

UNTERRICHTSREIHE:

## **Umfassende und geplante Pflege**

Adelheid von Stösser ,

Skriptvorlage, Kapitel in "Lehrbuch für Krankenpflege", Walter de Gruyter Verlag, Berlin, 1994

---

### **Von der routinemäßigen oder zufälligen Pflegeleistung zur individuell geplanten Pflege.**

Die ersten Stimmen, die hierzulande auf die Notwendigkeit geplanter Pflege aufmerksam machten, waren bereits Anfang der 70iger Jahre zu vernehmen. Damals stand das Krankenhaus vor allem wegen "unmenschlicher Zustände" aufgrund einer katastrophalen Pflege- und Behandlungssituation, jahrelang in den Schlagzeilen öffentlicher Kritik. Die Verantwortlichen mussten also etwas tun, damit der Patient als Person und nicht nur als "die Galle von Zimmer 5" wahrgenommen und betreut werden konnte. Dazu bedurfte es neben einer quantitativen und qualitativen Verbesserung der Personalsituation in allen Pflegeeinrichtungen, auch baulicher und organisatorischer Veränderungen. Beispielsweise wurden viele großen Stationen mit 30 bis 40 Betten, in kleinere Einheiten umorganisiert (Zimmer- bzw. Gruppenpflege), so dass sich eine Pflegeperson anstatt für z.B. 40 nur noch für 20 Patienten zuständig fühlen brauchte.

In Krankenhausneubauten wurden/ werden grundsätzlich kleinere Pflegeeinheiten (Stationen) mit 14 - 25 Betten eingerichtet. Wobei in der Regel mehrere Pflegegruppen organisatorisch zu einer Abteilung zusammengefasst werden. Aufgrund dieser und anderer Maßnahmen konnte zwar insgesamt eine menschenwürdigere Atmosphäre geschaffen werden; allerdings ist das, was in den meisten Kliniken, Krankenhäusern und anderen Pflegeeinrichtungen nach wie vor abläuft, von *individueller, umfassender* oder *ganzheitlicher* Pflege, noch meilenweit entfernt. Um diesem Anspruch gerecht werden zu können, müssen weitere Voraussetzungen geschaffen werden. Das Zauberwort dafür heißt *Pflegeplanung*. Geplantes Pflegen und Handeln als Gegenpol zur bislang überwiegend intuitiven und an starren Standards ausgerichteten Pflege, die sich zudem einseitig auf den Körper des Patienten konzentriert. Die Forderung nach Pflegeplanung ist somit eine Aufforderung der Pflegenden, sich bewusst mit der Situation und der Problematik des einzelnen Patienten auseinanderzusetzen.

Nach jahrelangen erfolglosen Bemühungen namhafter Pflegepersonen, Schwestern und Pfleger am Krankenbett von dieser Notwendigkeit zu überzeugen, setzte man alle Hoffnung in eine entsprechende Gesetzesvorlage. Zur Freude vieler "Pflegetheoretiker" und zum Schrecken manch einer Pflegedienstleitung und Stationsleitung, wurde 1985 die Forderung nach *umfassender, geplanter Pflege des Patienten* im Krankenpflegegesetz (§ 4 KrPflG) als Ausbildungsziel verankert. In der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) hat man darüber hinaus den "Pflegeprozess" zum Bestandteil des Lehrplans erklärt. Demnach muss der Schüler vor allem in der praktischen Abschlussprüfung geplante Pflege demonstrieren und sich für diese Fähigkeit benoten lassen.

Doch die Annahme, mit dieser Bestimmung ein Druckmittel zu haben, das zur Durchsetzung von *individuell geplanter Pflege* führt, hat sich nicht bestätigt. Inzwischen sind fast acht Jahre vergangen, ohne dass eine nennenswerte Annäherung der Pflegewirklichkeit an diesen ideellen und gesetzlichen Anspruch stattgefunden hat. Dabei wird die Thematik *Pflegeplanung* in vermutlich allen Schulen unterrichtet. Auch werden die praktischen Examina mehr oder weniger im Sinne des Pflegeprozesses gestaltet. Dennoch hat dies bislang nicht zu dem erhofften Umdenkprozess geführt. Vielmehr scheinen die Schüler in der Ausbildung zu lernen, dass *Pflegeplanung* zwar wünschenswert, aber in der Praxis nicht umgesetzt werden kann. Nach dem Examen erleben die meisten Schwestern/Pfleger eine Bestätigung dieser Erfahrung, was häufig zur eher ablehnenden Haltung führt. Land auf, Land ab versucht man diesem negativen Kreislauf entgegenzuwirken. In Fort- und Weiterbildungen gehören Themen wie Pflegeplanung, Pflegedokumentation, Pflegeprozess u.ä. meist schon zu unbeliebten Pflichtveranstaltungen. Statt einer allgemeinen Motivation scheint sich Frustration bei den Pflegenden auszubreiten. Alles in allem eine wenig erfreuliche Situation, aber dennoch meines Erachtens nicht hoffnungslos.

Im Folgenden werde ich zunächst auf den Unterschied zwischen *bewusster, geplanter* Pflege und *intuitiver, automatistischer* Situationsbewältigung eingehen. Dabei werden auch Gründe und Lösungen für die angedeuteten Umsetzungsschwierigkeiten angesprochen. Ferner wird an einem Fallbeispiel exemplarisch eine Möglichkeit vorgestellt, wie geplante Pflege und eine schriftliche Pflegeplanung in der Praxis gestaltet werden können.

*Hinweise für den Unterricht:* Die Struktur dieses Kapitels gleicht dem didaktischen Aufbau des Unterrichts bzw. der Fortbildung, den ich zur Vermittlung dieser Thematik bevorzuge. Auf diese Weise lassen sich nicht nur alle Ebenen des Lernens (kognitive, affektive, praktische) geschickt miteinander verbinden, sondern auch ganzheitliche Pflegeansätze trainieren. Auf die Anwendungsmöglichkeiten oder besser gesagt -schwierigkeiten von Pflegemodellen bei der Pflegeplanung

wird in diesem Kapitel nicht eingegangen. Wer meine Ansicht darüber noch nicht kennen sollte, kann diese und vieles mehr in dem Buch "Pflegestandards" (Stösser 1992) erfahren.

### **Pflege nach herkömmlichen Mustern**

An dem nachfolgenden Beispiel soll gezeigt werden, wie **unvorhergesehene Situationen**, mit denen die Pflege konfrontiert werden kann, bewältigt werden. Dabei werden positive, d.h. wünschenswerte Verhaltensmuster vorgestellt; wohlwissend, dass die Praxis in vergleichbaren Situationen tagtäglich auch genügend Beispiele für unangemessenes Verhalten von Pflegepersonen liefert.

#### **Aufnahmesituation von Frau Holder**

Frau Holder wurde gestern Abend, gegen 18.00 Uhr, von einer Schwester der Sozialstation bewusstlos in Ihrem Haus aufgefunden und mit dem Rettungswagen ins Krankenhaus gebracht. Hier wurde zunächst eine Hypoglykämie festgestellt, die erfolgreich behandelt werden konnte. Der Zustand von Frau Holder besserte sich zusehends, so dass sie gegen 20.00 Uhr bereits wieder ansprechbar war.

