflegewissenschaft eine Bevorzugung. Theoriebildung, die sich aus empirischen Tatbeständen speist, wird angestrebt. Sowohl dem Bedarf der Praxis als auch der Wissenschaftsentwicklung soll damit Rechnung getragen werden.

Verbindung von Theorien und Forschung

Wir haben gesehen, dass bei der Theorieentwicklung der Bezug zur Forschung betont und insbesondere in den letzten Phasen (im Hinblick auf Theorien mittlerer Reichweite und situationsspezifische Theorien) immer stärker akzentuiert wurde. Die Einbeziehung der Pflegepraxis wurde immer bedeutsamer für die Theoriediskussion. Obwohl die Grand Theories in diesem Abschnitt kritisch gewürdigt werden, soll – vielleicht auch gerade deswegen – gezeigt werden, dass der Bezug zur Forschung auch bereits bei diesen Ansätzen erkennbar gewesen ist. Wir möchten dies abschließend an 2 Beispielen verdeutlichen.

Forschungsbeispiel 1

► **12 Lebensaktivitäten von Roper, Logan, Tierney (RLT-Modell).** Roper et al. (2006) haben ihren Ansatz als ein (vorläufiges) Modell betrachtet, das nicht im strengen Sinne empirisch getestet werden kann. Allerdings kann untersucht werden, wie das Modell in der Praxis eingesetzt wird, ob die Kategorien für die einzelnen Lebensaktivitäten sinnvoll sind und welche Probleme dabei auftauchen.

So haben Reed und Robins (1991) insgesamt 72 Pflegepläne von Stationen untersucht, auf denen das RLT-Modell (S. 84) zum Einsatz kam. Im Ergebnis wurde ein grundlegendes Problem festgestellt, nämlich die Inkonsistenz der Kategorienzuweisung. So wurden etwa Druckgeschwüre unter die Kategorie „Hygiene“, „Sicherheit“ oder in einigen Fällen unter „Mobilität“ subsumiert. Eine weitere Schwierigkeit ergab sich dahin gehend, dass zwischen einzelnen Lebensaktivitäten so enge Verbindungen bestehen, dass eine Trennung künstlich bleibt.

Andere Studien zum RLT-Modell konnten positive Aspekte herausarbeiten (Ford 1987, Janes 1986, Harrison 1986), etwa im Hinblick auf die Einschätzung von spezi-

fischen Patientenproblemen (z. B. Schlaf) oder die Nutzung des RLT-Modells als „Leitfaden“ für die Pflegepraxis.



Merke

Wir sehen also, dass Forschung die Erkenntnisse zum praktischen Einsatz von Theorien/Modellen vorantreibt, insbesondere auf Grenzen, Unklarheiten, Inkonsistenzen aufmerksam macht.

Forschungsbeispiel 2

► **Selbstpflegedefizittheorie von Orem.** Zum Ansatz von Orem (S. 87) hat es eine umfangreiche Forschungstätigkeit gegeben (s. Bekel 2008). Exemplarisch soll auf einige Arbeiten zur Messung zur Selbstpflege hingewiesen werden. Dies wird deswegen vorgenommen, weil die Einschätzung (Assessment) von Pflegebedürftigkeit eine zentrale Aufgabe der Pflege selbst ist (► Abb. 3.14).

Eine Arbeitsgruppe der Universität Bielefeld hat unter Federführung von Prof. Schaeffer ein neues Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit entwickelt und im praktischen Einsatz getestet. Im Zentrum steht die Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensführung im Alltag – und genau dies meint Orem letztlich mit dem Begriff der Selbstpflegekompetenz.

Evers et al. (1993) entwickelten eine 5-Punkte-Likert-Skala zur Einschätzung der Selbstpflege mit 24 Items (ASA – Appraisal of Self-Care Agency). Insgesamt nahmen 100 ältere Menschen an der Studie teil (Altenheimbewohner, Bewohner des Betreuten Wohnens, eigenständig zu Hause lebende ältere Menschen). Im Ergebnis wurde festgestellt, dass ältere Menschen mit geringerer Abhängigkeit von institutioneller Versorgung einen deutlich höhe-



Abb. 3.14 Pflegebedürftigkeit. Die richtige Einschätzung der Pflegebedürftigkeit ist ein wesentlicher Bestandteil der praktischen Pflege. (Foto: A. Fischer, Thieme)

ren ASA-Wert aufwiesen als jene, die institutionell (Heim oder Betreutes Wohnen) versorgt wurden. Zwischen den beiden Letzteren gab es keinen bedeutsamen Unterschied.

Welchen Nutzen hat die Forschung?

Er ist darin zu sehen, dass für eine Vielzahl von unterschiedlichen Patienten und Bevölkerungsgruppen Daten vorliegen – mit wichtigen Hinweisen für die konkrete Pflegeplanung. Diese Informationen liefern eine Grundlage für Entscheidungen und Prioritätensetzungen in der Pflege, etwa im Hinblick auf pflegerische Interventionen zur Förderung der Selbstpflege. Und genau dies beabsichtigt das o.g. Begutachtungsverfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Beschlossen ist bereits durch die Politik, dass das alte Begutachtungsverfahren ersetzt wird und ein neues Verständnis von Pflegebedürftigkeit in das Pflegeversicherungsgesetz eingeführt wird.

3.2.2 Pflegewissenschaft und Pflegeforschung II (Forschungsprozess, Methoden, Ergebnisse)

Überblick

Der erste Teil unseres Beitrags hat sich vorwiegend mit grundsätzlichen Fragen der Pflegewissenschaft beschäftigt. Dieser zweite Teil behandelt stärker anwendungs- und forschungsorientierte Aspekte. Wenn man besser verstehen möchte, wie Pflegewissenschaft und Pflegeforschung funktionieren, ist eine kurze Betrachtung des Forschungsprozesses und der Forschungsmethoden wichtig.

1. Ausgewählte Forschungsergebnisse:

Ein Einblick in ausgewählte Forschungsergebnisse kann zeigen, mit welchen Fragen und Themenfeldern sich die Disziplin beschäftigt hat.

2. Forschungsethik:

Bei jeder Forschung können ethisch relevante Problemstellungen auftauchen. Ausführungen zur Forschungsethik führen Sie in einige relevante Überlegungen ein.

3. Kritische Beurteilung:

Wenn Sie mit Studien konfrontiert werden, dann stellt sich immer die Frage nach einer kritischen Einschätzung. Wir stellen Ihnen ein Analyseraster vor, das als Grundlage für die Beurteilung von Studien genutzt werden kann.

4. Beschäftigung mit Pflegewissenschaft und Forschung:

Es gibt eine ganze Reihe von Möglichkeiten, sich mit Wissenschaft und Forschung zu beschäftigen.

Neben der Durchführung von Studien und ihrer kritischen Beurteilung kann man in vielfältiger Weise, etwa durch Lektüre von Fachartikeln oder durch ein Studium, einen Zugang zu Wissenschaft und Forschung finden.

5. Grenzen der Pflegewissenschaft:

Wie jede Wissenschaft stößt auch die Pflegewissenschaft immer wieder an Grenzen. Vor allem bezogen auf die Umsetzung der Befunde kommt es nicht nur auf die Studienlage, sondern auch auf das Engagement Einzelner und der Institutionen an.

Forschungsprozess und Forschungsmethoden

Neben den Gegenständen der Pflegewissenschaft, also der Frage des „Was“, sind die Fragen nach dem „Wie“, also den Methoden, mit denen man zu seinen Erkenntnissen kommt, von großer Bedeutung. Im Alltag ist das meistens ganz einfach:

Fallbeispiel

Wenn ich ein Alltagsproblem lösen möchte, z. B. die Frage: „Wie flicke ich ein Loch im Fahrradschlauch?“, dann hilft mir entweder meine eigene Erfahrung oder ich hole mir z. B. Hilfe von einem Bekannten, der sich mit der Reparatur auskennt. Vielleicht habe ich auch ein Buch, in dem ich Informationen über Reparaturverfahren finden kann. Wenn es mir gelingt, mit einer Methode mein Problem zu lösen (und zwar so, dass ich nicht an der nächsten Ecke schon wieder einen platten Reifen habe), bin ich zufrieden und frage kaum nach anderen Methoden, die weltweit von Menschen bei der Lösung dieses kleinen Alltagsproblems angewandt werden.

In der Pflegeforschung sieht das anders aus. Der Prozess der Erkenntnisgewinnung muss sehr viel systematischer sein und, wie zuvor schon dargelegt, auch theoretisch begründet. Es reicht hier grundsätzlich nicht aus, sich lediglich auf seine Erfahrung zu stützen oder auf die eines erfahrenen Berufskollegen. Es geht ja häufig auch um viel komplexere Fragen und um einen sehr verantwortungsvollen Arbeitsbereich: um die Pflege von Menschen.

Zur forschungsbezogenen Bearbeitung von z. B. klinischen Fragestellungen, also den Fragen nach den besonders geeigneten Pflegemethoden für besondere Pflegesituationen, muss man sich an einem allgemein anerkannten Modell der

Erkenntnisgewinnung orientieren: dem Forschungsprozess. An dieser Stelle können wir nicht ausführlich auf ihn eingehen, denn zum einen ist dies ein recht spezielles Wissen und zum anderen ist das Ziel dieses Buchkapitels nicht, die Lernenden zu Forschern zu machen.

Im Folgenden wird daher nur kurz auf die Bestandteile des Forschungsprozesses eingegangen. Dies erscheint uns allerdings notwendig zu sein für das weitere Verständnis und als Grundlage für die weitere Beschäftigung mit Pflegewissenschaft und -forschung.

Schritte des Forschungsprozesses

Der Forschungsprozess und somit auch der Pflegeforschungsprozess lassen sich grob in einzelne Schritte unterteilen, an denen sich die meisten Forschungsprojekte in der Pflege auch orientieren. Zu den wichtigen Schritten zählen (► Abb. 3.15):

1. Forschungsfragen stellen
2. Literatur recherchieren
3. Forschungsplan entwerfen
4. Daten sammeln
5. Daten auswerten
6. Ergebnisse verwerten

1. Forschungsfragen stellen

Anlass für die Durchführung von Pflegeforschung ist nicht selten ein praktisches Problem in der Versorgung von Menschen mit einer bestimmten Pflegebedürftigkeit. Daraus ergeben sich dann einzelne Forschungsfragen, die mittels eines mitunter umfangreichen Projektes beantwortet werden sollen. Möglichst sucht man nach allgemeingültigen Antworten, die nicht nur auf einen Fall im „Krankenhaus X“ zutreffen, sondern für alle vergleichbaren Fälle aussagekräftig und möglichst repräsentativ sein können.

2. Literatur recherchieren

Um möglichst das ganze zur Verfügung stehende Wissen zu den aufgeworfenen Forschungsfragen nutzen zu können, muss in einem wichtigen Schritt des Forschungsprojektes eine i. d. R. umfangreiche Literaturrecherche durchgeführt werden. Dazu nutzen die Forscher wissenschaftliche Bibliotheken, Datenbanken und Rechercheprogramme und nicht selten wird auch englischsprachige Literatur einbezogen. Am Ende dieses Schrittes, in dem nicht selten Hunderte von Zeitschriftenartikeln und Büchern gesichtet wurden, können die Forscher dann das weltweit verfügbare Wissen für die Beantwortung ihrer Fragen einsetzen.

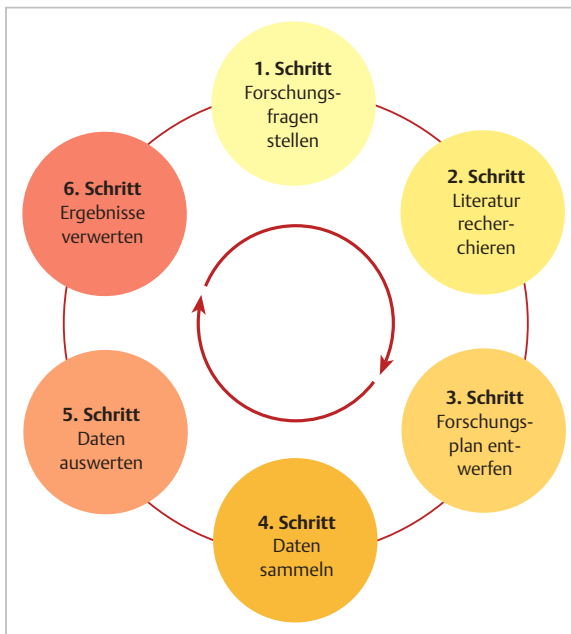


Abb. 3.15 Forschungsprozess. Der Forschungsprozess lässt sich grob in 6 Schritte unterteilen.



Abb. 3.16 Daten erfassen und auswerten. Sowohl für die Datensammlung als auch für die Auswertung werden häufig spezielle Computerprogramme eingesetzt, die die Aufbereitung und Interpretation der Daten erleichtern. (Foto: K. Oborny, Thieme)

3. Forschungsplan entwerfen

Oftmals reicht dieses geballte Wissen aber dennoch nicht aus, um die Forschungsfragen zu beantworten, weil diese manchmal recht speziell sind. Dann entwerfen die Forscher einen Forschungsplan, mit dem sie anhand eigener Datensammlungen und -auswertungen die notwendigen Antworten auf die Forschungsfragen doch noch finden können.

4. Daten sammeln

Daraufhin werden dann wie geplant Daten gesammelt. Das können z. B.

- Einschätzungen von Pflegenden oder Patienten sein, die mittels Fragebogen erhoben werden,
- über bestimmte Zeiträume durchgeführte, wiederholte Messungen von bestimmten Bewegungsabläufen beim Patienten oder
- die präzise Beobachtung von bestimmten Situationen, wie etwa das Essen-anreichen bei gelähmten Patienten usw.

Die Datensammlung ist nicht selten ein sehr aufwendiges Unterfangen, das sich über Wochen, Monate und sogar Jahre erstrecken kann und bei dem eigens erstellte Verfahren 100- und 1000-fach angewandt werden müssen.

5. Daten auswerten

Wenn die gesammelten Daten dann vorliegen, müssen sie natürlich noch ausgewertet werden. Die Zielrichtung ist dabei klar: Die Auswertung soll Antworten auf die gestellten Forschungsfragen liefern (► Abb. 3.16).

6. Ergebnisse verwerten

Schließlich sollten am Ende eines jeden Forschungsprozesses die Ergebnisse klar sein, also mindestens einige Antworten auf die gestellten Fragen gegeben werden können. Vielleicht müssen die Forscher auch bekennen, dass sie keine treffenden Antworten gefunden haben, und auch das ist dann ein Ergebnis.

Besonders wichtig ist in der Forschung, dass die Resultate, aber auch die eingesetzten Methoden veröffentlicht werden, und zwar so, dass andere Forscher und auch weitere Interessierte dies möglichst überall auf der Welt nachlesen können. So können die Ergebnisse nicht nur von den Forschern selbst, sondern von allen Mitgliedern der Disziplin Pflege zukünftig genutzt werden.

Forschungsmethoden

Unser Augenmerk war bis jetzt auf den Prozess der Erkenntnisgewinnung, eben den Forschungsprozess, gerichtet. Es ist aber klar, dass zur Beantwortung einer Forschungsfrage der Blick auch auf konkrete Methoden gelenkt werden muss, die im Forschungsprozess zum Einsatz kommen. Wir unterscheiden hier im Wesentlichen quantitative und qualitative Verfahren.

► **Quantitative Methoden.** Bei den quantitativen Forschungsmethoden geht es um eine Quantifizierung von zu beobachtenden Merkmalen und Einheiten, um z. B. Umfang, Häufigkeit oder andere numerische Repräsentationen von relevanten Phänomenen bestimmen zu können (Törne et al. 2011, Behrens et al. 2016). Im

Vorfeld ist bereits ein Forschungsdesign festgelegt, Hypothesen werden überprüft, statistische Verfahren werden i. d. R. eingesetzt.

Lobiondo-Wood und Haber (2005) schreiben dazu: „Allgemein dient das Forschungsdesign 2 Zielen: Es soll einen Beitrag zur Lösung der Forschungsfragen und die Kontrolle über das Verfahren gewährleisten. Forschungsbemühungen sind immer auf die Lösung von Problemen gerichtet.“

► **Qualitative Methoden.** Qualitative Forschungsmethoden sind im Gegensatz zu quantitativen Methoden um ein Verständnis des Ganzen bemüht, und fokussieren sich i. d. R. auf die subjektive Perspektive und Wahrnehmung Einzelner. Die Auswertung kann dann z. B. über inhaltsanalytische Verfahren erfolgen (Flick 2012).

Beispiele für qualitative Forschungen, die in der Pflegeforschung zur Anwendung gelangen, sind

- Ethnografie,
- Phänomenologie oder
- Grounded Theory.

Ausgewählte Befunde aus der Pflegewissenschaft

Einen ausführlichen Überblick über vorhandene Befunde in der Pflegewissenschaft können wir hier natürlich nicht geben. Möglich ist hingegen die Darstellung ausgewählter Befunde. Wir konzentrieren uns dabei auf die Patienten und fragen nach Erfahrungen zur Pflegeabhängigkeit, zum Zusammenhang von Prävention und Pflege und zum Umgang mit Schmerzen.

Die Patienten: Erleben von chronischer Krankheit und akuten Situationen

Pflegewissenschaftliche Untersuchungen zum subjektiven Erleben von Krankheit haben sich darauf konzentriert, welche

Bedeutung Krankheit und Leiden für den Patienten haben, wie Problem- und Konfliktsituationen erlebt werden und welche Formen der Auseinandersetzung der Patient entwickelt, um sich an die Krankheit anzupassen. Im Folgenden werden einige Studien vorgestellt.

► **Käppeli (1991).** Befunde zur subjektiven Erfahrung von Krankenhauspatienten sind einer Untersuchung von Käppeli zu entnehmen. Sie befragte 40 ältere Patienten nach problematischen Krankenhauserfahrungen und konnte feststellen, dass viele Patienten die Ereignisse im Krankenhaus ganz oder teilweise falsch interpretierten und sich unnötige Sorgen machten. Bemerkenswert waren die Antworten auf die Frage der Autorin, ob die Patienten etwas zur Klärung ihrer Fragen und Vermutungen unternommen hätten: „Nein, ich akzeptiere alles, wenn es mir nur wieder besser geht“ oder „Nein, ich bin nicht hier, um das Spital zu reorganisieren“ oder „Ich bin nur ein kleiner Patient, und man muss gehorchen, das weiß man“ waren typische Antworten (Käppeli 1991).

► **DIP (2008).** In anderen Untersuchungen stehen die Erfolgsfaktoren von präventiven Pflegemaßnahmen wie eine gezielte, zugehende Beratung für Senioren in ihren eigenen 4 Wänden zu Vorbeugung und Vermeidung von Pflegebedürftigkeit im Vordergrund. So konnte gezeigt werden, dass der Einsatz von Assessments, die spezielle Qualifikation der beratenden Pflegekraft und der Aufbau einer professionellen Beziehung zwischen beiden von entscheidender Bedeutung für den Erfolg präventiver Hausbesuche ist.

► **Quernheim (2013).** In dieser Untersuchung wird beschrieben, wie Patienten Wartezeiten vor Eingriffen und Verschiebungen einer Operation erleben und welche individuellen Strategien sie damit entwickeln. Als „Durchhalten“ beschreiben die Patienten diese Situation, die von Pflegenden und den betroffenen Patienten sehr unterschiedlich erlebt und bewertet wird. Diese für Pflegende häufig nur lästige Situation wird in den Fokus gerückt und die Relevanz des Wartens und Durchhaltens für Betroffene deutlich. Durch die Analyse wird es Pflegenden und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe wiederum möglich, Strukturen und Prozesse zu überdenken und ggf. Abläufe neu zu strukturieren.

► **Sirsch et al. (2014).** Ältere Patienten in der Akutversorgung kommunizieren ihren Schmerz häufig nicht mit den gleichen Worten wie Pflegende. Während Pflegende explizit nach „Schmerz“ fragen, nutzen ältere Patienten (> 65 Jahre) Worte wie es „tut weh“ oder artikulieren „au“. Besonders relevant ist dabei, dass

sie oft gleichzeitig auf die Frage „haben Sie Schmerzen“ mit „Nein“ antworten. Durch diese unterschiedliche Nutzung von Worten zur Beschreibung des gleichen Sachverhaltes (in diesem Fall Schmerz) kommt es zu unterschiedlichen Interpretationen durch betroffene Personen und Pflegende. In der Konsequenz kann es dazu kommen, dass Schmerz nicht identifiziert und damit nicht angemessen behandelt wird.

Ergebnisverwertung/Fazit

Welchen Beitrag leisten diese Befunde für eine „gute Pflege“? Sie dokumentieren zunächst die Komplexität von Einstellungen, Meinungen und Erfahrungen und bieten die Grundlage für ein besseres Verständnis der subjektiven Welt des Patienten bzw. der Pflegenden. Zu wissen, wie Patienten ihre Lebenswelt wahrnehmen und in welcher Art und Weise Pflegende darauf reagieren, ist bedeutsam, weil es die erlebte Wirklichkeit ist, von der das Verhalten maßgeblich beeinflusst wird.

Der lebensweltliche Zugang bietet eine Chance, besser auf den Patienten einzugehen. Wenn Verwirrtheit nicht nur als Ausdruck von Krankheit, sondern ebenso als kontextuell bedingtes Phänomen verstanden wird, dann folgt hieraus eine wichtige Konsequenz für den Umgang mit schwer beeinträchtigten psychisch veränderten Älteren: Es gilt zu akzeptieren, dass alte Menschen z.B. unterschiedliche „Sprachcodes“ nutzen, um Erleben auszudrücken. Gewohnte Strukturen sind in Akutsituationen nur für Pflegende gewohnt, die betroffenen Patienten hingegen erleben sie als ungewohnt und nicht einschätzbar, ja sogar als bedrohend. Prozesse müssen, im Rahmen des Möglichen, die Bedürfnisse der Patienten aufgreifen; zumindest müssen die Besonderheiten bekannt sein und pflegerisches Handeln sich daran orientieren.

Wenn gelernt wird, dass man betagte Menschen, ob mit oder ohne Demenz, nicht ändern kann, sondern nur die eigene Wahrnehmung, dann hat dies erhebliche Konsequenzen für die gesamte Pflegeorganisation.

Die Pflegenden: Pflegeassessment und Pflegeprävention

Eine der wichtigsten Fragen in der angewandten Pflegeforschung ist die nach der Pflegequalität und damit verbunden die nach den Auswirkungen von Pflege. Diese Fragen waren der Hintergrund für Studien, die bereits vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP) in Köln vor über 10 Jahren begonnen wurden (z. B. Isfort u. Weidner 2003).

► **Isfort und Weidner (2003).** Isfort und Weidner haben in einer umfassenden Re-

cherche zunächst jene Verfahren kritisch gesichtet, die den notwendigen Pflegebedarf ermitteln sollen (zustandsbezogene Messinstrumente), wie auch solche, die die Pflegeleistungen darstellen (handlungsbezogene Messinstrumente). Untersucht wurden u. a.

- das Resident Assessment Instrument (RAI),
- das Geriatrische Basisassessment (GBA) sowie
- ein System zur Leistungserfassung in der Pflege (LEP).

In einem weiteren Schritt wurden die Akzeptanz bei Pflegenden und die Wirksamkeit des LEP in Modellkrankenhäusern überprüft. Die Ergebnisse zeigen, wie wichtig es ist, dass pflegerische Praxis durch überprüfte Instrumente und Verfahren transparent gemacht wird und Pflegende die Kernprobleme eines Patienten bestimmen können. Auf diesem Wege ist es letztlich möglich, Indikatoren und Merkmale für die Pflegequalität zu erarbeiten (Isfort 2008).

► **Bartholomeyczik und Halek (2009).** Der Band gibt einen sehr guten Einblick in das Für und Wider standardisierter Assessments in der Pflegepraxis. Bestenfalls dienen diese Instrumente zur Orientierung, sie können aber nicht das Denken ersetzen. Es werden sowohl Verfahren zur Einschätzung des Pflegebedarfs bzw. der Pflegebedürftigkeit, zur Betreuung von Menschen mit Demenz, zur Ernährungssituation wie auch zu einzelnen Pflegephänomenen vorgestellt. Grundsatzbeiträge von Bartholomeyczik und Isfort runden den Band ab.

► **Reuschenbach und Mahler (2011).** Die Herausgeber informieren über den Stand der Diskussion in Deutschland (und darüber hinaus). Die klassischen Testkriterien werden ebenso diskutiert wie weitergehend methodische Herausforderungen bei der Instrumentenentwicklung. Inhaltlich werden u. a. Assessments zu Mobilität, Sturz, Schmerz und vielen anderen klinischen Phänomenen vorgestellt.

Ergebnisverwertung/Fazit

Welchen Beitrag leisten diese Arbeiten für eine „gute Pflege“?

Zunächst einmal wird mithilfe von Assessments und wissenschaftlich überprüften Instrumenten die Situation des Patienten besser und zuverlässiger erfasst, als dies mit den herkömmlichen Verfahren möglich war. Darüber hinaus wird es möglich sein, die Qualität der geleisteten pflegerischen Arbeit einzuschätzen und Schwachpunkte in der bestehenden Pflegeorganisation zu identifizieren.

Pflege muss heute zunehmend deutlich machen, welche Leistungen erbracht wer-

den, wie hoch der Aufwand an Ressourcen und Personal ist, um eine bestimmte Qualität zu erzielen. In diesen Kontext gehört auch die Pflegeprävention. Sie zeigt v. a. die Wirksamkeit von pflegefachlicher Expertise in Bezug auf die Reduktion von Krankenhauseinweisungen, die Senkung der Mortalitätsziffern und letztlich der Verhütung von Pflegebedürftigkeit.

Dies ist nicht zuletzt eine wichtige gesellschaftspolitische Aufgabe der Pflege angesichts der Zunahme von chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit insgesamt in der Gesellschaft.

Forschungsethik

Definition

Ethik ist der Ausdruck der Achtung des Menschen vor dem Menschen. Und die **Forschungsethik** befasst sich mit der Frage, „welche ethisch relevanten Einflüsse die Intervention eines Forschers den Menschen zumuten könnte, mit oder an denen der Forscher forscht“ (Schnell 2008).

Folgende Gesichtspunkte sind zu beachten, wenn Forschung betrieben wird (Schnell 2008):

- Recht auf Selbstbestimmung
- Recht auf Privatsphäre
- Recht auf Anonymität und Vertraulichkeit
- Recht auf faire Behandlung
- Recht auf Schutz vor Belastungen und Schaden
- Freiwilligkeit und Studienabbruch
- Informationen

Recht auf Selbstbestimmung

Jeder Teilnehmer kann selbst bestimmen, ob und wie weit er an einer Studie teilnimmt. Deswegen können i. d. R. auch nur zustimmungsfähige Personen in eine Studie aufgenommen werden. Werden bereits bestehende Daten ausgewertet (z. B. durch eine Pflegedokumentationsanalyse oder durch eine schriftliche Befragung von Pflegekräften zu Versorgungsdaten), müssen ebenfalls die Patienten eine schriftliche Einwilligung geben. Das Recht gilt auch für Studienteilnehmer, die wegen einer eingeschränkten Autonomie nicht in der Lage sind, ihre Einwilligung zu geben. Dazu gehören z. B. Kinder, geschäftsunfähige und komatöse Menschen.

Recht auf Privatsphäre

Jeder Teilnehmer hat die Freiheit selbst zu bestimmen, wo, wann und welche privaten Informationen er preisgeben möchte. Eine Verletzung der Privatsphäre tritt ein, wenn private Informationen ohne

Wissen des Betroffenen oder gegen ihren Willen weitergegeben werden.

Recht auf Anonymität und Vertraulichkeit

Die Daten müssen so ausgewertet und präsentiert werden, dass keine Rückschlüsse auf die beteiligten Personen möglich sind. Ebenfalls dürfen die Daten nicht weitergegeben werden.

Recht auf faire Behandlung

Dieses Recht basiert auf dem Prinzip der Gerechtigkeit. Interessenten sollten nicht wegen ethnischer Herkunft, Religion, Geschlecht, Sympathie oder persönlicher Berechnungen für eine Studienteilnahme ausgewählt werden.

Recht auf Schutz vor Belastungen und Schaden

Durch eine Studie darf den Teilnehmern kein Schaden entstehen. Da gerade bei Experimenten noch wenig getestete Maßnahmen durchgeführt werden bzw. mit deren Einsatz möglicherweise Nebenwirkungen verbunden sind, sollte ein möglicher entstehender Schaden niedriger sein als der Nutzen. Aber auch bei Interviews können durch das Thema und die Art der Fragen psychische Schäden entstehen.

Jeder Forscher sollte deswegen Sorge tragen, dass kein Schaden entsteht.

Freiwilligkeit und Studienabbruch

Jeder Teilnehmer sollte freiwillig an der Studie teilnehmen, niemand darf zu einer Studie gezwungen oder überredet werden. Jeder Studienteilnehmer hat jederzeit das Recht, die Studienteilnahme abubrechen. Dazu muss er keine Gründe nennen. Der Studienabbruch darf keine Konsequenzen auf die weitere Versorgung bzw. den weiteren Umgang mit dem Studienteilnehmer haben.

Informationen

Jeder Teilnehmer muss informiert werden über (► Abb. 3.17)

- den Anlass der Studie,
- den Ablauf,
- den auf ihn zukommenden Aufwand,
- Schaden oder Nutzen der Studie sowie
- seine Rechte und Pflichten.

Analyse quantitativer und qualitativer Studien

Analyse quantitativer Studien

Sie haben bereits Artikel, Untersuchungen zu pflegewissenschaftlich relevanten Fragestellungen gelesen. Immer wieder



Abb. 3.17 Informed Consent. Die Teilnehmer sollten schriftlich und verständlich informiert werden. Auf dieser Basis ist eine sog. „informierte Zustimmung“ der Teilnehmer möglich. (Foto: K. Oborny, Thieme)

taucht die Frage auf, mit welchen Kriterien man eigentlich die „Güte“ einer Studie einschätzen kann. Darüber kann man endlos debattieren, aber gewisse Kriterien braucht man zur Beurteilung – wenn man diese transparent darlegen möchte.

Dies soll das nachfolgende Fallbeispiel aufzeigen:

Fallbeispiel

Quantitative Studie

Fritz et al. (2005) von der Abteilung Pflegewissenschaft der UMIT in Hall (Österreich) haben sich mit der Thromboseprävention im pflegerischen Alltag einer Universitätsklinik beschäftigt. In der genannten Studie wurden im Rahmen einer schriftlichen Befragung insgesamt 192 diplomierte Pflegepersonen und 111 Auszubildende im Hinblick auf Thrombosepräventionsmaßnahmen befragt.

Die Ergebnisse zeigen, dass

- 57 % der Befragten der Entscheidungszeitpunkt für die Antithrombosestrümpfe (ATS) nicht bekannt ist,
- 73 % die Beine des Patienten vor dem Anlegen der ATS „nie“ oder „selten“ messen und
- 23 % angeben, dass ATS von den Patienten 24 Std. getragen werden.

Die Befunde der Untersuchung haben in der Konsequenz dazu geführt, dass ein neues Skriptum für die Ausbildung erstellt wurde, die hausinternen Standards dem aktuellen Stand des Wissens angepasst wurden und Fortbildungen im Bereich der Thromboseprävention verstärkt angeboten werden.

Analyse und Bewertung

Interessant ist nun, wie eine solche Studie analysiert werden kann. Wie kann man beurteilen, ob es sich um eine „gute“ oder weniger gute Untersuchung handelt? Genau dies hat Eva-Maria Panfil anhand der o.g. Untersuchung in der UMIT gemacht. Sie stützt ihre Aussagen dabei auf eine Kriterienliste zur Beurteilung von Studien (s. Panfil 2017a [in Vorbereitung]). Dabei legt sie ihr Augenmerk auf 2 wichtige Aspekte:

1. Es geht darum, das Anliegen, die Durchführung und die eingesetzten Auswertungsverfahren zu verstehen und zu beschreiben. Dabei ist die Rolle eines Detektivs oder eines Buchhalters einzunehmen, um das methodische Design darstellen zu können.
2. Es ist wichtig, eine kritische Bewertung vorzunehmen und in diesem Zusammenhang die Rolle eines Kritikers einzunehmen.

Bei diesem ganzen Verfahren ist aber zu beachten, dass es keine perfekten Studien gibt, auch Studien, die in Peer-reviewed-Zeitschriften veröffentlicht werden, methodisch schwach sein können und Übung den Meister macht. Jeder, der selber einmal eine Studie durchgeführt hat, ist mit seiner kritischen Einschätzung vorsichtig und sucht in seinem Urteil nach der „richtigen Mitte“ (Aristoteles).

Aber werfen wir einmal einen Blick auf einige der Beurteilungskriterien von Panfil (2017b [in Vorbereitung]) und sehen uns ihre Einschätzung der Studie von der Arbeitsgruppe der UMIT einmal an (► Tab. 3.2).

In einer abschließenden Gesamtbewertung kommt die Autorin zu dem Urteil, dass mit der Studie eine klinisch relevante Fragestellung erforscht und ein wichtiger Beitrag zur Qualität der pflegerischen Versorgung geleistet wurde.

Merke

Für die wissenschaftliche Beurteilung sind die Kriterien der Relevanz, des richtigen und adäquaten Einsatzes von transparent dargelegten Methoden und die Erweiterung des pflegewissenschaftlichen Erkenntnisstands insgesamt von zentraler Bedeutung.

Analyse qualitativer Studien

Es wurde erwähnt, dass in den letzten Jahren qualitative Forschungen in der Pflegewissenschaft zunehmend wichtig geworden sind. Sehen wir uns auch dazu

ein entsprechendes Beispiel an, bei dem wir ebenfalls eine kritische Einschätzung vorstellen möchten.

Fallbeispiel

Qualitative Studie

Huber und Spirig (2004) vom Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Basel und von der Stiftung Diakoniewerk Neumünster haben sich mit der Frage beschäftigt, wie ältere Frauen im Umgang mit chronischen Schmerzen des Bewegungsapparats umgehen. Es wurden 8 problemzentrierte Interviews durchgeführt, um die Expertise der Betroffenen qualitativ zu ergründen. Mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse wurden induktiv 5 Hauptkategorien aus den Interviews herausgearbeitet. Die Kategorie „von seiner Lebens- und Krankheitsgeschichte getragen werden“ bildet die Grundlage im Umgang mit Schmerzen, aus der sich differenzierte Unterkategorien ableiten lassen, wie z. B. „Schmerzmedikamente zurückhaltend, aber gezielt einnehmen“, „diszipliniert nicht-pharmazeutische Maßnahmen zur Schmerzlinderung durchführen“ oder „an Grenzen stoßen“.

Die Ergebnisse verweisen auf die Notwendigkeit einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit älteren Menschen, die diese als Experten im Umgang mit ihrer Krankheit anerkennt, und sind darüber hinaus bedeutsam für eine Entwicklung und Evaluation von Gruppenschulungsprogrammen.

Analyse und Bewertung

Das oben bereits angesprochene Analyseraster (► Tab. 3.2) soll nun ebenfalls auf eine qualitative Studie übertragen werden (► Tab. 3.4), die von Brandenburg (2017 [in Vorbereitung]) analysiert wurde. Natürlich kann man darüber diskutieren, ob bei quantitativen (► Tab. 3.3) und qualitativen Studien ein gleiches Analyseraster sinnvoll ist oder ob es nicht spezielle Kriterien für die jeweiligen Richtungen gibt. Dies ist ohne Zweifel der Fall, wird aber aus Gründen der Übersichtlichkeit und des Verständnisses an dieser Stelle nicht weiterverfolgt.

In seiner abschließenden Gesamtbewertung kommt Brandenburg (2017 [in Vorbereitung]) zu einem positiven Resümee. Betont wird, wie ausführlich und genau die beiden Autorinnen ihre Befunde im Lichte nationaler und internationaler Literatur diskutieren. Dabei werden sowohl Übereinstimmungen wie auch Diskrepanzen der eigenen Befunde explizit

herausgestellt. Gewürdigt wurden auch die hohen methodischen Levels der Studie, bei der Vorgehen, Datenauswertung und Diskussion der Befunde transparent gemacht wurden. Kritisch wurde angemerkt, dass die Wahl der qualitativen Inhaltsanalyse noch detaillierter hätte begründet werden können und die Kategorienbildung noch transparenter hätte dargestellt werden müssen. Aber alles in allem wurde der empirische Beitrag der beiden Schweizer Autorinnen als Beispiel für eine hervorragende Studie gewürdigt.

Beschäftigungsfelder der Pflegewissenschaft und -forschung

Bislang haben wir in unseren Ausführungen einen Akzent auf die inhaltlichen Felder, Methoden und Schwerpunkte der Pflegewissenschaft gelegt. Betont haben wir insbesondere den Beitrag, den die Pflegewissenschaft zur Praxis liefern kann. Aber umgekehrt ist zu fragen, welchen Beitrag die Praxis und die in ihr Tätigen zum Gelingen pflegewissenschaftlicher Ziele leisten können.

Beginnen wir mit einer These: Der entscheidende Beitrag der Pflegepraktiker liegt unserer Ansicht nach in der Forschungsanwendung, d.h. der systematischen Beachtung, Einführung und Nutzung wissenschaftlich fundierter Innovationen im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung von Patienten.

Insgesamt sehen wir folgende Möglichkeiten für Pflegepraktiker, sich für die Pflegewissenschaft und Pflegeforschung zu interessieren und sich zu beteiligen (► Abb. 3.18):

- Lesen von Fachartikeln
- Diskussion und Austausch über Fachbeiträge
- Besuch von Messen, Kongressen, Fachveranstaltungen
- praktische Mitarbeit bei Studien
- Fortbildung, Weiterbildung, Studium

► **Lesen von Fachartikeln.** Mittlerweile gibt es eine Vielzahl von Fachzeitschriften in der Pflege, die für jeden etwas zu bieten haben. Als Angehöriger eines Pflegeberufes sollte man sich für die Ergebnisse der Pflegewissenschaft interessieren und die entsprechenden Beiträge lesen. Sinnvoll ist es, wenn am Arbeitsplatz Fachzeitschriften vorhanden wären oder man selbst über ein Abonnement verfügt.