#### **Station 1A: Übergabebericht (mündliche Übergabe):**

*Pfleger Artur Baum (Frühdienst) an Sr. Doris Stamm (Spätdienst)*

Frau Holder wurde gestern Abend in hypoglykämischem Zustand eingeliefert. Sie hat die Nacht auf der Intensivstation verbracht und wurde um 11.00 Uhr, zur weiteren Abklärung, auf unsere Station verlegt: Venenkatheter und Blasenkatheeter liegen, Infusion soll vorläufig noch - zum Offenhalten - weiterlaufen, ebenfalls soll weiterhin bilanziert werden, weil die Ausscheidung heute morgen zu gering war (positive Bilanz). Patientin habe in der Früh jedoch durchfallähnliche Verdauung gehabt. Außerdem hat Fr. Holder eine offene Stelle am rechten Bein (Ulcus cruris), soll zunächst nach Standard behandelt werden. Zudem klagt die Patientin über Schmerzen in der rechten Hüfte, wird wahrscheinlich am Nachmittag noch geröntgt. Alles weitere s. Anordnungsblatt und Kurve. Die Patientin ist ansprechbar, sie konnte sich an nichts erinnern, wusste jedoch Ihren Namen und das Geburtsdatum (Jahrgang 1919). Angehörige waren bisher noch nicht da. Dr. Berg will abklären, ob Angehörige benachrichtigt sind. Frau Holder wollte sich nicht im Bett waschen, sie wolle lieber noch schlafen und später zum Waschen aufstehen. Für ein Aufnahmegespräch war bisher noch keine Gelegenheit.

#### *Übung 1: (Beantworten Sie bitte folgenden Fragen:)*

Wie stellen Sie sich die Patientin vor bzw. wie schätzen Sie die Situation ein, nachdem Sie diesen Übergabebericht gehört haben? (z.B. Welche Pflegeprobleme wurden angesprochen (evtl. schriftlich auflisten)? Wären Sie aufgrund dieser Angaben in der Lage, Frau Holder selbständig zu betreuen? Welche Informationen fehlen Ihnen dazu noch?

#### **Situation auf Station 1A:**

*Stuktur der Station:* Es handelt sich um eine allgemeine "Innere" Station (Fachbereich innere Medizin), mit 22 Planbetten -aufgeteilt in 10 Zweibett- und 2 Einzelzimmer. Das Pflege team setzt sich zusammen aus 5 examinierten Krankenschwestern, 2 Krankenpflegern, 1 Schwesternhelferin als festes Team (wobei drei Personen in Teilzeit arbeiten). Zusätzlich sind derzeit 2 Schülerinnen eine Praktikantin auf dieser Station eingesetzt.

Die Einrichtung und baulichen Voraussetzungen der Station entsprechen moderneren Gesichtspunkten (1985 renoviert): jedes Zimmer verfügt über Toilette und Waschecke z.T. mit Dusche. Hol- und Bringedienst, Speiseversorgung, zentrale Bettenaufbereitung, Reinigungsdienst u.a. zentrale Dienste entlasten die Pflegepersonen von zeitaufwendigen Nebenaufgaben.

*Organisation der Station:* Auf Station 1A ist es seit Jahren bereits Standard (allgemein akzeptierte Norm), jedem Patienten bei der Aufnahme bzw. zum Dienstbeginn eine Pflegeperson als Bezugsperson zuzuteilen. In unserem Beispiel sind für die Pflege von Fr. Holder hauptsächlich Pfleger Artur und Sr. Doris zuständig. Nur wenn keiner von beiden Dienst hat, wird eine andere Pflegeperson benannt. Sr. Doris hat bereits 4 Jahre Berufserfahrung und leitet in ihrer Eigenschaft als stellvertretende Stationsleitung den Spätdienst. Neben ihr sind Sr. Iris, Pfleger Udo und Schülerin Heike im Dienst. Abbildung 1 soll Ihnen einen groben Überblick über die Organisation der Station geben. Mit Hilfe einer Plantafel (Magnettafel) in Stationszimmer, wird jeweils bei Dienstbeginn gemeinsam die Zuordnung besprochen und festgelegt.

#### **Abb 1: Organisation Station 1 A**

#### *Allgemeine Anmerkung:*

Für individuelle Pflege, ob geplant oder mehr intuitiv durchgeführt, ist eine Stationsorganisation im o.g. Sinne Voraussetzung. Auf einer Station, die hauptsächlich nach funktionalen Gesichtspunkten organisiert ist, ist eine individuell geplante und gestaltete Pflege hingegen kaum denkbar. **Nur wenn sich Pflegepersonen für einen bestimmten Patienten zuständig (verantwortlich) fühlen, können sie auch das hierfür nötige Interesse an der Person Patient und dessen Problematik entwickeln.** Dies ist wiederum Voraussetzung dafür, vorhandene Probleme und Ressourcen des Patienten als solche erkennen zu können. Wird dagegen eine Situation nicht richtig eingeschätzt, kann man davon ausgehen, dass die Maßnahmen die geplant oder durchgeführt werden, dem Patienten bei der Lösung seiner Probleme höchstwahrscheinlich nicht helfen.

Nach meinen Erfahrungen lässt sich jede Station nach dem *Bezugspflegesystem* organisieren. Denn es ist keine Frage der personellen Besetzung sondern immer eine Frage der Einstellung und der Erfahrung von den betreffenden Pflegepersonen. Schwestern/Pfleger, die bislang nur funktionale Pflege kennen gelernt haben, fühlen sich darin naturgemäß auch sicherer und

neigen deshalb dazu diese bei zu behalten. Sie können sich oft nicht vorstellen, dass der Stationsbetrieb auch bei einer anderen Organisationsform geordnet ablaufen kann.

**Übung 2:** Bewerten Sie bitte die Organisation auf Station 1A (Abb.1), indem Sie z.B. in der Gruppe (Klasse) darüber diskutieren: Auf welchen Stationen haben Sie eine ähnliche Vorgehensweise angetroffen ? Auf welchen wird noch die sogen. Funktionspflege praktiziert ? Welche Unterschiede haben Sie festgestellt ? Stellen Sie sich vor, sie könnten auf einer so organisierten Station (1A) mitarbeiten: Wie fänden Sie das?

Nach diesen allgemeinen Überlegungen bzw. Voraussetzungen, nun wieder zurück zu Fr. Holder. Im Folgenden wird eine Begebenheit geschildert, die nicht vorweggenommen werden kann und daher spontan und intuitiv von Sr. Doris bewältigt werden muss.

### **Konfrontation mit unerwartetem Ereignis:**

Nach der Übergabe ca. 14.00Uhr, besucht Sr. Doris Fr. Holder in ihrem Zimmer. Sie möchte sich der Patientin vorstellen und nach ihrem Befinden erkundigen. Da Fr. Holder jedoch schläft, kontrolliert Sr. Doris mit geübtem Blick, Infusion und Urinbeutel und verlässt dann wieder das Zimmer. Um 15.00 klingelt Fr. Holder. Als Sr. Doris das Zimmer betritt, ruft die Patientin ihr aufgeregt zu: "Kommen Sie schnell! Ich muss mal - ich glaube es ist schon zu spät!" Als Sr. Doris ihr die Bettschüssel reichen will, sieht sie, dass die Patientin bereits eine große Portion dünnflüssigen Stuhl ins Bett entleert hat. Frau Holder ist sehr aufgeregt, es ist ihr offenbar sehr peinlich: "Ich wurde plötzlich wach und hatte furchtbare Bauchkrämpfe, dann wollte ich schnell zur Toilette gehen, aber ich konnte ja nicht." Sr. Doris: "Sind die Bauchschmerzen denn jetzt weg oder glauben Sie, dass noch mehr kommt?" Fr. Holder etwas ratlos: "Was haben Sie gesagt ? Wissen Sie, ich höre sehr schlecht. Sie müssen mich ansehen und langsam sprechen, dann kann ich von Ihren Lippen ablesen! - Wo ist eigentlich meine Brille ? - Ach, ist das alles schrecklich!" Sr. Doris findet die Brille auf dem Nachttisch und setzt sie der Patientin auf. Ihr zugewandt und auf gute Artikulation bedacht, stellt sie nochmals die Frage: "Haben Sie das Gefühl dass noch mehr kommt?" Fr. Holder: "Ich glaube ja. Ich habe versucht so gut es geht einzuhalten." Weil Sr. Doris die Bettschüssel nicht ins verschmutzte Bett stellen will, holt sie rasch einen Toilettenstuhl und bringt gleichzeitig Waschschißel, Waschlappen, Handtuch sowie frische Unterlagen mit. Doch der Versuch, mit der Patientin aufzustehen, scheitert.

" Mein Bein, meine Bein ! Ich kann nicht sitzen ! Legen Sie mich bitte wieder hin!" Sr. Doris hilft Fr. Holder in ihre ursprüngliche Lage zurück. Fr. Holder ist ganz außer sich: " Wieso tut das Bein denn jetzt so weh ? So weh hat es doch heute morgen nicht getan. Hoffentlich ist bloß nichts gebrochen. Dann komme ich ja nie mehr auf die Beine!" Sr. Doris versucht die Patientin zu beruhigen: "Da muss nichts gebrochen sein, bei einer starken Prellung und einem großen Bluterguss können auch solche Schmerzen auftreten. Nachher wird eine Röntgenaufnahme gemacht, dann wissen wir mehr. - Fr. Holder, ich werde Sie jetzt vorsichtig auf die linke Seite drehen und versuche Sie dann, auf die Bettschüssel zu setzen." Als Fr. Holder auf der Seite liegt, legt Sr. Doris den trockenen Teil des Steckklagens über die verschmutzte Stelle, bevor sie die Bettschüssel unterschiebt. Doch bereits beim Zurückdrehen auf die Schüssel, stöhnt Fr. Holder wieder vor Schmerzen. Alle Versuche die Sr. Doris unternimmt, um eine möglichst schmerzfreie Position auf der Bettschüssel zu finden, scheitern. Daraufhin dreht Sr. Doris die Patientin nochmals auf die linke Seite, nimmt die Schüssel wieder weg und legt ihr stattdessen eine Einmalunterlage vor. Anschließend bringt sie Fr. Holder in eine bequeme Rückenlage, deckt sie zu und ermuntert sie, die restliche Verdauung auf die Papierunterlage zu machen. Anschließend würde sie dann alles beseitigen und die Patientin waschen. Bevor Sr. Doris dann das Zimmer verlässt, reicht sie Fr. Holder die Klingel und erkundigt sich bei der Mitpatientin, ob diese sich durch den Geruch sehr gestört fühlt und lieber solange aus dem Zimmer gefahren werden möchte. Diese zeigt jedoch Verständnis für die Situation und bittet lediglich darum, das Fenster zu öffnen.

Diese Schilderung soll u.a. erinnern, dass es Situationen gibt, die man nicht durch Vorwegnahme planen kann, sondern jeweils situativ bewältigen muss. Aufgrund ihrer Ausbildung und praktischen Erfahrung mit ähnlichen Situationen, war Sr. Doris in der Lage, auf die unvorhersehbaren Aktionen der Patientin, angemessen zu reagieren.

Einschätzung und Handlung der Schwester sind in diesem Falle hauptsächlich intuitiv, d.h. unbewusst bzw. automatisch abgelaufen. Ähnlich wie ein Autofahrer in einer prekären Situationen intuitiv reagiert. Denn würde er erst nachdenken ob es sinnvoll ist zu bremsen oder nicht, hätte er wesentlich schlechtere Überlebenschancen im Straßenverkehr. Jedoch unterscheidet sich der erfahrene Autofahrer von einem Anfänger vor allem dadurch, dass sein Gehirn viel mehr Situationen im Laufe seiner Fahrpraxis erlebt und gespeichert hat. Er erkennt deshalb meist viel früher, *intuitiv*, wo es gefährlich wird und beugt den Gefahren, die er unbewusst wahrnimmt, vor. Ähnlich kann auch der Unterschied zwischen Pflegepersonen mit einer längeren Berufspraxis und Schülern oder 'Frischexamierten' gewertet werden.

Auf unverhoffte bzw. überraschende Ereignisse, wird natürlicherweise immer aus dem Gefühl heraus reagiert. Dieser natürlichen Spontaneität, *bewusst*, durch das Einschalten des "Kopfes" entgegenzuwirken, ist auch nur dann sinnvoll, wenn die gefühlsmäßigen Reaktionen aufgrund einseitiger oder traumatischer Erfahrungen, zur Gefahr werden können. Zum Beispiel, wenn ein Mensch dazu neigt, bei bestimmten relativ harmlosen Situationen, in panische Angst, Hysterie oder Agonie zu fallen oder auf jede Unstimmigkeit gekränkt und überempfindlich zu reagieren.

Mehr oder weniger ausgeprägt findet jeder Mensch neben wichtigen und angemessenen Reaktionen auch eine Vielzahl intuitiver "Fehl"-Verhaltensmuster bei sich selbst, die seiner persönlichen Weiterentwicklung mitunter sehr im Wege stehen können. Solche meist starren Reaktionsmechanismen, müssen durch Lernen (Bewusstmachung /

Bewusstseinsweiterung) abgebaut werden. Anderenfalls bleibt der Mensch in seiner Entwicklung stehen. Dazu ist es wichtig, die betreffenden Situationen im nachhinein zu reflektieren oder gedanklich vorwegzunehmen - was kommen kann und wie man dann am besten reagiert.

Übertragen auf den Pflegealltag, lässt sich sowohl das, was heute richtig und sicher bewältigt wird, als auch die schwierige Gesamtsituation in der sich die Pflegenden befinden erklären. Betrachtet man die Ursachen für die allgemeine Misere in der Pflege näher, so kann eigentlich nicht übersehen werden, dass die Summe aller intuitiven "Fehlreaktionen" wahrscheinlich sogar größer ist, als die der angemessenen Reaktionen. Das heißt, Pflegepersonen handeln allzu oft nach unreflektierten, überlieferten Mustern. Sie hinterfragen ihr eigenes Tun zu selten und stellen dadurch ihre eigenen Fehlreaktionen kaum fest. Statt kritischer Auseinandersetzung im konstruktivem Sinne, werden allzu viele Probleme vorurteilhaft bewertet (in starre Schubladen eingeordnet) oder man begegnet diesen durch überschießende, emotionelle Reaktionen. Z.B.: "Na ja, das fängt ja schon gut an. - Hat wahrscheinlich im Intensiv jede Menge Abführmittel bekommen und wir können hier die Sch..... wegmachen." In solchen, wenn auch nur in Gedanken ablaufenden Äußerungen, spiegeln sich unbewältigte Probleme wieder. Entweder eine allgemeine Überlastung, die ein Ventil sucht oder ein unterschwelliger Ärger, auf die Kollegen von der Intensivstation.

In der zuvor beschriebenen Situation von Frau Holder, hat Sr. Doris intuitiv angemessen reagiert. Dadurch, dass sie entsprechende Fachkenntnisse und *reflektierte* Erfahrung hatte, konnte sie ohne lange überlegen zu müssen, die Belastung der Patientin richtig erkennen und deshalb einfühlsam und taktvoll reagieren. Hätte die Schwester kein Gespür für die Lage der Patientin gehabt, wären auch ganz andere Reaktionsweisen denkbar. Ein Naserümpfen mit dem dazu passenden Gesichtsausdruck, hätte wahrscheinlich schon gereicht, um das Selbstwertgefühl der Patientin auf den Nullpunkt zu bringen, oder die Beziehung von Anfang an zu stören. Obwohl Sr. Doris nicht viele Anhaltspunkte über den Zustand, die Fähigkeiten und Einschränkungen von Fr. Holder hatte (s. Übergabebericht), konnte sie aufgrund Ihrer beruflichen und persönlichen Prägung, rasch erkennen, was geht und was nicht. Als sie erfuhr, dass die Patientin schwerhörig ist, hat sie automatisch ihr Verhalten darauf abgestellt. Auf die Schmerzäußerung beim Versuch aufzustehen oder die Bettschüssel unterzuschieben, hat sie jeweils spontan eine andere Lösung angeboten. Den zuletzt gemachten Vorschlag, hätte sie ohne Vertrauensverlust am Anfang gar nicht machen können. Erst als beide, Schwester und Patient, alles versucht hatten, konnten beide diese letzte - im allgemeinen nicht zu empfehlende - Möglichkeit akzeptieren. Zuerst wurden die beiden allgemein üblichen Maßnahmen probiert, als dies nicht ging, hat Sr. Doris sich für eine dritte Möglichkeit entschieden.