► **Diskussion und Austausch über Fachbeiträge.** Es reicht nicht aus, nur zu lesen, man sollte auch über das Gelesene sprechen, offene Fragen klären, Anregungen anderer aufnehmen. Dies geschieht am besten im Kollegenkreis, etwa durch die

Tab. 3.3 Beurteilungskriterien und Einschätzungen einer quantitativen Studie (nach Panfil 2017b [in Vorbereitung])

Detektiv und Buchhalter	Kritiker
1. Kriterium: Fragestellung	
Was ist die Forschungsfrage? Es geht um die Darstellung des Ist-Zustands pflegerischer Thromboseprophylaxe an den Universitätskliniken in Innsbruck. Dazu werden 11 Fragen formuliert.	Ist die Forschungsfrage klar formuliert? Die Forschungsfrage ist im Rahmen einer Zielformulierung klar formuliert worden, die Relevanz wurde jedoch nicht ganz deutlich. Zwar wird von einer Diskrepanz von Theorie und Praxis gesprochen; wesentlich wäre hier jedoch auch, die damit verbundenen Konsequenzen darzustellen.
2. Kriterium: Literaturanalyse	
Welche Literatur wurde benutzt? Bei der Literaturanalyse wurden nationale und internationale Quellen aus den Jahren 1990 bis 1994 gesichtet, Überblicksarbeiten der Cochrane Library und von Fachgesellschaften berücksichtigt. Die Literatur wurde in den einschlägigen Datenbanken (z. B. MedLine) gesucht, Angaben zur Suchstrategie sind nicht im Text zu finden.	Ist der aktuelle Stand der Pflegewissenschaft angemessen und vollständig dargelegt worden? Ja, der aktuelle Stand ist dargestellt worden. Die Literatur „passt“ weitgehend zur Beantwortung der Fragestellung. Die Ausführungen zur „Geschichte“ und zu den „Risikofaktoren“ sind interessant, gehen jedoch über die eigentliche Fragestellung hinaus bzw. sind nicht mit ihr verknüpft.
3. Kriterium: Methoden zur Datenerhebung	
Welche Methoden wurden eingesetzt? Wie sind die zu untersuchenden Merkmale erhoben worden? Zur Datenerhebung wurde ein standardisierter Fragebogen mit 7 Items zu soziodemografischen Daten (Alter, Geschlecht, soziale Schicht) und 18 Items zur Thromboseprävention eingesetzt. Die Variablen ergeben sich aus der Ergebnisdarstellung, u. a. • Kenntnis der hauseigenen Standards, • Anordnung pflegerischer Maßnahmen, • Ablehnung der ATS durch Patienten, • Wechsel und Entsorgung der ATS, • Abmessen der ATS, • Schäden durch ATS (offene Frage)	Sind die Methoden adäquat gewählt worden? Die gewählte Methode (standardisierte Fragebogenerhebung) ist geeignet, da eine vergleichsweise große Stichprobe befragt wurde. Denkbar wären Beobachtungen der Pflegepraxis, um zu prüfen, ob die Angaben mit der Praxis übereinstimmen. Allerdings sind Beobachtungsstudien mit einem extrem hohen Aufwand verbunden, wäre der zusätzliche Erkenntnisgewinn angesichts der bereits ermittelten Ergebnisse eher gering. Deswegen kann auch aus ökonomischen Überlegungen heraus das gewählte Vorgehen als angemessen beurteilt werden.
4. Kriterium: Methoden zur Datenauswertung	
Welche Verfahren zur Datenanalyse wurden eingesetzt? Explizit werden im Abschnitt „Untersuchung“ keine Angaben zu den gewählten Analyseverfahren gemacht, diese lassen sich jedoch aus den Ergebnisdarstellungen herausarbeiten. Die Daten wurden mit dem Programm SPSS Vs. 11.5.1 ausgewertet, das Signifikanzniveau auf 5 % festgelegt. Als Testverfahren wurden eingesetzt: • Häufigkeiten • Mehrfachantworten-Set: Analyse der offenen Fragen • Chi-Quadrat, Mann-Whitney-U-Test: Testen von Gruppenunterschieden • Kolmogorov-Smirnov-Z-Test: Test auf Normalverteilung.	Sind die passenden Analyse- und Auswertungsverfahren benutzt worden? Ja, es scheinen die passenden Analysemethoden eingesetzt worden zu sein. Zum Test von Gruppenunterschieden wurden Verfahren abhängig von den Verteilungen eingesetzt. Der Einsatz von Signifikanztests bei Gelegenheitsstichproben ist umstritten, aber allgemein üblich.
5. Kriterium: Ethik	
Welche Aspekte der Forschungsethik wurden diskutiert? Die Autoren erwähnen, dass die Studie der Pflegedirektion und leitenden Pflegepersonen vorgestellt wurde. Weitere Angaben zu ethischen Aspekten sind im Text nicht zu finden.	Wurden die grundlegenden Aspekte der Forschungsethik beachtet? Es können keine Aussagen zu dieser Fragestellung getroffen werden, da dazu im Text keine Angaben zu finden sind. Es bleibt z. B. offen, inwieweit die Teilnehmer über die Studie und ihre Rechte informiert wurden und deren Rechte auch gewährleistet wurden.
6. Kriterium: Ergebnisse	
Was sind die Ergebnisse der Studie? Die Ergebnisse werden hinsichtlich der Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen diplomierten Pflegepersonen und Auszubildenden dargestellt. Kenntnisse und Defizite im Wissen und in der Anwendung thrombosepräventiver Maßnahmen werden festgestellt: • etwa 25 % der Befragten ist der Standard nicht bekannt, • 75 % haben in den letzten Jahren keine entsprechende Fortbildung besucht und • fast jeder zweite Befragte nennt keine Kontraindikationen für ATS. Es gab bei den Antworten keine Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen.	Sind die wichtigsten Ergebnisse angemessen und nachvollziehbar beschrieben worden? Ja, die wichtigsten Ergebnisse sind angemessen und nachvollziehbar beschrieben worden. Mithilfe von Tabellen sind die Hauptbefunde visualisiert worden, die Testergebnisse der Analyseverfahren wurden angegeben.

Tab. 3.3 Fortsetzung

Detektiv und Buchhalter	Kritiker
7. Kriterium: Diskussion	
Wie wurden Ergebnisse interpretiert? Die Ergebnisse werden auf der Grundlage der Fragestellung besprochen (jedes Ergebnis wird separat besprochen). Darüber hinausgehend werden die Befunde auch vor dem Hintergrund anderer Studien interpretiert. Zusätzlich werden Aspekte des Theorie-Praxis-Transfers zur Interpretation der Befunde herangezogen.	Bezieht sich die Diskussion auf die Fragestellung? Sind alternative Ergebnisinterpretationen denkbar? Sind die Schlussfolgerungen nachvollziehbar? Die Diskussion bezieht sich auf die Forschungsfrage und die gefundenen Ergebnisse. Damit werden die Ergebnisse mit dem Stand der Wissenschaft verknüpft. Sinnvoll wäre evtl. noch ein expliziterer Bezug auf den Theorie-Praxis-Transfer gewesen, da dies implizit auch die Forschungsproblematik darstellt. Dies wurde jedoch schon in der Problem- und Literaturdarstellung vernachlässigt, sodass auch in der Diskussion dazu nicht ausführlich Stellung genommen werden muss. Alternative Ergebnisinterpretationen sind nicht sinnvoll.

Tab. 3.4 Beurteilungskriterien und Einschätzung einer qualitativen Studie (Brandenburg 2017).

Detektiv und Buchhalter	Kritiker
1. Kriterium: Fragestellung	
Was ist die Forschungsfrage? Die Studie beschäftigt sich mit einem Thema, das man an der Schnittstelle von Gerontologie und Pflegewissenschaft verorten kann. Es geht um das Schmerzerleben von älteren Frauen, die unter chronischen Schmerzen des Bewegungsapparates leiden. Speziell interessiert die Frage, welche Auffassungen diese Personen gegenüber einer medikamentösen Schmerztherapie haben.	Ist die Forschungsfrage klar formuliert? Die Fragestellung wird wie folgt präzisiert: „Welches sind die Vorstellungen und Auffassungen älterer Frauen mit chronischen Schmerzen des Bewegungsapparates zur medikamentösen Schmerztherapie?“ (Huber u. Spirig 2004). Die Untersuchungsgruppe wurde auf ältere Frauen mit chronischen Schmerzen des Bewegungsapparates eingeschränkt. Der Fokus der Fragestellung ist ebenfalls klar beschrieben und konkretisiert worden, nämlich die Herausarbeitung von Vorstellung und Auffassungen dieser Frauen zur medikamentösen Schmerztherapie.
2. Kriterium: Literaturanalyse	
Welche Literatur wurde benutzt? Am Anfang der Arbeit wird eine Darlegung des Stands der Literatur geboten, wobei die Befundlage in der Schweiz ausführlich miteinbezogen wird. Darüber hinaus wurden internationale Studien berücksichtigt und insgesamt der Stand der Literatur zur Fragestellung skizziert. Hervorgehoben werden muss, dass von den Autorinnen nicht nur einzelne empirische Befunde aneinandergereiht werden, sondern bereits Hintergründe und erklärende Faktoren benannt werden, die für die Forschungsfrage von besonderem Interesse sind. Auch auf eigene Vorarbeiten im Hinblick auf die Literaturrecherche wird verwiesen. Dies wird allerdings nicht weiter spezifiziert; im Text selbst finden sich keine Angaben zur genutzten Suchstrategie.	Ist der aktuelle Stand der Pflegewissenschaft angemessen und vollständig dargelegt worden? Der Stand der pflegewissenschaftlichen Diskussion wird umfänglich dargestellt, Vollständigkeit kann nicht erwartet werden. Es muss berücksichtigt werden, dass beim Abdruck einer Studie in einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift der Umfang begrenzt ist und nur die wichtigsten Aspekte der Befundlage thematisiert werden. Dies ist bei der Studie von Huber und Spirig der Fall gewesen.
3. Kriterium: Methoden zur Datenerhebung	
Welche Methoden wurden eingesetzt? Wie sind die zu untersuchenden Merkmale erhoben worden? Im Rahmen der Datensammlung bzw. Datenerhebung wurden problemzentrierte Interviews eingesetzt. Diese Methode wird begründet, wobei hier auf Veröffentlichungen von Lamnek (1995) und Mayring (2015) Bezug genommen wird. Streng genommen hätte man hier auf die 1982 erschienene Arbeit von Witzel, dem Begründer dieses Verfahrens in Deutschland, eingehen müssen und die Modifikationen noch genauer beschreiben müssen. Es wird allerdings dargelegt, dass die Gespräche (Zeitdauer zwischen 36 und 94 Minuten) auf Tonband aufgenommen und transkribiert wurden. Nach den Interviews wurden demografische Daten und ein Fragebogen zur Erfassung der Schmerzintensität und Auswirkungen von Schmerzen auf die funktionelle Kompetenz erhoben (Brief Pain Inventory).	Sind die Methoden adäquat gewählt worden? Die eingesetzten Methoden sind adäquat gewählt, begründet und ausführlich beschrieben. Sowohl bei dem qualitativen Teil (Leitfadeninterviews) wie auch bei dem quantitativen Teil (Fragebogen: Brief Pain Inventory) handelt es sich um erprobte, etablierte und in der (Pflege-) Forschung häufig eingesetzte Verfahren. Bei dem Brief Pain Inventory sind mittlere bis hohe Validitäts- und Reliabilitätswerte nachgewiesen. Die erfassten soziodemografischen Merkmale werden bei nahezu jeder wissenschaftlichen Untersuchung mit erhoben. Insgesamt wird die Methodik der Datenerhebung mit hoher Transparenz und Genauigkeit skizziert.
4. Kriterium: Methoden zur Datenauswertung	
Welche Verfahren zur Datenanalyse wurden eingesetzt? Die Interviews wurden mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. In diesem Zusammenhang soll noch einmal darauf hingewiesen werden, dass dieses Verfahren im eigentlichen Sinne ein Datenauswertungs- und kein Datenerhebungsverfahren ist. Satz für Satz wurden die transkribierten Texte durchgesehen und 3 Phasen der Auswertung berücksichtigt:	Sind die passenden Analyse- und Auswertungsverfahren benutzt worden? Im Hinblick auf die Fragestellung und das Design sind geeignete Analysemethoden zum Einsatz gekommen. Besonders zu erwähnen ist die Beachtung der Gütekriterien, denn auch in der qualitativen Forschung bemüht man sich seit Jahren um eine entsprechende Qualitätssicherung. Die beachteten Gütekriterien weichen allerdings

Tab. 3.4 Fortsetzung

Detektiv und Buchhalter	Kritiker
• Zusammenfassung des Materials, • Explikation fraglicher Textstellen durch zusätzliches Material, • Strukturierung des Kategoriensystems. Dann erfolgte eine Rückbindung der gefundenen Ergebnisse bzw. Kategorisierungen am Ausgangsmaterial. Zur weiteren Verarbeitung der Daten wurden Computerprogramme genutzt.	etwas von den in der internationalen Pflegewissenschaft diskutierten Kriterien von Lincoln und Guba (1985) ab.
5. Kriterium: Ethik	
Welche Aspekte der Forschungsethik wurden diskutiert? Das Forschungsvorhaben wurde von der Ethikkommission des Kantons Zürich, hier insbesondere von einer spezialisierten Unterkommission Orthopädie, ohne weitere Empfehlungen akzeptiert. Zudem waren der Erstautorin die Grundsätze des Schweizerischen Berufsverbandes bekannt und wurden von ihr eingehalten. Schließlich wurden von den 8 interviewten älteren Frauen sog. „Informelle Einwilligungserklärungen“ unterzeichnet, die sie auf ihre Rechte aufmerksam machten.	Wurden die grundlegenden Aspekte der Forschungsethik beachtet? Es kann festgestellt werden, dass die Studie die grundlegenden Aspekte der Forschungsethik berücksichtigt hat und dies auch explizit gemacht wurde. Das Untersuchungsdesign wurde von einer Ethikkommission genehmigt.
6. Kriterium: Ergebnisse	
Was sind die Ergebnisse der Studie? Nach den soziodemografischen Details und den Ergebnissen des Brief Pain Inventory wurden die wichtigsten Ergebnisse dargestellt. Als zentraler Befund wurde genannt, dass „Vorstellungen und Auffassungen zur medikamentösen Schmerztherapie innerhalb der Lebensgeschichte der Teilnehmerinnen sowie ihres täglichen Umgangs mit Schmerzen und anderen Krankheiten zustande kommen und deshalb nur in diesem Kontext betrachtet werden können“ (Huber u. Spirig 2004). Mithilfe einer Abbildung wurden die Ergebnisse strukturiert und visualisiert. Insgesamt 5 Hauptkategorien mit jeweils bis zu 4 Unterkategorien wurden aus dem Material extrahiert. Die Kategorie „von seiner Lebens- und Krankheitsgeschichte getragen werden“ bildete die Grundlage und umfasste folgende Unterkategorien: a) „Erfahrungen im Leben und Kranksein machen“, b) „theoretisches Wissen zu Schmerzursachen und Therapien haben“, c) „den alltäglichen Umgang mit Schmerzen lernen“ und d) „sich in einem größeren Ganzen aufgehoben fühlen“.	Sind die wichtigsten Ergebnisse angemessen und nachvollziehbar beschrieben worden? Die Unterkategorien stehen in einem Zusammenhang mit von den Autorinnen eruierten Formen der Auseinandersetzung bzw. Bewältigung bei den älteren Frauen „mit Schmerzen und ihren körperlichen, psychischen, praktischen und sozialen Auswirkungen zu leben“ (Huber u. Spirig 2004). Als wichtigste Formen werden benannt: • „therapeutische Maßnahmen zur Schmerzlinderung abwägen, kombinieren, bewerten“. Dies schließt folgende Unterkategorien mit ein: a) „diszipliniert nicht-pharmazeutische Maßnahmen zur Schmerzlinderung durchführen“, b) „Schmerzmedikamente zurückhaltend, aber gezielt einnehmen“ und c) „partnerschaftlich mit Fachpersonen zusammenarbeiten“. Dabei erleben die Frauen, dass sie an Grenzen stoßen, wobei 3 Grenzen konkretisiert werden. Es geht um • die „Grenze erträglicher Schmerzen“, • die „Grenze, ungenügende Behandlungswirkungen zu erleben“ und • die „Grenze erträglicher Behandlungsnebenwirkungen erreichen“. Ziel der Frauen ist es – trotz der Schmerzen und der funktionellen Beeinträchtigungen –, ein möglichst hohes Maß an Lebensqualität bzw. psychophysischem Wohlbefinden aufrechtzuerhalten. Insgesamt werden die wichtigsten Befunde der Studie ausführlich und differenziert dargestellt und erläutert und die Zusammenhänge zwischen den Kategorien beschrieben. Die Ergebnisse beziehen sich explizit auf die gestellte Forschungsfrage und leisten einen Beitrag zu ihrer Beantwortung.
7. Kriterium: Diskussion	
Wie wurden Ergebnisse interpretiert? Bei der kritischen Diskussion ihrer Studie verweisen die Autorinnen auf Übereinstimmungen bzw. Diskrepanzen zur Literatur. Betont wird, dass die älteren Frauen das Leben mit chronischen Schmerzen als Herausforderung sehr gut meistern und ihre Lebens- und Krankheitsgeschichten von „reflektierten Erfahrungen“ und „bewusstem Wissen und Lernen“ geprägt sind. Weiterhin werden die realistische Einschätzung der Situation sowie eine differenzierte Abwägung der Therapien genannt. Dieser „meisterhafte Umgang mit Schmerzen“ ist ein Befund, der durchaus in einer gewissen Diskrepanz zu anderen Befunden steht, bei denen eher passive oder „ausreichende“ Formen der Auseinandersetzung beschrieben werden. Die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der gefundenen Ergebnisse mit dem Forschungsstand werden dargelegt. Darüber hinaus wird von den Autorinnen diskutiert, ob und inwieweit es sich bei der von ihnen untersuchten Stichprobe um Teilnehmerinnen mit „außergewöhnlichen Fähigkeiten“ handelt. Damit werden bereits Grenzen der Studie benannt und insbesondere auf die Stichprobenproblematik verwiesen.	Bezieht sich die Diskussion auf die Fragestellung? Sind alternative Ergebnisinterpretationen denkbar? Sind die Schlussfolgerungen nachvollziehbar? Bei der Diskussion werden Aspekte thematisiert, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Forschungsfrage und den ermittelten Ergebnissen stehen. Damit werden die neu gefundenen Ergebnisse mit den vorhandenen verknüpft und ein Beitrag zur Wissenserweiterung in der Pflege geleistet.



Abb. 3.18 Pflegewissenschaft und Pflegeforschung. Sie bieten hervorragende Möglichkeiten, sich wissenschaftlich mit Fragen der eigenen Disziplin auseinanderzusetzen. (K. Oborny, Thieme)

Einrichtung von Lesezirkeln, Journal-Clubs oder den Aufbau einer kleinen „Forschungsbibliothek“. Hilfreich ist es, sich einmal im Monat zu einem festgesetzten Termin zu treffen, ausgewählte Forschungsartikel zu diskutieren und darüber ins Gespräch zu kommen. Zu empfehlen ist, dass diese Zusammenkünfte von einer in der Sache und Methode erfahrenen Pflegenden geleitet werden.

► **Besuch von Messen, Kongressen, Fachveranstaltungen.** Wenn man einen Blick in die letzten Seiten der Fachzeitschriften wirft, dann kann man sich recht schnell über interessante Veranstaltungen im Pflege- und Gesundheitswesen informieren. Es gibt eine Vielzahl von Pflegekongressen im In- und Ausland, auf denen man sich über den Diskussionsstand in der Disziplin Pflege insgesamt informieren kann. Auf diesen Veranstaltungen besteht auch die Möglichkeit, mit Pflegeforschern direkt ins Gespräch zu kommen und eigene kritische Fragen zu formulieren.

► **Praktische Mitarbeit bei Studien.** Es kann sein, dass Projekte, Befragungen oder Interviews am eigenen Arbeitsplatz durchgeführt werden oder dass man selbst bei der Konzeption von Fragebögen oder der Auswertung um Mitarbeit gebeten wird. Häufig geht es um interdisziplinäre Forschungsteams (Ärzte, Pflegenden, andere therapeutische Berufsgruppen). Bei dieser Kooperation kommt es weniger auf die eigene Forschungskompetenz an als vielmehr auf klinisches Wissen, praktische Erfahrung in der Pflege und auf die notwendige Motivation.

► **Fortbildung, Weiterbildung, Studium.** Wer bestimmte Aufgaben, etwa bezogen auf die Behandlung spezieller Krankheitsbilder oder die Übernahme von pädagogischen oder leitenden Tätigkeiten, übernehmen möchte, der muss sich auch nach Abschluss der Pflegeausbildung bald weiterqualifizieren. Zu erwähnen sind hier

nicht nur die Fortbildungsinstitute und Pflegeakademien, sondern auch die mittlerweile zahlreichen pflegebezogenen Studiengänge in ganz Deutschland, die alle 4 Handlungsfelder der Praxisdisziplin Pflege abdecken. Weiterbildung und Studium sind hervorragende Möglichkeiten, sich wissenschaftlich mit Fragen der eigenen Disziplin auseinanderzusetzen.

Bei einer Übernahme von Leitungspositionen in Krankenhäusern oder Ausbildungsstätten ergeben sich vielfältige Chancen der Beteiligung an Projekten der Pflegeforschung. Dies bezieht sich etwa auf die ideelle, administrative und finanzielle Unterstützung von Forschungsvorhaben. Zum Beispiel sind Zustimmung und Unterstützung der Pflegemanager zur Pflegeforschung – und mehr noch die aktive Beseitigung institutioneller Hemmnisse und Barrieren – eine wichtige Voraussetzung dafür, dass Pflegeforschung überhaupt durchgeführt werden kann.

Und die Pflegepädagogen sind unverzichtbar, wenn es um interne Qualifizierungsprozesse in den Einrichtungen geht. Forschungsergebnisse werden nicht einfach umgesetzt, indem sich von heute auf morgen das Verhalten der Pflegenden ändert. Dieser Prozess muss durch Information, Schulung, Anleitung usw. intensiv begleitet werden.

Pflegewissenschaft – Grenzen der Forschung

Abschließend möchten wir noch einige kritische Bemerkungen zu den Grenzen der Wissenschaft – und damit auch der Pflegewissenschaft – anführen. Im ersten Abschnitt dieses Kapitels und auch in den nachfolgenden Ausführungen ist immer die Bedeutung der Pflegewissenschaft für die Praxis betont worden. Im letzten Abschnitt wurden konkrete Möglichkeiten aufgezeigt, wie die Praktiker sich für Fragen der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung interessieren und engagieren können. Es darf aber nicht verschwiegen werden, dass die Umsetzung wissenschaftlicher Befunde in die Praxis schwierig ist und von einer Reihe von Faktoren beeinflusst wird.

► **Gründe für mangelnde Umsetzung pflegewissenschaftlicher Ergebnisse.** Die englische Pflegewissenschaftlerin Hunt hat die Dinge bereits in den 1980er-Jahren auf den Punkt gebracht (1984): Nach ihrer Auffassung gibt es wahrscheinlich 5 Gründe, warum Forschungsergebnisse von Pflegenden kaum genutzt werden:

1. Sie wissen nichts darüber.
2. Sie verstehen sie nicht.
3. Sie misstrauen ihnen.
4. Sie wissen sie nicht anzuwenden.
5. Sie dürfen sie nicht anwenden.

► **Voraussetzungen für die Umsetzung.** Studien (Balser 2012, Köpke et al. 2013) zeigen, dass es v.a. 4 Merkmale sind, die für die Umsetzung von Forschungsbefunden wichtig sind:

1. Charakteristika der Pflegeperson (z. B. Informationsstand, Einstellungen gegenüber Forschung)
2. Charakteristika der Organisation (z. B. Offenheit für Forschung bzw. ein innovatives Klima, das Veränderungen ermöglicht)
3. Charakteristika der Forschungsarbeiten (z. B. Verständlichkeit, Übertragbarkeit, Praxisbezug)
4. Charakteristika des Zugangs zu Forschungsergebnissen (z. B. Erreichbarkeit, Verfügbarkeit von Fachzeitschriften in der Bibliothek)



Merke

Insgesamt muss man feststellen, dass die Nutzung von Forschungsbefunden in der Praxis nicht nur von der Bereitschaft und dem Engagement Einzelner abhängig ist, sondern letztlich auch von der Offenheit einer Institution gegenüber Veränderung und Innovation bestimmt wird. Von besonderer Bedeutung ist dabei die Bereitschaft der Pflegenden an der Basis, die bisherige Praxis infrage stellen zu lassen und für Neuerungen offen zu sein.

Weiterhin ist die Unterstützung durch Pflegeforscher erforderlich. Darüber hinaus müssen Management und Leitung der Klinik die entsprechenden zeitlichen und personellen Ressourcen zur Verfügung stellen. Auch die Abteilung „innerbetriebliche Fortbildung“ muss an diesem Prozess beteiligt werden, denn ohne Qualifikationen und Weiterentwicklung gibt es keine Veränderungen. Mittlerweile hat sich ein ganzer Forschungszweig entwickelt, die sog. „Implementierungswissenschaft“ (Hoben et al. 2016). Gegenstand sind die oben angesprochenen Fragen: Wie ist das Verhältnis von Theorie und Praxis einzuschätzen? Wie gelingt es, Forschungsbefunde in die Praxis überzuführen – und woran scheitert dies? Welche Methoden, Instrumente und Verfahren müssen genutzt werden, damit Veränderungen nicht nur kurzfristige, sondern nachhaltige Auswirkungen haben? Welche weiteren Kooperationspartner – außer der Forschung und der Praxis – müssen miteinbezogen werden, z. B. Trägerverbände, Kommune, Politik?

3.2.3 Zusammenfassung

Am Anfang unseres Beitrags haben wir angesichts unrealistischer Hoffnungen und Befürchtungen in Bezug auf die Pflegewissenschaft für mehr Nüchternheit plädiert. Dieses Plädoyer – verbunden mit einer gewissen Skepsis im Hinblick auf das, was mittels Pflegewissenschaft in der Praxis verändert werden kann und was nicht – möchten wir aufrechterhalten. Wir haben deutlich gemacht, was Pflegewissenschaft und insbesondere Pflegeforschung leisten können. Sie können wichtige Impulse für Veränderungen in der Praxis geben. Aber nicht die Wissenschaft verändert die Praxis, sondern sie bietet zunächst die Möglichkeit, Fragen und Probleme auf einer allgemeinen und theoretischen Ebene zu reflektieren. Der Vollzug realer Veränderung liegt bei denen, die in die konkreten Arbeitssituationen involviert sind und dafür Verantwortung tragen.

Merke

Für Veränderungen in der Pflege ist nach unserer Auffassung die gesamte Disziplin, d. h. Praxis, Management, Pädagogik und Wissenschaft, verantwortlich. Die Wissenschaft kann hierzu ihren Beitrag leisten, indem sie Forschungsergebnisse produziert, Qualifikationen ermöglicht, Beratungen durchführt und konkrete Unterstützung bei Innovationen anbietet.

3.3 Lern- und Leseservice

3.3.1 Literatur

Pflege-theorien

- Bekel G, Orem D. Die Selbstpflegedefizit-Theorie. In: Brandenburg H, Dorschner S, Hrsg. Pflegewissenschaft 1. 3. Aufl. Bern: Hogrefe; 2015
- Chinn P, Kramer M. Pflege-theorie. Konzepte – Kontext – Kritik. Berlin: Ullstein Medical; 1996
- Friedemann ML, Köhlen C. Familien- und umweltbezogene Pflege. 3. Aufl. Bern: Hans Huber; 2010
- Henderson V. Grundregeln der Krankenpflege. ICN, Genf 1977
- Isfort M, Weidner F. Bericht über die erste Phase des Projektes „Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistungen“. In: Pflegequalität und Pflegeleistungen I. Katholischer Krankenhausverband Deutschland e. V., Hrsg. Freiburg/Köln: 2001

- Juchli L. Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege, 7. Aufl. Stuttgart: Thieme; 1994
- Kirkevold M. Pflege-theorien. München: Urban & Schwarzenberg; 1997
- Kirkevold M. Pflegewissenschaft als Praxisdisziplin. Bern: Hans Huber; 2002
- Lauber A, Hrsg. Grundlagen beruflicher Pflege. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2012
- Leininger M. Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege. Freiburg i. Br.: Lambertus; 1998
- LoBiondo-Wood G. Pflegeforschung. Methoden, kritische Einschätzung und Anwendung. Bern: Hans Huber; 1996
- Meleis A. Theoretical nursing. Development and progress, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott; 1991
- Meleis A. Pflege-theorie. Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. Bern: Hans Huber; 1999
- Neumann-Ponesch S. Modelle und Theorien in der Pflege. 3. Aufl. Wien: Facultas; 2014
- Orem D. Strukturkonzepte der Pflegepraxis. Bern: Hans Huber; 1997
- Roper N. et al. Die Elemente der Krankenpflege. Ein Pflege-modell, das auf einem Lebensmodell beruht. Basel: Recom; 1993
- Roper N, Logan W, Tierney A. Das Roper-Logan-Tierney-Modell. Bern: Hans Huber; 2002
- Schaeffer D et al., Hrsg. Pflege-theorien. Beispiele aus den USA. Bern: Hans Huber; 1997
- Shaha M, Käppeli S, Schnepf W. Die Reichweite von Theorien als Indikator für ihre Umsetzbarkeit in der Praxis. Pflegewissenschaft 2013; 01: 5–16
- Shaha M, Käppeli S, Schnepf W. Aus der Praxis in die Praxis zurück: Zwischenverpflegung Theorieentwicklung. Pflegewissenschaft 2013; 7–8: 389–400
- Steppe H. Pflege-modell in der Praxis, 2. Folge: Virginia Henderson. Die Schwester/Der Pfleger 1990; 29: 587
- Bartoszek G, Sirsch E. Dekubitusprophylaxe. In: Thiemes Pflege. Schewior-Popp S, Sitzmann F, Ullrich L, Hrsg. 13. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2017
- Behrens J, Langer G. Evidence-based Nursing and Caring. 4. Aufl. Bern: Huber; 2016.
- Bekel G, Dorothea Orem. Die Selbstpflege-defizit-Theorie als Erkenntnisprogramm für die Pflege als Praxiswissenschaft. In: Brandenburg H, Dorschner S, Hrsg. Pflegewissenschaft 1. 3. Aufl. Bern: Hogrefe; 2015, 202–228.
- Brandenburg H, Weidner F. Pflege-wissenschaft und -forschung. In: Kellnhäuser E et al., Hrsg. Thiemes Pflege. 10. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2004
- Brandenburg H. Das Resident Assessment Instrument – eine Chance für die Pflege in Deutschland. In: Bartholomeyczik S, Halek M, Hrsg. Assessmentinstrumente in der Pflege. Hannover: Schlütersche; 2009: 27–46
- Brandenburg H, Dorschner S. Pflege-wissenschaft Hrsg. 1. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflege-wissenschaft. 4. Aufl. Bern: Hans Huber; 2015
- Brandenburg H, Panfil EM, Mayer H. Pflege-wissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung. 3. Aufl. Bern: Hogrefe; 2017
- Brandenburg H, Hülsken-Giesler M, Sirsch E. Vom Zauber des Anfangs und den Chancen der Zukunft. Festschrift zum 10-jährigen Bestehen der Pflege-wissenschaftlichen Fakultät an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar. Bern: Hogrefe; 2016
- Bundesministerium für Gesundheit, Hrsg. Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege. Berlin; 2014
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Hrsg. Pflegedokumentation stationär. Das Handbuch für die Pflegeleitung. Berlin; 2007
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Hrsg. Identifizierung von Entbürokratisierungspotenzialen in Einrichtungen der stationären Altenpflege in Deutschland. Abschlussbericht. Berlin; 2006
- Corbin J, Strauss A. Ein Pflege-modell zur Bewältigung chronischer Krankheiten. In: Woog P, Hrsg. Chronisch Kranke pflegen. Das Corbin-Strauss-Pflegemodell. Wiesbaden: Ullstein Mosby; 1998: 1–30
- Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege, Hrsg. Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. 2. Aufl. mit aktualisierter Literaturstudie (1999–2002): Osnabrück; 2010

Pflegewissenschaft und -forschung I

- Arnold D, Kersing K, Stemmer R. Podiumsgespräch: Pflegewissenschaft im paradigmatischen Diskurs: Bedeutung für das Pflegehandeln. Pflege & Gesellschaft 2006; 11: 170–182
- Axmacher D. Pflegewissenschaft – Heimatverlust der Krankenpflege? In: Rabe-Kleberg U et al., Hrsg. Pro Person: Dienstleistungsberufe in Krankenpflege, Altenpflege und Kindererziehung. Bielefeld: Böllert KT-Verlag; 1991: 120–138
- Bartholomeyczik S. Pflegeforschung, Entwicklung, Themenstellung und Perspektiven. In: Schaeffer P, Wingenfeld K, Hrsg. Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa; 2011: 67–94

- Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege, Hrsg. Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Osnabrück; 2000
- DeStatis Statistisches Bundesamt. Gesundheitspersonal, 2014. Im Internet: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitspersonal/Tabellen/Beschaeftigung.html>; Stand: 14.12.2016
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP) (Hrsg.). Präventive Hausbesuche bei Senioren. Projekt mobil – der Abschlussbericht. Schlütersche; Hannover; 2008
- Dornheim J, v. Maanen U, Meyer JA, Remmers H, Schöninger H, Schwerdt R, Wittneben K. Pflegewissenschaft als Praxiswissenschaft und Handlungswissenschaft. Pflege und Gesellschaft 1999; 4: 73–79
- Evers G, Isenberg MA, Philipsen H, Senten M, Brouns G. Validity testing of the Dutch translation of the appraisal of the self-care agency ASA-scale. International Journal of Nursing Studies 1993; 30: 331–342
- Friesacher H. Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Osnabrück: Universitätsverlag Osnabrück; 2008
- Ford S. Into the outside. Nursing Times 1987; 20: 40–42
- Grebe C, Brandenburg H. Resident Assessment Instrument. Anwendungsoptionen und Relevanz für Deutschland. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2015; 48; 2: 105–113
- Harrison A. Compression fractures of the thoracic vertebrae. Nursing Times 1986; 25: 40–42
- Heyelmann L. Nach dem Pflegestudium in die Altenpflege? Die Erwartungen der Arbeitgeber. Frankfurt: Mabuse; 2015
- Höhmann U, Weinrich H, Gätchenberger G. Die Bedeutung des Pflegeplans für die Qualitätssicherung in der Pflege. Forschungsbericht Nr. 261. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung; 1996
- Hülken-Giesler M. Der Zugang zum Anderen. Zur theoretischen Rekonstruktion von Professionalisierungsstrategien pflegerischen Handelns im Spannungsfeld von Mimesis und Maschenlogik. Osnabrück: Universitätsverlag Osnabrück; 2008
- Janes G. Planning for terminal care. Nursing Times 1986; 23: 24–27
- Käppeli S, Hrsg. Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld. Bern: Hans Huber; 2000
- Kirkevold M. Toward a Practice Theory of Caring Patients with Chronic Skin Disease. Scholarly Inquiry for Nursing Practice 1993; 7: 37–58
- Kirkevold M. Pflegewissenschaft als Praxisdisziplin. Bern: Hans Huber; 2002
- Klostermann J, Isfort M. Assessment-Instrumente bleiben ungenutzt. Die Schwester/Der Pfleger, 2014. 53; 11: 1136–1139
- Köpke, S. Was hilft, um Stürze aus dem Bett zu vermeiden? Die Schwester/Der Pfleger 2016, 55; 05: 94–95
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V., Projektgruppe 32, Hrsg. Grundsatzstellungnahme Dekubitus. Medizinisch-pflegerische Grundlagen, Prophylaxe und Therapie. Bearbeitung von Behandlungs- und Pflegevorwürfen. Essen; 2001. Im Internet: <https://www.mds-ev.de/>; Stand: 14.12.2016
- Moers M, Schaeffer D. Pflege-theorien. In: Schaeffer P, Wingenfeld K, Hrsg. Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa 2011; 37–66
- Morse JM, Johnson JL. The illness experience: dimensions of suffering. Sage Publications, Inc. 1991
- Reed J, Robbins I. Pflegemodelle: Ihre Relevanz für die Pflege älterer Menschen. In: Schröck R, Drerup E, Hrsg. Pflege-theorien in Praxis, Forschung und Theorie. Freiburg: Lambertus 1991; 203–218
- Remmers H. Pflegewissenschaft im interdisziplinären Dialog. Eine Forschungsbilanz. Osnabrück: V & R Unipress; 2011
- Remmers H. Pflegerisches Handeln. Wissenschafts- und Ethikdiskurse zur Konturierung der Pflegewissenschaft. Bern: Huber; 2000
- Robert-Bosch-Stiftung, Hrsg. Pflegewissenschaft. Grundlegung für Lehre, Forschung und Praxis. Denkschrift. Gerlingen: Bleicher; 1996
- Robert-Bosch-Stiftung, Hrsg. Pflege braucht Eliten. Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehre und Leitungskräfte in der Pflege. Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Bd. 28. Gerlingen: Bleicher; 1993
- Sirsch E, Zwakhalen S, Gnass I. Schmerzassessment und Demenz – Deutschsprachige Ergebnisse eines europäischen Surveys. Beltz Juventa. Pflege & Gesellschaft, 2015; 20–4: 316–332
- Stemmer R. Einleitung in den Themenschwerpunkt. Pflege u. Gesellschaft 2006; 11: 9–11
- Taubert J. Pflege auf dem Weg zu einem neuen Selbstverständnis. 2. Aufl. Frankfurt: Mabuse; 1994
- Wanke S, Herrmann A. „Starthilfe fürs Herz: Implantierbare und tragbare Cardioverter-Defibrillatoren“. Die Schwester/Der Pfleger, 2014; 53–10: 976–980
- Weidner F. Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege. 3. unveränderte Aufl. Frankfurt a.M.: Mabuse; 2011
- Weidner F. Zur Einführung in das Grundverständnis der Praxisdisziplin Pflege. In: Weidner F, Hrsg. Pflegeforschung praxisnah. Frankfurt: Mabuse; 1999a: 11–22
- Weidner F. Was bedeutet Professionalisierung für die Pflegeberufe? Annäherungen an einen strapazierten Begriff. In: Sauter D, Richter D, Hrsg. Experten für den Alltag – Professionelle Pflege in psychiatrischen Handlungsfeldern. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 1999b: 18–39
- Wiener CL, Dodd MJ. Coping amid uncertainty: an illness trajectory perspective. Scholar Inq Nurs Pract 1993; 7: 17–30
- Wittneben K. Forschungsansätze für das Berufsfeld Pflege. Stuttgart: Thieme; 1998

Pflegewissenschaft und -forschung II

- Balser N. Einflussfaktoren auf die Implementierung von pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen in die Praxis. Master. Pflegewissenschaftliche Fakultät. Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar; 2012
- Bartholomeyczik S, Halek M. Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen. Hannover: Schlütersche; 2009
- Behrens J, Langer G. Evidence-based Nursing and Caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungs-forschung. Bern: Hans Huber; 2016
- Behrens J, Görres S, Schaeffer D, Bartholomeyczik S, Stemmer R. Agenda Pflege-forschung für Deutschland; 2012. Im Internet: www.agenda-pflegeforschung.de; Stand: 14.12.2016
- Brandenburg H. Analyse von qualitativen Studien. In: Brandenburg H, Panfil EM, Mayer H, Hrsg. Pflegewissenschaft 3. Aufl. Bern: Huber; 2017
- Fritz E, Them C, Hackl JM. Thromboseprävention im pflegerischen Alltag einer Universitätsklinik. Pflege 2005; 18: 43–50
- Flick U. Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH; 2012
- Hoben M, Bär M, Wahl HW, Hrsg. Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie. Grundlagen, Forschung und Anwendung – Ein Handbuch. Stuttgart: Kohlhammer; 2016
- Hoehl M, Kullick P. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. 4. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2012
- Huber E, Spirig R. Das Leben mit Schmerzen meistern – ältere Frauen als Expertinnen im Umgang mit chronischen Schmerzen des Bewegungsapparates. Pflege 2004; 17: 296–305
- Hunt M. Why don't we use these findings? Nursing Mirror 1984; 158: 29