*Übung 3: Reflexion:* Erinnern Sie sich an eine ähnliche Situation? Falls ja: Wie ist es dort abgelaufen? Hat die betreffende Pflegeperson angemessen reagiert?

*Vorwegnahme:* Diskutieren Sie über das Beispiel Fr. Holder: "Hätten Sie auch zunächst einen Toilettenstuhl herbeigeht? Was hat Sr. Doris möglicherweise dazu veranlasst jeweils so zu reagieren, wie sie reagierte? u.v.a.m.

### **Pflegerisches Handeln nach dem Reiz-Reaktionsmechanismus**

Jede neue Situation wird vom Gehirn unwillkürlich mit den bereits bekannten (gespeicherten) Mustern verglichen. Sobald eine vergleichbare Situation gefunden ist, läuft zunächst automatisch (intuitiv), das für diese Situation bekannte (gespeicherte) Reaktionsmuster ab. Man spricht daher auch vom Reiz-Reaktionsmechanismus. In dieser, hier stark vereinfacht dargestellten Weise, finden auf der unbewussten Ebene permanent Entscheidungs- bzw. Problemlösungsprozesse statt, die je nach dem was gespeichert ist, für die jeweilige Reaktion (Handlung) verantwortlich sind.

Wegen der unendlichen Vielfalt aller möglichen Ereignisse, mit denen Pflegepersonen konfrontiert werden können, kann es unmöglich für jede Situation die bewältigt werden muss, ein fertiges Rezept - etwa in Form eines Standards - geben. Daher sind und bleiben Intuition, Kreativität und Improvisation - Fähigkeiten, ohne die keine Pflegeperson in ihrem Beruf bestehen kann. Problematisch ist nur, wenn man glaubt, alles und jedes mittels dieser Fähigkeit bewältigen zu können. Je mehr Aktion auf einer Station und je größer das Arbeitspensum, das von einer Pflegeperson bewältigt werden muss, desto mehr ist rasches und damit intuitives Handeln gefordert. Daher neigen vor allem Pflegepersonen von "stressigen" Stationen dazu, diese Handlungsmuster, als einzig mögliche und überlebensnotwendige, zu verteidigen. An diesem Punkt stößt der Versuch, Pflegeplanung als einen bewussten Prozess einführen zu wollen, auf den unbewussten Widerstand in den eigenen Reihen. Z.B. *"Wozu muss ich erst aufschreiben, warum ich was tun will, ich weiß auch so, was wann zu tun ist? Wer das nicht weiß, der kann sich das ja aufschreiben. Die Zeit, die ich fürs Planen und Schreiben brauche, geht mir am Patienten verloren und da ist mir der Patient wichtiger."*

Doch wie kann ich den Patienten wichtig nehmen, wenn ich nicht bereit oder in der Lage bin, in Erfahrung zu bringen, was für ihn in seiner Situation das Wichtigste ist; wenn ich mich nicht frage, ob das was ich ihm anbiete, ihm wirklich auch helfen kann; wenn ich keine eigene Meinung bilde, sondern jeden Unsinn bedenkenlos mitmache, nur weil das in diesem Krankenhaus, auf dieser Station, bei diesem Arzt so üblich ist oder so angeordnet wurde?

### **Bewusstes versus intuitives pflegerisches Handeln**

Neben der Intuition, die aus dem Unbewussten kommt, besitzt der Mensch die Fähigkeit, über eine Situation oder ein Problem nachzudenken, sich bewusst damit auseinanderzusetzen, eine Erklärung dafür zu suchen und ein Handlungskonzept zu entwickeln. (Wenn von geplanter Pflege oder Pflegeplanung gesprochen wird, dann ist damit immer der bewusste und für alle nachvollziehbare Prozess gemeint.)

Der überwiegende Anteil aller Pflegehandlungen die heute beobachtet werden, sind jedoch das Ergebnis intuitiver Entscheidungen in Sinne eines Reiz-Reaktionsmechanismus. Intuitive Prozesse laufen meist in der **rechten Gehirnhälfte** ab (bei Rechtshändern), wo bildhaftes, zusammenhängendes Erkennen und analoges Denken stattfindet. Die Intuition

gewährleistet daher vor allem in Notfallsituationen oder bei plötzlich auftretenden Ereignissen rasches und oftmals rettendes Handeln. Hingegen wird die **linke Gehirnhälfte** (bei Rechtshändern) als die Verstandesseite oder die bewusste Seite bezeichnet. Die Auseinandersetzung mit einem Thema, einem Problem, sowie die Reflexion oder Vorwegnahme und die Planung sind Denkprozesse, die im linken Gehirn ablaufen, wobei jedoch ein permanenter Austausch zwischen den beiden Gehirnhälften stattfindet. Da das linke Gehirn analytisch und linear arbeitet, lässt sich nur mit dem Verstand keine Situation in ihrer Ganzheit erfassen. Dazu bedarf es der Fähigkeit zur Synthese aller gefühls- und verstandesmäßig gespeicherter Eindrücke. Da jedoch Gefühle auch fehlgeleitet sein können, besteht hierbei immer die Gefahr von Fehleinschätzungen. Dieser Gefahr kann nur mit Hilfe des "*Bewusstmachens*" begegnet werden. Hieraus begründet sich u.a. die Notwendigkeit von geplanter Pflege.

### **Standardisierte Pflege und ihre Nachteile**

Zuviel Gefühl auf der einen Seite ist ungesund; ein striktes Befolgen von Regeln und Vorschriften erscheint jedoch nicht minder gefährlich. Das rein intuitive steht im Gegensatz zum rein standardisierten Handeln, welches immer dann gegeben ist, wenn ein Standard dogmatisch befolgt wird, egal wie die Situation auch ist. In der Praxis kann sogar häufig beobachtet werden, dass ein Standard über die Situation gestellt wird. Wie absurd dies mitunter sein kann, das bezeugen die meisten Krankenhauswitze, wie z. B.: "*Herr Maier, aufwachen; Sie müssen ihre Schlaftablette noch nehmen!*"

Betten machen, Blutdruck messen, Verordnungen ausführen, Diagnostiken und Therapien vorbereiten u.v.a.m. haben allzu oft eine, auf die Gesamtsituation des Patienten bezogen, völlig unangemessene Priorität in den Augen vieler Pflegepersonen. Dadurch wird der Blick für das, was dem Patienten in seiner Situation tatsächlich helfen könnte, getrübt. Da es sich bei den meisten Standards um gewohnheitsmäßig übernommene Verhaltensregeln handelt, werden von diesen "anerzogenen" Denkweisen die intuitiven Fähigkeiten stark beeinflusst. Hierdurch erklärt sich auch die häufig zu beobachtende, höhere Sensibilität von Personen, die keine Krankenpflegeausbildung hinter sich haben und noch nicht durch die Stationsroutine "verblendet" sind, gegenüber den menschlichen Problemen von Patienten.

Wenn ein Patient einer "normalen Hausfrau", die z.B. im Reinigungsdienst arbeitet, seine persönliche Not anvertraut, während die examinierte Schwester lediglich etwas über die Vitalwerte, die Medikamente und sonstige therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen zu berichten weiß, dann stimmt einiges nicht mehr.

### **Ungleichgewicht zwischen Prinzipien und Individualität**

Das Rollenverständnis, das vor allem examinierte Pflegepersonen zeigen, ist stark geprägt von Standards, die bereits während der Ausbildung unbewusst übernommen wurden und später ebenso unbewusst gelebt und an andere weitergegeben werden. Diese Standards haben häufig einen derart prinzipiellen Charakter, dass sie Pflegepersonen und Patienten zu einem bestimmten Verhalten zwingen. So ist es zu verstehen, dass ein Patient der sich mit etwas Unterstützung größtenteils selbst waschen könnte, in aller Früh von Kopf bis Fuß im Eiltempo gewaschen wird (Denn Standard ist, dass bis 9.00 Uhr alle Patienten gewaschen sein müssen.) oder, dass ein Patient durch eine Blutdruckmessung deshalb aufgeweckt wird, weil die Pflegeperson nun mal gerade jetzt mit dem Blutdruckgerät unterwegs ist. Die Routine hat somit einen höheren Stellenwert, als der gesunde Schlaf des Patienten.

*Übung 3:* Nennen und bewerten Sie ähnlichen Situationen, die Sie in der Praxis selbst erlebt haben.

### **Problemkompensation statt Problembewältigung**

Probleme die sich nicht durch intuitives Verhalten bewältigen lassen oder auf wundersame Weise von alleine verschwinden, egal ob es sich um Probleme eines Patienten oder meine eigenen handelt, können, wenn überhaupt, dann nur gelöst werden, nachdem die tatsächliche Ursache gefunden wurde.

Diese allgemeine Lebensweisheit wird gerade da, wo Menschen ausschließlich deshalb hingehen, weil sie Probleme haben und Hilfe suchen, kaum beachtet. Denn die Auseinandersetzung mit der Gesamtsituation eines Patienten, ist Ärzten und Pflegepersonal - nach eigenen Angaben - aus zeitlichen Gründen (zu wenig Personal) nicht möglich. Stattdessen wird jeder Patient in eine Schublade eingeordnet, z.B. "der typische Herzinfarktpatient ist.....; Ziele und Maßnahmen bei Herzinfarktpatienten sind.....". Während der Ausbildung und darüber hinaus, werden Pflegepersonen (und Ärzte) vor allem darauf vorbereitet: Krankheitsbilder und Verhaltensweisen von Patienten zu typisieren bzw. zu kategorisieren. Bei den Bemühungen um Objektivierung wurden im Laufe der Zeit immer mehr Symptome beschrieben und Instrumente zur Diagnosestellung geschaffen. Gleichfalls haben sich die therapeutischen Möglichkeiten vervielfacht. Gegen jedes Symptom (Schmerzen, Fieber, Schlaflosigkeit, Antriebsarmut, Übelkeit, Verdauungsstörungen u.v.a.m) gibt es ein Medikament, so dass dieses vorübergehend verschwindet. Dabei sind Symptome doch immer nur Zeichen, die darauf hinweisen, dass irgend etwas nicht stimmt. Es sind Selbstschutzreaktionen, die auf eine tieferliegende Ursache bzw. auf unbewältigte Probleme desjenigen aufmerksam machen wollen. Da jedoch die Ursachen mit den heute üblichen, rein auf die Materie "Körper" bezogenen Untersuchungsmethoden meist nicht gefunden werden können, bleibt den klassischen Medizinern nichts anderes übrig, als die Symptome zu behandeln. Der Tumor bzw. das Krebsgeschwür (Symptom) wird herausgeschnitten, der Entstehung weiterer Tumoren oder Metastasen versucht man mittels Chemotherapie und Bestrahlung entgegenzuwirken, weil die Ursachen dem - naturwissenschaftlich denkenden - Arzt nicht bekannt sind. Hier haben wir es mit dem anderen Extrem zu tun, in dem nämlich versucht wird, alles Subjektive, nicht Messbare und daher nicht Objektivierbare, auszuklammern bzw. die rechte Gehirnhälfte bewusst auszuschalten. Statt einer tatsächlichen Problemsuche werden einzelne Symptome lokalisiert und behandelt. Da der Pflegedienst sich in erster Linie an den Vorgaben der Ärzte orientiert und sich vor allem darum bemüht, die Anordnungen des Arztes gewissenhaft durchzuführen, konzentriert sich in Medizin und Pflege alles sehr einseitig auf den Körper des Patienten. Es werden keine Ursachen im ganzheitlichen Sinne gesucht und behandelt, sondern die eigentlichen Probleme lediglich

kompensiert. Dieses inzwischen allgemein diskutierte Manko in unserem Gesundheitssystem wirkt sich nicht nur auf die Kosten aus, sondern auch auf Art und Umfang der Arbeitsbelastung von Pflegepersonen.

Die meisten Pflegepersonen wissen oder spüren, dass sie an den eigentlichen Problemen ihrer Patienten regelrecht *vorbeipflegen*. Doch nur wenige sehen einen Weg, sich der zunehmenden Hektik des Stationsalltags zu entziehen und patientengerechte Schwerpunkte zu setzen. Vielmehr erleben sich Pflegepersonen als Rädchen in einem (fehlgeleiteten) Getriebe, von dem scheinbar nichts anderes als ein möglichst störungsfreies funktionieren erwartet wird.

Die Pflegenden könnten sich aus dieser einseitigen *Körpersicht* und *Arztabhängigkeit* jedoch befreien und zu mehr Eigenständigkeit finden, wenn sie sich mit dem was sie tun oder wollen endlich einmal bewusst auseinandersetzen würden, statt nur zu jammern und zu klagen oder anderen die Schuld für die Misere zu geben. Folglich taucht auch in diesem Zusammenhang die *Notwendigkeit von geplanter Pflege* wieder auf.

Ich wollte Sie mit diesen Überlegungen zur derzeitigen Situation keineswegs frustrieren, sondern dazu beitragen, dass Sie die Realität nicht einfach hinnehmen oder sich mit fadenscheinigen Argumenten abfinden. Vielmehr hoffe ich, dass die neue Generation, zu der Sie gehören, nicht die gleichen Fehler macht, nur weil sie nichts anderes kennen gelernt hat. Wenn Sie sich heute schon aktiv mit dieser - alles überlagernden Problematik in der Pflege auseinandersetzen, werden sie morgen nicht erwachen und sich fragen müssen was Ihnen dieser Beruf noch bringt.

*Übung 3:* Sie und Ihr Lehrer sollten sich deshalb die Zeit nehmen, um über die hier angesprochene Situation in der Pflege gemeinsam nachzudenken. Z.B. Wie erlebe ich den Stationsalltag? Orientieren sich die SchwesternPfleger in unserem Haus auch hauptsächlich an dem was die Ärzte vorgeben, oder welche eigenen Ziele werden verfolgt? Wird tatsächlich nur an den Symptomen her herumgedoktert oder kennen Sie Beispiele, wo der Patient als Mensch in seiner Ganzheit bewertet und behandelt wurde?

### **Pflege als Problemlösungsprozess**

Unter § 4 (1) im Krankenpflegegesetzes heißt es u.a. wörtlich: (Ziel der Ausbildung) "Die Ausbildung für Krankenschwestern und Krankenpfleger und für Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenpfleger soll die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur verantwortlichen Mitwirkung an der Verhütung, Erkennung und Heilung von Krankheiten vermitteln. Die Ausbildung soll insgesamt gerichtet sein auf:

- die sach- und fachkundige, *umfassende, geplante Pflege des Patienten*,
- die gewissenhafte Vorbereitung, Assistenz und Nachbereitung bei Maßnahmen der Diagnostik und Therapie,
- die Anregung und Anleitung zu gesundheitsförderndem Verhalten,
- die Beobachtung des körperlichen und seelischen Zustandes des Patienten und der Umstände, die seine Gesundheit beeinflussen, sowie die Weitergabe dieser Beobachtungen an die an der Diagnostik, Therapie und Pflege Beteiligten,
- die Einleitung lebensnotwendiger Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes,
- die Erledigung von Verwaltungsaufgaben, sowie sie in unmittelbarem Zusammenhang mit den Pflegemaßnahmen stehen.

### **Umfassende Pflege**

Was mit umfassender Pflege konkret gemeint ist, darüber macht das Krankenpflegegesetz keine genauen Angaben. Allerdings lässt sich aus der o.a. weiteren Auflistung die Antwort darauf ableiten. Umfassend pflegen bedeutet demnach, pflegen unter Berücksichtigung der Gesamtsituation in der diese Pflege stattfindet (Pflegesituation).