Köpke S, Koch F, Behncke A, Balzer K. Einstellungen Pflegenden in deutschen Krankenhäusern zu einer evidenzbasierten Pflegepraxis. *Pflege* 26: 163–175

Isfort M, Weidner F. Pflegequalität und Pflegeleistungen. Zwischenberichte des Projektes: „Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistungen.“ Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (Hrsg.). Schriftenreihe des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung (dip) e.V. Hannover: Schlütersche; 2003

Isfort R. Patientenklassifikation und Personalbemessung in der Pflege. Münster: MV-Wissenschaft, Monsenstein und Vannerdat; 2008

Käppeli S. Patienten interpretieren problematische Spitalerfahrungen. *Pflege* 1991; 4: 199–205

Lamnek S. Qualitative Sozialforschung. 4. Aufl. München: Psychologie Verlags Union; 2005

Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills: Sage; 1985

LoBiondo-Wood G, Haber J. *Pflegeforschung: Methoden, kritische Einschätzung und Anwendung*. München: Urban u. Fischer; 2005

Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz; 2003

Moers M, Schnepf W, Schiemann D, Hrsg. *Pflegeforschung zum Erleben chronisch kranker und alter Menschen*. Bern: Huber; 1999

Panfil EM. Analyse von Forschungsstudien. In: Brandenburg H, Panfil EM, Mayer H, Hrsg. *Pflegewissenschaft* 2. 3. Auflage Bern: Hogrefe; 2017a

Panfil EM. Analyse von quantitativen Studien. In: Brandenburg H, Panfil EM, Mayer H, Hrsg. *Pflegewissenschaft* 2. 3. Aufl. Bern: Huber; 2017b

Reuschenbach B, Mahler C, Hrsg. *Pflegebezogene Assessmentinstrumente. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und Praxis*. Bern: Huber; 2011

Schnell MW. *Pflegeforschungsethik*. In: Brandenburg H, Panfil EM, Mayer H, Hrsg. *Pflegewissenschaft* 2. 2. Aufl. Bern: Huber; 2008: 165–175

Törne I v, Güther B, Potthoff P. Quantitative Erhebungsverfahren in der Pflegeforschung. In: Schaeffer P, Wingenfeld K, Hrsg. *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim: Juventa; 2011: 97–116

3.3.2 Weiterführende Literatur

Pflegewissenschaft und -forschung I

Brandenburg H, Dorschner S. *Pflegewissenschaft* 1. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegewissenschaft. 4. Aufl. Bern: Huber; (geplant für 2018)

Brandenburg H, Güther H, Hrsg. *Gerontologische Pflege. Grundlegung und Perspektiven*. Bern: Huber; 2015

Hasseler M, Meyer M, Fischer T, Hrsg. *Gerontologische Pflegeforschung. Ansätze, Ergebnisse und Perspektiven für die Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer; 2013

Palm R, Dichter M. *Pflegewissenschaft in Deutschland – Errungenschaften und Herausforderungen*. Festschrift für Sabine Bartholomeyczik. Bern: Huber; 2013

Schaeffer D, Wingenfeld K, Hrsg. *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim: Juventa; 2014

Pflegewissenschaft und -forschung II

Brandenburg H, Panfil EM, Mayer H. *Pflegewissenschaft* 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung. 2. Aufl. Bern: Huber; 2017

Mayer H. *Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung*. 4. Aufl. Wien: Facultas; 2015

Panfil, EM. *Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegenden*. Bern: Huber; 2011

Polit DF, Beck CT, Hungler B. *Lehrbuch Pflegeforschung*. Bern: Huber; 2004

Przyborski A, Wohlrab-Sahr M. *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. 4. Aufl. München: Oldenbourg Verlag; 2014

Schnell MW, Heinritz C. *Forschungsethik*. Bern: Huber; 2006

3.3.3 Internetadressen

Pflegewissenschaft und -forschung I

<http://www.caritas.de>; Stand: 14.12.2016
<http://www.dip-home.de>;

Stand: 14.12.2016

<https://www.ebscohost.com/nursing/products/cinahl-databases/cinahl-complete>; Stand: 14.12.2016

<http://www.frankfurt-university.de/einrichtungen-services/leitung-und-zentrale-verwaltung/bibliothek.html>; Stand: 14.12.2016

<http://www.clayton.edu/nursing/Nursing-Theory>; Stand: 14.12.2016

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>; Stand: 14.12.2016

<http://www.pflegestudium.de>; Stand: 14.12.2016

<https://www.sandiego.edu/nursing/research/nursing-theory-research.php>; Stand: 14.12.2016

<https://www.valdosta.edu/colleges/nursing-and-health-sciences/welcome.php>; Stand: 14.12.2016

Pflegewissenschaft und -forschung II

<http://www.hoepflinger.com/fhtop/fhmethod1.html>; Stand: 14.12.2016

<http://journals.sagepub.com/home/nej>; Stand: 14.12.2016

<http://www.nursinghomehelp.org>; Stand: 14.12.2016

<http://www.nursingworld.org>; Stand: 14.12.2016

<http://www.stangl-taller.at>; Stand: 14.12.2016



© Kirsten Oborny/Thieme

Kapitel 4

Organisation, Management und Recht

4.1	Der Pflegeprozess	111
4.2	Pflegesysteme	122
4.3	Wirtschaftliche Aspekte	125
4.4	Qualitätsmanagement	132
4.5	Organisationsentwicklung	145
4.6	Pflegediagnosen	145
4.7	Assessmentinstrumente in der Pflege	153
4.8	Case Management	157
4.9	Rechtliche Rahmenbedingungen der Pflege	161
4.10	Lern- und Leseservice	172

4 Organisation, Management und Recht

Sabine Bartholomeyczik, Michael Ewers, Heiner Friesacher, Walter Hell, Eva Hokenbecker-Belke

4.1 Der Pflegeprozess

Eva Hokenbecker-Belke

Der Pflegeprozess ist eine Arbeitsmethode, die entwickelt wurde, um pflegerische Handlungen zielgerichtet und methodisch zu planen und durchzuführen. Er besteht aus aufeinander aufbauenden Schritten und Phasen, die sich gegenseitig beeinflussen. Durch ihn werden die Handlungen der Pflegekräfte bei einem Patienten beschrieben und strukturiert. Die Pflegeplanung und die Pflegedokumentation sind Elemente des Pflegeprozesses.

Die systematische Vorgehensweise im Sinne des Pflegeprozesses dient dazu, das Wesentliche in den Blick zu nehmen. Zunächst werden die Ausgangslage bzw. die pflegerelevanten Probleme und Ressourcen gründlich betrachtet, dann können realistische Ziele gesetzt werden. Nur so können Pflegemaßnahmen geplant werden, die den Bedürfnissen des Pflegebedürftigen gerecht werden.

4.1.1 Vier-Schritt-Modell der WHO

Die World Health Organization (WHO) hat 1979 ein von Yura und Walsh (1960) entwickeltes Drei-Schritt-Modell aufgegriffen und um einen 4. Schritt ergänzt. Dieses WHO-Modell des Pflegeprozesses hat sich über viele Jahre etabliert. Der Umgang mit pflegebedürftigen Menschen ist ein ständiger Problemlösungs- und Beziehungsprozess, in dem der Pflegebedürftige mit seinen Bezugspersonen immer im Mittelpunkt der Betrachtung steht (► Abb. 4.1).

Im **1. Schritt**, dem Assessment, wird der Pflegebedarf eingeschätzt, indem alle pflegerelevanten Informationen gesammelt werden. Diese Einschätzung erfolgt anhand eines Gesprächs mit dem Pflege-

bedürftigen (bzw. seinen Angehörigen). Hierbei werden standardisierte Formulare als Hilfsmittel angewandt wie z.B. Erhebungsbögen, Pflegestammblatt, Anamnesebogen usw.

Auf der Informationssammlung aufbauend wird im **2. Schritt** die Pflegediagnose gestellt unter Einbeziehung der Probleme und Ressourcen des Pflegebedürftigen. Anhand dieser Pflegediagnose wird der Pflegebedarf ermittelt, Pflegeziele festgelegt und die Pflegemaßnahmen geplant. Sie wird an den einrichtungsspezifischen Pflegeplänen und dem Pflegemodell ausgerichtet (z.B. das ATL-Modell von Liliane Juchli).

Im **3. Schritt** des Pflegeprozesses findet die Intervention, d.h. die praktische Durchführung der geplanten Pflege, statt.

Im **4. Schritt**, der Evaluation, werden Wirkung und Qualität der Pflege beurteilt und die Erreichung der Ziele überprüft. Hierbei werden die zuvor definierten Ziele bei der Erfolgskontrolle mit dem erreichten Ist-Zustand des Patienten abgeglichen.

4.1.2 Definitionen, Merkmale und Ziele

Definition

Wie aus diesen Beschreibungen deutlich wird, strukturiert der Pflegeprozess die Handlungen der Pflegepersonen in Bezug auf die gewünschte Zielsetzung bei einem Patienten. Der Pflegeprozess kann folgendermaßen definiert werden:

Definition

Pflege ist ein dynamischer Problemlösungs- und Beziehungsprozess. Er besteht aus logisch aufeinander aufbauenden Phasen und Schritten, die sich wechselseitig beeinflussen (MDS 2005).



Merkmale

Orientierung am Patienten

Der Pflegeprozess ist patientenorientiert gestaltet, d.h., er wird individuell für jeden Patienten erstellt. Innerhalb seiner Anwendung und der damit verbundenen Dokumentation werden Probleme und Ressourcen festgestellt und erfasst. Hierbei finden die alltäglichen Bedürfnisse und Wünsche des Pflegebedürftigen Berücksichtigung, d.h., es findet eine direkte Kommunikation mit dem Patienten statt und er wird (ggf. mit seinen Angehörigen) in die Planungen einbezogen.

Ganzheitlichkeit

Der Pflegeprozess gewährleistet eine ganzheitliche Betrachtungsweise bei der Versorgung eines Patienten. Er stellt den Menschen in den Mittelpunkt, der die Pflege in Anspruch nimmt, und berücksichtigt dabei die Umgebung, in der sich der Mensch in der aktuellen Pflegesituation befindet.

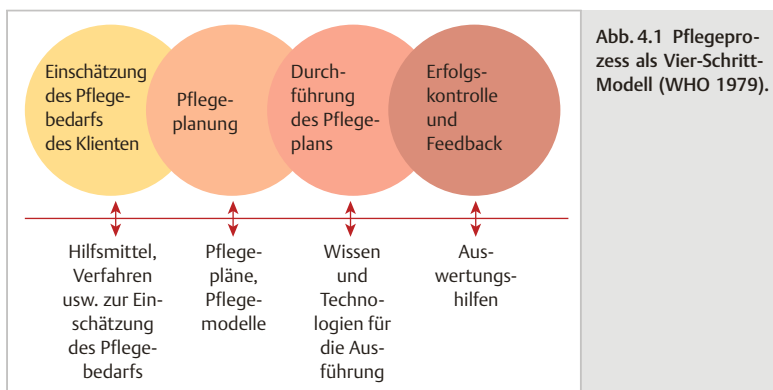
Der Pflegeprozess eines Patienten, der sich für einen kurzen Zeitraum im Krankenhaus befindet, wird andere Ziele verfolgen als bei einem Pflegebedürftigen, der an einer chronischen Erkrankung leidet und langfristig zu Hause von einem ambulanten Pflegedienst betreut wird, oder bei einem Bewohner im Seniorenheim.

Der Pflegeprozess orientiert sich immer am aktuellen Gesundheits-/Krankheitszustand des Menschen und hat zum Ziel, die Lebensqualität zu erhalten/wiederherzustellen sowie Wohlbefinden und größtmögliche Unabhängigkeit für den Menschen zu erreichen.

Ziele

Insgesamt orientiert sich der Pflegeprozess an den Problemen und Ressourcen des Betroffenen und verfolgt (individuell bezogen auf die pflegebedürftige Person) nachstehende Ziele:

- Sicherheit für den Pflegebedürftigen im Verlauf der Pflege herstellen
- den Pflegebedürftigen und seine Angehörigen einbeziehen
- personelle und fachliche Kontinuität in der Durchführung pflegerischer Leistungen gewährleisten
- die Qualität der Pflege und Betreuung sichern
- die objektive Beurteilung der Pflegeleistungen ermöglichen
- den (notwendigen) innerbetrieblichen und interdisziplinären Informationsfluss gewährleisten



- Leistungen transparent darstellen
- den juristischen Nachweis der Pflegequalität im Sinne der Beweisfähigkeit ermöglichen (MDS 2005)

► **Grundsatzstellungnahme des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS).** Aufgrund der Tatsache, dass die Einführung, also die konkrete Anwendung und Umsetzung des Pflegeprozesses nach Qualitätsprüfungen des MDK nur mäßige Ergebnisse aufgewiesen hat, ist im Jahr 2005 durch den MDS die sog. Grundsatzstellungnahme (ähnlich einem Expertenstandard) verfasst worden. Hierin werden die im Folgenden dargestellten Schritte des Regelkreises in ihrer inhaltlichen Ausgestaltung erläutert. Schwerpunkt ist zudem das Aufzeigen praktikabler Dokumentationsformen.

4.1.3 Regelkreismodell nach Fiechter und Meier

Definition

Der **Regelkreis des Pflegeprozesses** ist ein strukturiertes Verfahren, an dessen Ablaufschritten sich die Pflegeperson orientieren kann, um zielgerichtet pflegerisch zu handeln und Probleme zu lösen.

Es handelt sich demnach um ein Instrument und eine Methode, die pflegerische Qualität umsetzbar und überprüfbar macht. Er dient zur Gliederung und Darstellung der Gedanken und Handlungen, die Pflegenden zur Lösung der Probleme von Pflegebedürftigen aufstellen und anwenden. Ziel der Anwendung ist, unter ganzheitlicher Betrachtung des Pflegebedürftigen (Körper, Geist, soziales Umfeld), die Gesundheit zu erhalten, zu fördern bzw. wiederherzustellen.

Pflegeprozess in sechs Schritten

Die zwei Schweizerinnen Fiechter und Meier haben den von der WHO vorgestellten Vier-Schritt-Pflegeprozess Anfang der 1980er-Jahre weiterführend bearbeitet und um zwei Schritte ergänzt (► Abb. 4.2).

Dieser von ihnen entwickelte Regelkreis findet im europäischen Raum weitverbreitete Anwendung. Die einzelnen Schritte werden in ihrer Methode unter den praktischen Handlungen der Pflegenden in einer individuellen Pflegesituation zu einem Prozess. Diese Methodik bildet den Unterschied zu dem im vorherigen Abschnitt beschriebenen WHO-Modell,

das prozesshaft in eine Richtung verläuft und scheinbar mit der Ergebniskontrolle endet, somit also keinen Kreislauf bildet.

Fiechter und Meier beschreiben ihren Prozess folgendermaßen: „Der Krankenpflegeprozess hat zum Ziel, auf systematische Art und Weise dem Bedürfnis des Patienten nach pflegerischer Betreuung zu entsprechen. Der Krankenpflegeprozess besteht aus einer Reihe von logischen, voneinander abhängigen Überlegungs-, Entscheidungs- und Handlungsschritten, die auf eine Problemlösung, also auf ein Ziel hin, ausgerichtet sind und im Sinne eines Regelkreises einen Rückkopplungseffekt (Feedback) in Form von Beurteilung und Neuanpassung enthalten. Der Krankenpflegeprozess kann als Regelkreis mit sechs Schritten dargestellt werden. Das Resultat der Pflege wird am Pflegeziel gemessen. Wenn das Ziel erreicht wird, ist der Vorgang beendet. Wenn aber Abweichungen vom gesetzten Ziel vorkommen oder neue Probleme auftreten, beginnt der ganze Prozess von Neuem. Es müssen zusätzliche Informationen gesammelt werden, Probleme und Ziele neu formuliert und die Maßnahmen entsprechend angepasst werden“ (Fiechter u. Meier 1988, S. 30).

Merke

Die Schritte des Pflegeprozesses sollen eine Kontinuität in der Versorgung gewährleisten und orientieren sich immer an den individuellen Problemen, Fähigkeiten und Ressourcen des Pflegebedürftigen.

Der im Weiteren in seinen einzelnen Schritten genauer dargestellte Pflegeprozess besteht aus folgenden Schritten (► Abb. 4.2):

1. Informationssammlung (Pflegeanamnese)
2. Erkennen von Problemen und Ressourcen des Patienten (Pflegediagnose)
3. Festlegung der Pflegeziele
4. Planung der Pflegemaßnahmen
5. Durchführung der Pflege
6. Beurteilung der Wirkung der Pflege (Pflegeevaluation)

Bei der Pflegeevaluation wird neben der Zielerreichung auch der erforderliche Ressourceneinsatz überprüft. An diesem Punkt kann der Pflegeprozess einerseits enden für den Fall, dass ein Behandlungsziel erreicht worden ist und kein weiterer Pflegebedarf für den Betroffenen besteht. Andererseits kann der Prozess an dieser Stelle auch von Neuem starten, angepasst an die aktuelle Situation des Pflegebedürftigen, und mit der erneuten Festlegung der Pflegeziele.

► **Spirale.** Der Pflegeprozess wird in Form einer Spirale angewendet (► Abb. 4.3), wenn immer wieder neue Informationen in die Pflege einfließen sowie neue Bedürfnisse seitens des Patienten auftreten und die Pflegeperson und/oder der Pflegebedürftige erkennen, dass die geplanten und durchgeführten Maßnahmen nicht zu den festgelegten Zielen führen (Jung-Heintz u. Lieser 2004).

Nachfolgend werden die 6 Schritte des Pflegeprozesses genauer beschrieben.

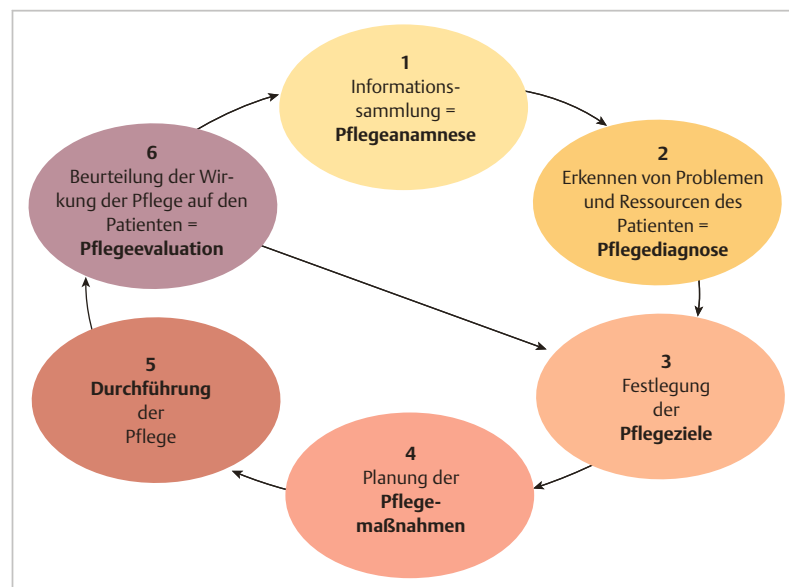


Abb. 4.2 Pflegeprozess im Sechsstufen-Modell (nach Fiechter und Meier 1988).

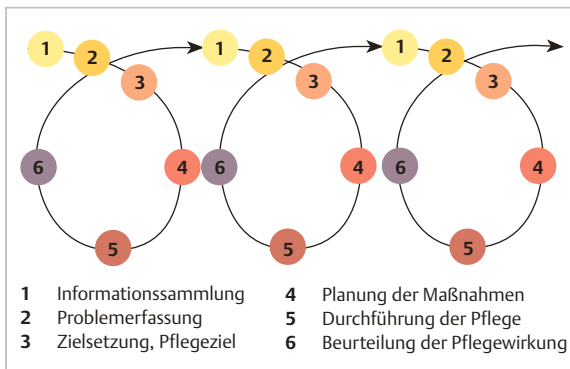


Abb. 4.3 Der Pflegeprozess als Spirale (nach Fiechter u. Meier 1993).

Schritt 1: Pflegeanamnese

Bei dem Schritt der Informationssammlung („Pflegeanamnese“) werden systematisch die Ausgangsdaten erfasst, d.h. Name, Anschrift, Bezugsperson(en) sowie Probleme, Gewohnheiten, Fähigkeiten/Ressourcen und Wünsche/Bedürfnisse des Pflegebedürftigen. Dies geschieht i.d.R. durch ein persönliches Gespräch der Pflegekraft mit dem Pflegebedürftigen und/oder seinen Angehörigen (► Abb. 4.4). In diesem Gespräch lernen der Pflegebedürftige, seine Angehörigen und der Pflegenden sich kennen. Die bei der Aufnahme des Pflegebedürftigen erfolgte Informationssammlung kann jederzeit im weiteren Verlauf erweitert oder verändert werden. Anhand der Pflegeanamnese soll der aktuelle Gesundheits-/Krankheitszustand des zu Pflegenden deutlich werden. Neben dem persönlichen Gespräch kommen hier weitere Methoden zum Einsatz:

- zielgerichtete Beobachtung des Pflegebedürftigen; s. Krankenbeobachtung (S. 114)
- Messung von körperlichen Parametern (z. T. nach ärztlicher Anordnung) wie z. B. Herzfrequenz, Blutdruck usw.
- Anwendung von Screening- und Assessmentinstrumenten; siehe Screening- und Assessmentinstrumente (S. 114)



Abb. 4.4 Pflegeanamnese. Die Pflegeanamnese wird in einem persönlichen Gespräch zwischen dem Pflegenden, dem Pflegebedürftigen und/oder seinen Angehörigen erhoben. (Foto: A. Fischer, Thieme)

Ziele

Die Informationssammlung wird mit dem Ziel durchgeführt, alle wichtigen Informationen zusammenzutragen, die Einfluss auf mögliche vorhandene Pflegeprobleme und deren Lösungen haben. Sie dient als Grundlage für die individuelle Planung der Pflege. Hierbei wird auch berücksichtigt, inwieweit die Selbstständigkeit des zu Pflegenden in Bezug auf seine Krankheitsbewältigung und seine Mithilfe beim Genesungsprozess erhalten sind.

Berücksichtigung der Selbsteinschätzung

Die Selbsteinschätzung des Pflegebedürftigen sollte mit der Fremdeinschätzung des Pflegenden (und ggf. der Angehörigen) verglichen werden, um hieraus gemeinsam eine realistische und erreichbare Zielsetzung zu formulieren. Die Berücksichtigung der Selbsteinschätzung des Pflegebedürftigen ist aus dem Grund besonders wichtig, da er aus seiner eigenen Perspektive evtl. ein anderes Bild von seiner Erkrankung hat, als der Pflegenden von außen wahrnimmt. Zudem beschäftigt er sich dabei gedanklich mit seiner Pflegesituation, versteht die Hintergründe von Pflegemaßnahmen und -handlungen und kann in Bezug auf die Zielerreichung aktiv mitwirken.

Dies kann z. B. der Fall sein, wenn der Patient aufgrund einer Diabeteserkrankung fast blind ist und der Pflegenden glaubt, dass er dadurch Schwierigkeiten bei der Nahrungszubereitung und -aufnahme hat. Im Laufe seiner Erkrankung hat sich der Pflegebedürftige jedoch mit der zunehmenden Erblindung arrangiert und benutzt vermehrt seinen Tastsinn, womit er gut zurechtkommt und das Problem als nicht so gravierend betrachtet, wie der Pflegenden es zuvor eingeschätzt hatte.

Förderung der Eigenkompetenz

„Die Aktivierung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung bei den zu betreuenden Menschen sollte in allen Bereichen des Gesundheitswesens und im Sozialbereich ein wichtiges Ziel sein. Alle tragen die gemeinsame Verantwortung für die Förderung möglicher Ressourcen/Fähigkeiten und für die bestmögliche Minimierung von Risiken in der Betreuung oder Versorgungsprozessen. Die gemeinsame Grundausrichtung aller Gesundheits- und Sozialeinrichtungen sollte sein, das Wissen, die Befähigung und die Motivation der zu betreuenden Menschen zu gesundheitsbewusstem Verhalten in allen Lebensphasen zu stärken und damit gesundheitliche Risiken oder Beeinträchtigungen zu reduzieren. [...] Deshalb sollten ergänzend präventive Maßnahmen in die Versorgungsprozesse integriert werden, die die Menschen mit ihren individuellen Ressourcen ermutigen und befähigen, mögliche Risiken zu erkennen und wahrzunehmen, um auch durch gesundheitsbewusstes Verhalten diesen entgegenzuwirken“ (Welz-Spiegel 2014).

Biografiearbeit

Biografiearbeit ist eine an der Biografie orientierte Pflegeplanung. Sie wird besonders im Bereich der Altenpflege angewandt und ist vergleichbar mit der Informationssammlung im Pflegeprozess. Sobald nach der Aufnahme eines Bewohners eine **Vertrauensbasis** entstanden ist, wird mit ihm ein Gespräch geführt mit dem Ziel, die **Lebensgeschichte und die Lebenswelt des Menschen kennenzulernen**.

Falls er kein Einzelzimmer bewohnt, wird er in einen ruhigen Raum eingeladen. Der Bewohner wird über den Nutzen und das Ziel des Gespräches informiert. Er wird darum gebeten, aus seinem Leben zu erzählen, und um die Erlaubnis, Notizen machen zu dürfen. Durch Nachfragen wird weiteres Erzählen angeregt.

Ziel ist es hierbei, alle pflegerelevanten Informationen zu erhalten. Für den Pflegebedürftigen und seine Angehörigen bietet das Gespräch zur Pflegeanamnese die Möglichkeit, die Pflegeperson sowie auch die Einrichtung näher kennenzulernen.

Wünschenswert ist es, zu folgenden Themen Informationen zusammenzutragen:

- Geburtsort und -datum
- Stellung in der Herkunftsfamilie
- Schulzeit
- Ausbildung und beruflicher Weg
- familiäre Entwicklung, Heirat, Kinder
- Wohnorte und Wohnverhältnisse, regionale Besonderheiten der Wohnorte

- gesundheitliche und sonstige Krisen
- Eingebundensein in Freundeskreis und Nachbarschaft

Es bedarf einer sensiblen Gesprächsführung, weil ganz persönliche Fragen gestellt und u. U. heikle Punkte berührt werden. Wenn eine gute Beziehung besteht, geben trotzdem viele Menschen gern Auskunft.

Weiter werden Vorlieben und Abneigungen eines Menschen, seine Interessen, Gewohnheiten, Eigenheiten, Ressourcen und Bedürfnisse erfasst, die sich im Laufe seines Lebens gebildet haben – also seine aktuelle Situation (z. B. sein Lieblingsessen, ob er Spaziergänge im Wald mag usw.) Zum Teil wird er selbst darüber Auskunft geben, anderes erfahren die Pflegekräfte von den Angehörigen, manches klärt sich durch Beobachtungen bei der Pflege oder im Tagesablauf.

Die gewonnenen Informationen zur Biografie unterliegen dem Datenschutz und dürfen nicht autorisierten Personen nicht zugänglich sein.

Bei Menschen mit eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten muss die Pflegeperson im Erstgespräch auf nonverbale Signale achten (Beobachtung von Gestik, Mimik usw.), hier sind ergänzende Informationen der Angehörigen hilfreich und wichtig.

Krankenbeobachtung

Beim ersten Kontakt mit dem Pflegebedürftigen setzt die erfahrene Pflegeperson ihre Fähigkeiten zur Krankenbeobachtung ein. Sie hat z. B. den Hautzustand im Blick, den Allgemeinzustand des Patienten, die Mobilität, die Färbung der Haut, die Atmung usw., woraus sie weitere Schlüsse für die Versorgungsplanung ableiten bzw. weitere diagnostische Maßnahmen einleiten kann. Für unerfahrene Pflegepersonen, die noch nicht über einen solchen umfassenden Blick verfügen, wäre es u. U. hilfreich, ihnen eine standardisierte „Checkliste“ an die Hand zu geben (Screening-/Assessmentformulare), mit deren Hilfe sie die Kriterien zur Krankenbeobachtung prüfen können.

Screening- und Assessmentinstrumente

Screening- oder Assessmentinstrumente sind standardisierte Hilfsmittel oder Skalen, mit denen eine Einschätzung bzw. Bewertung durchgeführt werden kann (► Abb. 4.5). Der Begriff „Assessment“ wurde aus dem Englischen übernommen und bedeutet Einschätzung, Beurteilung/Bewertung. Standardisiert heißt, dass es in den dafür vorgesehenen Fällen immer in der gleichen Art und Weise angewandt wird.

Es gibt genaue Verfahren für die Anwendung des Instruments. Meist kreuzen die Nutzer vorgegebene Auswahlfelder an oder lesen eine Skala ab. Beides wird in Zahlen übersetzt, deren Verwendung dann die benötigte Entscheidungshilfe gibt. Mithilfe eines „Screeninginstrumentes“ kann die Pflegekraft im 1. Schritt ein bestimmtes Risiko für einen Pflegebedürftigen feststellen oder dieses Risiko ausschließen. Die im Screening festgestellten Risiken können dann im 2. Schritt mit Assessmentinstrumenten bewertet und eingeschätzt werden. Alle Assessmentinstrumente haben das Ziel, Gesundheitsindikatoren, Fähigkeiten und Verhaltensweisen systematisch festzuhalten und daraus Schlussfolgerungen zu ziehen.

Dokumentation der Daten

Zur Dokumentation aller notwendigen Informationen werden standardisierte Formulare genutzt (z. B. ein Formular zur Erhebung der Stammdaten oder Skalen zur Einschätzung von Risiken wie Dekubitus- oder Sturzgefahr). Aus den gesammelten Informationen wird die individuelle Pflegeplanung erstellt. Alle weiteren Schritte des Pflegeprozesses basieren auf dieser umfassenden und möglichst lückenlosen Datenerhebung.

Schritt 2: Pflegediagnose

Pflegediagnosen beziehen sich auf die Pflegeanamnese und bilden den 2. Schritt des Pflegeprozesses. Der Begriff Pflegediagnose wurde 1953 erstmals von Virginia Frey in den USA geprägt. Sie sah in der Formulierung einer Pflegediagnose einen notwendigen Schritt, um überhaupt einen Pflegeplan festlegen zu können. Beides,

die Formulierung einer Pflegediagnose und die Festlegung eines individualisierten Pflegeplans, stellte ihrer Meinung nach die wichtigste Aufgabe für jemanden dar, der kreativer pflegen möchte.

Bei der Erhebung der Pflegediagnose werden zunächst die **Probleme und Ressourcen** des Pflegebedürftigen erfasst. Pflegediagnosen stellen, wie die formulierten Ressourcen und Probleme des pflegebedürftigen Menschen, den Ausgangspunkt für Planung, Durchführung und Evaluation der Pflege dar.

Definition

Pflegeprobleme werden als gesundheitliche Beeinträchtigungen eines Menschen definiert, die er nicht selbst in seinem alltäglichen Leben bewältigen kann und die durch pflegerisches Handeln erfasst und positiv beeinflusst werden können (Grünwald 2004). Es handelt sich somit um pflegerische Probleme und nicht um medizinische Diagnosen.

Aktuelle und potenzielle Probleme

Aktuelle Probleme liegen tatsächlich vor, sind beobachtbar und messbar. Potenzielle Probleme, die in der Zukunft liegen, werden durch die Pflegeperson abgeschätzt bzw. vorhergesehen (durch Berufserfahrung, Patientenbeobachtung usw.). Diese potenziellen Probleme können bereits im Vorfeld verhindert werden und ihnen kann durch präventive Handlungen entgegengewirkt werden.

Problembeschreibung

Dabei wird das Problem zunächst konkret formuliert und schriftlich festgehalten. Bei der Beschreibung des Problems sollen sowohl die gesundheitlichen Beeinträchtigungen als auch die Fähigkeiten und Ressourcen des Pflegebedürftigen berücksichtigt werden. In der Dokumentation werden die in Schritt 1 gesammelten Informationen zusammengefasst und zu Einzelbereichen und Problemthemen gebündelt. Einzelne Pflegeprobleme werden kurz, übersichtlich, anschaulich und individuell beschrieben. Aus den Inhalten der

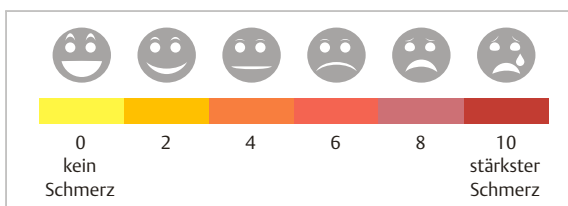


Abb. 4.5 Screening- und Assessmentinstrumente. Ein klassisches Beispiel ist die Schmerzskala. (Abb. aus: I care Pflege. Thieme; 2015)

Problembeschreibungen gehen die Pflegeziele, Pflegemaßnahmen und -handlungen hervor. Die Problembeschreibung

- strukturiert die Auswahl der Pflegemaßnahmen nach Ursache/Wirkung,
- legt die Inhalte der Pflegeevaluation (Schritt 6) fest,
- enthält die Anteile Bereich, Art der Beeinträchtigung, Qualität, Quantität, Umfang und Ursachen, Erklärungen und Zusammenhänge (s. u.),
- ist so kurz und knapp wie möglich zu gestalten (Beschränkung auf das Wesentliche),
- soll so exakt und individuell wie möglich sein und
- soll objektiv sein (wertfrei).

► **Weitere Formulierungshilfen.** Weitere Fragen bzw. Faktoren, die als Formulierungshilfe von Pflegeproblemen berücksichtigt werden können, sind:

- Können Aussagen über konkrete Zustände, die Unterstützung durch Pflege erforderlich machen (betroffene Aktivität/ATL/Körperfunktion), getroffen werden?
- Was zeigt sich genau (Art der Beeinträchtigung)?
- In welchem Maß besteht die Einschränkung, wie viel der notwendigen Aktivität/Funktion fehlt (Quantität, Qualität)?
- Warum tritt das Problem auf (Ursachen und Zusammenhänge erkennen und beschreiben, welche Risikofaktoren bestehen)?
- Wie und wo zeigt sich das Problem, wie drückt es sich aus (Symptome)?
- Welche Ressourcen, d. h. Fähigkeiten und Potenziale hat der Pflegebedürftige?

► **PESR-Schema.** Die Formulierung der Pflegeprobleme kann unter Zuhilfenahme des PESR-Schemas erleichtert und strukturiert werden. Dabei orientiert man sich an einzelnen Schritten bzw. folgenden Elementen (► Tab. 4.1):

- P: Problem
- E: Einflussfaktoren
- S: Symptome
- R: Ressourcen

Kommunikation und Evaluierung der Probleme

Die Pflegeprobleme sollten grundsätzlich mit dem Pflegebedürftigen und/oder seinen Angehörigen bzw. mit pflegerischen Kollegen auf Relevanz überprüft und besprochen werden (► Abb. 4.6). Dies dient zum einen der Verdeutlichung der eigenen Einschätzung, zum anderen jedoch der Einbeziehung des Betroffenen und somit der Erhöhung seiner Compliance (Mitarbeit/Kooperation).

Weiterführend gilt es, die Pflegeprobleme nach Wichtigkeit zu sortieren und sie in Beziehung zu den vorhandenen Ressourcen des Pflegebedürftigen zu setzen. In der Praxis erweist sich insbesondere das Herausarbeiten von Ressourcen des Betroffenen oft als problematisch, vorhandene Ressourcen können manchmal nicht wahrgenommen werden, die Lösungsfindung wird dadurch erschwert.

Schritt 3: Pflegeziele

In der Zielformulierung werden die gewünschten Ergebnisse als ein zu einem bestimmten Zeitpunkt in der Zukunft liegender zu erreichender Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen beschrieben. Die Formulierung des Ziels dient zudem als Maßstab, um später in der Evaluation die Wirksamkeit der angewendeten Maßnahmen zu beurteilen (Unterschied zwischen Ausgangspunkt und Resultat). Die Zielerreichung ist der Maßstab für den Erfolg der Pflege. Zu jedem im 2. Schritt des Pflegeprozesses beschriebenen Problem wird hierbei ein Pflegeziel definiert; die konkrete Festlegung der Pflegeziele findet in Absprache mit dem zu Pflegenden und seinen Angehörigen statt.

Nah- und Fernziele

Dabei wird unterschieden in

- **Nahziele** (sie sind kurzfristig erreichbar, d. h. in Stunden oder Tagen) und
- **Fernziele** (sie beziehen sich auf einen Zeitraum von Wochen, Monaten oder Jahren).



Abb. 4.6 Patienten aktiv einbeziehen. Werden die Pflegeprobleme mit dem Betroffenen direkt besprochen, wird er auf diese Weise aktiv in den Pflegeprozess eingebunden. Dies fördert wiederum seine Kooperation und Mitarbeit. (Foto: A. Fischer, Thieme)

„Das Pflegeziel beschreibt

- das **spezifische Verhalten/erwartete Ergebnis**, das anzeigt, dass der Pflegebedürftige und dessen Bezugsperson ein geplantes Ziel erreicht haben,
- **Kriterien zur Bemessung** dieses Verhaltens (z. B. drückt aus, was und wie viel der Pflegebedürftige und dessen Bezugsperson erreichen sollen, unter welchen Bedingungen oder mit welchen Hilfsmitteln etwas getan werden soll oder welche Veränderungen auftreten sollen),
- **Bedingungen**, unter denen das Verhalten eintreten soll, und
- einen **Zeitraum** (Zielformulierung oder Zeitpunkt), innerhalb dessen das Resultat erreicht werden soll.
- Bereiche, auf die sich Pflegeziele beziehen, sind
- der **Zustand** des Pflegebedürftigen (intakte Haut, Reduzierung des Wunddurchmessers um 1 cm bis zum ...),
- das **Können** des Pflegebedürftigen (kann Gesicht und Oberkörper selbst waschen),
- das **Wissen** des Pflegebedürftigen (kennt die Wirkung des Insulins),

Tab. 4.1 Vollständige Problembeschreibung mithilfe des PESR-Schemas (MDS 2005).

Schema	Fragestellung
P: Problem	• Was hat der Pflegebedürftige? • Was ist das Problem?
E: Einflussfaktoren/Ursachen	• Warum hat er es? • Was sind die Einflussfaktoren und die Ursachen für dieses Problem?
S: Symptome	• Wie zeigt es sich? • Wie zeigt bzw. äußert sich das Problem konkret? Eigene Beobachtungen und Aussagen des Pflegebedürftigen?
R: Ressourcen	• Welche Fähigkeiten, Potenziale hat der Pflegebedürftige? • Welche Ressourcen sind beim Pflegebedürftigen und bei seiner sozialen Umgebung vorhanden?

- das **Verhalten** und der Entwicklungsprozess des Pflegebedürftigen (kann Ängste äußern),
- das **Wollen** des Pflegebedürftigen (mobilisiert sich 3-mal täglich und läuft im Zimmer umher)" (MDS 2005, S. 27f.).