Aus meiner Sicht beinhaltet der Begriff *Pflegesituation*:

1. Den *Gesundheitszustand des Patienten*, wobei Gesundheit im ganzheitlichen Sinne und nicht nur den Körper betreffend gemeint ist. (s. Beispiel Fr. Holder)
2. Das *Diagnostik- und Therapieprogramm*, das der Arzt anordnet oder durchführt um den Zustand des Patienten zu bessern bzw. um eine Verschlechterung zu verhindern.
3. Die *Situation auf der Station*. Schließlich ist eine Pflegeperson selten nur für einen Patienten zuständig; vielmehr muss sie die Pflege so organisieren und gestalten, dass sie allen Patienten gerecht werden kann. (s. auch Abb.1)
4. Die *Fähigkeit der Pflegeperson*. Wie eine Pflegeperson eine Situation einschätzt, hängt im wesentlichen von ihrer Persönlichkeit, ihrer beruflichen Qualifikation und ihren Erfahrungen ab. Entsprechend der unterschiedlichen Fähigkeiten einzelner Pflegepersonen, wird es immer Unterschiede in der Pflegequalität geben.

### **Geplante Pflege**

Wie bereits erläutert, ist mit Planung grundsätzlich der bewusste Denkprozess gemeint, sozusagen als Gegenpol zur Intuition. Die Frage ist nun, was soll alles geplant werden und wie soll eine solche Planung aussehen? Da im Krankenpflegegesetz hierauf keine Antwort gegeben wird, kursieren viele verschiedene Vorstellungen über Art und Umfang von Pflegeplanung. Denn schließlich kann ja auch jeder Handgriff geplant werden.

Einig ist man sich jedoch in dem einen Punkt, dass Pflege prozesshaft dargestellt werden soll. Daher tauchen im Zusammenhang mit Pflegeplanung häufig die Begriffe *Pflegeprozess* und *Problemlösungsprozess* auf. Auch herrscht innerhalb der Berufsgruppe weitestgehend Einigkeit hinsichtlich des allgemeinen Ziels, das mit Hilfe prozesshaft geplanter Pflege erreicht werden soll. In diesem Kontext fallen dann Begriffe wie, *individuelle Pflege*, *ganzheitliche Pflege* oder *patientenzentrierte Pflege*.

Da jedoch zunächst niemand ein Konzept hatte, das geeignet war, diesen hohen Anspruch in die Wirklichkeit umzusetzen, wurde bis heute eigentlich noch nur herumexperimentiert. Bei den sogen. Pflegeplänen, die man vereinzelt in der Praxis finden kann, handelt es sich zumeist um unvollständige Maßnahmenpläne.

Parallel zu der Suche nach Mitteln und Wegen zur Umsetzung von Pflegeplanung, laufen die Bestrebungen, Krankenpflege als eigenständigen Beruf und Pflegen als professionelles Handeln mit Hilfe eines *Pflegemodells* darzustellen. Einige besonders wissenschaftsgläubige Pflegepersonen (Pflegetheoretiker) halten Pflegepläne nur dann für sinnvoll, wenn diese an einem bestimmten, nach wissenschaftlichen Kriterien erstellten Pflegemodell, ausgerichtet sind. Im deutschen Sprachraum wird seit etwa 1984 das Modell der Lebensaktivitäten von Nancy Roper et al., favorisiert. Wobei mittlerweile verschiedene leichte Abwandlungen vorliegen, von denen das *ATL-Modell* (Aktivitäten des täglichen Lebens) nach Liliane Juchli, wohl das bekannteste ist. Neben den bereits beschriebenen Schwierigkeiten, ein praxissgerechtes Konzept zur Gestaltung von Pflegeplanung zu finden, ergibt sich durch die starre Struktur des Modells eine geradezu unlösbare Problematik.

Um die doch z.T. großen Unterschiede hinsichtlich der Fähigkeiten und des Berufsverständnisses einzelner Pflegepersonen auf ein vertretbares Maß zu bringen und um eine gemeinsame Verständigungsebene zu sichern, müssen die allgemeinen Richtlinien für alle häufig vorkommende Probleme festgelegt werden. Beispiel: Bei einem schwerhörigen Patienten ist generell dieses und jenes zu beachten (s. Abb.). Es müssen also zunächst sog. Standardpflegepläne erstellt werden. Ausgehend von der Situation des Kranken gilt es dabei, die Wertvorstellungen der Pflegepersonen in Einklang mit den medizinischen und betriebswirtschaftlichen Vorstellungen zu bringen. Auf dieser Grundlage ist es dann mit relativ wenig Aufwand möglich, sinnvolle individuelle Pflegepläne zu schreiben und den kompletten Pflegeprozess darzustellen.

### **individuell geplante Pflege**

*Einschätzung bzw. Bewertung* der Situation des Patienten

- individuelle *Problemstellung*
- individuelle *Zielsetzung* unter Berücksichtigung der Ressourcen und der gesamten Pflegesituation
- individueller *Maßnahmenplan* unter Berücksichtigung der Ressourcen und der gesamten Pflegesituation
- *Durchführung* der geplanten Pflege unter Berücksichtigung der jeweiligen Situation
- *Beschreibung* der Situation und Pflege des Patienten

### **generell geplante Pflege:**

- überarbeitete bzw. erneuerte *Pflegestandards*
- schriftlich formulierte *Standardpflegepläne* (allgemeine Problemstellung, Ziele und Prioritäten, allgemeine Maßnahmen)

Der einzige Weg, die zuvor angeführten unreflektierten oder unsinnigen Standards abzulegen, führt über die bewußte kritische Auseinandersetzung mit diesen. Dabei wird man zwangsläufig feststellen, das viele Regelungen und scheinbar unabdingbare Abläufe weder dem Patienten noch den Pflegenden selbst nützen. Das bedeutet, die betreffenden Pflegepersonen müssen sich zusammensetzen und für alle häufig auftretende Situationen neue Problemlösungskonzepte erstellen. Diese Vorgehensweise hat zudem den Vorteil, dass man die verschiedenen Sichtweisen einzelner Pflegepersonen auf einen gemeinsamen Nenner bringen kann und somit eine von allen akzeptierte Grundlage hat. Damit alle betreffenden Pflegepersonen, wissen warum dieses oder jenes geändert werden soll, bedarf es zum einen der Schriftform und zum anderen entsprechender Fortbildungsveranstaltungen. Ein positiver Nebeneffekt von schriftlich festgelegte Pflegestandards, ist der, dass Art und Umfang von Pflegeleistung für jedermann sichtbar dargestellt werden kann. Etwas, was heute kaum möglich ist.

Im Hinblick auf Pflegeplanung und -dokumentation bilden die auf der generellen Ebene (generell = grundsätzlich üblich, solange keine individuellen Faktoren dagegen sprechen) durchdachten Standards, die Basis. Ich muss zuerst einmal wissen, was ich grundsätzlich will, was meine eigentlichen Ziele sind und was in jedem Falle gewährleistet sein muss, bevor ich überhaupt einen sinnvollen Pflegeplan erstellen kann.

Um Pflegestandards bewerten und Entwickeln zu können, bedarf es neben dem entsprechenden Fachwissen auch der beruflichen Erfahrung.

Wie bereits erwähnt, stehen einerseits die intuitiven Fehlreaktionen und andererseits die vielen starren und unzeitgemäßen Standards in einem ursächlichen Zusammenhang für die heutige Situation in der Pflege. Doch Richtlinien und Normvorstellung lassen sich ändern, sie müssen nicht bis in alle Ewigkeit gelten. Auch wenn es mitunter schwerfällt, von gewohnten und lieb gewonnenen Verhaltensmustern Abschied zu nehmen, so bleibt den Pflegenden nichts anderes übrig, als den Sinn und Zweck aller heute bestehenden Standards zu hinterfragen. Das bedeutet, die maßgeblichen Pflegepersonen einer Klinik, Abteilung oder Station müssen sich regelmäßig zusammensetzen, um für alle häufig vorkommenden Pflegetätigkeiten oder zur Bewältigung von speziellen Problemsituation neue Standards zu erstellen. Falls bereits Standards vorhanden sind, müssen diese regelmäßig überprüft und wo nötig, aktualisiert bzw. verbessert werden.

Wer mehr über Pflegestandards wissen möchte, dem empfehle ich mein Buch "Pflegestandards: Erneuerung der Pflege durch Veränderung der Standards".

### **Pflegestandards auf Station 1A:**

Zunächst stelle ich Ihnen nun einige Pflegestandards vor, die im weiteren Verlauf, bei der Pflege bzw. in den individuellen Pflegeplan von Fr. Holder einbezogen werden. Es handelt sich dabei um Standards, die auf Station 1A eingeführt sind. Alle Schwestern Pfleger kennen den Inhalt und die Bedeutung dieser Standards. Falls mal jemand nicht mehr genau weiß, was ein bestimmter Standard im Einzelnen beinhaltet, so kann er in der Kartei nachlesen. In einem Karteikasten auf dem Schreibtisch im Stationszimmer befinden sich alle eingeführten und derzeit gültigen Standards. Diese sind in der hier abgebildeten Form auf Karteikarten in Din A5 Format gedruckt.

## Individuell geplante Pflege

Situationen bzw. Probleme die aller Voraussicht nach über einen längeren Zeitraum bestehen werden und nicht mit einigen Sofortmaßnahmen gelöst werden können, sollte man prozesshaft zu lösen versuchen. Bezogen auf die Pflege beinhaltet der Problemlösungsprozess folgende Schritte:

1. **Situationseinschätzung :** Was liegt vor ?
2. **Problemstellung:** Was ist das Problem ?
3. **Zielsetzung:** Was soll erreicht werden ?
4. **Maßnahmenplan:** Was soll getan werden ?
5. **Durchführung:** Was wird getan ?
6. **Bericht, Dokumentation** Was liegt vor ? Was wurde getan ? Was wurde erreicht ?

Diese lineare Schrittabfolge ist eigentlich nicht korrekt, denn ein Problemlösungsprozess muss als Regelkreis gesehen werden, indem jeder Schritt mit allen anderen in ständiger Verbindung steht und nur im Zusammenhang verstanden werden kann. Wenn Sie z.B. nur die Maßnahmen lesen, ohne die Situation, das Problem und das Ziel zu kennen, dann können Sie nicht begründen, warum diese Maßnahmen erforderlich sind.

Am Beispiel Fr. Holder, sollen nun die einzelnen Schritte näher erläutert werden.

### 1. Situationseinschätzung

Die Einschätzung bzw. Bewertung einer Situation ist auf der unbewussten Ebene ein permanenter Vorgang. Dabei wird jeder neue Eindruck, jede kleinste Veränderung wahrgenommen (gespeichert) und in das bereits bestehende Bild eingefügt. Unbewusst findet immer auch eine Bewertung des beobachteten, gehörten bzw. wahrgenommenen statt, die je nach Person sehr unterschiedlich ausfallen kann. Hierdurch kann es neben der bereits beschriebenen Gefahr von Fehleinschätzungen, zu erheblichen Verständigungsschwierigkeiten kommen. Wenn im Zusammenhang mit dem Pflegeprozess von Situationseinschätzung gesprochen wird, so ist damit immer die bewusste und gezielte Erfassung bzw. Bewertung gemeint. Das heißt auch: Man wartet nicht ab, bis sich die einzelnen Bestandteile einer Situation zu einem Gesamtbild verdichtet haben, sondern versucht diese möglichst frühzeitig zu erkennen. Neben einer gezielten Beobachtung des Patienten und Information durch den Arzt oder andere, kommt dem *Aufnahmegespräch* eine besondere Bedeutung zu. Die Ziele die damit generell angestrebt werden sollen, sind im Standard (Abb.4) aufgeführt.

### Das Aufnahmegespräch

Das nachfolgende Gespräch, welches Sr. Doris mit Frau Holder führt, soll die Bedeutung sowie die Möglichkeit der Gestaltung eines solchen Gespräches verdeutlichen.

#### Aufnahmegespräch mit Frau Holder:

Inzwischen liegt Frau Holder wieder frisch und sauber in ihrem Bett. Dank des Einfühlungsvermögens von Sr. Doris, konnte sich die Patientin einigermaßen beruhigen und das peinliche Ereignis mehr oder weniger akzeptieren. Zu ihrer Beruhigung hat sicher auch das Ergebnis der Röntgenaufnahme mit beigetragen. Als Frau Holder von der Röntgenabteilung zurück gebracht wird, lächelte sie Sr. Doris zu und berichtet, dass ihr Bein zum Glück nicht gebrochen sein. Sr. Doris nutzt die gelöste Stimmung und die letzte Gelegenheit, bevor des Abendessen kommt, um das Aufnahmegespräch zu führen. Sie nimmt sich einen Stuhl und setzt sich ans Bett von Frau Holder. Dabei achtet sie darauf, dass diese ihr von den Lippen ablesen kann.

*Sr. Doris:* " Ich glaube ich habe mich noch gar nicht richtig vorgestellt !? Ich bin Schwester Doris! Und bin in dieser Woche immer nachmittags für Sie da."

*Fr. Holder:* " Freut mich. Nachdem ich Ihnen bereits soviel Umstände gemacht habe."

*Sr. Doris:* " Sie haben seit gestern ja auch schon einige Aufregung hinter sich !? Wie fühlen Sie sich denn jetzt?"

*Fr. Holder:* " Ich weiß eigentlich gar nicht wie das passiert ist. Man hat mir gesagt, dass ich bewusstlos gefunden worden bin. Wahrscheinlich von Sr. Ellen die jeden Nachmittag kommt, um das Insulin zu spritzen und mein Bein zu verbinden. Sonst kommt ja niemand."

*Sr. Doris:* "Wohnen Sie denn ganz allein?"

*Fr. Holder:* Ja. Mein Mann ist vor 10 Jahren ganz plötzlich gestorben. Er ist umgefallen und war Tod. Seitdem bin ich allein in unserem Haus. Die Kinder haben ihre eigene Familie und eigene Häuser. Meine Tochter wohnt in Köln, der Sohn wohnt im Nachbarort. Eine Enkelin hat ein Jahr lang bei mir gewohnt. Aber dann hat sie einen Studienplatz in Heidelberg bekommen und musste leider wegziehen."

*Sr. Doris:* "Wie sind Sie denn bisher alleine zurechtgekommen?"

*Fr. Holder:* "Ach wissen Sie, das Haus ist mir eigentlich viel zu groß. Vor zwei Jahren hatte ich einen kleinen Schlaganfall, seitdem kann ich nicht mehr selbst putzen und nicht mehr alleine einkaufen. Meine Schwiegertochter kommt drei mal die Woche und macht alle groben Hausarbeiten.

*Sr. Doris:* " Mit Hilfe Ihrer Schwiegertochter kommen Sie also einigermaßen zurecht ?

*Fr. Holder:* " Am meisten stört mich, dass ich nicht mehr selbst kochen kann. Ich kann einfach mit der rechten Hand keine Kartoffeln schälen oder Gemüse putzen. Deshalb kommt Freitags immer so ein Junger Mann vorbei und bringt mir "Essen auf Rädern", extra für

*Sr. Doris:* " Mit Hilfe Ihrer Schwiegertochter kommen Sie also einigermaßen zurecht ?

*Fr. Holder:* " Am meisten stört mich, dass ich nicht mehr selbst kochen kann. Ich kann einfach mit der rechten Hand keine Kartoffeln schälen oder Gemüse putzen. Deshalb kommt Freitags immer so ein Junger Mann vorbei und bringt mir "Essen auf Rädern", extra für Diabetiker. Da kann ich mir jeden Mittag ein Menü aus dem Gefrierschrank nehmen und warm machen. Das ist ja alles ganz praktisch, aber es schmeckt eben doch nicht so gut wie frisch gekocht. Manchmal hebt sich mir schon der Magen, wenn ich das Essen nur rieche.