► **Formulierung von Pflegezielen.** Die Pflegeziele können anhand der **SMART-Regel** formuliert werden. SMART (engl.: specific, measurable, accepted, realistic, timely) bedeutet ins Deutsche übertragen:

- **S** (spezifisch): Ziele müssen eindeutig definiert sein, so präzise wie möglich.
- **M** (messbar): Ziele müssen messbar sein.
- **A** (akzeptiert): Ziele müssen vom Empfänger akzeptiert werden/sein (Wünsche und Erwartungen des Pflegebedürftigen, nicht der Pflegekraft).
- **R** (realistisch): Ziele müssen möglich und erreichbar sein.
- **T** (terminiert): zu jedem Ziel muss ein fester Termin gesetzt werden, bis zu dem das Ziel erreicht ist.

So sind z. B. folgende Formulierungen für Pflegeziele möglich:

- Frau A. kann in 6 Tagen mit den Unterarmgehstützen selbstständig laufen.
- Herr B. kennt die Wirkungsweise seiner Medikamente und nimmt diese jeden Morgen um die gleiche Uhrzeit (8 Uhr) ein.

- Herr C. hat eine belagfreie Zunge und eine feuchte, intakte Mundschleimhaut.
- Frau D. kennt die Gefahr der Thrombose und führt prophylaktische Maßnahmen selbstständig durch.

Schritt 4: Pflegemaßnahmen planen

Die Planung der Pflegemaßnahmen orientiert sich an den bestehenden Pflegediagnosen des Patienten sowie den gemeinsam gesetzten Zielen. Die in schriftlicher Form festgelegte Pflegeplanung setzt sich aus den Anteilen „Pflegethema“, „Pflegeziele“ und „Pflegemaßnahmen“ zusammen (► Tab. 4.2). Bei der Ausarbeitung der Pflegeplanung setzt sich die zuständige Pflegeperson gedanklich mit der zukünftigen Entwicklung auseinander und bereitet Entscheidungen und Handlungen vor.

Die Überlegungen finden dahin gehend statt, welche Maßnahmen dazu geeignet sind, das Pflegeziel auf optimalem Weg zu erreichen und das vorhandene Problem zu lösen. Ist die Pflegeplanung durch die zuständige Pflegeperson entwickelt und abgeschlossen, sind die Vorgaben für alle weiteren pflegerischen Handlungen verbindlich, egal von welcher Person sie ausgeführt werden.

Die Planung der Interventionen beschreibt, in welcher Art und Weise die Pflege durchgeführt wird. Es muss ersichtlich sein

- wer,
- was (Art),
- wann (Bedingungen),
- wie häufig (zeitliche Abstände),
- womit und
- wie (Qualität) durchführen soll (vgl. MDS 2005, S. 30).

Die einzelnen Maßnahmen werden so beschrieben, dass jede Pflegeperson sie auf gleiche Art und Weise durchführen kann.



Merke

„Die Pflegemaßnahmen sind präzise, kurz und verständlich zu formulieren; sie beschreiben keine medizinische Therapie“ (MDS 2005, S. 30).

„Pflegemaßnahmen können als

- vollständige Übernahme,
- teilweise Übernahme,
- Unterstützung,
- Beratung, Anleitung und Beaufsichtigung durchgeführt werden“ (MDS 2005, S. 30).

Schritt 5: Durchführung der Pflege

Fallbeispiel

Die Patientin Frau Anna Falke wurde am späten Abend als Notfall mit einer akuten Cholezystitis stationär im Krankenhaus aufgenommen (► Tab. 4.2). Bei der Einweisung litt sie unter starken Gallenkoliken mit Erbrechen und hatte hohes Fieber, über 38,5°Celsius. Ihre

Kinder werden vom Ehemann versorgt, der jedoch tagsüber arbeiten muss. Daher kümmert sich eine Freundin während der Zeit um die beiden Kinder.

Tab. 4.2 Auszug aus dem Pflegeplan der Patientin Anna Falke.

Datum	Pflegeprobleme	Ressourcen	Pflegeziele	Pflegemaßnahmen
20.07.2017	• Frau Falke fühlt sich aufgrund von Fieber schlapp und entkräftet und hat Bettruhe. • Sie kann deshalb die Körperpflege nicht selbstständig durchführen.	• Frau Falke kann den Intimbereich im Bett selbstständig waschen.	• Fernziel: Frau Falke führt die Körperpflege selbstständig durch. • Nahziel: Frau Falke fühlt sich sauber und gepflegt.	• 2-mal täglich (morgens und abends) Waschschüssel und eigene Körperpflegeutensilien am Bett bereitstellen. • Je nach Zustand von Frau Falke Unterstützung/Übernahme der Körperpflege anbieten. • Bei Bedarf kühle Waschungen ermöglichen. • Bettwäsche nach Bedarf wechseln.
20.07.2017	• Frau Falke macht sich Sorgen um ihre beiden Kinder.	• Frau Falke äußert ihre Sorgen. • Ihre Freundin kümmert sich während ihres Krankenhausaufenthaltes um die beiden Kinder.	• Frau Falke ist beruhigt und fühlt sich mit ihren Sorgen ernst genommen.	• Anmeldung eines Zimmertelefons • gelockerte Besuchszeiten für die Familie ermöglichen • Gespräch anbieten

Tab. 4.3 Auszug aus dem Pflegebericht der Patientin Anna Falke.

Datum	Zeit	Pflegebericht
21.07.2017	7:00 Uhr	Frau Falke hat die Körperpflege bis auf das Waschen der Beine selbstständig im Bett durchgeführt, was sie sehr angestrengt hat.
21.07.2017	16:00 Uhr	Frau Falke hatte Besuch von ihren Kindern und ihrer Freundin; sie wirkte danach deutlich entspannter.
21.07.2017	19:00 Uhr	Temperatur rektal 39,5 °C. 15 Minuten Wadenwickel durchgeführt; Temperatur anschließend 38,1 °C. Frau Falke hat die Wadenwickel gut vertragen, hatte keine Kreislaufprobleme.

Bei der Durchführung des ausgearbeiteten Pflegeplans werden die geplanten Pflegemaßnahmen in die Praxis umgesetzt. Der Pflegebedürftige wird nach Bedarf unter Einbeziehung seiner Selbstpflege unterstützt. Die Anwendung muss einheitlich, konstant und zielorientiert erfolgen; die Maßnahmen müssen regelmäßig auf ihre Wirksamkeit hin überprüft und ggf. neu angepasst werden.

In der Umsetzung muss der Pflegebedürftige auch hinsichtlich seiner Reaktion auf die angewandten Maßnahmen beobachtet werden. Die Pflegekraft erfasst Besonderheiten und nimmt diese ggf. in die Pflegeplanung auf.

Um einen Nachweis für die durchgeführten Pflegemaßnahmen und damit auch für die erbrachten Leistungen zu haben, werden diese in der Pflegeplanung schriftlich festgehalten. Abweichungen und Besonderheiten werden im Pflegebericht dokumentiert. Die durchgeführten Maßnahmen werden zeitnah mit dem aktuellen Datum, der Uhrzeit sowie dem persönlichen Handzeichen abgezeichnet. Neben der rechtlichen Absicherung dient diese Pflegedokumentation ebenso zum Nachvollziehen des Pflegeprozesses für alle am Behandlungsprozess Beteiligten.

Schritt 6: Pflegeevaluation

In der Evaluationsphase werden die durchgeführten Maßnahmen und deren Auswirkungen beurteilt (Erfolgskontrolle). Es wird deutlich, ob die Maßnahmen den gewünschten Effekt erbracht haben und das geplante Ziel erreicht worden ist; notwendige Verbesserungen der Planungen werden offensichtlich (► Abb. 4.7). Die Evaluationsphase orientiert sich am derzeitigen Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen, seinen aktuellen Problemen/Ressourcen und Wünschen/Bedürfnissen. Unter Umständen muss der Pflegeplan an den aktuellen/veränderten Gesundheitszustand des zu Pflegenden angepasst werden.

Fallbeispiel

Im Krankenhaus liegt der Patient Heinrich Becker, er leidet an Diabetes und infolgedessen an offenen, blutenden Stellen am Bein, die zu Hause nicht abgeheilt sind (Ulcus cruris). Wenn die Wunden sich infizieren und nicht abheilen, besteht die Gefahr, dass der Unterschenkel amputiert werden muss. In der stationären Behandlung erarbeitet nun das zuständige Pflegepersonal zusammen mit dem Arzt, der Diabetesberaterin, dem Wundmanager und Herrn Becker den Pflegeplan und die Therapiemaßnahmen mit dem Ziel, dass alle Wunden am Unterschenkel abheilen und das Gewebe gut durchblutet ist.

Nun wird gemäß dem Pflegeplan für 12 Tage die Wundbehandlung durchgeführt. Nachdem zunächst eine VAC-Pumpe zu Reinigung und Durchblutungsförderung der Wunde eingesetzt worden ist, heilen die offenen Stellen unter Anwendung von Hydrokolloidverbänden ab. An dieser Stelle kann Herr Becker entlassen werden, der Pflegeprozess ist mit der Zielerreichung abgeschlossen.

Für den Fall, dass der Patient nach der VAC-Behandlung noch weitere andere Verbände benötigt, da die Wunden mit Kolloidverbänden nicht optimal heilen, wird der Pflegeprozess ab dem Punkt 3 „Festlegung der Pflegeziele“ erneut ausgearbeitet. Unter Rücksprache mit dem zuständigen Arzt, der Diabetesberaterin, dem Wundmanager und dem Patienten wird die Behandlung so lange fortgeführt, bis das optimale Ergebnis der Wundversorgung erreicht worden ist. Der Pflegeprozess würde sich in einem solchen Fall als Spirale darstellen (s. ► Abb. 4.3). Unter Umständen kann die Anpassung der geeigneten Verbände auch poststationär zu Hause erfolgen (z. B. durch einen ambulanten Pflegedienst), wenn hierfür eine stationäre Behandlung nicht mehr notwendig ist und die offenen Stellen auch zu Hause weiter abheilen können.



Zeitpunkt der Evaluation

Der Zeitpunkt der ersten geplanten Ergebniskontrolle wird bereits in Schritt 3 des Pflegeprozesses mit der Erfassung der Pflegeprobleme und Ressourcen sowie den daraus abgeleiteten Pflegezielen festgelegt. Die abschließende Evaluation hängt dabei immer vom Verlauf der pflegerischen Versorgung ab. Verändert oder verschlechtert sich der Gesundheitszustand des Patienten, wird die Evaluation vorgezogen und die Pflegeplanung an die neue Situation angepasst.

Unvorhersehbare Veränderungen sind ebenso ein Grund für eine Neueinschätzung der Problemlage/Ressourcen und daraus folgend für eine Korrektur der Ziele und entsprechender Maßnahmen sowie die stetige Verschlechterung eines Pflegeproblems. Beispiel: Verschlimmern sich bei einem Patienten hinsichtlich des Problems „Dekubitus“ die Wundverhältnisse, muss eine spontane Evaluation mit Änderungen erfolgen, während weitere in der Pflegeplanung definierte Ziele erst zum Zeitpunkt der geplanten Neueinschätzung evaluiert werden.

Hilfreiche Fragen

Für die Evaluation der Pflegemaßnahmen sind folgende Fragen hilfreich (MDS 2005, S. 33):



Abb. 4.7 Evaluation. Wie ist der aktuelle Zustand des Pflegebedürftigen? Sind Fortschritte bzgl. der gesetzten Pflegeziele erkennbar? Diese und andere Fragen werden bei der Pflegeevaluation (Erfolgskontrolle) überprüft und der Pflegeplan ggf. an Änderungen angepasst. (Foto: A. Fischer, Thieme)

- Wie ist der aktuelle Zustand des Pflegebedürftigen?
- Sind Fortschritte bzgl. der gesetzten Pflegeziele erkennbar?
- Welche Wirkung haben die Pflegemaßnahmen?
- Hat sich der Zustand verbessert oder verschlechtert?
- Wie fühlt sich der Pflegebedürftige und/oder dessen Bezugsperson derzeit?
- Hat der Pflegebedürftige Aussagen über seine Befindlichkeit gemacht?
- Sind Veränderungen in den Problemen, Bedürfnissen und Fähigkeiten des Pflegebedürftigen aufgetreten?
- Warum konnten die Pflegemaßnahmen evtl. nicht wie geplant durchgeführt werden?
- Sind unvorhersehbare Ereignisse oder Komplikationen aufgetreten?

Grundlage der Evaluation bildet die im nachfolgenden Kapitel beschriebene Dokumentation. Neben der Pflegeplanung ist der Pflegebericht mit seinen Informationen über die Einschätzung der aktuellen Situation vonseiten der Pflegenden und der Dokumentation der Reaktion des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen von entscheidender Wichtigkeit. Durch den Pflegebericht werden zudem Abweichungen von den in der Pflegeplanung benannten Maßnahmen ersichtlich, aufgeführt und begründet.

(Pflege-)Dokumentation

Voraussetzungen

► **Systematisch und lückenlos.** In der Dokumentation werden die im Pflegeprozess geplanten und durchgeführten Maßnahmen, weitere Beobachtungen, Besonderheiten und Veränderungen umfassend und lückenlos schriftlich fixiert. Alle Handlungen, Entwicklungen und Beobachtungen sollen so beschrieben und dokumentiert sein (S. 162), dass die erbrachte Versorgung und alle Vorgänge transparent werden, um Verbesserungsmöglichkeiten zu erkennen und die gesetzlichen Normen der Leistungsnachweise zu erfüllen.

► **Übersichtlich und linear.** Ein Dokumentationssystem, das sich an den Schritten des Pflegeprozesses orientiert, strukturiert die Dokumentation übersichtlich und linear und macht den Versorgungsvorlauf deutlich. Mehrfachdokumentationen sowie unnötige Dokumentationen werden vermieden. Es gilt als Nachweis der professionellen, systematisch geplanten und durchgeführten, aktuell und individuell auf den Pflegebedürftigen bezogenen Pflege.

► **Zeitnah und individuell.** Die Dokumentation erfolgt zeitnah zum aufgetretenen Ereignis und ist individuell für jeden Pflegebedürftigen. Jeder Patient/Kunde/Bewohner hat eine eigene Dokumentationsmappe (handschriftlich oder EDV-gestützt), in der alle Anamnesen, Diagnosen, Operationen, Untersuchungen, Therapien, Leistungsnachweise, Pflegeplanungen, -berichte usw. zusammengefügt sind.

► **Objektiv und professionell formuliert.** Die Dokumentation sollte professionell erfolgen unter Anwendung pflegerisch und medizinisch definierter Begriffe. Dabei sollen die Formulierungen auf den Pflegebedürftigen bezogen sein (wertfrei und objektiv), eindeutig, transparent und überprüfbar. Häufig finden sich z.B. im Pflegebericht Formulierungen wie „Frau Becker geht es schlecht“ statt „Frau Becker äußert Unwohlsein/Schwindel/Übelkeit“ oder „Frau Becker hat schlecht geschlafen“ statt „Frau Becker gibt an, schlecht geschlafen zu haben“. Die anschließend aufgezeigten, für den Pflegeprozess notwendigen Kompetenzen schließen deshalb Fähigkeiten im objektiven Formulieren von Beobachtungen ein.

► **Überprüfbar und qualitätssichernd.** Alle beschriebenen und vorgestellten Elemente der Dokumentationsakte müssen immer mit Datum, ggf. Uhrzeit und Handzeichen des Durchführenden abgezeichnet werden.

Aus der Dokumentation lassen sich Daten für Erhebungen, Statistiken und Informationen für das Qualitätsmanagement ableiten.

Bei „hochaufwendigen Pflegebedürftigen“ (PKMS-Patienten) ist die Dokumentation besonders bedeutend. Sind die Voraussetzungen der Dokumentation für die erbrachten Pflegeleistungen nicht gewissenhaft erfüllt, halten sie den Abrechnungsvoraussetzungen nicht stand und Gelder werden bei der MDK-Prüfung gestrichen.

► **Sicherung einer kontinuierlichen interdisziplinären Pflege.** Die systematische und lückenlose Dokumentation soll die Sicherung und Kontinuität der Pflegeorganisation gewährleisten sowie eine übersichtliche und vollständige Verlaufsdarstellung der Betreuung des Pflegebedürftigen bieten (► Abb. 4.8). Sie soll schnell und einfach handhabbar sein ohne unnötigen Schreibaufwand. Zudem sollen aus ihr verständlich alle relevanten Informationen hervorgehen, die auch andere an der Versorgung beteiligte Berufsgruppen betreffen. Eine Patienten-(Kunden-/Bewohner-)Dokumentationsakte sollte interdisziplinär, d.h. für alle an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen gleichsam



Abb. 4.8 Lückenlose Dokumentation. Die systematische und lückenlose Pflegedokumentation ist Grundvoraussetzung für eine kontinuierliche interdisziplinäre Pflege. (Foto: K. Oborny, Thieme)

verwendbar geführt werden. Alle relevanten Inhalte und Handlungsanleitungen sollen verständlich sein und eindeutig zugeordnet werden können. Es sollten nur wichtige Dinge dokumentiert werden im Hinblick darauf, welche Angaben der Arbeitskollege benötigt, um eine Pflege, Versorgung oder soziale Betreuung einheitlich fortführen zu können.

Aufbau des Dokumentationssystems

► **Basisformulare der Pflegedokumentation.** Der Aufbau des Dokumentationssystems konzentriert sich im Wesentlichen auf folgende Formulare, die alle für die Pflege notwendigen Informationen aus dem Pflegeprozess erfassen (► Abb. 4.9):

- Stammblatt
- Formular zur Informationssammlung
- Pflegeplanung
- Durchführungsnachweis
- Pflegebericht

► **Weitere Formulare.** Dem Dokumentationssystem können bei Bedarf weitere Formulare zugefügt werden. Hierzu gehören häufig:

- Vitalzeichen-, Blutzucker- und Gewichtskontrollen
- Ernährungs-/Flüssigkeitsbilanzierung
- Lagerungs-/Mobilisationsplan
- ärztliche Verordnungen (Medikamente, Infusionen)
- Risikoerfassung (Erfassung des Sturz-/Dekubitusrisikos)
- Wunddokumentation und -verlaufsbögen
- Überleitungsbögen (bei Verlegungen, Schnittstellenmanagement)
- Erfassungsbögen zur Therapie, Besonderheiten, Betreuungen (Ergotherapie, Aktivitäten)

PFLEGEDOKUMENTATION

BASISFORMULARE DER PFLEGEDOKUMENTATION (NACH MDS 2005)

STAMMBLATT

Name, Vorname
 Anschrift
 Angehörige, Betreuer, Bevollmächtigte
 Kostenträger, Pflegestufe
 med. Diagnose
 kulturelle Zugehörigkeit, Sprache
 ehem. Krankenhausaufenthalte, Kurzzeitpflege, Tagespflege
 vorhandene Hilfsmittel (z.B. Hörgerät)
 Hausarzt
 weitere Betreuungsdienste

Informationssammlung

Erfassung bzw. Aktualisierung von Grunddaten bei der Aufnahme, z.B. im Gespräch mit dem Patienten und seinen Angehörigen oder mittels Überleitungsbogen.

Erweiterte Informationssammlung

Ziel: umfassender Gesamteindruck

- „Ist-Zustand“ dokumentieren
- ergänzende Daten durch Gespräche und Beobachtungen im Pflegealltag gewinnen (Grundlage für die Pflegeplanung)
- geeignete Assessmentinstrumente auswählen und einsetzen (z.B. Braden-Skala)

INFORMATIONSSAMMLUNG

Fähigkeiten, Möglichkeiten
 Ressourcen
 Probleme, pflegerische Defizite
 Gewohnheiten, Bedürfnisse, Wünsche
 aktuelle Lebenssituation
 Biografie und Lebensgeschichte

- Patientensicht
- Wissen der Angehörigen über Lebensgeschichte des Betroffenen

 benötigte Hilfsmittel (z.B. Rollator, Rollstuhl usw.)

PFLEGEPLANUNG

Systematische und übersichtliche Problembeschreibung
 Erfassen individueller Ressourcen
 Pflegeziele
 Pflegemaßnahmen
 Evaluation

Datenzusammenführung und Evaluation

- Daten aus Informationssammlung und Situationsbeschreibung zusammenführen
- Problemlagen in Gruppen bündeln
- übergreifende, handlungsleitende Pflegeprobleme formulieren
- Pflegeziele und Pflegemaßnahmen ableiten
- Durchführungsverantwortung entsprechend der Qualifikation des Mitarbeiters zuteilen
- Evaluationstermin zur Beurteilung der durchgeführten Pflegemaßnahmen festlegen
- Maßnahmenplanung aktualisieren bzw. anpassen

ACHTUNG!

Der Pflegebericht dient nicht als Durchführungsnachweis!

PFLEGEBERICHT

Aktuelle Probleme
 Besonderheiten in der pflegerischen Versorgung
 Begründungen für Veränderungen in der Pflege
 Informationen zum aktuellen Befinden
 Informationen für die nachfolgende Schicht

DURCHFÜHRUNGS-NACHWEIS

Erbrachte Pflegemaßnahmen

Abb. 4.9 Pflegedokumentation. Basisformulare der Pflegedokumentation (nach MDS 2005). (Abb. nach: Pflegeassistent. Lehrbuch für die Gesundheits- und Krankenpflegehilfe und Altenpflegehilfe. Thieme; 2016)

Effizienzsteigerung in der ambulanten und stationären Langzeitpflege

Für die stationäre (Pflege-/Seniorenheime usw.) und ambulante Langzeitpflege soll in Zukunft der Dokumentationsaufwand für Pflegekräfte erleichtert und reduziert werden. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat deswegen ein neues Konzept zu einer effizienteren Pflegedokumentation implementiert. Folgende Inhalte sind aus dem Abschlussbericht des BMG (2015, s. www.bmg.bund.de) abgeleitet und aus den MDK/MDS-Qualitätsprüfungsrichtlinien (2016):

Wichtiger Aspekt ist, dass „die Pflegedokumentation insgesamt auf das fachlich und rechtlich notwendige Maß begrenzt wird, um so die zeitlichen Ressourcen für die direkte Pflege und Betreuung zu erhöhen“ (Abschlussbericht BMG, S. 7). Der Blickwinkel auf den pflegebedürftigen Menschen und sein persönliches Umfeld wird konsequent in den Fokus gerückt und um die pflegfachliche Perspektive erweitert.

► **Grundstruktur.** Die empfohlene Grundstruktur zur Pflegedokumentation baut auf einem Pflegeprozess mit 4 Elementen (WHO 1987) auf (► Abb. 4.10).

1. **Assessment:** Zu Beginn erfolgen das Aufnahmegespräch, die Erhebung der Stammdaten und die Anwendung der „Strukturierten Informationssammlung“ (SIS) sowie die Einschätzung pflegerelevanter Risikofaktoren anhand einer vorgegebenen Matrix.
2. **Planung:** Es folgt die Pflege- und Maßnahmenplanung unter Berücksichtigung individueller Besonderheiten/Bedürfnisse des Pflegebedürftigen auf Grundlage der SIS.
3. **Intervention:** Beim Pflegebericht sollten sich die Aufzeichnungen auf **Abweichungen** in der Betreuung und grundpflegerischen Regelversorgung sowie auf **Besonderheiten** beschränken. Die Dokumentation von Einzelleistungsnachweisen für Maßnahmen der Mitarbeit bei ärztlicher Diagnostik und Therapie (Behandlungspflege) wird weiterhin durchgeführt.
4. **Evaluation:** Mit Fokus auf den Erkenntnissen aus SIS, Pflegeplanung und -bericht erfolgt die Evaluation anlassbezogen (Überprüfung der Pflege- und Maßnahmenplanung) und QM-bezogen (Pflegevisite, Risikomanagement usw.).

► **Strukturierte Informationssammlung (SIS).** Die personenzentrierte strukturierte Informationssammlung (SIS) im Rahmen des Erstgesprächs verschafft der

Pflegeperson eine rasche Orientierung über die persönliche Situation des pflegebedürftigen Menschen. Hierbei wird das aktuelle Lebensumfeld berücksichtigt, z. B. ob er in einem Seniorenheim lebt oder zu Hause von einem ambulanten Pflegedienst betreut wird. Das selbstbestimmte Leben mit individuellen Wünschen und Vorstellungen (auch bei gesundheitlichen Einschränkungen) wird hierbei stets in den Mittelpunkt gestellt. Die Biografie des Pflegebedürftigen fließt in die SIS ein, ein gesondertes Formular ist nicht notwendig. Pflegerelevante Beobachtungen, Einschätzungen und Risikofaktoren werden erst im Anschluss rational und fachlich begründet erhoben.

Als wissenschaftliche Grundlage für die SIS dienen die Themenfelder des **Neuen Begutachtungs-Assessments (NBA)**:

- kognitive und kommunikative Fähigkeiten (Orientierung, Interaktionen etc.)
- Mobilität und Beweglichkeit
- krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen (psychische/physische Einschränkungen usw.)
- Selbstversorgung (Durchführung elementarer Alltagsaktivitäten)
- Leben in sozialen Beziehungen (Gestaltung von Aktivitäten im näheren Umfeld und außer Haus)
- Wohnen/Häuslichkeit (stationärer Bereich), Haushaltsführung (ambulanter Bereich)

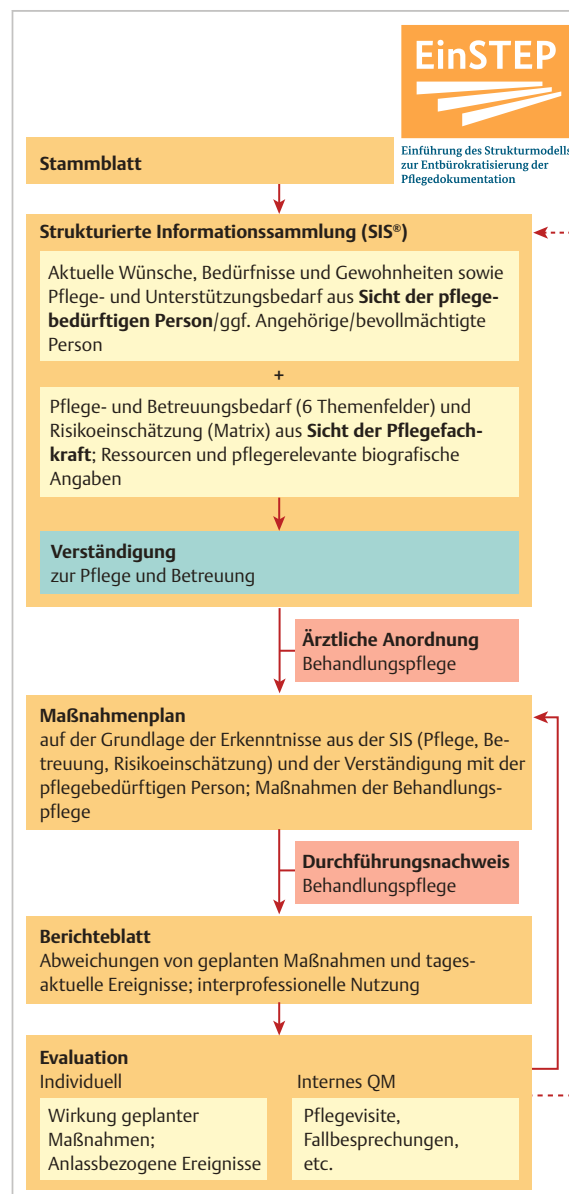


Abb. 4.10 Strukturmodell Pflegedokumentation (stationäre Pflege). (Abb. nach: Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Berlin)

Zur Anleitung für die Umsetzung der SIS können sich die Pflegekräfte an Leitfragen orientieren. Die fachliche Einschätzung der Risikofaktoren in den **Kategorien Dekubitus, Sturz, Schmerz, Inkontinenz, Ernährung und individuell zu benennenden Phänomenen** wird mithilfe eines Ankreuzverfahrens im Sinne eines Initialassessments durchgeführt („Risikomatrix“). Hierbei werden die Aspekte der Risikoeinschätzung mit den Themenfeldern des NBA in Zusammenhang gebracht und in ihrer Abhängigkeit beurteilt („wie z.B. Sturz mit Mobilität/Bewegung oder Schmerz mit krankheitsbedingten Anforderungen“). So wird ermittelt, ob sich aus den Themenfeldern ein pflegerrelevantes Risiko ergibt.

► **Maßnahmenplanung.** Im Anschluss daran kann der Handlungsbedarf in der Maßnahmenplanung (ersetzt den Begriff „Pflegeplanung“) dokumentiert werden. Bei der Maßnahmenplanung ist keine gesonderte Festlegung von Pflegezielen vorgesehen. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Ziele aus der Maßnahmenplanung und durch den Abgleich mit den Wünschen der pflegebedürftigen Person ableiten.

Entscheidend für die angestrebten Ergebnisse ist die Darstellung der im Einzelfall personenbezogenen wichtigen und gemeinsam vereinbarten Maßnahmen. In der stationären Pflege sind keine Einzelleistungsnachweise für regelmäßig wiederkehrende Maßnahmen und Abläufe in der grundpflegerischen Versorgung und Betreuung erforderlich. Bedingung ist, dass im Qualitätsmanagement schriftliche Verfahrensanleitungen für die wichtigsten Pflegehandlungen festgelegt werden. Abweichungen von den geplanten Maßnahmen sowie tagesaktuelle Beobachtungen werden im Berichtblatt dokumentiert (MDK, MDS 2016).

Pflegevisite

Merke

Die Pflegevisite dient der Abstimmung des Pflegeprozesses und kann z. B. in Form einer Dienstübergabe am Patientenbett umgesetzt werden. Bei dieser Form der Pflegevisite wird der Patient regelmäßig besucht und gemeinsam mit ihm sein Pflegeprozess besprochen.

Es ist nicht notwendig, bei allen Patienten/Bewohnern eine Pflegevisite durchzuführen, genutzt wird sie vorwiegend bei Betroffenen mit komplexen Problemen, schwierigen Versorgungslagen oder bei gravierenden Veränderungen der Pflegesituation. Pflegeprobleme und Ressour-

cen (bzw. Pflegediagnosen) werden konkret benannt und Pflegeziele vereinbart. Durch diese aktive Beteiligung und Information des Patienten versteht dieser die Hintergründe der durchgeführten Maßnahmen und wird dazu motiviert, sich selbst gesundheitsfördernd zu verhalten.

Zur Vorbereitung der Pflegevisite werden die Pflegeplanung und der Pflegeprozess ausgearbeitet. Vor dem Hintergrund der ganzheitlichen Betrachtungsweise (gesamter Versorgungsprozess, soziales Umfeld des Patienten) werden alle beteiligten Berufsgruppen in die Planungen einbezogen. Im Bereichs- und Bezugspflegesystem (S. 124) bzw. im Primary Nursing (S. 124) ist die für den Patienten/Bewohner zuständige Pflegeperson für die Pflegevisite verantwortlich. Die Funktionsorientierung im Funktionspflegesystem (S. 123) erschwert eine intensive, ganzheitlich orientierte Kommunikation zwischen den Pflegenden und den Patienten.

Ziele

Die Pflegevisite wird mit folgender Zielsetzung durchgeführt:

- Überprüfung der Pflegeplanung und der Pflegedokumentation
- Überprüfung des Pflegezustands
- Einhaltung der hausinternen Standards
- Einhaltung fachbereichsbezogener Richtlinien
- Durchführung und Evaluation der Pflegeplanung
- Patientenzufriedenheit

Umsetzung

Die Pflegevisite verläuft in folgenden Schritten:

- In der Vorbereitungsphase der Pflegevisite bespricht die zuständige Pflegeperson mit den anderen an der Versorgung Beteiligten die Pflegeprobleme und notiert sich die zentralen Fragestellungen.
- Anschließend wird die Visite am Patientenbett durchgeführt, an welcher der Patient/Bewohner aktiv teilnimmt.
- Die Nachbesprechung dient der Umsetzung bzw. Umstellung von Pflegehandlungen und Pflegemaßnahmen und der Nachbereitung der Visite (Hilfsmittel bestellen bzw. einsetzen).
- Im nächsten Schritt werden der zuständige Arzt und andere betroffene Berufsgruppen über die neue Situation informiert und alle Ergebnisse dokumentiert.
- In der Auswertung der Pflegevisite werden zudem Mängel in der bisherigen Versorgung deutlich und Wünsche des Patienten/Bewohners.
- In der nächst folgenden Pflegevisite werden die Maßnahmen erneut überprüft und eine Erfolgskontrolle durchgeführt.

Pflegevisite in der Altenpflege

Im Bereich der Altenpflege findet man z. T. abweichende Schwerpunkte der Pflegevisite. Sowohl Kontrollen der Durchführung einer pflegerischen Leistung durch die PDL bzw. Wohnbereichsleitung als auch (alleinige) Kontrollen der pflegerischen Dokumente werden mit dem Begriff bezeichnet. Im ersten Fall stehen die Einhaltung hausinterner Standards wie auch die Einhaltung fachbereichsbezogener Richtlinien im Vordergrund (Überprüfung der Leistung einzelner Pflegenden), die Pflegevisite zur Kontrolle der Dokumente wird i. d. R. zur Evaluation/Aktualisierung der Pflegeplanung genutzt.

4.1.4 Notwendige Kompetenzen in der organisatorischen Umsetzung

Wie zuvor beschrieben, handelt es sich beim Pflegeprozess um ein Instrument, das Pflegenden zur Unterstützung und Orientierung dient, ihre Pflegehandlungen zu strukturieren und zielgerichtet umzusetzen. Die einzelnen Schritte beinhalten für jeden Pflegebedürftigen individuelle Überlegungen, Handlungen und Entscheidungen.

Daher sollte die Pflegeperson über das notwendige Wissen verfügen, über analytische und kommunikative Fähigkeiten sowie über soziale Kompetenz im Umgang mit dem Pflegebedürftigen und seiner individuellen pflegerischen Problemstellung. In der Fach- und Methodenkompetenz sollte sich die Pflegeperson immer auf dem derzeit aktuellsten (pflege-)wissenschaftlichen Stand befinden.

Inhalte der Kompetenzbegriffe

Mit den genannten Kompetenzbegriffen sind folgende Inhalte gemeint:

- **soziale Kompetenz:**
 - Kommunikationsfähigkeit
 - Beziehungsfähigkeit
 - Konfliktfähigkeit
 - Teamfähigkeit
 - Verantwortungsbereitschaft
 - usw.
- **Fachkompetenz:**
 - fundiertes theoretisches und praktisches Fachwissen
 - Sicherheit im beruflichen Handeln
 - Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit
 - Wahrnehmung
 - erlernte Fähigkeiten und Fertigkeiten anwenden
 - usw.
- **Methodenkompetenz:**
 - Organisationsfähigkeit
 - Beobachtungsvermögen
 - Analysefähigkeit
 - angemessenes Handeln

- ganzheitliches Denken, vernetztes Denken
- usw.
- **persönliche Kompetenz:**
 - Persönlichkeitsbildung
 - Flexibilität
 - Eigenständigkeit
 - Leistungsbereitschaft
 - Kontaktfähigkeit
 - usw.

Merke

All diese Kompetenzen entwickeln sich im Laufe des Berufslebens bzw. sollen durch kontinuierliche Fort- und Weiterbildung gefördert werden, denn auf dieser Grundlage können Pflegende die Anforderungen des Pflegeprozesses im Berufsalltag umsetzen. Sie sollen ihr vorhandenes Wissen und ihre Handlungen reflektieren, erweitern und fördern.

Dies ist ein wichtiger Aspekt, auch im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, z.B. den Ärzten. Mit einem fundierten Fachwissen und geübten kommunikativen Fähigkeiten ist eine gezielte Verständigung zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen möglich.

4.2 Pflegesysteme

4.2.1 Grundlagen

Definition

Pflegesysteme beschreiben die „... Arbeitsorganisation für pflegerische Dienstleistungen, also die Bedarfseinschätzung, Planung, Koordination, Durchführung und Bewertung von Pflegeangeboten. Je nach Organisationsform orientieren sich Pflegesysteme stärker an den Betriebsabläufen der Institution (...) oder am Gesundheitsprozess des Patienten (...)“ (Georg u. Frowein 2001).

Das „Pflegesystem“ beschreibt die Arbeitsorganisation, das angewendete Arbeitssystem, d.h. die Art und Weise, wie pflegerische Aufgaben aufgeteilt und auf das zur Verfügung stehende Personal verteilt werden. Die Organisations- und Arbeitsform der Pflege, also die Arbeitsabläufe und Verantwortungsbereiche, werden in diesem System festgelegt. Dabei treffen Pflegesysteme keine inhaltlichen Aussagen zu allgemeinen Zielen der Pflege. Diese werden im bereits beschriebenen Pflegeprozess festgelegt.

Organisationssysteme

Die Organisation eines Krankenhauses (Seniorenheim, Rehabilitationsklinik usw.) setzt sich aus verschiedenen (Fach-) Bereichen, Stationen oder Gruppen zusammen. Hierzu gehören:

- auf der Station liegende Patienten/ Bewohner eines Wohnbereichs
- Team aus Pflegefachkräften
- Ärzte
- Schüler, Auszubildende
- Versorgungsassistenten
- Hilfskräfte, Servicekräfte
- Praktikanten
- FSJler
- Bundesfreiwilligendienst usw.

Die genannten Personen befinden sich innerhalb des Systems. Sie arbeiten berufsgruppenübergreifend zusammen. Dementsprechend müssen ihre Handlungen/ Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche aufeinander abgestimmt werden. Die Wahl des jeweiligen Organisationssystems muss nicht einrichtungübergreifend stattfinden, sondern sollte sich an den Rahmenbedingungen des jeweiligen Bereiches/der Station orientieren.

Pflegeprinzipien

Grundsätzlich liegen der pflegerischen Organisation 2 Denkansätze (Pflegeprinzipien) zugrunde:

- das funktionsorientierte Pflegeprinzip
- das ganzheitlich-patientenorientierte Pflegeprinzip

Oft ist die Philosophie der Einrichtung demnach richtungsweisend für die Nutzung der einen oder der anderen Organisationsform. Stellen also z. B. die Leitlinien bzw. die Philosophie eines Krankenhauses patientenorientiertes Handeln als Grundsatz dar, so sollte sich in dieser Einrichtung auf keiner Station die Organisationsform der Funktionspflege finden.

► Abb. 4.11 stellt die beiden Pflegeprinzipien mit den möglichen Organisationsformen vor.

► **Tendenz zum ganzheitlichen Ansatz.** In den letzten Jahren hat in Deutschland ein Paradigmenwechsel (Änderung der Sichtweise) stattgefunden. Das zuvor weitverbreitete funktionsorientierte Denken wird zunehmend durch ganzheitliche/patientenorientierte Ansätze ersetzt – nicht zuletzt gefördert durch die Anforderungen des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) nach individuellem Handeln. Es existieren jedoch weitverbreitet Mischsysteme bzw. Übergangsformen, mehr oder weniger realisiert von den Verantwortlichen. ► Abb. 4.12 verdeutlicht den Zusammenhang zwischen Pflegeprinzip und Organisationsform. Im Anschluss werden die Besonderheiten der jeweiligen Organisationsform näher erläutert.

4.2.2 Einzelpflege

Die Einzelpflege bietet optimale Rahmenbedingungen für die Durchführung patientenorientierter Pflege. Bei der Einzelpflege erfolgen Pflege und Betreuung eines Patienten im Verhältnis 1:1. Dies be-

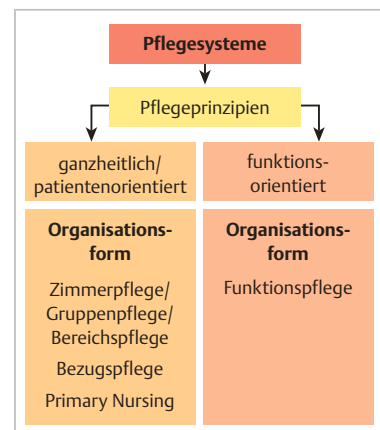


Abb. 4.11 Aufteilung der Pflegesysteme und ihre Zuordnung in der Organisationsform.

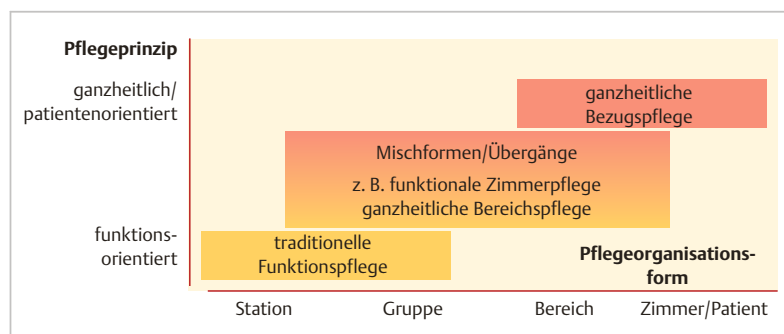


Abb. 4.12 Zusammenhang zwischen Pflegeprinzip und Pflegeorganisationsform.

deutet, dass eine Pflegeperson für einen hilfebedürftigen Menschen zuständig ist und diesen ganzheitlich pflegt. In der häuslichen Pflege findet im Allgemeinen Einzelpflege statt. Pflegekräfte, die für ambulante Pflegedienste arbeiten, betreuen hilfebedürftige Menschen in ihrer häuslichen Umgebung. Auf Intensivstationen wird ebenfalls für sehr pflegebedürftige Patienten eine Einzelpflege praktiziert, meistens erfolgt die Betreuung jedoch im Verhältnis 2:1 bis 4:1, je nach Schweregrad der Erkrankung bzw. in der Tag-/Nachtschichtbesetzung.

4.2.3 Funktionspflege

Definition

Funktionspflege wird auch als „funktionelle Pflege“ oder „Stationspflege“ bezeichnet. Hierbei werden (Pflege-)Handlungen am Patienten in einzelne Arbeitsschritte eingeteilt, die dann von den zuständigen Mitarbeitern je nach Qualifikation ausgeführt und umgesetzt werden.

In diesem System wird die Pflege in spezielle Aufgaben unterteilt. Diese Arbeitsorganisationsform orientiert sich nicht so sehr an den Patienten, sondern stärker an den Betriebsabläufen. Die Arbeitsverteilung wird hierarchisch-zentralistisch geregelt. Dies bedeutet, dass die Funktionspflege eine tätigkeitsorientierte und streng arbeitsteilige Form der Arbeitsorganisation ist, wobei die Stationsleitung die Aufgaben und Verantwortung delegiert: Beispielsweise führt die Pflegend alle notwendigen Verbandwechsel durch, während der Krankenpflegeschüler bei allen Patienten den Blutdruck misst.

Vorteile

Funktionspflege hat folgende Vorteile:

- Auch bei Personalengpässen bestehen hohe Effektivität und Arbeitsbewältigung.
- Verteilung und Durchführung der Aufgaben erfolgen entsprechend der Qualifikation der Mitarbeiter.

Nachteile

Die Nachteile der Funktionspflege aber sind folgende:

- Aufgaben werden in „höherwertige“ und „niedrige“ unterteilt.
- Es gibt keine feste Bezugsperson/keinen festen Ansprechpartner für den Patienten.

- Der Informationsfluss ist erschwert, Informationen können leicht verloren gehen.
- In den festgelegten Tätigkeitsbereichen gibt es wenig Entfaltungsmöglichkeiten für die Pflegenden.
- Die Pflegenden bekommen kaum Verantwortung für die Übernahme von Aufgaben.
- Die Arbeitsabläufe sind eher monoton.
- Die Praxisanleitung für Auszubildende in der Pflege findet tätigkeitsbezogen statt, die Auszubildenden „funktionieren“ auf Anweisung und ihre Eigenständigkeit wird wenig gefördert.
- Es besteht die Gefahr, dass bei den Mitarbeitern eine Burn-out-Symptomatik auftritt.
- Es kann zur Entfremdung im Team und bei den Patienten/Bewohnern kommen.
- Fachliche Normen werden in der Berufsausübung nur in geringem Maße berücksichtigt.
- Pflege wird zu einer Fließbandarbeit, bei der der Patient/Bewohner zum neutralen Pflegeobjekt verkommt, zu einer „Sache“.
- Ergebnis: Pflegepersonen werden zu funktionellen „Hilfsarbeitern“.

► Tab. 4.4 zeigt eine hierarchisch-zentralistische Arbeitsorganisation.

4.2.4 Bereichspflege

Definition

Bei der **Bereichspflege** wird die Station in Einzelbereiche unterteilt, unabhängig von den Krankheitsbildern. Jedem Bereich wird ein Pflegeteam bzw. eine Pflegeperson zugeordnet, die Einteilung erfolgt durch die Stationsleitung. Formen der Bereichspflege sind die sog. Zimmerpflege (die Einteilung erfolgt nach Zimmern) oder die Gruppenpflege (bestimmte Patienten bilden die Gruppe für die Pflegenden).

Bei der Bereichspflege, die auch Gruppenpflege genannt wird, erbringt eine bestimmte Anzahl von Pflegepersonen alle

erforderlichen Pflegeleistungen für eine Gruppe von Personen oder Bewohnern. Eine große Pflegeeinheit wird in mehrere kleine Pflegeeinheiten eingeteilt. Dabei erfolgt die Einteilung nach Zimmern, Patienten- bzw. Bewohnergruppen oder Stationsbereichen.

Das Pflegeteam eines Bereiches plant gemeinsam alle Maßnahmen, Handlungen und Arbeitsschritte und legt fest, welches Teammitglied welche Aufgaben und Tätigkeiten übernimmt. Dem Team können Personen unterschiedlicher Qualifikation angehören, z.B. examinierte Pflegefachkräfte, Krankenpflegeassistenten, auszubildende Pflegekräfte sowie Servicekräfte etc.

Sie tragen für diesen Bereich die Verantwortung und führen alle notwendigen Pflegetätigkeiten durch. Alle Beobachtungen und Dokumentationen werden gemeinsam besprochen.

Das Pflegeteam betreut eine bestimmte Anzahl von Patienten nach deren individuellen Bedürfnissen.

Vorteile

Vorteile der Bereichspflege sind u.a. folgende Aspekte:

- Die Patientengruppe ist überschaubar, die Patienten werden stärker wahrgenommen als in der Funktionspflege.
- Die Beziehung zwischen dem Patienten/Angehörigen und Pflegeperson ist intensiver.
- Der Informationsaustausch ist umfassender, die Gefahr von Informationsverlusten geringer.
- Pflegende haben mehr Handlungs- und Entscheidungsfreiraum.
- Krankenpflegeschüler können mehr Aufgaben übernehmen als in der Funktionspflege und haben somit ein höheres Lernpotenzial.
- Die Wege sind kürzer, die Wegzeiten geringer.

Nachteile

Nachteile dieses Organisationssystems sind:

- Das Pflegeteam eines Bereiches ist nicht ausreichend über die Patienten eines anderen Bereiches auf der Station infor-

Tab. 4.4 Beispiel für eine hierarchisch-zentralistische Arbeitsorganisation.

Wer?	Aufgaben
Stationsleitung	• Gesamtverantwortung • Planung, Organisation
Stationsleitung/Pflegende	• Behandlungspflege • administrative Tätigkeiten
Krankenpflegehelfer/ Pflegeschüler/pflegerisches Hilfspersonal	• Grundpflege • Versorgungsdienste • Hausarbeiten

miert und fühlt sich u. U. nicht zuständig, wenn ein Patient aus einem anderen Bereich Hilfe benötigt oder Fragen stellt. Hilft ein Mitarbeiter aus einem Pflegebereich in einem anderen Bereich aus, ist er über die Patienten und deren Krankheitsbilder evtl. zu wenig informiert.

- In der „Gruppenbildung“ können Kollegialität sowie Hilfsbereitschaft untereinander abnehmen.

4.2.5 Bezugspflege

Definition

Zielsetzung der **Bezugspflege** ist die individuell ganzheitliche Betreuung des Patienten/Kunden/Bewohners usw. Sie wird mittels Bezugspflegepersonen umgesetzt. Es handelt sich um ein dezentral-egalitäres Organisationsprinzip, d. h., dass alle Bezugspflegepersonen gleichgestellt sind und niemand übergeordnete Tätigkeiten delegiert.

Merkmale

Folgende Merkmale kennzeichnen die Organisationsform der Bezugspflege:

- Jeder Patient/Bewohner wird *einer* Bezugspflegeperson zugeordnet.
- Die Bezugspflegeperson ist im Rahmen der gesetzlichen Bedingungen bis zur Entlassung des Patienten (oder dessen Tod) entscheidungsbefugt.
- Sie ist für diesen bestimmten Patienten oder Bewohner zuständig (► Abb. 4.13) und kann diese Zuständigkeit nicht von sich weisen. Die Pflegekraft ist verpflichtet, sich aller pflegerrelevanten



Abb. 4.13 **Bezugspflege.** Bei der Bezugspflege ist eine Pflegeperson für die gesamte pflegerische Betreuung von der Aufnahme bis zur Entlassung zuständig. (Foto: A. Fischer, Thieme)

Probleme anzunehmen und notwendige Schritte zu planen und einzuleiten. Eine Delegation unterstützender Handlungen ist möglich.

- Planung und Evaluation der Pflege obliegen der Bezugspflegeperson, die Durchführung der Pflege auch anderen Pflegepersonen – jedoch nur dann, wenn die Bezugspflegeperson nicht anwesend ist.
- Alle anderen Pflegepersonen sind gegenüber der Bezugspflegeperson rechenschaftspflichtig. Dies bedeutet, dass keine andere Pflegeperson ohne die Einwilligung der Bezugspflegeperson die Pflegeplanung oder -maßnahmen des Patienten oder Bewohners ändern darf.
- Darüber hinaus übernimmt die Bezugspflegeperson alle pflegerischen Tätigkeiten.
- In Abwesenheit der Bezugspflegeperson orientieren sich die Mitarbeiter an deren Anweisungen/Pflegeplanung.

Die Pflege wird in dieser Organisationsform als Einheit gesehen, es erfolgt keine Stückelung der Handlungen in einzelne Tätigkeitsbereiche.

Vorteile

Vorteile der Bezugspflege sind:

- Eine feste Bezugspflegekraft schafft Vertrauen beim Patienten.
- Die Pflegekraft benötigt breit gefächerte Kenntnisse.
- Die Bezugspflegekraft kann den Ablauf der Tätigkeiten sinnvoll organisieren.
- Sie besitzt Eigenverantwortung und Gestaltungsspielraum.
- Ihre umfassende Zuständigkeit erfordert Verantwortungsgefühl und umfangreiches Wissen über den einzelnen Patienten.

Nachteile

Zu den Nachteilen der Bezugspflege gehört v. a. die Tatsache, dass es bei Konflikten und Konfrontationen kaum Ausweichmöglichkeiten gibt. Abhilfe könnte hier zunächst ein direktes, klärendes Gespräch zwischen der Bezugspflegekraft und dem Patienten schaffen. Es erfordert Stärke, Konsequenz und oft auch Mut, Probleme offen anzusprechen. Sollte die „Chemie“ jedoch nicht stimmen, könnte die Bezugspflegekraft im nächsten Schritt den Patienten einer anderen Bezugspflegekraft im Austausch übernehmen.

4.2.6 Primary Nursing

Definition

Primary Nursing (PN) wird im Deutschen auch „Primärpflege“ genannt. PN gilt als Sonderform der Bezugspflege. Es ist eine Organisationsform der Pflege, die (nach Manthey 1980) dazu dient,

1. die Rund-um-die-Uhr-Verantwortung für die Versorgung eines Patienten einer bestimmten Pflegekraft zu übertragen und
2. dass diese Pflegekraft, wenn immer möglich, auch tatsächlich die Pflege des Patienten übernimmt.

Das Primary Nursing wurde Ende der 1960er-Jahre in den USA von Mary Manthey entwickelt und eingeführt. Seit den 1970er-Jahren ist es in den USA weit verbreitet und seit den 1980er-Jahren auch im angelsächsischen Raum und in Skandinavien. Seit Mitte der 1990er-Jahre besteht auch in Deutschland ein verstärktes Interesse am PN.

Merkmale

Die Primärpflege ist dadurch gekennzeichnet, dass eine professionelle Pflegeperson die Betreuung und Verantwortung für eine begrenzte Anzahl Patienten von dem Zeitpunkt ihrer Aufnahme bis zu ihrer Entlassung übernimmt. Dies geschieht über 24 Stunden an 7 Tagen in der Woche. Dabei liegt das Zahlenverhältnis zwischen Pflegeperson und Patienten je nach Pflegeaufwand im Durchschnitt zwischen 1:5 und 1:7.

Die Pflege soll beim Primary Nursing nicht in eine Reihe von Einzeltätigkeiten unterteilt werden, sondern in ihrer Gesamtheit Berücksichtigung finden. Der pflegebedürftige Mensch steht im Mittelpunkt des pflegerischen Handelns. Im Primary Nursing ist die Pflegeplanende zugleich Pflegedurchführende. Daher sollte die Pflegenden mit der größten fachlichen Kompetenz direkt mit dem Patienten arbeiten und indirekte Arbeiten delegieren. Informationen über den Patienten, die häufig im direkten Kontakt erworben werden, können so ohne Übermittlungsverluste in die Koordinierung des Versorgungsablaufs einfließen.

► **Associated Nurse.** Da die Primär-Pflegeperson (Primary nurse) nicht an 7 Tagen der Woche über 24 Stunden in der Klinik/Pflegeeinrichtung anwesend sein kann, wird sie in ihrer Abwesenheit von der sog. Associated Nurse vertreten. Die vertretende Pflegeperson führt die von der Primär-Pflegeperson angeordneten

Pflegemaßnahmen in deren Sinne weiter und dokumentiert sie. Nur in Notsituationen oder bei akuten Zustandsveränderungen des Patienten weicht die Associated Nurse vom Pflegeplan der Primary Nurse ab. Die Associated Nurse berichtet der Primary Nurse in der Übergabe, ob es Abweichungen in der Durchführung der Pflege gab, und begründet diese.

Zielsetzungen

Folgende Zielsetzungen werden für Primary Nursing definiert:

- Die Gesamtverantwortung eines informierten Ansprechpartners vermittelt Sicherheit und schafft Vertrauen.
- PN verfolgt eine individuelle, umfassende und kontinuierliche Pflege.
- Durch ihre eindeutige Zuständigkeit, Verantwortung und Rechenschaft ist der Pflegekraft eine größtmögliche Autonomie gegeben.
- Die Behandlungs- und Betreuungsprozesse werden durch intraprofessionelle und interdisziplinäre Kooperation sowie direkte, klare Kommunikationswege optimiert (Schippers 2007).

Arbeitsfelder der Primary Nurse

In diesem Pflegesystem erhält die Primary Nurse (also die zuständige Pflegeperson) umfassende Verantwortung für die Pflege eines Patienten. Voraussetzung ist, dass ihre Zuständigkeiten in ihrer Stellenbeschreibung schriftlich fixiert und formal festgelegt sind.

Merke

Besonderheit dieses Bezugspflegesystems ist, dass die Primary Nurse **alle** patientenbezogenen Absprachen sowie die entsprechende Koordination übernimmt. Sie ist zentraler Ansprechpartner für alle an der Versorgung Beteiligten (hohe kommunikative und soziale Kompetenz erforderlich!) sowie für die Sammlung, Beurteilung, Steuerung und Weitergabe von Informationen.

► **Patientenbezogene Kommunikation.** Die Primary Nurse bedient hierbei auch externe Schnittstellen, d.h., sie ist auch außerhalb des Krankenhauses für den Patienten zuständig (in institutionsübergreifender Organisation bzw. für vor- und nachbetreuende Einrichtungen), das Entlassungsmanagement des Menschen liegt demnach vollständig in ihrer Hand.

► **Patientenbezogene Strukturierung.** Durch die patientenbezogene Verantwor-

tung der Primary Nurse findet eine Dezentralisierung von Machtstrukturen statt, lediglich der Stationsleitung ist weiterhin die Verantwortung für die Mitarbeiter unterstellt. Alle organisatorischen Rahmenbedingungen werden am Interesse des Patienten ausgerichtet bis hin zur Anpassung des Dienstplans. Dabei wird, als strukturelles Merkmal für eine Station oder eine Behandlungseinheit, zwischen „Kurzliegern“ und „Langzeitpatienten“ unterschieden.

Aufgaben

Folgende Aufgaben fallen in den Bereich der Primary Nurse:

- praktische Anwendung des Pflegeprozesses, pflegerische Anamnese
- Pflegeplanung
- Durchführung der Pflege inkl. Evaluation
- Organisation der Behandlung, Koordination von Untersuchungen/Therapien
- Schlüsselperson für die patientenbezogene Kommunikation
- Beziehungsgestaltung, Kontaktpflege mit Angehörigen/Bezugspersonen
- Entlassungsmanagement für den entsprechenden Patienten
- ggf. Erstellung/Überprüfung von Pflege-diagnosen

Pflegequalität beim Primary Nursing

In den USA und England sind Studien zu Auswirkungen von PN auf die Pflegequalität durchgeführt worden, bei denen sich herausgestellt hat, dass PN die Zufriedenheit des Patienten steigert und die Pflegequalität verbessert.

Primary Nursing orientiert sich an den Wünschen und Bedürfnissen des Patienten, benennt klare Verantwortlichkeiten und schafft Kontinuität im organisatorisch-pflegerischen Ablauf.

Primary Nursing in Deutschland

Im deutschen Pflegesystem hat Primary Nursing sich bislang aufgrund der (scheinbar) höheren Personalkosten für die hoch qualifizierten Fachkräfte noch nicht durchgesetzt. Zudem könnten die große Verantwortung und die enge Beziehung zu Patient/Bewohner und Angehörigen sowohl bei den Pflegekräften als auch auf den Stationen/Bereichen Ängste auslösen. Eine zentrale Rolle spielt daher die verbindliche Klärung von Aufgaben, Zuständigkeiten, Verantwortungsbereichen und Befugnissen in der jeweiligen Einrichtung. Des Weiteren ist die Finanzierung in

Deutschland kaum umsetzbar, da die rund um die Uhr verantwortliche Bezugspflegeperson nicht einerseits im Krankenhaus zuständig und beschäftigt sein kann und auf der anderen Seite den Pflegebedürftigen auch im ambulanten Sektor bzw. zu Hause betreut.

4.3 Wirtschaftliche Aspekte

4.3.1 Grundlagen

Merke

Grundsätzlich gilt im Hinblick auf die wirtschaftlichen Aspekte die Prämisse „ambulant vor stationär“. Danach haben Versicherte (z. B. einer Krankenkasse) erst dann Anspruch auf eine vollstationäre Behandlung, wenn nach Prüfung durch das Krankenhaus das Behandlungsziel nicht durch eine andere Behandlungsform erreicht werden kann (§ 39 SGB V).

Wirtschaftliche Zielvorgaben

Als Zielvorgaben der wirtschaftlichen Aspekte gelten

- die Verbesserung der Patientenversorgung,
- die Kontrolle des Ressourceneinsatzes,
- die Verkürzung der Verweildauer,
- die Patientensicherheit und das Risikomanagement,
- die Erhöhung der Patientenzufriedenheit und
- die Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit.

Wie diese widersprüchlich scheinenden Vorgaben in der Realität umgesetzt werden können, soll in den nachfolgenden Kapiteln verdeutlicht werden.

Wirtschaftliches Arbeiten in der Pflege

Vorweg erfolgt ein kurzer Hinweis darauf, was die wirtschaftlichen Belange in Bezug auf die Pflege betrifft: Um die entstehenden Kosten in der Patientenversorgung nicht unnötig in die Höhe zu treiben, sollten die Behandlungen im Sinne der betriebswirtschaftlichen Effizienz mit überlegtem und geplantem Ressourcenverbrauch erfolgen.

In der Praxis bedeutet dies, dass die Pflegenden ihre Maßnahmen stets im Vorfeld planen und organisieren sollten, d.h. mehrere Aktivitäten möglichst zu bündeln und nach Standards vorzugehen. Dabei sollte der Materialverbrauch eben-

falls geplant und so gering wie möglich gehalten werden. Dies wird umgesetzt, wenn den Pflegenden Einblick in finanzielle Aspekte gewährt wird. Zunehmend erfolgt daher die Verlagerung von finanziellen Verantwortlichkeiten auf die stationäre Ebene. Hierbei erhält z.B. die Stationsleitung einen monatlichen Bericht über den Verbrauch an Wirtschaftsgütern oder Medikamenten. Jede Station hat ihr eigenes Budget, mit dem sie umgehen kann. Wissen, z.B. über die Kosten der Reinigung von Stecklaken, sollte dazu führen, dass die Pflegenden diese nur noch bei Notwendigkeit einsetzen bzw. nur bei Bedarf wechseln.

Letztlich setzt dies zuerst einen Prozess des Umdenkens im Bereich der Führungsebene voraus, der sich anschließende (gewünschte) Prozess der Verantwortlichkeitsübernahme jedes Mitarbeiters muss geplant werden und benötigt Zeit.

4.3.2 Krankenhausfinanzierung

In Deutschland findet die Krankenhausfinanzierung über 2 Wege statt. Es handelt sich hierbei um die Finanzierung der Investitionen und die Vergütung der voll- und teilstationären Leistungen (duales Finanzierungssystem).

► **Finanzierung der Investitionskosten.** Investitionskosten (für Neubauten, Umbaumaßnahmen oder die Anschaffung von Geräten) werden nach Genehmigung durch das Bundesland unterstützt, zu dem das Krankenhaus gehört. Der Staat finanziert diese Investitionen durch Steuereinnahmen. Die Unterstützung reicht jedoch nicht für die gesamte Finanzierung, im Jahr 2009 mussten die Krankenhäuser bereits 54% der Mittel für Investitionen aus Eigenmitteln und Krediten aufbringen (Debatin, Ekkernkamp, Schulte u. Tecklenburg 2013).

► **Finanzierung der Betriebskosten.** Die Betriebskosten (Kosten der Patientenversorgung) entstehen direkt bei der Behandlung des Patienten oder indirekt in Form von Personalkosten, Heizkosten oder Verbrauchsmaterialkosten usw. Sie werden durch die **Kostenträger** (i.d.R. Krankenkassen) als **Pflegesätze** über das DRG-System, also demnach über die Krankenkassenbeiträge der Mitglieder finanziert.

In ► Abb. 4.14 ist der Krankenhausfinanzierungsprozess dargestellt.

Gesetzliche Grundlagen

► **Krankenhausfinanzierungsgesetz.** Die Krankenhausfinanzierung ist im KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz) geregelt. Das KHG soll gemäß § 1 die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser ermöglichen, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Zudem werden im KHG wirtschaftliche Gesichtspunkte und Qualitätsaspekte von Krankenhäusern festgelegt. Das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) enthält spezifische Regelungen für die Vergütung der Behandlungsleistungen im somatischen Bereich.

► **Bundespflugesatzverordnung und Sozialgesetzbuch.** Die Bundespflugesatzverordnung (BPfIV) regelt nach § 1 die Vergütung der voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses, das SGB V (Sozialgesetzbuch V) wiederum umfasst u.a. Regelungen zur ambulanten, vor- bzw. nachstationären Krankenhausbehandlung. In § 39 Abs. 1 SGB V hat der Gesetzgeber die folgenden Formen der Krankenhausbehandlung festgelegt:

- vollstationäre Behandlung
- teilstationäre Behandlung
- vor- und nachstationäre Behandlung
- ambulantes Operieren

Gleichzeitig wurde der Vorrang der ambulanten sowie teil-, vor- und nachstationären Behandlung vor der vollstationären

Behandlung verankert (Grundsatz „ambulant vor stationär“), (Haubrock u. Schär 2009). Dieser Grundsatz gilt nicht nur für stationäre Krankenhausbehandlung, sondern auch die ambulante Pflege im häuslichen Bereich soll der dauerhaften Aufnahme im Pflegeheim nach Möglichkeit vorgezogen werden.

► **Gesundheitsreform 2000.** Im Gesetz zur Gesundheitsreform 2000 sind die DRGs (Diagnosis Related Groups) als Finanzierungsform für Deutschland festgeschrieben worden. Mit diesem System sollen gemäß § 2 der BPfIV diejenigen Krankenhausleistungen abgegolten werden, die im einzelnen Behandlungsfall für eine medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Die voll- und teilstationären Leistungen der somatischen Krankenhäuser in Deutschland werden über das DRG-System vergütet. Die Vergütung voll- und teilstationärer Leistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern und Fachabteilungen ist über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPPV) niedergelegt.

Die Krankenhausvergütung wird jährlich weiterentwickelt und überarbeitet. Für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ist seit 2013 ein ähnliches Vergütungssystem wie das DRG-System vorgesehen.

4.3.3 DRG-System

Definition

Bei der Finanzierungsform des **DRG-Vergütungssystems** werden Patienten in **diagnosebezogene Fallgruppen** zusammengefasst. Dabei spielt nicht nur die Hauptdiagnose eine Rolle, sondern auch Krankheitsschweregrade, Begleiterkrankungen, Nebendiagnosen und Komplikationen, denn sie können den Behandlungsverlauf gravierend beeinflussen und verändern.

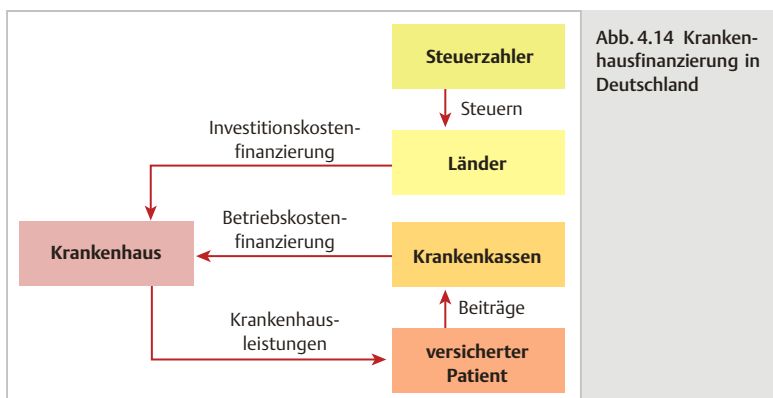


Abb. 4.14 Krankenhausfinanzierung in Deutschland

Das Krankenhaus erhält für einen Patienten je nach der Fall-Gruppierung vom Kostenträger einen Pauschalbetrag, durch den alle Leistungen des stationären Aufenthalts gedeckt werden müssen, von der Aufnahme bis zur Entlassung.

Fallgruppen können in diesem System nicht nur für den operativen Bereich gebildet werden, sondern auch für den konservativen und diagnostischen. Zielsetzung dieser Abrechnungsform ist, dass Kosten und Erlöse für die Behandlung von Patienten *leistungsgerecht* zugeordnet werden.

Die Eingruppierung erfolgt mithilfe der EDV (Grouper) und wird bestimmt durch die Krankheitsart (Diagnose), den Schweregrad der Erkrankung sowie erbrachte Operationen und Prozeduren. Ein Patient mit einer „leichten“ Erkrankung zahlt somit weniger als ein Patient mit einer schweren, aufwendig zu behandelnden Erkrankung.

Diagnosis Related Groups (DRGs)

Merke

Bei den DRGs handelt es sich um ein leistungsbezogenes und pauschalierendes Vergütungssystem.

Diagnosebezogene Fallgruppen

Durch die DRG soll der Patient möglichst effizient behandelt werden und nicht zu kurz oder zu lange im Krankenhaus bleiben. Kriterien für die Zuordnung zu einer DRG sind die Hauptdiagnose, der Schweregrad und die im Krankenhaus durchgeführte Prozedur.

Bei diesem Abrechnungssystem werden für Patienten mit vergleichbaren medizinischen Diagnosen und ähnlichem Aufwand Fallgruppen gebildet. Das Krankenhaus erhält für einen Patienten je nach Eingruppierung seiner Erkrankung(en) einen pauschalen Geldbetrag vom Kostenträger (i. d. R. die Krankenkasse). Mit diesem Geldbetrag muss das Krankenhaus wirtschaften, er muss für alle Leistungen des Krankenhausaufenthaltes von der Aufnahme bis zur Entlassung ausreichen – unabhängig davon, wie lange der Patient in der Klinik verbleibt. Entstehen Verluste (z. B. durch verlängerte Liegezeiten eines Patienten oder durch unwirtschaftlichen

Materialverbrauch), muss das Krankenhaus selbst für den Differenzbetrag aufkommen.

Das leistungsbezogene und pauschalierende Vergütungssystem der DRGs gilt sowohl für vollstationäre als auch für teilstationäre Krankenhausleistungen. Bei der teilstationären Versorgung ist die Aufenthaltsdauer des Patienten pro Tag zeitlich begrenzt, dennoch müssen die Merkmale einer stationären Krankenhausbehandlung erfüllt sein. Dabei muss die medizinische und organisatorische Infrastruktur des Hauses benötigt und genutzt werden.

Patientenklassifikationssysteme

Definition

Vergütungssysteme, die Patienten mit bestimmten Erkrankungen in Fallgruppen zusammenfassen, werden als **Patientenklassifikationssysteme (PKS)** bezeichnet. Demnach ist das DRG-System ein Patientenklassifikationssystem. Behandlungsfälle werden im PKS in medizinisch vergleichbare homogene Gruppen mit einem ähnlichen Bedarf an Leistungen und ähnlichen Kosten eingeordnet.

Die Behandlungsfälle eines Krankenhauses sollen auf diese Weise sinnvoll benannt und strukturiert werden, sodass die für eine Fallgruppe notwendigen, interdisziplinär erbrachten Leistungen offensichtlich werden.

► **Orientierung am Ressourcenverbrauch.** Hierbei orientiert man sich am Ressourcenverbrauch der jeweiligen Fall-

gruppe. Mit Ressourcenverbrauch sind z. B. die Liegedauer, die Nutzung des OP-Saals, notwendige Röntgenuntersuchungen, endoskopische Untersuchungen, der anfallende finanzielle Aufwand insgesamt usw. gemeint.

► **Kriterien zur Fallgruppierung.** Das DRG-System basiert auf einer umfassenden und gewissenhaften Dokumentation der Haupt- und Nebendiagnosen sowie aller durchgeführten Leistungen (Operationen, diagnostische Maßnahmen, Pflegemaßnahmen). Auf Grundlage dieser Dokumentation kann der Patient einer Fallgruppe zugeordnet werden.

Die Datenerhebung zur Bildung der Fallgruppen erfolgt anhand von 4 übergeordneten Kriterien:

- Zustand des Patienten (Diagnose, Alter, Geschlecht usw.)
- durchgeführte Behandlung (Untersuchungen, Operationen, Therapien usw.)
- Resultate (Verweildauer, Qualität der Behandlungsergebnisse)
- erreichte Behandlungsziele

Aufbau der DRG-Struktur

Die DRGs beziehen sich in erster Linie auf die Hauptdiagnose, durch Nebendiagnosen steigt zudem die Möglichkeit der Abrechnung beim Pflege- und Versorgungsaufwand. Dies kann z. B. vorkommen, wenn ein Patient mit der Hauptdiagnose Herzinfarkt aufgenommen wird und als Nebendiagnose an Demenz mit Weglauftendenz und Inkontinenz leidet. Oder wenn ein Patient mit der Hauptdiagnose Apoplex in das Krankenhaus eingeliefert wird und als Nebendiagnose an Diabetes mit offenen Stellen (Ulcus cruris) am Unterschenkel leidet. In ► Abb. 4.15 wird der Aufbau der DRG-Abrechnungsstruktur detailliert vorgestellt.

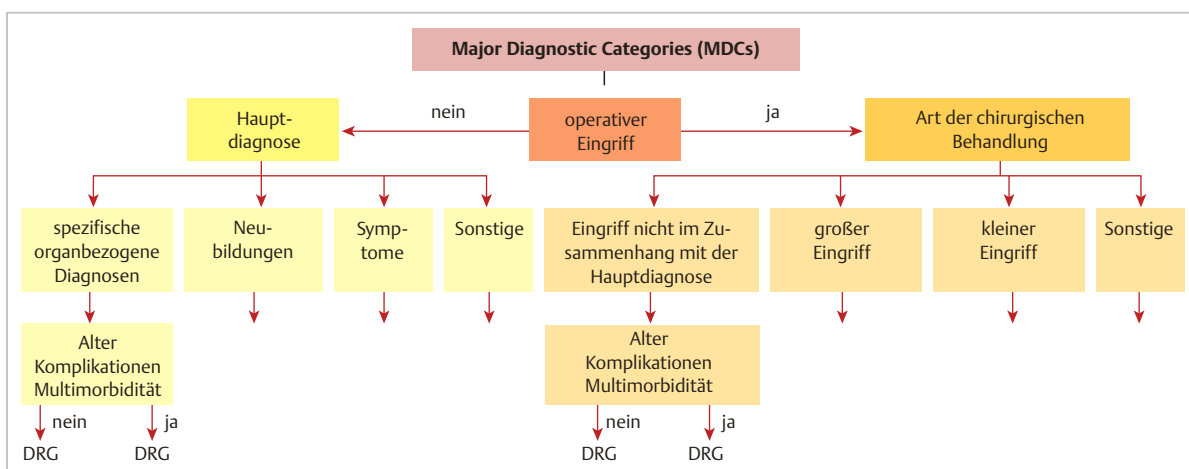


Abb. 4.15 Typische DRG-Struktur (nach Haubrock u. Schär 2002).

Klassifizierungsschema

Im DRG-System tauchen häufig englische Bezeichnungen auf, da das deutsche Abrechnungssystem aus dem australischen DRG-System heraus entwickelt und aufgebaut worden ist.

Mit dem Begriff „Major Diagnostic Category“ (MDC), der den Ausgangspunkt des Entscheidungsbaums bildet, ist die Hauptdiagnose gemeint. Im Anschluss an die Bestimmung der Hauptdiagnose erfolgt die nächste Unterteilung bezüglich des Kriteriums, ob eine Operation durchgeführt wird oder nicht. Wenn ja, wird in der nächsten Verzweigung die Art der chirurgischen Behandlung näher spezifiziert. Anhand der Felder des Entscheidungsbaums wird deutlich, nach welchen Gesichtspunkten die weitere Verzweigung erfolgt.

Findet kein operativer Eingriff statt, wird die Hauptdiagnose nach anderen Kriterien unterteilt:

- spezifische organbezogene Diagnosen
- bestimmte Symptome
- Neubildungen (z. B. Krebserkrankungen)
- Sonstiges

Unter dem Kriterium „Sonstiges“ werden Fälle einsortiert, die sich in keine der Gruppen einordnen lassen.

Innerhalb der Gruppen, sowohl nach operativen Eingriffen als auch nach konservativen Behandlungen, kann zuletzt weiter nach dem Alter und dem Vorliegen von **Komplikationen und Begleiterkrankungen** unterschieden werden, um auf diese Weise zu einer abrechnungsfähigen DRG zu gelangen. Der Behandlungsfall kann nun einem Entgelt zugeordnet werden.

Zusammensetzung der DRGs

In Deutschland sind die DRGs wie folgt zusammengesetzt:

► **Hauptdiagnosen (MDCs).** Für das Ausgangsfeld (MDCs) gibt es organbezogene Gruppen. Sie orientieren sich an der Anatomie des Körpers, z. B. „Niere“, „Herz“ oder „Auge“.

► **Subkategorien (Einteilung nach Partizipation/Fachbereich).** Die weitere Unterteilung findet in folgende Subkategorien statt:

- chirurgischer Fachbereich (Operation mit Nutzung des Operationssaals)
- diagnostische Eingriffe ohne Operation (diagnostische Verfahren oder endoskopische Untersuchungen, für die der Operationssaal nicht benötigt wird, wie z. B. Magen- oder Darmspiegelung)
- medizinische Behandlungen, die konservativ erfolgen (ohne Operation bzw. diagnostische Eingriffe)

Aus diesen verzweigten Klassifikationen, die Schritt für Schritt erfolgen, ergeben sich die Basis-DRGs, die anhand der Hauptdiagnose erkannt werden können.

Der Katalog für das Jahr 2016 weist 1220 Fallpauschalen und 179 Zusatzentgelte aus. Je Krankenhausaufenthalt kann nur eine DRG abgerechnet werden.

► **Schweregradgruppen.** An letzter Stelle erfolgt noch die Einteilung in Schweregradgruppen A–D bzw. Z, die hier zwar Erwähnung findet, aber nicht tiefergehend erläutert wird.

Die benötigten Informationen für den Eingruppierungsprozess nach DRGs werden demnach zusammenfassend folgenden Datensätzen entnommen und haben letztlich Einfluss auf den Betrag, den das Krankenhaus vom Kostenträger für den jeweiligen Fall (Patient mit seiner Erkrankung) erhält:

- Haupt- und Nebendiagnosen gemäß ICD 10-Kodierung
- Haupt- und Nebenleistungen gemäß ICD 10-Kodierung
- Alter
- Geschlecht
- Geburts- bzw. Aufnahmegewicht
- Verweildauer
- Entlassungsart
- Tagesfallstatus
- Beatmungsstundenzahl
- Status der psychiatrischen Zwangseinschleusung

Pflege im DRG-System

Durch die im vorhergehenden Kapitel beschriebene Vorgehensweise bei der DRG-Klassifikation und -Abrechnung wird deutlich, dass in erster Linie medizinische Komponenten den Erlös für das Krankenhaus bestimmen. Allein aus der medizinischen Diagnose heraus kann jedoch nicht automatisch der pflegerische Handlungsbedarf abgeleitet werden. Aus diesem Grund erfährt die Pflege im DRG-System auch eine besondere Berücksichtigung.

Für pflegerische Handlungen und Maßnahmen haben v. a. die Nebendiagnosen eine besondere Bedeutung. Wie bereits zuvor beschrieben, kann durch Nebendiagnosen wie Demenz oder Diabetes ein erhöhter pflegerischer Aufwand notwendig sein, der nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit der medizinischen Hauptdiagnose steht.

Richtlinien zur Dokumentation

Zur Dokumentation pflegerrelevanter, lössteigernder Nebendiagnosen sind folgende Richtlinien zu beachten:

- Enorm wichtig ist eine sach- und fachkompetente, umfassende Dokumentation der Sachverhalte. Abrechnungsfähig sind die Nebendiagnosen nur, wenn sie die Vorgaben der Kodierrichtlinien nach

ICD 10 erfüllen. Dabei muss die Diagnose ausdrücklich benannt sein und der Fachterminus verwendet werden.



Fallbeispiel

Es reicht nicht, dass die Pflegeperson „Hautrötung“ in den Pflegebericht schreibt, wenn sie einen „Dekubitus 1. Grades“ meint. Gerade bei der Dokumentation des Dekubitus 1. Grades ist zudem die Beschreibung der professionell fundierten Diagnostik notwendig, wie „Feststellung anhand des Fingertests“. Weitere Fachtermini, die zu verwenden sind, wären z. B. „Harnverhalt“ oder „Inkontinenz“.

- Einige Diagnosen müssen länger als 7 Tage oder am Entlassungstag bestehen, mit einem Ressourcenverbrauch einhergehen und im Rahmen der Behandlung nicht als „normal“ angesehen werden, um kodiert und damit abrechnungsfähig zu sein.
- Die pflegerrelevanten Nebendiagnosen müssen den Ärzten bzw. Kodierkräften mitgeteilt werden, da sie häufig aus dem Blickfeld des ärztlichen Tätigkeitsbereiches fallen und somit bei der Aufstellung der Abrechnungsdatensätze verloren gehen (Fiedler u. Devrient u. Schrödter 2005).



Merke

Nebendiagnosen sind nur dann abrechnungsfähig, wenn sie die Vorgaben der Kodierrichtlinien nach ICD 10 erfüllen. Dabei muss die Diagnose ausdrücklich benannt sein und der Fachterminus verwendet werden.

Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS)

Um spezielle Leistungen der Pflege im DRG-System abrechenbar machen zu können, hat eine Arbeitsgruppe des Deutschen Pflegerats den „Pflegeteamkomplexmaßnahmen-Score“ (PKMS) entwickelt. Der PKMS ist ein Instrument zur Abbildung der **hochaufwendigen Pflege** (= intensive Zuwendung und Zeitaufwand) im Krankenhaus. Er dient als Grundlage zur Leistungsabrechnung innerhalb der Entgeltsysteme. Der PKMS erfasst zum einen hochaufwendige Pflege im Bereich der **„allgemeinen Pflege“** und zum anderen Leistungen im Bereich der **„speziellen Pflege“**.

Zur allgemeinen Pflege werden folgende Leistungsbereiche gerechnet:

- Körperpflege
- Ernährung
- Ausscheidung
- Bewegen/Lagern/Mobilisation/Sicherheit
- Kommunikation

Zur speziellen Pflege werden die Leistungsbereiche

- Kreislauf
- Wundmanagement und
- Atmung gerechnet.

Es wurden 4 unterschiedliche PKMS entwickelt, da die hochaufwendige Pflege in den verschiedenen Altersstufen andere Maßstäbe aufweist:

- für Erwachsene (PKMS-E): ab dem Beginn des 19. Lebensjahres
- für Kinder und Jugendliche (PKMS-J): ab dem Beginn des 7. Lebensjahres bis zum Ende des 18. Lebensjahres
- für Kleinkinder (PKMS-K): ab dem Beginn des 2. Lebensjahres bis zum Ende des 6. Lebensjahres
- für Frühgeborene, Neugeborene und Säuglinge (PKMS-F) bis zum Ende des 1. Lebensjahres (OPS 2016 u. 2017)

Die Anwendung des PKMS gilt nur für allgemeine Stationen bzw. Intermediate-Care-Abteilungen (IMC), auf Intensivstationen und Stroke-Units gelten andere Abrechnungskriterien.

Die „volle Übernahme“ pflegerischer Leistungen wird folgendermaßen definiert: Patienten brauchen in bestimmten Leistungsbereichen ein hohes Maß an Unterstützung, Aktivierung, Motivation und Zuwendung, denn sie sind durch Immobilität, eingeschränkte Körperfunktionen oder durch ihre Erkrankung an der eigenständigen Erfüllung ihrer Grundbedürfnisse gehindert.

Damit ein Leistungsmerkmal zutrifft, muss

1. einer der Gründe für hochaufwendige Pflege in dem entsprechenden Leistungsbereich vorliegen und
2. ein entsprechend aufgeführtes Pflegeinterventionsprofil (Maßnahmen) zutreffen.

Als Grund kann z. B. „G5 Immobilität“ vorliegen. Im Leistungsbereich A (Körperpflege) ist der Grund hierfür: „G5 Verlust der Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen“ **UND als Erschwerungsfaktor** „fehlende Kraft zur Eigenbewegung im Rumpf- und Beckenbereich“. Ein mögliches Pflegeinterventionsprofil wäre in diesem Fall: „A4 Ganzkörperwaschung mit 2 Pflegepersonen pflegefachlich erforderlich“. Ist dieser Grund mit dem dazugehörigen Leistungsmerkmal in der Pflegedokumentation aufgeführt, müssen 2

Pflegekräfte bei diesem Patienten morgens die Ganzkörperwaschung durchführen und dies auch mit 2 Handzeichen dokumentieren. Sind alle notwendigen Kriterien erfüllt, bekommt man für den Leistungsbereich A (Körperpflege) 3 Punkte für diesen Tag. Benötigt der Patient zudem noch hochaufwendige Pflege bei der Lagerung (3 Punkte) und Ausscheidung (2 Punkte), werden diese Punkte für den Tag addiert (8 Aufwandspunkte an dem Tag). So wird weiterhin an jedem Tag verfahren, an dem der Patient hochaufwendige Pflege benötigt.

Erreicht die Gesamtsumme der Punkte einen Wert von 43 Punkten, wird der PKMS erlösrelevant, d. h., es wird Geld für die pflegerische Leistung bezahlt. Überschreitet er die Gesamtsumme von 72 Punkten, wird der nächsthöhere Ertrag erreicht. In diesem Sinne erfolgt die Staffelung der Erlöse bis zu einer Gesamtpunktzahl von 158 und mehr Aufwandspunkten für den höchsten Ertrag.

► **Vorteile von PKMS.** Grundsätzlich sollen mit dem PKMS pflegerische Leistungen abgebildet und abgerechnet, finanzielle Ressourcen leistungsgerecht verteilt und eine langfristig adäquate Versorgung von Patienten mit einem hohen pflegerischen Ressourcenaufwand sichergestellt werden. Bei den stationär aufgenommenen Patienten handelt es sich zunehmend um multimorbide Patienten mit einer steigenden „Fallschwere“ und einem höheren Schweregrad der Erkrankungen, die einen intensiveren Pflegeaufwand benötigen. Bei einem höheren Durchlauf und einer steigenden Fallzahl an Patienten findet eine starke Arbeitsverdichtung für die Pflegenden statt.

Krankenhäuser stehen in Deutschland unter starkem wirtschaftlichem Druck und Pflegepersonal wird hierbei häufig als „Kostenfaktor“ betrachtet, nicht als wertschöpfende Dienstleistung. Durch PKMS verändert sich diese Denkweise, denn Pflegeleistungen können dann ebenso Auswirkungen auf die Erlössituation haben wie medizinische Leistungen (dimdi 2011).

Bedeutung des DRG-Systems für die Pflegenden

► **Kurze Verweildauern bei steigendem Pflegebedarf.** Im Gesundheitssystem in Deutschland hat sich in den letzten Jahren ein starker Wandel vollzogen. Die Verweildauer der Patienten im Krankenhaus ist stark zurückgegangen. Im Rahmen der DRG-Finanzierung ist, bezogen auf die Erkrankungen der Patienten, eine mittlere Verweildauer (VWD) hinterlegt. Wird diese über- oder unterschritten, gibt es Abschläge bzw. Zuschläge. Das bedeutet,

dass die vorgegebene VWD möglichst eingehalten werden sollte, bei einer frühzeitigen Entlassung innerhalb der mittleren VWD erzielt das Krankenhaus jedoch ein finanzielles Plus.

Durch den Grundsatz „ambulant vor stationär“ finden viele Behandlungen und Therapien ambulant statt, für die Patienten noch vor einigen Jahren längere Zeit im Krankenhaus gelegen hätten. Gleichzeitig steigt die Anzahl an Schwerstpflegefällen und multimorbiden Patienten mit erhöhtem Pflegebedarf in den Krankenhäusern, da diese Behandlungen nicht in den ambulanten Bereich verlagert werden können.

Die verkürzte Verweildauer hat zur Folge, dass ein „hoher Durchlauf“ von Patienten auf den Stationen zu beobachten ist, insgesamt wird eine viel höhere Anzahl von Patienten betreut und versorgt.

► **Effektives und qualitätssicherndes Arbeiten.** Die frühe Entlassung trägt im DRG-Zeitalter dazu bei, Kosten einzusparen und Gewinne zu erwirtschaften. Diese Entwicklung macht eine enge Zusammenarbeit mit nachsorgenden Einrichtungen notwendig. Ambulante Pflegedienste, Heimeinrichtungen oder andere Nachsorgeeinrichtungen müssen zunehmend Patienten versorgen, die einen erhöhten Pflegeaufwand benötigen. Daher muss in allen Sektoren der Patientenversorgung spezialisiertes, kompetentes Fachpersonal tätig sein. Patienten mit Bedarf an spezieller Wundversorgung müssen ebenso adäquat betreut werden wie z. B. tracheotomierte Menschen – die Qualität der Versorgung des Patienten während der gesamten Behandlungszeit muss auf einem einheitlich hohen Niveau stattfinden.

► **Qualitätszirkel.** Idealerweise erfüllen Krankenhäuser und nachsorgende Einrichtungen gleichsam gültige Qualitätskriterien mit kooperativ entwickelten Qualitätsmanagementinstrumenten. Regelmäßige Fort- und Weiterbildungen, gezielte Informationsweitergabe (z. B. durch gemeinsam erarbeitete Überleitungsbögen und Kommunikation) z. B. in gemeinsamen Qualitätszirkeln, sind hierfür notwendig.

► **Einrichtungs- und berufsgruppenübergreifende Netzwerke.** Angestrebt wird die Bildung von einrichtungs- und berufsgruppenübergreifenden Netzwerken, in denen lokal Schnittstellenprobleme bearbeitet werden können. Als „Schnittstellen“ werden „Übergänge“ bezeichnet, wenn ein Patient in einen anderen Versorgungsbereich wechselt. Es gibt Schnittstellen *innerhalb* eines Krankenhauses, wenn ein Patient z. B. von einer Station auf eine andere verlegt wird – und

es gibt Schnittstellen zwischen *verschiedenen* Einrichtungen, wenn ein Patient z. B. aus dem Krankenhaus in ein Pflegeheim verlegt wird.

Effekte der Finanzierungsform

Wie bereits im vorhergehenden Kapitel deutlich wurde, wirkt sich die DRG-Abrechnung auf alle Ebenen des Gesundheitssektors aus, auch weit über die Krankenhausgrenzen hinaus. Daher müssen Versorgungsstrukturen in allen Bereichen des Gesundheitssektors optimiert und vernetzt werden.

Wirtschaftliches Umdenken

► **Transparenz und Effektivität.** Alle Abläufe werden darauf ausgelegt, die Patientenversorgung optimal, reibungslos und effektiv zu gestalten. Zudem muss die Dokumentation aller Diagnosen und abrechnungsrelevanten Kriterien so strukturiert sein, dass sie exakt und lückenlos ist, um Abrechnungsdefizite zu vermeiden. Die Verweildauer der Patienten soll gemäß ihrer Diagnose eingehalten und nicht unter- oder überschritten werden.

► **Verbindliche Qualitätsmanagementsysteme.** Vom Gesetzgeber werden verbindliche Forderungen zur Einrichtung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagementsystems vorgegeben.

► **Spezialisierung und Kalkulierbarkeit.** Krankenhäuser spezialisieren sich auf den tatsächlichen Bedarf an Leistungen, der für die Versorgung ihrer Klientel notwendig ist. Dies betrifft sowohl die Leistungsstrukturen als auch die Leistungskapazitäten. Dadurch, dass das Krankenhaus bereits im Vorfeld kalkulieren kann, mit welchen Entgelten sowie Kosten bei der Versorgung einer bestimmten Fallgruppe zu rechnen ist, werden viele Vorgänge planbarer.

Spezialisierung auf Fachgebiete

► **Spezialisierung der Kliniken.** Für Krankenhäuser und Kliniken scheint heutzutage eine Spezialisierung auf bestimmte Fachgebiete von Vorteil zu sein. Neben der Leistungsoptimierung im spezialisierten Fachbereich (Qualität der Leistungen) geht es hierbei um die Sicherung der eigenen Marktposition. Fusionen bzw. Kooperationen mit anderen Krankenhäusern (und anderen Schwerpunkten) führen dann wiederum zu einem breiteren Angebot an Leistungen, die durch gezieltes Marketing dargestellt werden können.

► **Spezialisierung ambulanter Dienste und Heimeinrichtungen.** Ebenso spezia-

lisieren sich Heimeinrichtungen und ambulante Pflegedienste auf besondere Dienstleistungen, um sich vom Markt abzuheben. Dies kann z. B. durch die Qualifizierung einzelner Mitarbeiter zum Wundmanager, Kontinenzbeauftragten, Schmerzmanager (► Abb. 4.16) usw. erfolgen. Andere Einrichtungen stellen z. B. die Versorgung von an Demenz Erkrankten in den Vordergrund oder bieten eigens Wohngruppen für spezielle Zielgruppen an wie z. B. langzeitbeatmete Patienten.

Merke

Diese Entwicklungen bewirken, dass immer mehr Versorgungsstrukturen auch außerhalb des Krankenhauses ermöglicht werden können, bei gleichbleibender Qualität der Versorgung.



Höhere Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer

Innerhalb des Krankenhauses bewirken die DRGs eine kostengerechte Zuordnung des Budgets. Sie zwingen die Krankenhäuser dazu, ihre Leistungen wirtschaftlich zu erbringen, denn erzielte Gewinne verbleiben beim Krankenhaus ebenso wie finanzielle Verluste. Demnach sollten sich Einnahmen und Ausgaben zumindest die Waage halten, für finanzielle Verluste des Krankenhauses kommt niemand auf. Bei besonders wirtschaftlich organisierten Häusern mit niedrigen Fallgruppenkosten führt die DRG-Abrechnung zu Gewinnen, ebenso können Krankenhäuser mit extrem hohen Fallgruppenkosten in ihrer Existenz gefährdet sein. In jedem Fall ist eine gewissenhafte und lückenlose Dokumentation der Haupt- und Nebendiagnosen zur optimalen Ausschöpfung des Budgets notwendig.

Optimierung der Versorgungsabläufe

Wie bereits zuvor erwähnt, sollen die Verweildauer und die Liegezeit der Patienten optimal eingehalten werden. Bei einer frühzeitigen Entlassung können Kosten eingespart werden. Innerhalb der stationären Versorgung müssen die Versorgungsabläufe optimiert werden. Zusammenarbeit und Absprachen zwischen einzelnen Abteilungen müssen reibungslos ineinandergreifen, was z. B. durch die Einführung von „Clinical Pathways“ (= Versorgungsabläufe, s. u.) erreicht werden kann.

Die Behandlungszeit steht im DRG-System bereits bei der Aufnahme des Patienten



Abb. 4.16 Spezialisierung. Auch in der ambulanten Pflege ermöglicht eine Spezialisierung (z. B. zum Schmerzmanager) eine Optimierung der fachlichen Leistung und der wirtschaftlichen Effektivität. (Foto: K. Gampfer, Thieme)

ten fest unter der Voraussetzung, dass keine unerwarteten Komplikationen auftreten. Im Rahmen der homogenen (gleichartigen) Fallgruppenbildung ist die Verweildauer des Patienten vorhersehbar. So können notwendige Entlassungsplanungen zur Weiterbehandlung wie Organisation einer ambulanten Pflege, Organisation einer Heimunterbringung, Versorgung mit Hilfsmitteln (Pflegebett, Toilettenstuhl für zu Hause usw.) bereits frühzeitig in die Wege geleitet werden. In dieser Hinsicht müssen keine unnötigen Verzögerungen der Entlassung auftreten.

Merke

Durch die Einführung der DRGs sollen Versorgungsstrukturen innerhalb der Krankenhäuser und auch im Gesundheitssektor insgesamt verbessert werden. Für Patienten und Kostenträger wird es einfacher, Leistungen und Qualität verschiedener Dienstleistungsanbieter im Gesundheitssektor zu vergleichen.



4.3.4 Versorgungspfade

Definition

Versorgungspfade werden u. a. auch als „Clinical Pathways“, „Critical Pathways“ oder als „Behandlungspfade“ bezeichnet. Sie beschreiben die Versorgung und Behandlung eines Patienten mit einem bestimmten Krankheitsbild im gesamten Verlauf.

Zum einen existieren Versorgungspfade innerhalb eines Krankenhauses für die gesamte Patientenbehandlung von der Aufnahme bis zur Entlassung: Wenn z. B. ein

Patient eine OP zur Gallenblasenentfernung bekommt, läuft die geplante Behandlung nach diesem „Schema“ ab. Zum anderen existieren Versorgungspfade auch in Bezug auf das gesamte Versorgungsgeschehen bei einer bestimmten Erkrankung über verschiedene Gesundheitseinrichtungen hinweg (Krankenhaus, Rehabilitationsklinik, Heimeinrichtung, Hausarztversorgung usw.), z. B. für Patienten mit chronischen Erkrankungen (COPD, Diabetes mellitus usw.).

Bei diesen sektorenübergreifenden Versorgungspfaden können z. B. Kosten dadurch eingespart werden, dass unnötige Doppeldiagnostiken vermieden werden. Dies ist z. B. der Fall, wenn der Hausarzt vor dem Krankenhausaufenthalt ein Röntgen-Thorax-Bild aufnehmen lässt, im Krankenhaus bei der Aufnahme erneut eine Röntgen-Thorax-Untersuchung erfolgt und bei Verlegung in die Rehabilitationseinrichtung ein drittes Bild aufgenommen wird. Bei einheitlichen, übergreifenden Versorgungspfaden kann die Behandlung lückenlos weitergeführt werden und jede nachsorgende Einrichtung hat alle

notwendigen Informationen und Zugriff auf Dokumentationen bereits erfolgter Maßnahmen und Therapien.

Ziele

Innerhalb des Krankenhauses sollen durch diese Versorgungspfade Abläufe bei bestimmten Krankheitsbildern „automatisiert“ werden, Prozesse sollen insbesondere an Schnittstellen optimiert und verbessert werden und dadurch Kosten und Zeit eingespart werden. Schnittstellen sind Bereiche in der internen Versorgung des Krankenhauses, in denen der Patient zwischen Abteilungen und Zuständigkeiten wechselt.

Darstellung der Versorgungspfade

Darstellungsform (neben speziellen Dokumentationskurven) für Versorgungspfade sind sog. „Flussdiagramme“, die jeden Prozessschritt als Vorgehensweise bei Patienten mit einer bestimmten Erkrankung bzgl. Beteiligten, Merkmalen, Verantwort-

lichen und Besonderheiten grafisch darstellen. Bereits bei der Erstellung der Flussdiagramme werden häufig Schnittstellenprobleme, meist bedingt durch fehlende Verantwortungszuständigkeit, deutlich.

► Abb. 4.17 zeigt beispielhaft den Anfang (Aufnahmetag) eines Prozessablaufs bei der Versorgung von Patienten mit Prostatakarzinom im Flussdiagramm.

Für die praktische Anwendung wird dieses Flussdiagramm in spezielle Dokumentationskurven „übersetzt“, auf denen bereits für die jeweilige Erkrankung typische Therapien und Abläufe eingetragen sind. Das heißt, es wird ein Kurvenblatt verwendet, das bereits Vorgaben für verschiedene Maßnahmen an bestimmten Behandlungstagen beinhaltet. So könnte z. B. die Vorgabe am 3. postoperativen Tag „Mobilisation auf der Bettkante“ oder „3-mal täglich 20 Tropfen eines Schmerzmedikamentes“ sein.

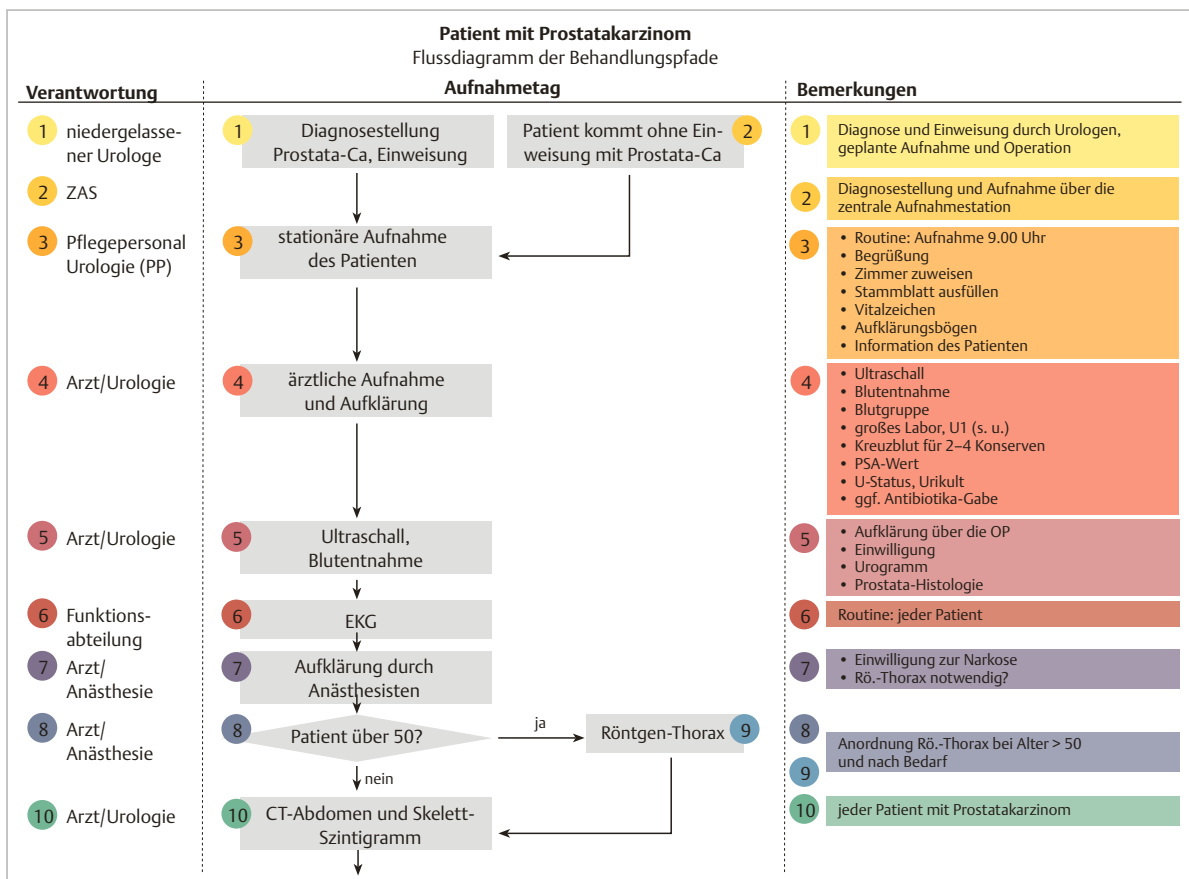


Abb. 4.17 Prozessdarstellung des Versorgungspfades eines Patienten mit Prostatakarzinom am Aufnahmetag (nach Hokenbecker et al. 2004).

Inhalte eines Versorgungspfad

Bei der Erstellung eines solchen Prozessablaufs werden Behandlungsabläufe reflektiert, analysiert, geordnet und dann strukturiert und transparent aufgegliedert. Inhalte eines vollständigen Versorgungspfad sind:

- Aufnahme (Verwaltungsangestellte, Arzt, Pflegeperson usw.)
- Diagnostik (Röntgenabteilung, Funktionsabteilung EKG usw.)
- Patientenaufklärung (Arzt, Facharzt, Anästhesist usw.)
- Therapie(-ziel)
- Medikamente
- Labor
- Pflege
- Visiten
- Ernährung (Arzt, Ökotrophologe, Pflegeperson usw.)
- Mobilisation (Physiotherapeut, Pflegeperson usw.)
- Entlassung (Sozialdienst, Pflegeüberleitung, Case-Management, Arzt, Pflegeperson usw.)

Aufgrund dieser standardisierten Prozessschritte wird eine Zeitersparnis bei der Dokumentation und Organisation des stationären Ablaufs erreicht und ein vorgegebenes Versorgungsergebnis in einem festgelegten Zeitraum erzielt. Wie aus den inhaltlichen Punkten des Versorgungsprozesses deutlich wird, handelt es sich um ein interdisziplinäres Werkzeug und Dokument, d. h., es gilt für alle am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen gleichermaßen. Daher müssen alle beteiligten Berufsgruppen die erforderlichen Maßnahmen und Abläufe kennen.

Vorteile der Versorgungspfade

Die Anwendung von Versorgungspfaden ermöglicht somit eine berufsgruppenübergreifende, ausführliche, sorgfältige und vollständige Dokumentation und dient der Qualitätssicherung durch Standardisierung auf hohem Niveau, da sie die definierte Versorgung homogener Patientengruppen beschreibt und somit den gesamten Behandlungsverlauf nachvollziehbar macht.

Dies geschieht dadurch, dass die wesentlichen therapeutischen Maßnahmen indikations- und fallbezogen für ein bestimmtes Krankheitsbild einheitlich festgelegt, beschrieben und gemessen werden. Sie sollen einerseits die optimale Behandlung fördern und auf der anderen Seite Diagnostik und Therapie wirtschaftlich gestalten. Durch die Visualisierung im Prozessablauf können Abweichungen und Komplikationen sofort erkannt werden, Schnittstellen werden offensichtlich und Unwirtschaftlichkeiten an diesen Nahtstellen können aufgespürt werden.

4.4 Qualitätsmanagement

4.4.1 Grundlagen

Definition

Qualitätsmanagement (QM) bedeutet die Zusammenfassung aller Maßnahmen, Strategien und Kontrollen innerhalb einer Einrichtung, die darauf abzielen, die Qualität der angebotenen Dienstleistung aufrechtzuerhalten und zu verbessern. Die Gesamtheit aller qualitätsbezogenen Tätigkeiten und Zielsetzungen bildet das Qualitätsmanagementsystem (QMS) einer Einrichtung.

Das **QMS** ist die Summe aller Methoden, Maßnahmen und Kontrollen, die den Zweck haben, die Qualität der erbrachten Dienstleistung jederzeit und auf einem einheitlichen Niveau sicherzustellen und dieses Niveau ständig zu verbessern (Debatin, Ekkernkamp, Schulte u. Tecklenburg 2013).

Dies gilt sowohl für Krankenhäuser, Heim- und Pflegeeinrichtungen als auch für ambulante Pflegedienste u. Ä. Jeder dieser Dienstleistungserbringer hat ein eigenes internes Qualitätsmanagementsystem, das die Qualität der Dienstleistungen definiert, beschreibt und überprüft. Für einige Einrichtungen geschieht dies auf freiwilliger Basis, Krankenhäuser sind z. B. jedoch im Rahmen der DRG-Finanzierung zu internem Qualitätsmanagement und zur Beteiligung an Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden (externen) Qualitätssicherung gesetzlich verpflichtet.

Umfassendes Qualitätsmanagement beinhaltet folgende Elemente (GBA 2014):

- Patientenorientierung
- Patientensicherheit, Risikomanagement
- Verantwortung und Führung
- Wirtschaftlichkeit
- Prozessorientierung
- Mitarbeiterorientierung und -beteiligung
- Zielorientierung und Flexibilität
- Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern
- kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Ziele

Verbesserung und Sicherung der Qualität

Verbesserung bzw. Sicherung der Qualität von Einrichtungen des Gesundheitswesens sind demnach auch politische Ziele und Interessen. Eine optimale medizinische und pflegerische Versorgung wird in absehbarer Zukunft aufgrund der demografischen Bevölkerungsentwicklung

nicht mehr finanzierbar sein. Durch die gesetzliche Verpflichtung zu (internem) Qualitätsmanagement soll ein Mindestmaß an guter Versorgung unter schwierigen Bedingungen gewährleistet werden (Schmidt 2005). Zudem steigern Maßnahmen des Qualitätsmanagements das Image und den Marketingwert einer Einrichtung.

Erhalt der Wettbewerbsfähigkeit

Im Zuge eines zunehmenden Wettbewerbs werden Qualität und Patientenzufriedenheit im Krankenhaus immer stärker zu einem Faktor des Unternehmenserfolges (GBA 2014). Ein gut aufgestelltes, funktionierendes QMS, das alle Mitarbeiter der Einrichtung kennen und nach dem sie handeln, bringt Vorteile in einer verschärften Wettbewerbssituation. Patienten, Bewohner und Kunden werden kritischer, sie vertrauen auch im Gesundheitssystem nicht mehr blind den Ärzten, dem klinischen Personal usw. Sie informieren sich sehr genau über Aspekte, die ihre Gesundheit und ihr Leben betreffen. Dabei entstehen Qualitätsanforderungen (Erwartungen und Wünsche der Kunden) an die Einrichtungen. Wie die Zusammenhänge sich in etwa gegenseitig bedingen, wird in ► Abb. 4.18 dargestellt.

Kundenorientierung

Oberstes Ziel des Qualitätsmanagements ist es also, die Kundenanforderungen optimal zu erfassen und zu erfüllen. Jeder Mitarbeiter der Einrichtung muss hierzu seinen Beitrag leisten. Die Sorgfalt der Reinigungskraft hat für den Kunden ebenso eine Bedeutung wie das Auftreten und die Freundlichkeit eines Krankenpflegeschülers oder des Chefarztes. Daher sollte bei der Dienstleistungserbringung stets die Kundenorientierung im Mittelpunkt stehen. Fehlende Kundenorientierung kann zu Verärgerung und Unzufriedenheit führen. Im Falle von Komplikationen können Schadenersatzforderungen gestellt werden – negative Erfahrungen, die der Patient seinen Angehörigen, Freunden und Bekannten berichtet. Neben den Kosten für Fehlerbehebungen ist zudem Kundenrückgang die Folge, der „gute Ruf“ der Einrichtung leidet.

Mitarbeiterorientierung

Neben der Kundenorientierung spielt die Mitarbeiterorientierung eine entscheidende Rolle für die Qualität der Einrichtung. Die Vorgesetzten in der Unternehmensführung sollten ihren Mitarbeitern Anerkennung, Lob und Wertschätzung für ihre geleistete Arbeit entgegenbringen. Gezieltes Qualitätsmanagement, das alle Mitarbeiter der Einrichtung einbezieht

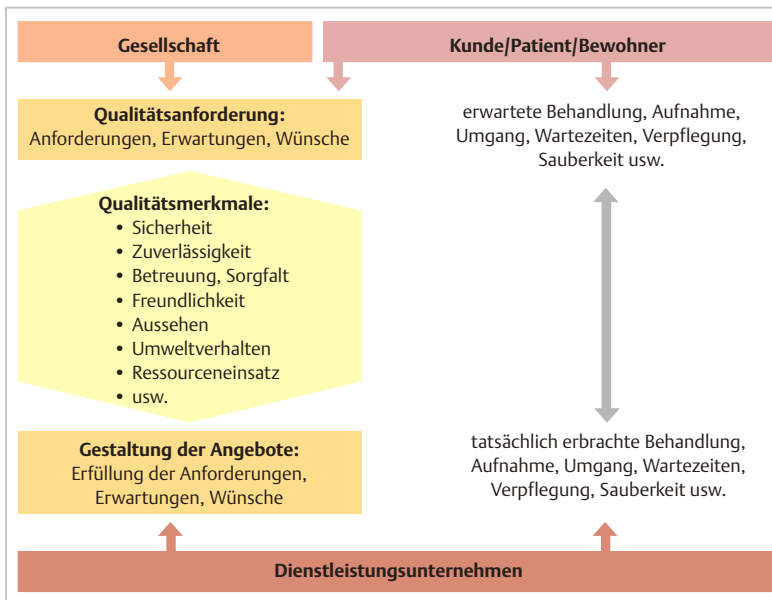


Abb. 4.18 Zusammenhänge der Qualitätsanforderungen von den Kunden und der Gesellschaft mit dem Dienstleistungserbringer.

und berücksichtigt, führt zu zufriedenen Mitarbeitern, die gerne zur Arbeit kommen. Dies führt wiederum zu gesteigerter Effizienz, d. h. zur Kostensenkung bei gleichzeitiger Qualitätserhaltung oder sogar -steigerung.

Qualitätsebenen

Bezogen auf das Qualitätsmanagement werden drei Ebenen von Qualität betrachtet:

- Strukturqualität
- Prozessqualität
- Ergebnisqualität

Strukturqualität

Mit Strukturqualität werden die Rahmenbedingungen beschrieben, also

- die Ausstattung einer Einrichtung,
- die Organisation (z. B. Anwendung des Bezugspflegesystems) und
- die Qualifikation des Personals (Fachwissen, Fort- und Weiterbildungen).

Die betriebliche Informationspolitik und die Offenlegung interner Entscheidungen und Neuerungen sind ebenfalls Elemente der Strukturqualität: Werden alle Mitarbeiter ausführlich durch die Geschäftsleitung über Pläne, Veränderungen und Entscheidungen informiert, kann Gerüchten entgegen gewirkt werden, Unsicherheiten beim Personal abgebaut und das Engagement der Mitarbeiter für die Einrichtung geweckt werden.

Ein Faktor, der die Strukturqualität in negativem Sinne beeinflussen würde, wäre z. B. Personalmangel. Durch das erhöhte

Arbeitspensum des vorhandenen Personals werden die gewünschten Arbeitsweisen behindert, die Mitarbeiter fühlen sich überfordert und denken negativ über ihren Arbeitsplatz.

Prozessqualität

In der Prozessqualität werden alle intern stattfindenden Prozesse beschrieben und definiert. Dazu gehören z. B.

- die Pflegeprozessplanung, Pflegedokumentation, Pflegestandards,
- die Zusammenarbeit innerhalb eines (Pflege-)Teams und
- die Zusammenarbeit innerhalb der verschiedenen Berufsgruppen („interdisziplinäre Zusammenarbeit“).

Faktoren, die die Prozessqualität negativ beeinflussen könnten, wären z. B. Hierarchieprobleme, Konflikte im Team, Konflikte und/oder Störungen zwischen Berufsgruppen oder Abteilungen bzw. fehlende Informationen, die den reibungslosen Ablauf stören. Jeder am Behandlungsprozess beteiligte Mitarbeiter sollte einen „Blick für das Ganze“ entwickeln, d. h. die Patientenversorgung in ihrer Ganzheit betrachten und dabei bewusst und ökonomisch handeln.

► **Prozessformen.** Unterschieden werden 3 Formen von Prozessen:

- Kernprozesse (tragen wesentlich zum Unternehmenserfolg und zur Kundenzufriedenheit bei, der Bewohner/Patient steht am Anfang und am Ende dieses Prozesses)

- Unterstützungsprozesse (z. B. Datenerfassung, verwaltungstechnische Abläufe)
- Managementprozesse (z. B. Personalplanung)

Ergebnisqualität

In der Ergebnisqualität werden Methoden zur Überprüfung der (Pflege-)Qualität während der Versorgung erbrachten Leistungen angewendet. Die Kundenzufriedenheit innerhalb der Einrichtung wird ebenso überprüft wie die Unterstützung des Patienten und seiner Angehörigen bei der Weiterversorgung und die Einbeziehung sozialer Netzwerke. Zudem wird die Arbeitszufriedenheit bzw. -unzufriedenheit der Pflegenden sowie der Mitarbeiter insgesamt untersucht. In ► Abb. 4.19 sind diese Qualitätsmerkmale mit Blick auf einen Patienten im Krankenhaus dargestellt:

Aufbau- und Ablauforganisation

Des Weiteren kann das System einer Einrichtung des Gesundheitswesens in ihrer Aufbau- und Ablauforganisation beschrieben werden.

Aufbauorganisation

Die Aufbauorganisation bezeichnet die Struktur der Einrichtung. Diese Organisationsstruktur muss klar definiert werden: Zuständigkeiten aller Mitarbeiter werden festgelegt und gegeneinander abgegrenzt. So legen z. B. Stellenbeschreibungen für jede Berufsgruppe und Arbeitsstelle Verantwortlichkeiten und Kompetenzen eindeutig fest und definieren somit alle Tätigkeiten innerhalb der Einrichtung. Im Organigramm wird der Aufbau der Einrichtung bildlich dargestellt. ► Abb. 4.20 zeigt ein Beispiel für ein Organigramm.

Ablauforganisation

In der Ablauforganisation werden Prozesse beschrieben. Somit wird festgelegt, wie bei den einzelnen zu bewältigenden Aufgaben verfahren werden muss (Vorgehensweise) und welche Mittel/Ressourcen dabei einzusetzen sind. Diese Prozessabläufe werden z. B. in Versorgungspfaden (Clinical Pathways) dargestellt.

Ziele

Qualitätsmanagement dient als Methode, um die Aufbau- und Ablauforganisation kontinuierlich an die sich verändernden Umfeldanforderungen anzupassen. Alle 3 Ebenen der Qualität finden hierbei Beachtung. Ziele des Qualitätsmanagements sind dabei u. a. folgende 5 Kriterien:

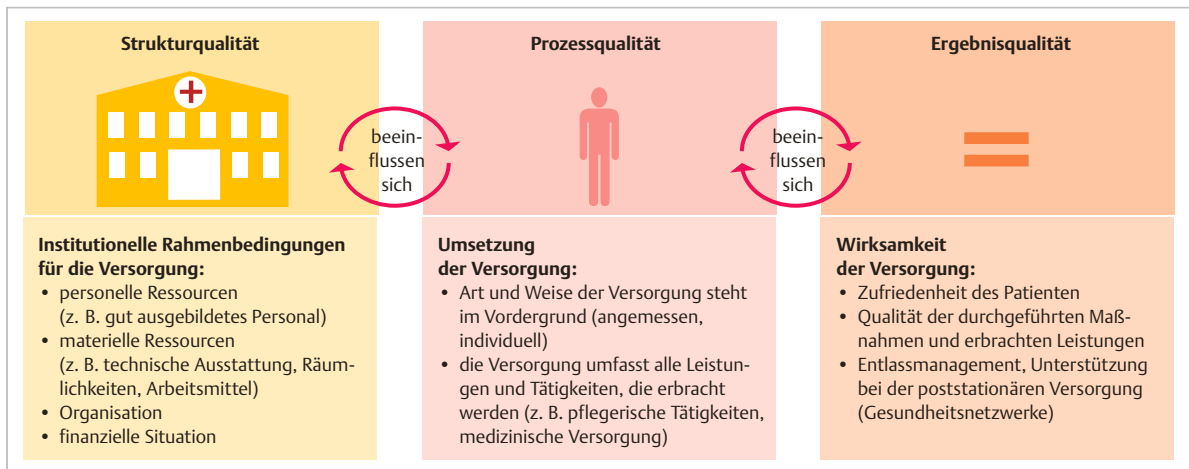


Abb. 4.19 Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

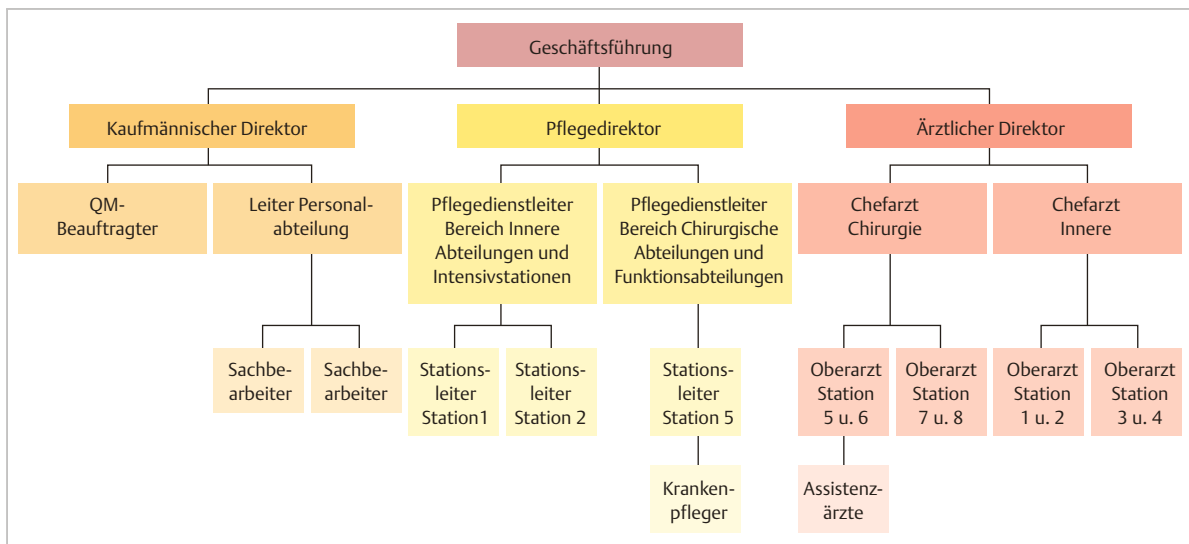


Abb. 4.20 Beispiel eines Organigramms.

1. Patientensicherheit (u. a. Verringerung von Fehlleistungen und daraus resultierenden Kosten)
2. Risikomanagement (u. a. Verhütung von Haftungsfällen)
3. Optimierung von Schnittstellen
4. verbesserte Marktchancen
5. Imageverbesserung

Aufgaben des Qualitätsmanagers

Verantwortlich für das Qualitätsmanagement ist in erster Linie die Unternehmensführung. In der Regel wird (v. a. in größeren Einrichtungen) eine zusätzliche Stelle (Qualitätsmanager) geschaffen. Fehlt diese oder ist der Stellenanteil gemessen an der Größe der Einrichtung zu

klein, so kann Qualitätsmanagement nicht in ausreichendem Maße durchgeführt werden. Zudem sollte der Qualitätsmanager unabhängig arbeiten können, also keinen innerbetrieblichen, hierarchischen Rollenkonflikten ausgesetzt sein (z. B. die Pflegedienstleiterin eines Seniorenheims übernimmt mit 20% Stellenanteil zusätzlich die Position der Qualitätsmanagerin).

Die Aufgaben des Qualitätsmanagers sind folgendermaßen zusammenzufassen:

- die Einführung, Verwirklichung und Aufrechterhaltung der für das Qualitätsmanagement erforderlichen Prozesse sicherzustellen
- der Unternehmensleitung über die Wirksamkeit des Qualitätsmanagements und notwendige Verbesserungen zu berichten

- Zertifizierungen vorbereiten und begleiten für einzelne Fachbereiche sowie für die gesamte Einrichtung
- das Bewusstsein für die Kundenanforderungen in der gesamten Einrichtung fördern

In den nun folgenden Kapiteln werden Bestandteile des Qualitätsmanagements, Qualitätsmanagementsysteme wie auch weitere Systematiken zur Selbstbewertung und Zertifizierung dargestellt und Begrifflichkeiten erläutert.

Merke

Jede Einrichtung entscheidet individuell, welcher Systematik sie folgen möchte. Auch die Motivationen sind unterschiedlich. Gezieltes und gelebtes Qualitätsmanagement führt zu Beginn zu Kosten, weswegen einige Dienstleister dem QM skeptisch gegenüberstehen und es scheuen. Wer jedoch offen und vorausschauend agiert, wird Kunden- wie auch Mitarbeiterorientierung tatsächlich in den Vordergrund stellen und eine Zertifizierung nicht nur zu Marketingzwecken anstreben.

4.4.2 Qualitätssicherungsmaßnahmen

Einzelne qualitätssichernde Maßnahmen im Gesundheits- und Sozialbereich haben in Deutschland eine lange Tradition. Diese sind z.B. die tägliche Visite, die Übergaben, die Dokumentation, Therapieplanungen, Pflegeplanungen, Hilfe- und Betreuungsplanung, Entwicklung von Standards, Aus-, Fort- und Weiterbildung usw. (Welz-Spiegel 2014).

Definition

Die Deutsche Gesellschaft für Qualität e. V. (DGQ) beschreibt, dass **Qualitätssicherung** alle Maßnahmen eines Unternehmens umfasst, die der Schaffung, Sicherung und Verbesserung der Qualität dienen. Rahmenbedingungen und Zielsetzungen werden durch die Faktoren Kundenzufriedenheit, Rentabilität, Umweltverträglichkeit und Gesetzeskonformität vorgegeben (DGQ 2011; im Internet: <http://www.dgq.de>).

Folgende Maßnahmen werden u.a. zur Qualitätssicherung genutzt:

- Entwicklung von Standards (S. 143)
- Einführung von Versorgungspfaden (S. 130)
- Erstellung von Verbundnetzwerken in der Integrierten Versorgung mit lückenloser Informationsweitergabe und einheitlichen Qualitätsstandards
- Einführung eines Entlassungsmanagements
- Einführung eines Versorgungsmanagements

Gemäß der rechtlichen Grundlage in Deutschland haben Patienten/Bewohner/Kunden Anspruch auf ein Versorgungsmanagement, insbesondere zur Lösung

von Schnittstellenproblemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche (z.B. vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung oder ins Pflegeheim). Die betroffenen Dienstleistungserbringer müssen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Menschen sorgen und sich gegenseitig die erforderlichen Informationen übermitteln, denn Qualitätsmanagement beinhaltet auch die Kooperation aller an der Versorgung des Patienten Beteiligten innerhalb und außerhalb des Krankenhauses.

4.4.3 Risikomanagement

Das Risikomanagement ist Bestandteil des Qualitätsmanagements. Eine stetig zunehmende Komplexität des Gesundheitswesens, gesetzliche Anforderungen und steigende Versicherungsprämien erfordern die Einführung eines Risikomanagements im Krankenhaus (Debatin, Ekkernkamp, Schulte u. Tecklenburg 2013). Darüber hinaus dient es u.a. der Verbesserung der **Patientensicherheit**, der **Fehlerprävention** und der Optimierung von Versorgungsabläufen.

Definition

„**Risikomanagement** ist eine Managementmethode, die das Ziel hat, in einer systematischen Form Fehler zu erkennen, zu analysieren und zu vermeiden sowie die Folgen von Fehlern zu minimieren.“ (Welz-Spiegel 2014, zit. n. Conrad 2010)

Risikomanagement verfolgt das Ziel, spezifische Risiken frühzeitig aufzuspüren, die bei der täglichen Arbeit häufig zu spät erkannt werden. So können möglichst schnell, oder sogar vorbeugend, Gegenmaßnahmen eingeleitet werden. Hilfsmittel zur Erkennung von Risiken können z.B.

Patientenfragebögen, aufgetretene Beschwerden oder Fehlermeldesysteme (CIRS) sein.

Ziele des Risikomanagements

Die wesentlichen Ziele eines Risikomanagements zeigt ► Abb. 4.21.

Die Notwendigkeit zum Risikomanagement ist vor dem Hintergrund entstanden, dass die Menschen im Laufe der letzten Jahre durch Schlagzeilen und Medienberichte bzgl. offensichtlicher Einsparungen, Personalkürzungen, frühzeitiger Entlassungen, Ärztemangel, Pflegenotstand usw. immer skeptischer bzw. unsicherer geworden sind. Im Sinne positiver Öffentlichkeitsarbeit dient Risikomanagement also der Patientensicherheit aber auch der Fehlerkostenvermeidung. Risikomanagement wirkt sich auf die Vermeidung unerwünschter Ereignisse aus, wie z.B.:

- Komplikationen bei Operationen
- Fehler bei diagnostischen und/oder therapeutischen Maßnahmen
- das Vertauschen von Namen, Daten, Medikamenten, Blutkonserven usw.
- Entstehung eines Dekubitus
- Unfälle/Stürze
- fehlerhafte/mangelnde Dokumentation
- unzureichende Patienteninformation

Diese unerwünschten Ereignisse führen (neben dem Schaden für den Patienten) schlimmstenfalls Schadenersatzklagen und hohe Kosten der Schadensbehebung nach sich, zudem auch immens steigende Versicherungsprämien für die Einrichtung. Daher gehen heutzutage bereits viele Einrichtungen dazu über, „Beinahe-Fehler“, also verhinderte unerwünschte Ereignisse für ihr internes Qualitätsmanagement zu dokumentieren und (extern) den Versicherungsunternehmen mitzuteilen.

Im Rahmen der Patientensicherheit unterscheidet man unerwünschte Ereignisse, vermeidbare unerwünschte Ereignisse und Fehler. Unerwünschte Ereignisse beziehen sich auf negative Ergebnisse, die

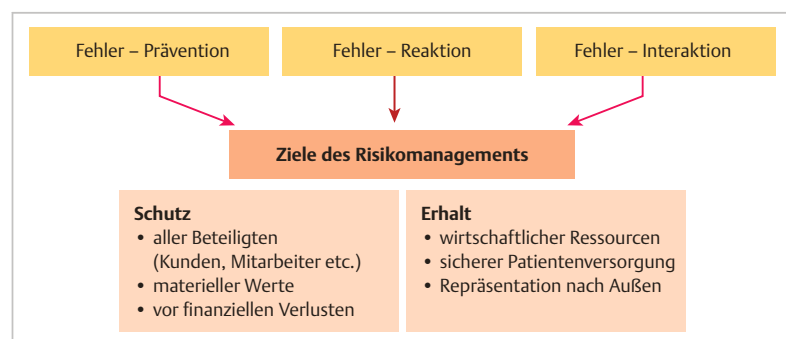


Abb. 4.21 Auswirkungen des Risikomanagementprozesses.

eher durch die Behandlung als durch den Krankheitsverlauf bedingt sind. Bei Fehlern liegt eine Regelverletzung oder die Verfolgung eines falschen Plans vor, es muss aber noch keine Schädigung des Patienten aufgetreten sein. Wenn eine solche Schädigung ausbleibt, spricht man von „Beinahe-Schäden“. Ist jedoch ein Fehler von einem unerwünschten Ereignis gefolgt, handelt es sich um ein vermeidbares unerwünschtes Ereignis. Ein **Behandlungsfehler** liegt vor, wenn zusätzlich eine Verletzung der Sorgfaltspflicht aufgetreten ist (Debatin, Ekkernkamp, Schulte u. Tecklenburg 2013).

Fallbeispiel

„Bei Frau Abel war eine Operation an der linken Hüfte vorgesehen und bei Frau Babel am selben Tag eine Operation am rechten Knie. Beinahe wäre Frau Babel an der Hüfte operiert worden, obwohl sie für die Knieoperation geplant war. Dadurch, dass unser Haus bereits am Vorabend der Operation eindeutige, unverwechselbare Armbänder am Handgelenk der Patienten befestigt und die OP-Region markiert, konnte diese Verwechslung im OP verhindert werden.“

Oder:

„Beinahe wäre die Bewohnerin unseres Seniorenhauses mit ihrer Dreipunktgestützte gestürzt, nachdem die Reinigungskraft den Boden zu feucht hinterlassen hat. Durch Absperrung der frisch gereinigten Flure in unserem Haus bis zur vollständigen Trocknung des Bodens konnte dieser Unfall verhindert werden.“

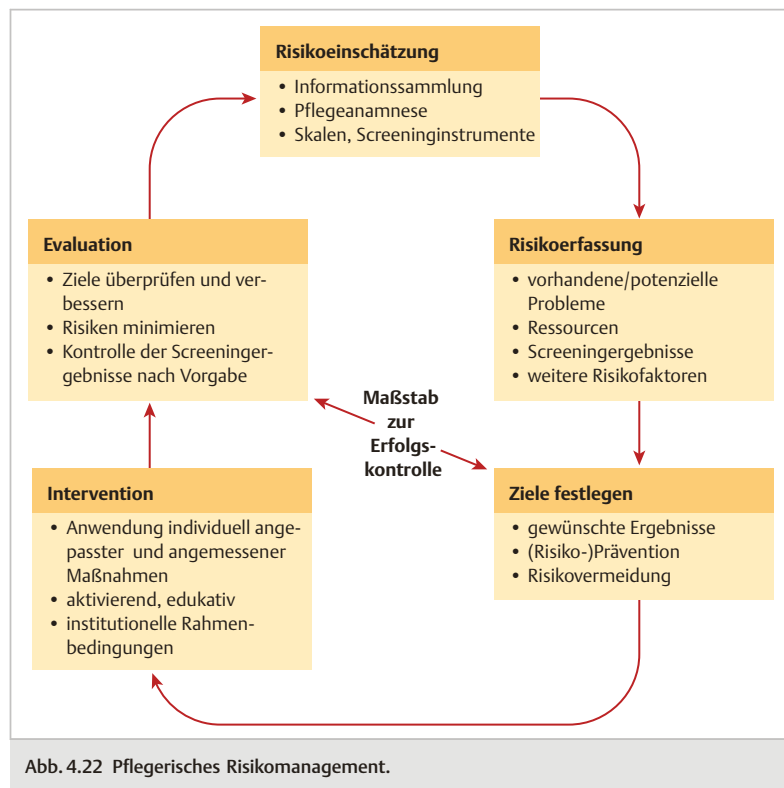
Berichte dieser Art führen unter gewissen Umständen dazu, dass eine Einrichtung als besonders sicher und aufmerksam in der Fehlerprävention erkannt wird und dass hierdurch ihre Versicherungsprämien herabgesetzt werden.

Pflegerisches Risikomanagement

Ein Teilaspekt des Risikomanagements ist das pflegerische Risikomanagement. In ► Abb. 4.22 wird der Prozess des pflegerischen Risikomanagements im Gesamtkontext beschrieben.

Der richtige Umgang mit Fehlern

Aus diesen Schilderungen wird deutlich, dass ein offener Umgang mit dem Risikomanagement und eine vorausschauende



Betrachtungsweise Vorteile für Patienten, Bewohner und Kunden sowie für die Einrichtung selbst bringen. Ein weiteres interessantes Beispiel hierfür ist die Broschüre „Aus Fehlern lernen“ mit Offenlegungen von Kunstfehlern, die Ärzte und Klinikpersonal Anfang 2008 veröffentlicht haben (Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., Hrsg. Aus Fehlern lernen, 2008). Hierin sind berufliche Fehler ehrlich zugegeben worden. Bemerkte z. B. ein Mitarbeiter, dass er einem Patienten ein falsches Medikament verabreicht hat, sollte er offen und ehrlich an entsprechender Stelle seinen Fehler eingestehen, um weitere Folge-schäden zu verhindern bzw. abzuwenden.

Merke

Es gilt der Grundsatz „Irren ist menschlich“ und nicht „Wer war schuld an diesem Vorkommnis?“, sondern „Was war schuld an diesem Vorkommnis?“ und „Wie können wir diesen Beinahe-Schaden oder Fehler in Zukunft vermeiden?“.

Diese Form des Umgangs mit Fehlern muss jedoch von der Unternehmensführung getragen werden. Allen Mitarbeitern muss klar sein, dass Offenheit keine Bestrafungen nach sich zieht, sondern wert-

geschätzt wird. Schuldzuweisungen an Personen sind nicht konstruktiv, die Ursache von Fehlern sollte immer im Gesamtsystem (z. B. in organisatorischen Abläufen oder im Bereich der Kommunikation) gesucht werden.

Folgende Unternehmenskultur sollten daher Vorgesetzte und Führungskräfte anstreben:

- klares Bekenntnis zu einem modernen Fehler- und Risikomanagementkonzept in der Qualitätspolitik des Unternehmens; diese Haltung sollte auch regelmäßig in der Öffentlichkeit transparent sein
- Teilnahme an Qualitätsvergleichssystemen (Sturz- und Dekubituserfassung, CIRS usw.)

Beim Critical Incident Reporting System (CIRS) (S. 547) handelt es sich um ein Fehlermeldesystem. Über dieses klinikinterne System können Mitarbeiter aller Berufsgruppen anonym und freiwillig Beinahe-Schäden, unerwünschte Ereignisse, Risiken oder Fehler melden. Diese Berichte werden i. d. R. von der Qualitätsmanagementabteilung aufgenommen, ausgewertet und analysiert. Mitarbeiter sollen so für die Art der auftretenden Fehler sensibilisiert werden. Durch die Offenlegung können die Ursachen für diese Ereignisse behoben bzw. beseitigt werden.

Instrumente des Qualitäts- und Risikomanagements

Eingeflochten in das Qualitätsmanagement basiert das Risikomanagement auf der systematischen Gestaltung von Prozessen. Folgende Instrumente dienen zur Verbesserung der internen Qualität und zur Vermeidung von Risiken:

- Kundenbefragungen
- systematisches Beschwerdemanagement (Grundsatz: „Jede Beschwerde ist gut, da sie Probleme offenlegt“) (S. 137)
- Fehlermeldungen und -analysen
- Komplikations- und Infektionserfassung
- Qualitätsberichterstattung
- Erstellung von Behandlungspfaden (S. 130)
- Erstellung (und das Handeln) nach Leitlinien, Standards und Verfahrensanweisungen (S. 141)
- Risikoanalysen und die Vermittlung der Ergebnisse an die Mitarbeiter
- Fort- und Weiterbildungen (z. B. Infektionsprophylaxe, Dekubitusprävention und -behandlung, Geräteanweisungen, Reanimationstrainings)

Jeder Mitarbeiter einer Einrichtung kann somit durch sein Engagement und seine Aufmerksamkeit dazu beitragen, den Arbeitsplatz sicher zu gestalten, Fehler bereits im Vorfeld zu vermeiden und für eine optimale Qualität der Leistungserbringung zu sorgen (Seyfarth-Metzger u. Vogel u. Krabbe-Berndt 2005).

Beschwerdemanagement

Definition

Das **Beschwerdemanagement** gehört zum Qualitätsmanagement und dient der Entgegennahme, Aufnahme und Bearbeitung von Beschwerden. Beschwerden können einerseits intern erfolgen (z. B. von unzufriedenen Mitarbeitern) und auf der anderen Seite extern durch Patienten, Bewohner, Angehörige usw. Die Einrichtung sollte unzufriedene Kunden dazu bewegen, ihre Unzufriedenheit zu äußern.

Ziele des Beschwerdemanagements sind

- die Wiederherstellung der vom Leistungsempfänger („Kunden“) subjektiv wahrgenommenen Zufriedenheit,
- die Minimierung der negativen Auswirkungen von Zufriedenheitsdefiziten,
- die Nutzung der in Beschwerden enthaltenen spezifischen Ablaufinformationen (Debatin, Ekkernkamp, Schulte u. Tecklenburg 2013).

Evaluationsbögen

Viele Einrichtungen des Gesundheitswesens haben Evaluationsbögen (Patientenfragebögen) entwickelt, die jeder Patient/Bewohner während seines Aufenthalts ausfüllen kann (► Abb. 4.23). In dieser Befragung erhebt die Einrichtung Daten zur Zufriedenheit im Laufe der Versorgung in verschiedenen Bereichen (Verpflegung, Reinigung der Zimmer, Klinikpersonal, Wartezeiten usw.).

Maßnahmen und Ziele

Beschwerden enthalten häufig Hinweise auf das Risikomanagement und auf Verbesserungspotenziale. In der Realität erfahren jedoch v. a. die Mitarbeiter Beschwerden häufig als Angriff auf die eigene Person oder die Abteilung. Aus diesem Grund wird die Erfassung von Beschwerden durch das Beschwerdemanagement systematisiert. Unter der Verantwortung des für das Beschwerdemanagement Zuständigen werden

- Ziele definiert,
- der Ist-Zustand analysiert,
- Maßnahmen festgelegt und durchgeführt sowie
- die Ergebnisse evaluiert.

Zu den Zielsetzungen im Rahmen des Beschwerdemanagements gehört u. a. auch der Prozess des Umdenkens aller Mitarbeiter der Einrichtung bis hin zur Kundenorientierung.

4.4.4 Zertifizierung

Neben der Erfüllung gesetzlicher Forderungen nach (internem) Qualitätsmanagement und den zur Vermeidung von Schadensfällen notwendigen Strategien des Risikomanagements streben immer mehr Einrichtungen des Gesundheitswesens eine Zertifizierung an. Hierbei wird das interne Qualitätsmanagement der jeweiligen Einrichtung durch neutrale, unparteiische Stellen geprüft und beurteilt.

Unterscheiden sollte man zwischen Zertifizierungen, die für ein gesamtes Haus gelten können, und solchen, die sich vorzugsweise auf Teilbereiche beziehen. Bei der Zertifizierung von Teilbereichen werden die Ablaufprozesse der entsprechenden Organisationseinheit optimiert. Hierunter fallen vorwiegend Zertifizierungen, die die Qualität von onkologisch orientierten Einrichtungen und Abteilungen regeln und sicherstellen sollen (Debatin, Ekkernkamp, Schulte u. Tecklenburg 2013).

Prüfende Stellen können z. B. der TÜV (Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001) oder KTQ (Zertifizierung nach KTQ) sein. Die prüfenden Stellen legen Kriterien zu-



Abb. 4.23 Umgang mit Beschwerden.

Der für das Beschwerdemanagement zuständige Mitarbeiter wertet die Befragungsbögen bzw. die konkreten Beschwerden aus und entwickelt Lösungsansätze, diese Probleme aufzuarbeiten. (Foto: A. Fischer, Thieme)

gründe, auf deren Basis die Einrichtung sich vorbereiten kann, und führen in Absprache mit der Einrichtung die Prüfung durch. Fast alle Zertifizierungen fordern regelmäßige Wiederholungsprüfungen in ein- bis mehrjährigen Abständen. Durch diese kontinuierliche Prüfungssituation kann sichergestellt werden, dass das einmal geschaffene QM-System auf dem ursprünglichen Niveau bleibt und sich weiterentwickelt (Debatin, Ekkernkamp, Schulte u. Tecklenburg 2013).



Merke

Die Zertifizierung gilt als Nachweis über ein gut aufgebautes und funktionierendes QM-System. Gleichzeitig bietet die Zertifizierung die Chance zur Verbesserung des angewandten QM-Systems, denn die gewohnten, vorhandenen Abläufe werden analysiert, überdacht und verbessert.

Audit

Ein Audit (lat. „Anhörung“) ist ein modernes Informationssystem. Es handelt sich um eine systematische, unabhängige Untersuchung (Prüfung) einer Aktivität und deren Ergebnisse.

Die Wirksamkeit einzelner Aktivitäten und Maßnahmen wird regelmäßig beurteilt mit dem Ziel, Schwachstellen aufzuspüren, die Effektivität zu überprüfen, im Bedarfsfall Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten und auf die aktuelle Situation anzupassen. Demnach kann das Audit auch als „Soll-Ist-Vergleich“ betrachtet werden, da in der Realität überprüft wird, ob die theoretischen Vorgaben des Unternehmens im QM-System auch tatsächlich eingehalten werden. Verbesserungsmaßnahmen sollen hierbei durch das Audit

angeregt und deren Wirkung überwacht werden. In jedem Fall muss die Betriebsleitung über die Zielerreichung informiert werden.

► **Interne und externe Audits.** Unterschieden werden interne und externe Audits. Interne Audits dienen der Selbstüberprüfung und werden vom Qualitätsmanagement-Beauftragten bzw. von der Unternehmensführung stichprobenartig veranlasst. Externe Audits werden (in den meisten Fällen) mit dem Ziel der Zertifizierung durchgeführt. In diesem Fall kommen geschulte Personen (sog. Auditoren) zur Überprüfung in die Einrichtung.

In den meisten Fällen besteht der Ablauf einer Zertifizierung aus einem „theoretischen“ und einem „praktischen“ Teil. Für den theoretischen Teil müssen bestimmte geforderte Unterlagen zusammengestellt und vorab den Auditoren zur Verfügung gestellt werden, z.B. Dokumentationen oder Berichte. Daran schließt sich die praktische Vor-Ort-Besichtigung an. Hierbei besuchen ein oder mehrere Auditoren die Institution. Für die weitere Qualitätsarbeit sind insbesondere festgestellte Schwachstellen, Hinweise oder Empfehlungen von großer Bedeutung (Debatin, Ekkernkamp, Schulte u. Tecklenburg 2013).

Alternativ können Einrichtungen sich jedoch auch im Ringverfahren auditieren lassen. Hierbei würden sich z.B. die Qualitätsmanager mehrerer Pflegeheime gegenseitig aufsuchen und nach einem Kriterienkatalog begutachten. Ziel dieses Verfahrens ist es, sich gegenseitig Anregungen für Verbesserungen zu geben.

4.4.5 Qualitätsmanagementsysteme

Definition

Ein **Qualitätsmanagementsystem** (QM-System, QMS) ist das Werkzeug zur Umsetzung der Qualitätspolitik und zur Erreichung der Qualitätsziele. Es systematisiert alle qualitätsbezogenen Tätigkeiten und Zielsetzungen.

Anforderungen

Jede Einrichtung des Gesundheitswesens entscheidet selbst, welches System den eigenen Strukturen am ehesten entspricht (einrichtungsspezifisch). Das QM-System dient der Qualitätssicherung im medizinischen und pflegerischen Bereich und muss folgende Anforderungen erfüllen:

- Kundenorientierung
- Mitarbeiterorientierung
- Fehlerprävention und -reduktion

- berufsgruppen- und hierarchieübergreifend
- Förderung der Wirtschaftlichkeit
- praktisch anwendbar und praxisbezogen

Durch die Anwendung eines QM-Systems sollen die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität einer Einrichtung analysiert, strukturiert und verbessert werden. Die Aufbau- und Ablauforganisation sollen transparent werden.

In der Praxis bedeutet dies z.B., dass die Dokumentation verbessert wird, haftungsrechtliche Aspekte erfüllt werden oder Wartezeiten von Patienten bei Untersuchungen reduziert werden. Erreicht wird dies durch die Anwendung eines Regelkreises für das Qualitätsmanagement (PDCA-Zyklus) (S.141), die schriftliche Fixierung aller Maßnahmen erfolgt im sog. Qualitätsmanagement-Handbuch.

In den nachfolgenden Abschnitten werden Beispiele für QM-Systeme vorgestellt.

Total Quality Management (TQM)

TQM bedeutet „Total Quality Management“, also umfassendes Qualitätsmanagement. Die einzelnen Buchstaben stehen für die Handlungsfelder:

- **T = Total:** Dies betrifft alle Kunden, Mitarbeiter, Abteilungen, Funktionen, alle Ebenen, Nachsorger, Zulieferer und die Gesellschaft.
- **Q = Quality:** Die Qualität steht im Mittelpunkt von Führung, Prozessen und Produkten.
- **M = Management:** Dies betrifft die Führung und Philosophie des Unternehmens, strategische Ziele, lang- und kurzfristige Planungen und Ziele und die Handlungs- und Vorgehensweise, um diese Ziele zu erreichen.

Das TQM-System wurde von dem Amerikaner William Edwards Deming entwickelt und zuerst in Japan umgesetzt. TQM legt die Mitwirkung aller Mitglieder des Unternehmens zugrunde, stellt die Qualität in den Mittelpunkt und zielt durch Zufriedenstellung der Kunden auf langfristigen Geschäftserfolg sowie auf Nutzen für die Mitarbeiter und für die Gesellschaft ab. Qualität ist demnach als Aufgabe jedes Mitarbeiters zu betrachten, sie ist das wesentliche Unternehmensziel.

Säulen des TQM

Das Total Quality Management basiert auf folgenden 4 Säulen (► Abb. 4.24):

- Mitarbeiterorientierung
- Kundenorientierung
- Prozessorientierung
- Selbstpositionierung

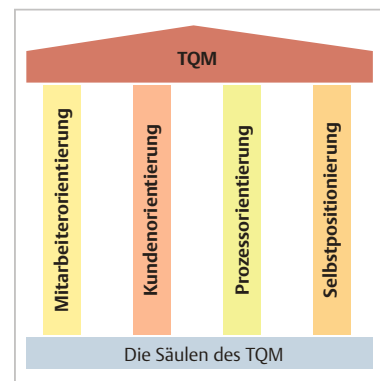


Abb. 4.24 Die Säulen des Total Quality Managements.

► **Säule „Kundenorientierung“.** TQM verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz. In diesem Sinne beinhaltet die Säule „Kundenorientierung“, bezogen auf das Gesundheitssystem, nicht nur die Patienten/Klienten/Bewohner einer Einrichtung, sondern ebenso z.B. die Lieferanten oder andere Kooperationspartner (z.B. ein Sanitätshaus). Auch die Mitarbeiter selbst können für die Überprüfung bestimmter Prozesse als „Kunden“ betrachtet werden.

► **Säule „Prozessoptimierung“.** Die Säule „Prozessoptimierung“ verdeutlicht die gleichzeitige Betrachtung organisatorischer Abläufe mit dem Ziel, die Qualität für den Kunden kontinuierlich zu verbessern (KVP = kontinuierlicher Verbesserungsprozess). Im Rahmen dessen soll eine Steigerung der Kundenzufriedenheit erreicht werden mit einhergehender Fehlerprävention durch Qualität sowie eine Ergebnisverbesserung und eine Steigerung der Mitarbeitermotivation. Im TQM werden somit alle relevanten Bereiche des Unternehmens berücksichtigt.

Prinzip des TQM

Das Prinzip des TQM lässt sich in folgenden Kernaussagen zusammenfassen:

- Es wird ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess angestrebt (z.B. durch Kundenbefragungen oder ein internes Vorschlagswesen für Verbesserungsvorschläge, d.h., Mitarbeiter selbst machen entsprechende Vorschläge).
- Wesentlich sind die Orientierung an den eigenen Mitarbeitern und die Förderung der Teamarbeit.
- Das Unternehmen arbeitet kundenorientiert.
- Es arbeitet kontinuierlich an der Vermeidung von Fehlern und an der Vorbeugung von Problemen.

- Prozesse werden gezielt gesteuert, hieraus können Daten erhoben werden für statistische Erhebungen.
- Beziehungen zu externen/internen Partnern, Lieferanten, Vor- und Nachsorgeeinrichtungen werden gefördert.
- Die Selbstpositionierung beinhaltet eine klar definierte Unternehmensphilosophie und deren Ziele, das Image und die Rolle des Unternehmens werden in der Gesellschaft dargestellt.

**DIN EN ISO 9001 und
DIN EN15224**

► **DIN EN ISO 9001 – 9004.** Ein in Krankenhäusern und Einrichtungen des Gesundheitswesens weit verbreitetes QM-System ist die vom TÜV entwickelte DIN EN ISO 9001 – 9004. Hierbei steht die Abkürzung „DIN EN ISO“ für folgende Begriffe:

- DIN: Deutsche Industrie-Norm
- EN: Europäische Norm
- ISO: Internationale Organisation für Standardisierung

Die ISO 9001 ist einerseits ein Qualitätsmanagementsystem, aber auch ein Zertifizierungsverfahren. Sie dient als Leitfaden, um die Einrichtung beim Aufbau und bei der Umsetzung ihres Qualitätsmanagements zu unterstützen. Der Leitfaden beinhaltet Kriterien zum Aufbau, Nachweis und zur Dokumentation eines funktionierenden Qualitätsmanagements und schafft die Basis zur Erreichung der gesteckten Qualitätsziele. Dabei muss das Krankenhaus bzw. die Einrichtung des Ge-

sundheitswesens folgende Schritte zur praktischen Umsetzung ausführen (DIN EN ISO 9001, 2008):

- die für das Qualitätsmanagementsystem erforderlichen Prozesse festlegen
- Abfolgen und Wechselwirkungen festlegen
- Verfügbarkeit von Ressourcen und Informationen sicherstellen
- Prozesse messen, überwachen und analysieren
- Maßnahmen für ständige Verbesserung treffen

► **DIN EN 15224.** Da die ISO 9001 branchenübergreifend anwendbar ist, wurde speziell für das Gesundheitswesen die DIN EN 15224 entwickelt. Sie basiert auf der DIN EN ISO 9001:2008. Mit ihren Vorgaben können Verantwortliche von Krankenhäusern, Arztpraxen, Rehabilitationskliniken oder Pflegeeinrichtungen ihre QM-Systeme um- oder aufbauen. Hierin wurden 11 Qualitätsmerkmale ergänzt und die Punkte Risiko- und Wissensmanagement hinzugefügt.

Die Norm wird regelmäßig überarbeitet und aktualisiert, sodass die Inhalte aktuell grundsätzlich prozessorientiert aufgebaut sind (Prozesse = „Vorgänge“ in einem Unternehmen) und somit die Begriffe auch in Dienstleistungsunternehmen (z. B. „Produkt“ = „Dienstleistung“) übertragen werden können.

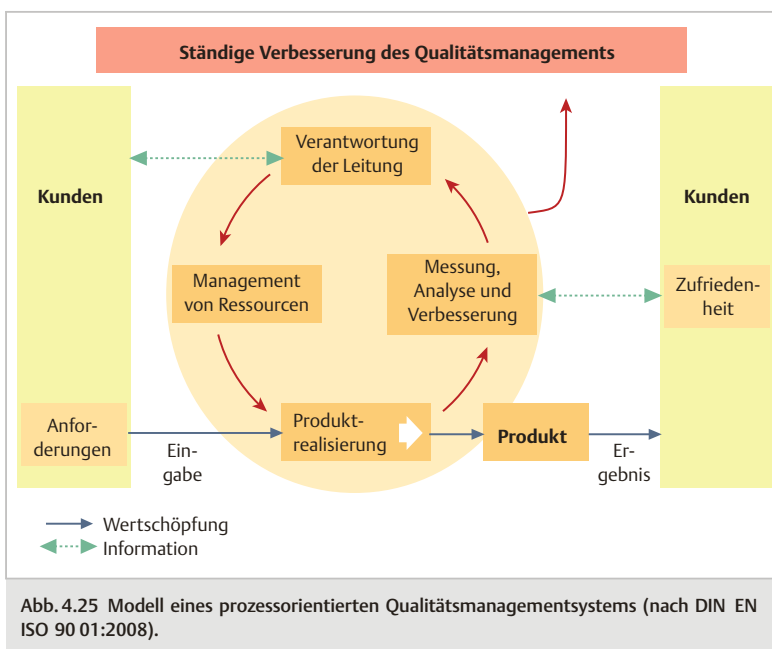
Das Modell eines prozessorientierten QM-Systems in ► Abb. 4.25 verdeutlicht die Prozessverknüpfungen.

Der besondere Fokus der DIN-EN 15 224:2012 liegt im systematischen Um-

gang mit Risiken und/oder Risikosituationen in der Gesundheitsversorgung. Hervorzuheben sind hierbei die Einschätzung von Risiken schon in allen Maßnahmen zur Planung der Betreuung oder Versorgung von Bedürftigen oder Patienten. Aufgrund der Früherkennung von Risiken sollen Maßnahmen zur Absicherung und Minimierung von Risiken systematisch eingeleitet werden (Welz-Spiegel 2014).

Die erbrachten Leistungen stehen im Zentrum des QM-Systems. 11 Qualitätsmerkmale müssen erfüllt sein (Welz-Spiegel 2014, S. 52f.):

1. **angemessene, richtige Versorgung:** Der Patient soll untersucht und nach der Einschätzung eines Therapeuten bezüglich des gesundheitlichen Zustands mit keinen/geringfügigen Komplikationen oder Nebenwirkungen entsprechend behandelt werden.
2. **Verfügbarkeit:** Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung sollen für den Patienten, der diese erhält, erreichbar und möglich sein.
3. **Kontinuität der Versorgung:** Es besteht eine nahtlose Kette von Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung für den Patienten von der Überweisung zu Versorgung, Behandlung, Rehabilitation und Nachsorge.
4. **Wirksamkeit:** Tätigkeiten der Gesundheitsversorgung sollen in relativ kurzer Zeit zu einem erwarteten positiven Ergebnis für den Patienten führen.
5. **Effizienz:** Das für den Patienten erwartete Ergebnis soll unter Einsatz eines Minimums an Ressourcen erzielt werden.
6. **Gleichheit:** Für Patienten mit gleichartigen Erfordernissen soll die gleiche Versorgung erbracht werden.
7. **Evidenzbasierte/wissensbasierte Versorgung:** Untersuchungen und Behandlungen in der Gesundheitsversorgung sollen auf eine wissenschaftlich fundierte, evidenzbasierte Behandlung ausgerichtet sein.
8. **auf den Patienten, einschließlich der körperlichen und geistigen Unversehrtheit ausgerichtete Versorgung:** Tätigkeiten der Gesundheitsversorgung sollen auf die Sichtweise des Patienten konzentriert und stets mit dem Einverständnis des Patienten und mit Blick auf die körperliche und psychologische Unversehrtheit ausgeführt werden.
9. **Einbeziehung des Patienten:** Der Patient soll aktiv in Kenntnis gesetzt und befragt werden. Es soll nach Möglichkeit in alle an ihm geplanten und durchgeführten Behandlungen aktiv einbezogen sein.
10. **Patientensicherheit:** Die mit den Vorgängen der Gesundheitsversorgung



verbundenen Risiken sollen systematisch analysiert und geeignet mit Gegenmaßnahmen verfolgt werden. Allen beim Patienten vermeidbaren möglichen Schäden soll mit geeigneten präventiven Maßnahmen vorgebeugt werden.

11. **Rechtzeitigkeit und Zugänglichkeit:** Der Patient soll in der Lage sein, die für ihn erforderliche Behandlung und Versorgung zu erhalten.

Anforderungen an die Dokumentation des QM-Systems

Folgende Dokumente zum QM-System sind in diesem Zusammenhang gefordert und müssen erstellt und zusammengeführt werden:

- Qualitätspolitik
- Qualitätsmerkmale und Qualitätsziele
- QM-Handbuch/-Regelungen zur Prozesslenkung
- geforderte Aufzeichnungen/Nachweise
- dokumentierte Verfahren gemäß ISO 15224

Als Zusatzanforderung muss die schriftliche Darstellung aller Kernprozesse in der Gesundheitsdienstleistung unter Einbeziehung aller Kooperationspartner und Dienstleister, die am Versorgungsprozess beteiligt sind, in die Dokumentation einbezogen werden. Zudem muss die Darstellung aller Vertragspartner, die nicht direkt, sondern unterstützend für die Organisation arbeiten, erfolgen. Dies können die Speisen- oder Wäscheversorgung, die Arzneimittelversorgung oder die Physiotherapie sein. Diese Prozesse müssen bildlich dargestellt und benannt werden (Welz-Spiegel 2014).

Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001

In den meisten Fällen dient die DIN EN ISO 9001 nicht ausschließlich zur Unterstützung für den Aufbau des Qualitätsmanagements – angestrebtes Ziel ist zudem die „Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001“. Für die Zertifizierung ist es nicht ausschlaggebend, welches QM-System genutzt wird – überprüft werden die für die jeweilige Einrichtung relevanten Qualitätskriterien der Norm. Voraussichtlich werden Zertifizierungen im Gesundheitssektor in Zukunft auf der DIN EN 15224 basieren.

Die Norm wendet den prozessorientierten Ansatz an, der den Plan-Do-Check-Act-Zyklus umfasst, sowie risikobasiertes Denken. Risikobasiertes Denken bedeutet auch hier, Fehler zu vermeiden, vorbeugende Maßnahmen einzuleiten, negative Auswirkungen zu minimieren usw. Der

prozessorientierte Ansatz umfasst die systematische Festlegung und Steuerung von Prozessen und deren Wechselwirkungen, sodass die angestrebten Ergebnisse mit der Qualitätspolitik und der strategischen Ausrichtung der Organisation übereinstimmen (DIN EN ISO 9001:2015).

Der Leitfadens umfasst folgende Grundsätze des Qualitätsmanagements:

- Kundenorientierung
- Führung
- Einbeziehung von Personen
- prozessorientierter Ansatz
- Verbesserung
- faktengestützte Entscheidungsfindung
- Beziehungsmanagement

Jeder dieser Grundsätze wird beschrieben mit einer Begründung, warum er für die Organisation wichtig ist (DIN EN ISO 9001:2015).

KTQ und ProCum Cert

KTQ und ProCum Cert sind neutrale Zertifizierungsstellen. KTQ führt die Zertifizierungen nicht selbst durch, ProCum Cert hingegen schon. Daher handelt es sich bei ProCum Cert zusätzlich um eine Zertifizierungsgesellschaft. Ein weiterer Unterschied besteht darin, dass ProCum Cert speziell für konfessionelle Einrichtungen mit kirchlicher Prägung die Qualität beschreibt und zertifiziert.

KTQ-Zertifizierung

KTQ bedeutet „Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus“. Es ist ein krankenhausspezifisches Zertifizierungsverfahren für das interne Qualitätsmanagement.

Der Zertifizierung liegt ein (Selbst-)Bewertungskatalog zugrunde. Er baut auf dem gesamten Behandlungsprozess der Patientenversorgung auf, über alle Hierarchieebenen und Berufsgruppen hinweg und ist auf kontinuierliche Verbesserung ausgerichtet. Er dient als Leitfaden für die zu bearbeitenden Kriterien. Der Katalog beinhaltet zwar konkrete Vorgaben darüber, was in den einzelnen Kriterien erwartet wird, dennoch bietet er den Krankenhäusern einen großen Handlungsspielraum, wie qualitätssichernde bzw. qualitätssteigernde Maßnahmen ausgestaltet und umgesetzt werden.

► **Selbstbewertung.** Bei Planung einer Zertifizierung führt das Krankenhaus zunächst eine Selbstbewertung anhand des Bewertungskataloges durch (im Sinne einer Ist-Stand-Erhebung). Hierbei wird ein Selbstbewertungsbericht erstellt, indem auch Erreichung und Durchdringung der einzelnen Kriterien bewertet werden. Fallen bei dieser Selbstbewertung mar-

kante Problembereiche auf, werden diese umgehend bearbeitet und optimiert. Sobald die Klinik in der Selbstbewertung die erforderliche Punktzahl erreicht, kann ein Antrag bei der Zertifizierungsstelle gestellt werden. Daraufhin erfolgt die Fremdbewertung.

► **KTQ-Kategorien.** Eine Prüfung mit Bewertung erfolgt anhand von 63 Kriterien, von denen 10 als sog. K.-o.-Kriterien (Stand 2014) festgelegt sind. Für jedes Kriterium sind Fragen in den Bereichen Planung (PLAN), Durchführung (DO), Überprüfung (Check) und Verbesserungen (ACT) zu beantworten:

1. Patientenorientierung in der Krankenversorgung
2. Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung
3. Sicherheit im Krankenhaus
4. Informationswesen
5. Krankenhausführung
6. Qualitätsmanagement

Der größte Schwerpunkt wird auf die Kategorie 3 „Sicherheit“ gelegt. Unter diese Kategorie fallen 9 K.-o.-Kriterien. Bei jedem einzelnen sog. „K.-o.-Kriterium“ müssen mindestens 55 % der jeweiligen Gesamtpunktzahl erreicht werden, sonst würde das Krankenhaus die Zertifizierung nicht bestehen. Dies verdeutlicht den hohen Stellenwert der Patientensicherheit. Hierunter fallen z. B. Kriterien wie „Medizinisches Notfallmanagement“, „Blut- und Blutprodukte“ oder „Hygienemanagement“. Ein weiteres K.-o.-Kriterium ist in Kategorie 5 enthalten, und zwar das „Risikomanagement“. Bei Kriterien, die kein K.-o.-Kriterium sind, besteht eine höhere Toleranz für die Gesamtpunktzahl bzw. die Punkte können mithilfe anderer Kriterien „ausgeglichen“ werden.

► **Fremdbewertung durch ein KTQ-Visitorenteam.** Die Fremdbewertung wird von „Visitoren“ (= „Besuchern“) durchgeführt. Die Zertifizierungsstelle wählt aus ihren Mitarbeitern jeweils einen Vertreter des ärztlichen, des pflegerischen und des kaufmännischen Bereichs aus. Diese bringen jeweils ein hohes Maß an Fachwissen in ihrem beruflichen Bereich mit. Diese 3 bilden zusammen mit einem Begleiter der Zertifizierungsstelle das Visitorenteam. Diese 4 Personen gehen gemeinsam durch alle Bereiche und Abteilungen des Hauses. Sie ermitteln durch Gespräche mit Kollegen und Beobachtungen mithilfe des Bewertungskataloges die Punktzahl des Krankenhauses. Zudem haben sie Dokumenten- und Akteneinsicht und befragen ihre jeweiligen Kollegen zu Inhalten der Selbstbewertung. Sie führen Begehungen durch, Übersichtsbegehungen und konkrete Besuche auf Stationen

und in Abteilungen. Sie überprüfen dabei die Übereinstimmung von im Selbstbewertungsbericht Beschriebenem und der tatsächlichen Situation. Die Visatoren können dem Krankenhaus weitere wertvolle Vorschläge zur Verbesserung der Qualität geben.

► **Phasen der Fremdbewertung.** Die Fremdbewertung verläuft in 5 Phasen:

- Phase 1: Informationsgespräch
- Phase 2: Vorbereitung der Zertifizierung
- Phase 3: Prüfung und Bewertung der QM-Unterlagen
- Phase 4: Zertifikataudit im Unternehmen
- Phase 5: Zertifikaterteilung, Überwachung und Wiederholungsaudit

► **Zertifizierung und Veröffentlichung des KTQ-Berichts.** Voraussetzungen für die Vergabe des Zertifikats sind das Erreichen der Mindestpunktzahl inklusive der Erfüllung aller K.-o.-Kriterien (als Ergebnisse der Selbst- und Fremdbewertung), die Teilnahme an externen Qualitätssicherungsverfahren und die Veröffentlichung des KTQ-Qualitätsberichts. Durch Offenlegen des Qualitätsberichts hat der Kunde die Möglichkeit, Leistungserbringer zu vergleichen und sich seinen Favoriten auszusuchen, d.h. die Einrichtung zu wählen, der er in seinen Belangen am meisten vertraut und die in seinen Augen die beste Qualität garantiert.

Qualitätsmanagement-Regelkreis (PDCA-Zyklus)

Der QM-Regelkreis dient der Qualitätsplanung und -lenkung:

- Die Qualitätsplanung kann für interne und externe Aspekte verwendet werden. Externe Aspekte sind z. B. die Umsetzung der Kundenwünsche und interne Aspekte die Umsetzung der Kundenwünsche in der eigenen Ablauforganisation.
- Die Qualitätslenkung beinhaltet alle Arbeitstechniken und Tätigkeiten, die zur Erfüllung von Qualitätsanforderungen angewendet werden.

Phasen der Qualitätsplanung

Die Qualitätsplanung wird in 4 Phasen unterteilt, die im PDCA-Zyklus dargestellt sind (► Abb. 4.26):

- P: Plan
- D: Do
- C: Check
- A: Act

► **Phase 1 „plan“ (Ist-Analyse).** In der 1. Phase des Regelkreises werden notwendige Ziele definiert und entsprechende

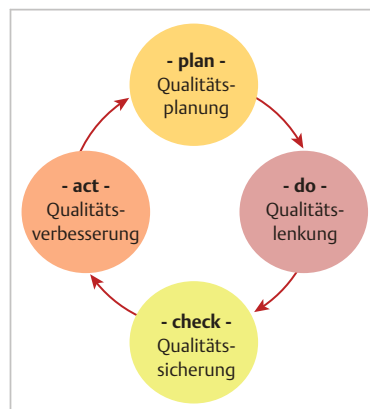


Abb. 4.26 QM-Regelkreis (PDCA-Zyklus).

Maßnahmen geplant. Wichtig ist hierbei die Einbeziehung der jeweils zuständigen Entscheidungsträger (berufsgruppenübergreifend). Schlüsselprozesse müssen vorrangig bearbeitet und der jeweilige Prozessverantwortliche bzw. das Prozessteam benannt werden.

Im Pflegeprozess wäre dieser Schritt z. B. eine interdisziplinäre Fallbesprechung. An dieser berufsgruppenübergreifenden Sitzung nehmen alle Mitarbeiter teil, die an dem Versorgungsprozess für einen Patienten beteiligt sind. In Absprache mit dem Patienten und seinen Angehörigen werden alle für die Versorgungsplanung relevanten Informationen gesammelt und gemeinsam Probleme und Wünsche/Bedürfnisse definiert. Unter Einbeziehung der Fähigkeiten und Ressourcen des Patienten werden Ziele und Maßnahmen zur Problemlösung vereinbart und die notwendigen Handlungsschritte, Instrumente, Dokumente und Aufzeichnungen festgelegt.

► **Phase 2 „do“ (Umsetzung in die Praxis).** Bei der 2. Phase des Regelkreises, dem „do“, handelt es sich um die Umsetzung der Planungen in die Praxis. Auch hier ist ein strukturiertes Vorgehen notwendig. In systematischer Weise werden Prozesse beschrieben, Nahtstellen aufgedeckt und „Kennzahlen“ definiert. Bei Kennzahlen handelt es sich um Messgrößen, wie z. B. die Verweildauer von Patienten, Verlegungen innerhalb des Krankenhauses oder die durchschnittliche Wartezeit von Patienten vor Untersuchungen usw. Im Pflegeprozess wäre dieser Schritt die Durchführung und Dokumentation der in der 1. Phase geplanten Maßnahmen.

► **Phase 3 „check“ (Überprüfung).** In der 3. Phase werden die Effektivität des Vorgehens und der Umsetzung überprüft sowie Verbesserungsziele gesetzt. Im Pflege-

prozess wäre dieser Schritt, die Wirkung der durchgeführten Maßnahmen auf das ursprüngliche Problem und die aktuelle Situation des Pflegebedürftigen regelmäßig zu überprüfen und im Hinblick auf die Zielformulierung (evtl. neu) zu bewerten.

► **Phase 4 „act“ (Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen).** In der 4. Phase werden die Verbesserungsmaßnahmen umgesetzt und der Nutzen bewertet. Das Ergebnis wird in die Planungen bei Beginn eines neuen Regelkreises aufgenommen. Da es sich um einen fortlaufenden „Zyklus“ handelt, endet der Regelkreis nicht an dieser Stelle, sondern beginnt von Neuem mit dem „plan“. Im Pflegeprozess wäre diese Phase die Evaluationsphase. Hier werden anhand der Ergebnisse der Zielüberprüfung die Maßnahmen entsprechend der aktuellen/veränderten Situation des Patienten entweder neu angepasst oder weiter fortgeführt.

B

Fallbeispiel

Als Ziel wird definiert, dass kein Patient einen schweren Sturz erleidet, der zu weiteren Komplikationen führt. Mithilfe des Expertenstandards Sturzprophylaxe wird reflektiert, was an den Maßnahmen zur Sturzprophylaxe verbessert werden kann, um das Ziel – „kein schwerer Sturz“ – zu erreichen. Sind z. B. Schulungen erforderlich, fehlen Hilfsmittel wie Nachtleuchten, Schutzhosen, rutschfeste Schuhe usw. oder sind entsprechende Assessmentdokumente auf dem neuesten Stand? Anschließend werden die beschlossenen Interventionen zur Qualitätsverbesserung umgesetzt. Dann wird überprüft, ob die ausgewählten qualitätsverbessernden Maßnahmen erfolgreich waren, also das Qualitätsziel erreicht wurde.

4.4.6 Qualitätsmanagementinstrumente

Qualitätsmanagementinstrumente sind Werkzeuge zur internen und externen Qualitätssicherung. Hierzu gehören:

- (Pflege-)Standards (S. 143)
- (Pflege-)Dokumentation (S. 118)
- (Pflege-)Diagnosen (S. 114)
- (Pflege-)Visite (S. 121)
- Assessmentinstrumente zur Risikoeinschätzung (Braden-Skala (S. 307), Sturzerfassung (S. 324), usw.)
- Dekubitusstatistiken (S. 303)

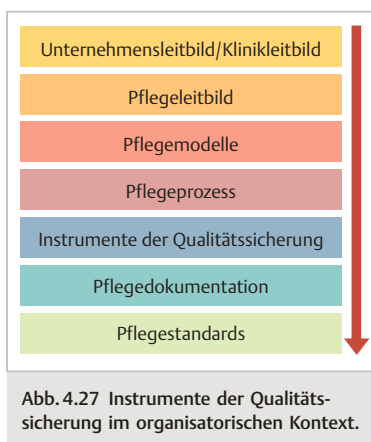


Abb. 4.27 Instrumente der Qualitätssicherung im organisatorischen Kontext.

- Datenerhebungen über Wiedereinweisungen, nosokomiale Infekte (S. 554)
- Hygienebegehungen usw.

► **Einrichtungsübergreifende Qualitätsmanagementinstrumente.** Im Sinne der Orientierung an Patienten-/Kunden-/Bewohnerbedürfnissen hat zudem die Entwicklung von einrichtungsübergreifenden Qualitätsmanagementinstrumenten begonnen. Zukünftig wird es von Bedeutung sein, den gesamten Versorgungsprozess eines Betroffenen durch einheitliche Standards und gemeinsam entwickelte Ablaufprozesse zu steuern. Kooperationen von z.B. Krankenhäusern und ambulanten Pflegediensten oder Seniorenheimen werden eingegangen und lokale Netzwerke angestrebt. Auf diese Weise können Schnittstellenproblematiken gelöst werden, die nachsorgende Einrichtung kann den Patienten/Kunden/Bewohner mit allen aktuellen Informationen übernehmen

und muss nicht alle relevanten Daten neu erheben (integrierte Entlassung). Die hiermit erreichte Qualitätssteigerung führt nicht nur zu einer Kostenreduktion (unnötiger Personal- und Zeitaufwand werden verhindert) – Kooperationen und Netzwerke unterstützen sich auch gegenseitig. Zudem ist der Marketingeffekt nicht zu unterschätzen.

In ► Abb. 4.27 sind einzelne Qualitätsmanagementinstrumente in ihrer organisatorischen Einordnung dargestellt.

Unternehmens- und Pflegeleitbild

Jede Einrichtung des Gesundheitswesens (Krankenhaus, ambulanter Pflegedienst, Pflegeheim, Rehabilitationsklinik usw.) ist ein soziales System. Als (Dienstleistungs-) Unternehmen liegen der Einrichtung gemeinsame Werte und Normen zugrunde. Diese Unternehmenskultur wird im Leitbild definiert.

An dieser Stelle sollen sowohl das Leitbild des gesamten Unternehmens als auch das Leitbild der Pflege aufgezeigt werden. Beide dienen durch die Verschriftlichung gemeinsamer Werte und Zielsetzungen als Orientierung in der Innen- und der Außendarstellung der Einrichtung.

Unternehmensleitbild

Das Unternehmensleitbild wird von der Führung des Hauses entwickelt und zeigt die gemeinsamen Werte (beginnend bei der gemeinsamen Vision = gewünschter Zustand in der Zukunft) auf. Günstig ist es, wenn die Mitarbeiter des Hauses bei der Leitbilderstellung mitwirken, damit sie sich mit den Inhalten identifizieren

und sich in den Aussagen wiederfinden. Denn sie sind diejenigen, die letztlich im Kontakt mit den Kunden die Philosophie praktisch nach außen tragen.

► **Inhalte.** Folgende Inhalte werden im Unternehmensleitbild individuell für jede Einrichtung definiert:

- Auftrag und Selbstverständnis (die Rolle und Verantwortung der Einrichtung gegenüber der Gesellschaft und den eigenen Mitarbeitern)
- Unternehmensziele und Prioritäten:
 - grundlegende ethische Werte
 - Kunden („Die vollständige Zufriedenheit unserer Kunden bestimmt unser Handeln“)
 - Mitarbeiter („Unsere Mitarbeiter sind unser höchstes Gut“)
 - Qualität („Qualität ist die Grundlage zu unserem Erfolg“)
 - Wirtschaftlichkeit („Wir handeln sicher, umweltbewusst und wirtschaftlich“)
 - Erfolg („Tu Gutes und rede darüber: Wir streben danach, erfolgreicher und besser zu sein als unsere Mitbewerber“)
- Führungsgrundsätze und Organisationsgrundsätze
- Philosophie der Patienten-, Bewohner- und Kundenorientierung

Pflegeleitbild

Im Pflegeleitbild wird das Pflegeverständnis beschrieben (► Abb. 4.28), nach dem die Pflegenden einer Einrichtung arbeiten. Hieran kann überprüft werden, ob das eigene Pflegeverständnis mit dem der Organisation übereinstimmt.

Pflegeleitbild	Pflegerisches Selbstverständnis	Pflegeleitbild
	Der Pflegedienst sieht seine Rolle in der Krankheitsverhütung, der Gesundheitsförderung, der pflegerischen Behandlung während des Krankheits- und Genesungsprozesses und in der Rehabilitation. Es ist unsere Aufgabe, jeden Patienten unter Berücksichtigung seiner psychischen, psychosozialen, kulturellen und geistigen Bedürfnisse individuell zu betreuen und dadurch ein höchstmögliches gesundheitliches Wohlbefinden der Betroffenen zu erhalten oder wiederherzustellen. Pflegerische Einstellung Wir anerkennen das Recht jedes Patienten, mit Würde und Respekt behandelt zu werden. Informationen zum Verständnis seiner Krankheit werden von uns in einer für ihn verständlichen Terminologie vermittelt. Wir räumen ihm ein, eine pflegerische Behandlung anzunehmen oder abzulehnen.	
	Wir sehen es als unsere Pflicht, dem Patienten während des Krankheits- und Genesungsprozesses das größtmögliche Mitspracherecht zu gewähren. Ausländische Patienten werden unter Berücksichtigung ihrer individuellen soziokulturellen Bedürfnisse betreut. Im Hinblick darauf, dass eine unterstützende Familie einen wichtigen Faktor für die Wiedereingliederung des Patienten in Familie und Gesellschaft darstellt, werden die Angehörigen in das Gesundheitsteam mit einbezogen und bei der Festlegung von Kurz- oder Langzeitzielen konsultiert. Wir betreuen Patienten mit einer Finaldiagnose und leisten pflegerischen Beistand während des Sterbeprozesses. Den Angehörigen werden während dieses Prozesses uneingeschränkte Besuchszeiten eingeräumt. Wir wahren die Schweigepflicht über die Person und Daten von Patienten.	

Abb. 4.28 Pflegeleitbild. Ein Leitbild macht Aussagen zur pflegerischen Einstellung, zum pflegerischen Selbstverständnis und zur pflegerischen Verpflichtung einer Einrichtung.

► **Inhalte.** Folgende Inhalte werden im Pflegeleitbild beschrieben:

- Menschenbild („der Mensch steht für uns immer im Mittelpunkt“, Kundenorientierung)
- Paradigma der Pflege (Beschreibung der pflegerischen Sichtweise)
- pflegetheoretisches Modell (Roper, Krohwinkel, Orem usw.)
- Angebot der Pflegeleistungen (gesamtes Spektrum)
- interdisziplinäre Zusammenarbeit (mit allen anderen Berufsgruppen)
- Zusammenarbeit mit den Angehörigen
- Führungsmodell in der Pflege (Pflegedienstleitung, Bereichsleitung, Stationsleitung)
- Organisationsform der Pflege (Funktions-, Bereichs-, Bezugspflege)
- Mitarbeiterförderung
- Personalentwicklung (Qualifikation, Aus-, Fort- und Weiterbildung)

Das Pflegeleitbild dient ebenfalls der internen und externen Qualitätssicherung. Wenn es nicht nur auf dem Papier definiert ist, sondern gelebt und umgesetzt wird, fördert es das Arbeitsklima durch Information und Kommunikation und unterstützt die Wirtschaftlichkeit sowie die Öffentlichkeitsarbeit.

(Pflege-)Standards

Definition

Ein **Standard** ist ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau, das den Bedürfnissen der damit angesprochenen Bevölkerung entspricht. Es ist beobachtbar, erreichbar, messbar und wünschenswert. Einen Standard betrachtet man als Werkzeug der Pflegekräfte bei der Beurteilung des für den Patienten oder Klienten Geleisteten (WHO 1987). Demnach beschreibt ein Standard die nach derzeitigem wissenschaftlichem Stand bestmögliche Lösung eines Problems.

► **Zielsetzungen.** Standards verfolgen folgende Zielsetzungen:

- einheitliche Durchführung von Pflegetätigkeiten
- Handlungsabläufe, die alle Pflegenden gleichartig anwenden
- (Leistungs-)Transparenz der Pflege
- Vereinfachung/Vereinheitlichung der Dokumentation
- Hinterfragen alter Vorgehensweisen
- Offenlegen und Optimieren von Schnittstellen
- Abstimmung von Theorie und Praxis



► **Ebenen der Standards.** Standards gibt es auf 3 verschiedenen Ebenen (► Abb. 4.29):

- Expertenstandards (national)
- Standards auf Organisationsebene
- interne Standards (innerhalb einer Einrichtung, z. B. Pflegestandards)

Expertenstandards

Expertenstandards sind nationale Standards in Form allgemeingültiger Richtlinien für die gesamte Berufsgruppe. Sie sind bundesweit gültig. Die darin enthaltenen Richtlinien sollen als Leitfaden dienen und beschreiben, wie Standards in bestimmten Bereichen der Patientenversorgung aufgebaut sein können und sollen.

Ziel ist, dass Standards in Deutschland übergreifend gemeinsam gültig und einheitlich aufgebaut sind (immer gleicher Verbandwechsel, egal ob im Krankenhaus oder vom ambulanten Pflegedienst) und dass nicht jede Einrichtung die Behandlung eines Patienten nach eigenen Maßstäben verändert. Momentan liegen Expertenstandards mit den Thematiken chronische Wunden, Dekubitusprophylaxe, Sturzprophylaxe, Förderung der Harnkontinenz, Ernährungsmanagement, Schmerzmanagement (bei akuten/bei chronischen Schmerzen), Förderung der physiologischen Geburt und Entlassungsmanagement vor. Der Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ befindet sich derzeit in der Entwicklung (08/2016). Experten nationaler Pflegeorganisationen und pflegewissenschaftlicher Fachbereiche haben diese Werke auf Basis fundierter Untersuchungen entwickelt und laufend aktualisiert.

Standards auf Organisations-ebene

Standards auf Organisationsebene sind Richtlinienstandards, die allgemeine Aussagen über Management, Organisation oder Qualifikation enthalten. Sie gelten z.B. einrichtungsübergreifend in einem Klinikverbund.

Interne Standards (Pflegestandards)

Praxisstandards oder Pflegestandards sind handlungsorientiert und legen bestimmte Abläufe allgemeingültig und individuell für die Einrichtung bzw. die Abteilung/Station/den Bereich fest. Sie sind konkret formuliert und beinhalten Thema, Zweck, Hinweise, Material und Durchführung einer Pflegehandlung. Zudem ordnen sie jeder Handlung bzw. Tätigkeit die notwendige Qualifikation des Durchführenden (z. B. „Pflegefachkraft“) zu.

Trotz dieser standardisierten Handlungsanweisung und Vorgehensweise muss die Individualität des Patienten/Bewohners berücksichtigt werden (z. B. bei der Ganzkörperwaschung seine eigenen Pflegeutensilien verwenden und seine Bedürfnisse und Gewohnheiten berücksichtigen).

► **Aufbau und Inhalte der Pflegestandards.** Aufbau und Inhalt von Pflegestandards werden nachfolgend aufgeführt:

- Thema und Problembeschreibung
- Zielsetzung
- angestrebtes Qualitätsniveau
- Strukturkriterien:
 - Rahmenbedingungen, die zur Durchführung der Pflegeleistungen erforderlich sind
 - Qualifikation der Pflegeperson (Wissensstand, Aus-, Fort- und Weiterbildung)
 - notwendiges (Pflege-)Material
 - Räumlichkeiten
- Prozesskriterien:
 - Art und Umfang der Pflege (auf Grundlage des angewandten pflegetheoretischen Modells, z. B. ATLs nach Nancy Roper)
 - Beschreibung der Tätigkeiten, Handlungsanweisungen
 - Maßnahmen zur Erreichung der Ziele
- Ergebniskriterien:
 - Resultat der durchgeführten Leistungen
 - Datum der Erstellung, Geltungsdatum und -zeitraum, Urheber, Literaturangaben

Die Pflegestandards werden schriftlich fixiert und sind Teil des QM-Handbuchs. Häufig existieren auf einzelnen Stationen oder in einzelnen Bereichen der Einrichtung zusätzlich Karteikartensysteme mit kurzen Beschreibungen und Zusammenfassungen der Standards. So kann sich jeder Mitarbeiter bei Unsicherheiten oder Fragen zur Vorgehensweise schnell einen Überblick zu dem bestimmten Thema verschaffen. Im Rahmen der „Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“ erhalten sie einen besonderen Stellenwert, da sie als Durchführungsnachweis gelten und nicht mehr täglich separat im Pflegebericht dokumentiert werden müssen.

Merke

Pflegestandards dienen der *Qualitätsplanung*, da sie pflegerische Werte, Normen und Ziele beinhalten. Sie dienen auch der *Qualitätsprüfung*, da sie aufgrund der detaillierten Beschreibung eine Beurteilung der pflegerischen Leistung ermöglichen und die Effektivität der durchgeführten Maßnahmen nachweisbar machen. Weiterhin dienen sie der *Qualitätslenkung*, da sie zu Anleitung und Handlungsvorgabe eingesetzt werden.

4.4.7 Kompetenz der Mitarbeiter im Qualitätsmanagement

Definition

Kurz gesagt bedeutet **Qualität**, die *Bemühungen* des Leistungsanbieters bzw. -erbringers (Krankenhaus, ambulanter Pflegedienst, Senioren-/Heimeinrichtung usw.), die der Kunde erkennt und wahrnimmt.

Fortbildungsverpflichtung

Alle sich auf die Qualität einer Einrichtung auswirkenden Tätigkeiten erfordern kompetente Mitarbeiter. In den Stellenbeschreibungen und Tätigkeitsprofilen wird für jeden Arbeitsplatz und Tätigkeitsbereich die notwendige Personalqualifizierung festgelegt, d. h. die erforderliche Ausbildung, notwendige Erfahrung und spezielle Fähigkeiten und Fertigkeiten. Defizite müssen durch Schulungen und Weiterbildungen aufgefangen werden (S.47). In Deutschland erhält jede Pflegekraft für die Teilnahme an Fortbildungen, Schulungen usw. Fortbildungspunkte, mit denen sie ihre Aktivitäten nachweisen kann.

Freiwillige Registrierung

In den angloamerikanischen Ländern und hier vor allem in den USA ist es üblich, dass Pflegende sich an offizieller Stelle registrieren und durch Nachweise kontinuierlicher Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen diese Registrierung alle 2 Jahre erneuern lassen müssen. Ansonsten würden sie von der Pflegekammer ihre Zertifizierung nicht erhalten und dürften ihren Beruf nicht weiter ausüben (S.48).

Auch in Deutschland unterliegt der medizinisch-pflegerische Bereich Verände-

rungen, stetigen Entwicklungen und Neuerungen. Daher ist es für jeden Mitarbeiter unerlässlich, fachlich kompetent und immer auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand zu sein, um eine optimale Patientenversorgung zu ermöglichen und zu gewährleisten.

Zudem wird durch diese Maßnahmen das Ansehen des Berufsstandes der Pflegenden im Blickfeld der Gesellschaft und im Umgang mit anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens (hier im Besonderen der Ärzte) langfristig auf eine höhere Ebene gesetzt („Professionalisierung der Pflege“).

Interne Bildungsbereiche

Innerhalb einer Einrichtung kann man 3 Bildungsbereiche unterscheiden:

- die Einarbeitung neuer Mitarbeiter
- die Weiterbildung der Mitarbeiter
- spezielle Ausbildungen

Fachgebiete, auf denen Mitarbeiter sich spezialisieren können, sind z. B. Wundmanagement, Hygienefachkraft, Mentor/Praxisanleitung, Schmerzmanagement, Case-Management, Palliativpflege usw.

Eine umfassende und funktionierende Qualitätspolitik inklusive der systematischen Mitarbeiterförderung stärkt die Marktposition der Einrichtung im Konkurrenzkampf am Markt.

Qualitätszirkel

Im Qualitätszirkel trifft sich eine kleine Gruppe von Mitarbeitern (max. 7 bis 10 Personen) verschiedener Bereiche/Stationen regelmäßig auf freiwilliger Basis, um Probleme aus ihrem Arbeitsbereich zu bearbeiten. Die Teilnehmer können das Thema ihres Qualitätszirkels entweder selbst bestimmen oder einen Themenbereich von der Führungsebene vorgegeben bekommen.

► **Teilnehmer.** Teilnehmer sind Mitarbeiter aller Berufsgruppen und Hierarchieebenen, die Führungsebene des Unternehmens sollte jedoch nicht an den Treffen teilnehmen. Ihr wird letztlich nach Bearbeitung eines Themenbereiches das Ergebnis präsentiert.

► **Interne und externe Qualitätssicherung.** Qualitätszirkel dienen der internen und externen Qualitätssicherung, da sich durch sie die Qualität der Einrichtung weiterentwickelt und die Mitarbeiter aktiv an den Veränderungen und Entwicklungen teilnehmen. In dieser interdisziplinären Gruppe werden Hierarchien aufgehoben und alle Mitglieder sind ausnahmslos an dem zu bearbeitenden Prozess beteiligt. Ein Teilnehmer des Qua-

litätszirkels lenkt als Moderator die Aktivitäten der Gruppe und sorgt für systematisches Vorgehen.

Ziele

Ziele eines Qualitätszirkels sind:

- Qualitätsverbesserung
- Verbesserung der Versorgungssituation für den Patienten/Kunden/Bewohner
- Steigerung der Qualifizierung sowie der Fach-, Methoden-, Sozial- und persönlichen Kompetenz der Mitarbeiter
- Erfüllung gesetzlicher und vertraglicher Anforderungen
- Entwicklung, Ausarbeitung, Überprüfung und Anpassung von Standards
- umfassende Dokumentation

Die Unternehmensführung, Mitarbeiter und ggf. Patienten/Bewohner werden über die Ziele und Ergebnisse informiert. Diese aktive Beteiligung der Mitarbeiter des Qualitätszirkels an Veränderungen und Problemlösungsprozessen fördert die Motivation und die Zufriedenheit.

Pflegecontrolling**Merke**

Controlling bedeutet nicht (wie die weitverbreitete Meinung) „Kontrolle“, sondern „Führen mit Zahlen“.

Im Controlling werden Daten offengelegt und interne Prozesse gesteuert und geregelt. Es unterstützt den „Soll-Ist“-Vergleich einer Einrichtung – statistische Daten (z. B. Anzahl chirurgischer Operationen, Anzahl von Stürzen) werden erhoben und mit den Zielsetzungen der Einrichtung verglichen. Durch dieses Instrument können alle internen (Versorgungs-)Prozesse analysiert, gesteuert, entwickelt und letztlich marktgerecht ausgerichtet werden.

Funktionen

► **Planung.** In der Planungsfunktion des Controllings werden Zielsetzungen festgelegt, Rahmendaten und Vorgaben als Soll-Zustand benannt.

► **Steuerung.** In der Steuerungsfunktion werden die Informationen gesammelt und Korrekturmaßnahmen zur Zielerreichung eingeleitet.

► **Kontrolle.** Die Kontrollfunktion dient der Analyse der Abweichung vom Soll-Ist-Vergleich.

Fallbeispiel



Als Beispiel eines Pflegecontrollings kann eine Patientengruppe analysiert werden, bei der ein Wundmanagement am Ulcus cruris/Unterschenkel durchgeführt wurde. Zielvorgabe ist, dass 100 % der Patienten mit einer optimal durchgeführten Wundversorgung und abgeheilten offenen Stellen nach Hause entlassen werden konnten. Bei der Informationssammlung und Datenerhebung stellt sich heraus, bei wie vielen Patienten die Versorgung mit Komplikationen verlaufen ist. Diese Fälle werden genau analysiert und aufgearbeitet, aus welchen Gründen die Behandlung mit Komplikationen verlaufen ist und wie man diese in der Zukunft vermeiden kann.

Schwerpunkte

Bei jedem Controlling werden folgende Faktoren berücksichtigt:

- Qualität (der Versorgung)
- Kosten (der Behandlung/Versorgung)
- Fall (Patient, Behandlungsfall)

Weitere Abteilungen/Bereiche, die das Controlling unterstützen und statistische Daten zu Analyse Zwecken liefern, sind

- das Rechnungswesen der Einrichtung,
- die Investitionsrechnung der Einrichtung,
- das Informations- und Berichtswesen,
- das Beschwerdemanagement,
- Markt- und Bedarfsanalysen,
- Meinungsumfragen usw.

4.5 Organisationsentwicklung

Wie aus den vorhergehenden Ausführungen deutlich geworden ist, unterliegt das Gesundheitswesen in Deutschland einem ständigen Wandel und einer fortschreitenden Entwicklung. Alle Einrichtungen des Gesundheitswesens (Organisationen) wie Krankenhäuser, Senioren- und Pflegeheime, ambulante Pflegedienste, Reha-Kliniken usw. müssen sich ständig an die sich verändernden Umfeldbedingungen anpassen und eigene innovative Konzepte erstellen.

Definition



Die **Organisationsentwicklung** ist ein geplanter, gelenkter und systematischer Prozess zur Veränderung der Kultur, der Systeme und des Verhaltens einer Organisation.

4.5.1 Ziele

Ziel ist, die Effizienz der Organisation bei der Lösung ihrer Probleme und der Erreichung ihrer Ziele zu verbessern. Dabei sollen die Strukturen innerhalb der Organisation ständig verbessert werden. Organisationen des Gesundheitswesens sollen unter diesen Voraussetzungen die Qualifikation des eigenen Personals systematisch den sich ändernden Anforderungen anpassen. Moderne Organisationen müssen sich auch selbst durch ein hohes Potenzial an Lernfähigkeit auszeichnen. Sie müssen sich nicht nur ständig auf neue Marktanforderungen einstellen, sondern auch neues Wissen produzieren und das innerbetriebliche Wissen ihrer eigenen Mitarbeiter nutzen.

4.5.2 Beteiligung der Mitarbeiter

Qualifizierung und Zufriedenheit der Mitarbeiter sollten in ein gesundes Betriebsklima eingebettet sein mit einem umfassenden betrieblichen Informationswesen. Das interne Berichtswesen z. B. beinhaltet Informationen über neue Entwicklungen, Ereignisse und betriebsinterne Entscheidungen. Durch Information, Motivation und Qualifikation der Belegschaft wird eine „offene und lernfähige“ Organisation geschaffen. Die Mitarbeiter müssen fähig und bereit sein zum Lernen und die Lernpotenziale müssen durch die Organisation aktiviert werden in Form von

- Mitarbeitermotivation,
- Personalentwicklung (Fort- und Weiterbildungen),
- interner Kommunikationskultur und Berichtswesen sowie
- dem Aufspüren von Problemstellen und deren Bearbeitung/Beseitigung.

Merke



In dieser mitarbeiterorientierten Organisationsform nehmen die Mitarbeiter aktiv am Geschehen teil. Ihnen wird ein Mitspracherecht eingeräumt bei geplanten Veränderungen oder anstehenden Entscheidungen. Dies gilt v. a. für Entscheidungen, die sie selbst betreffen („Betroffene zu Beteiligten machen“).

Wird dieses Prinzip nicht verfolgt und werden Entscheidungen und Veränderungen den Mitarbeitern einfach „auferlegt“, steigt der Widerstand gegen Veränderungen. Die Mitarbeiter haben persönliche Vorbehalte gegen die Entscheidungen, da sie sich nicht mit den Entscheidungen identifizieren und ihre eigenen Interessen darin nicht vertreten sehen. Hierdurch wächst der Unmut über den eigenen Ar-

beitsplatz und die Mitarbeiter verlieren die Freude an ihrer Arbeit. Dies kann sich in erhöhten Fehlzeiten niederschlagen, die Mitarbeiter machen nur noch „Dienst nach Vorschrift“. Ihnen fehlen das berufliche Engagement, das Vertrauen in den Arbeitgeber und die Motivation (Hokenbecker-Belke 2006).

4.5.3 Optimierung und Systematisierung der Arbeitsabläufe

Neben der Beteiligung der Mitarbeiter an Entscheidungsprozessen sollten die Arbeitsbedingungen und Arbeitsabläufe optimiert werden. Vorteilhaft sind in dieser Hinsicht klare Stellenbeschreibungen und klare Arbeitsanweisungen. Durch die Anwendung von Standards werden Tätigkeiten innerhalb eines Handlungsprozesses gebündelt. Qualifikation und Spezialisierung der Mitarbeiter gewährleisten eine ganzheitliche Aufgabenerfüllung und erhöhen die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter.

Für die organisationsbezogenen Entwicklungen empfiehlt es sich, die Einrichtung in überschaubare autonome Organisationseinheiten zu unterteilen und hierbei die Entscheidungsbefugnisse auf die tiefstmögliche Ebene zu delegieren, so dass der jeweilige Mitarbeiter seinen maximalen Handlungs- und Entscheidungsspielraum ausschöpfen kann. Zudem sollte großes Augenmerk darauf gelegt werden, die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu fördern (z. B. in gemeinsamen Projektgruppen, Qualitätszirkeln, Fallbesprechungen und innerhalb der Neugestaltung von Arbeitsprozessen).

4.6 Pflegediagnosen

Heiner Friesacher

Wenn Sie Ihre ersten Einsätze in verschiedenen Handlungsfeldern der Pflege (S.66) absolviert haben, dann wird Ihnen das Wort „Diagnose“ schon öfter begegnet sein. Ohne eine eindeutige Diagnose fällt es schwer zu entscheiden, welche Maßnahmen und Therapien angewendet werden sollen und ob die Bemühungen Erfolg haben werden. Wir benötigen also Diagnosen als Ausgangspunkt für weiteres Handeln.

Das ist im Prinzip nichts Neues und auch nichts, das nur in der Medizin Anwendung findet. Wenn Sie mit Ihrem Auto in die Werkstatt fahren, weil der Motor bockt, dann wird auch zunächst versucht, eine Diagnose zu erstellen, die Ihnen sagt, was denn an Ihrem Gefährt möglicherweise defekt ist (und was die Reparatur wohl kosten wird). Sind Ihre Haare trotz vieler Mühen glanzlos und fahl, erhoffen