*Sr. Doris:* " Wie sind Sie denn mit Ihrer Zuckerkrankheit bisher zurechtgekommen? "

*Fr. Holder:* "Meinen Sie das Spritzen oder das Essen ?

*Sr. Doris:* " Beides: Sie sagten vorhin, dass eine Sr. Ellen jeden Tag kommt."

*Fr. Holder:* " Ja. Seit dem Schlaganfall damals, kann ich leider nicht mehr selbst Spritzen. Deshalb kommt eine Schwester oder manchmal auch ein Pfleger von der Sozialstation. Im letzten Herbst habe ich schon mal - allerdings wegen zu hohem Blutzucker - hier im Krankenhaus gelegen. Seitdem muss jetzt auch noch Nachmittags gespritzt werden. Einerseits ist das zwar lästig, aber andererseits freue ich mich auch, dass dann nochmal jemand vorbei kommt. Sr. Ellen kommt meistens nur Nachmittags, die badet dann auch mein Bein und verbindet es. Ich freue mich immer wenn sie kommt. Meistens koche ich uns dann einen Tee und während mein Bein im Wasser steht, erzählen wir uns was.

Donnerstags ist meistens großer Badetag, dann hilft mir Sr. Ellen in die Badewanne und wäscht mir die Haare. Auch sonst, wenn mir mal ein kleines Malheur passiert ist, dann bezieht Sr. Ellen mir schnell noch das Bett und steckt die Wäsche in die Waschmaschine. Wissen Sie, meiner Schwiegertochter sag ich so was nämlich nicht gerne. Die kommt dann immer gleich damit an, dass ich doch wohl besser im Pflegeheim aufgehoben wäre. Deshalb sag ich ja auch nichts wegen dem Essen, obwohl ich das Gefühl habe, dass es mir nicht mehr bekommt. Seit Tagen habe ich schon leichten Durchfall und zwingt mich das Mittagessen widerwillig rein. Aber wegen dem "Zucker" kann ich doch nicht den ganzen Tag nur von Brot leben oder mir immerzu Nudeln kochen. Außerdem würde meine Schwiegertochter bestimmt bald dahinter kommen.

*Sr. Doris:* " Apropos Schwiegertochter: Wissen Ihre Angehörigen bescheid, dass Sie hier sind?

*Fr. Holder:* "Keine Ahnung. Am liebsten wäre mir, sie würden gar nicht erfahren, dass ich hier liege."

*Sr. Doris:* "Warum ?"

*Fr. Holder:* "Seit dem Schlaganfall hängen mir meine Kinder sowieso bei jedem kleinen Wehwehchen in den Ohren,; dass ich doch in ein Altenheim umziehen soll. Aber da will ich unter keinen Umständen hin!"

*Sr. Doris:* " Was schreckt Sie denn bei dem Gedanken an ein Heim so ab ?"

*Fr. Holder:* " Ich will mir einfach keine Vorschriften mehr machen lassen. Als damals mein Mann starb, da dachte ich, jetzt lohnt es sich nicht mehr weiterzuleben. Sie werden es vielleicht nicht glauben, aber ich habe sogar versucht mir das Leben zu nehmen. O, mein Mann war sehr despotisch. Die Kinder und ich hatten eigentlich nie viel zu sagen. Aber jetzt will ich mir einfach von keinem mehr etwas vorschreiben lassen. Wenn ich fern sehen will, dann gucke ich! Und zwar so lange wie ich will und vor allem was ich will.

*Sr. Doris:* " Wenn ich Sie recht verstehe, dann sind Sie lieber einsam, als nochmals von irgendjemandem abhängig?

*Fr. Holder:* " Ach wissen Sie, im Prinzip ist doch jeder Einsam. Manche müssen sich eben ständig mit irgendwas betäuben und fühlen sich nur wohl, wenn sie pausenlos etwas unternehmen. Theater, Reisen oder sonst was. Ich brauche das nicht mehr. Ich will meine Ruhe haben. Mir reicht es, was ich in der Zeitung lese oder im Fernseh sehen. Ich mache mir meine eigenen Gedanken über Gott und die Welt und da kenne ich auch keinen, mit dem ich diese Gedanken teilen könnte. Und dadurch, dass ich so schlecht höre, verstehe ich auch meistens nur die Hälfte. Vor dem Schlaganfall habe ich mich mit zwei Frauen, die ich vom Friedhof her kenne, ab und an mal zum Kaffee getroffen. Aber ich komme mir immer so blöd vor, wenn ich ständig nachfragen muss: "Was haben Sie gesagt ?" Richtig unterhalten kann ich mich doch gar nicht mehr. Entweder rede ich - so wie jetzt- und der andere hört zu, oder der andere redet und ich tue so, als ob ich alles verstehe.

*Sr. Doris:* " Ich habe jedoch das Gefühl, dass Sie mich bisher ganz gut verstanden haben.

*Fr. Holder:* "Ja, das stimmt. Sie sprechen allerdings auch nicht so wie die meisten. Wenn ich denen sage, dass ich schwerhörig bin, dann fangen die gleich an loszubrüllen. Und jedesmal wenn ich etwas nicht verstanden habe, dann brüllen die noch lauter.

*Sr. Doris:* " Welche Erfahrungen haben Sie denn mit Hörgeräten gemacht ?"

*Fr. Holder:* " Ich glaube ich habe schon alle Hörgeräte durchprobiert, die es gibt. Anfangs dachte ich immer, ja es hilft. Mein Sohn hat mich auch schon zu verschiedenen Ohrenärzten und Spezialisten geschleppt. Angeblich soll das eine seltene Form von Schwerhörigkeit sein. Ich habe allerdings auch nicht ganz verstanden, was es genau ist. Jedenfalls habe ich mich damit abgefunden, dass mein Gehör eher schlechter als besser wird. Das dumme ist nur, dass ich in letzter Zeit auch schlechter sehe. Aber vielleicht brauche ich nur noch mal eine neue Brille."

*Sr. Doris:* "Haben Sie denn irgendeinen speziellen Wunsch den wir Ihnen erfüllen können?

*Fr. Holder:* " Glauben Sie denn, dass ich wieder nach Hause kann oder raten Sie mir etwa auch in ein Heim zu gehen ?

*Sr. Doris:* "Da ich jetzt weiß, wie wichtig es für Sie ist, wieder nach Hause zu können, werde ich alles versuchen. Allerdings müsste ich mit Ihren Angehörigen und Schwester Ellen über die weitere Versorgung zu Hause sprechen. Vielleicht finden wir auch eine bessere Regelung mit dem Essen. Das scheint mir doch ein großes Problem zu sein."

*Fr. Holder:* " Ist es auch. Wenn ich schon nur ans Essen denke, dann könnte ich mich schon wieder übergeben."

*Sr. Doris:* " Wir haben eine gute Küche hier. Die bietet auch Vollwertkost für Diabetiker an. Ich werde die Diätassistentin informieren, dann können Sie morgen mit Ihr zusammen den Speiseplan besprechen.

*Fr. Holder:* " Schön"

*Sr. Doris:* " Worauf hätten Sie denn momentan Appetit ? Gleich gibt es nämlich schon Abendessen.

*Fr. Holder:* " Am liebsten würde ich gar nichts essen. Aber wegen dem Zucker muss ich wohl irgendwas essen."

*Sr. Doris:* "Haben Sie denn heute überhaupt schon etwas gegessen ?

*Fr. Holder:* "Ja, heute morgen ein halbes Brötchen und heute Mittag einpaar Kartoffel. - Aber Sie haben es ja gesehen: sobald ich was esse, kann ich drauf gehen, dass kurze Zeit später die Bauchkrämpfe wieder anfangen. Das geht jetzt schon seit Tagen so."

*Sr. Doris:* "Ich werd mal mit Dr. Berg überlegen, was wir da am Besten tun. Solange die Infusionen noch laufen und der Blutzucker regelmäßig kontrolliert wird, kann eigentlich nicht viel passieren."

*Fr. Holder:* " Muss ich denn nicht unbedingt was essen ?"

*Sr. Doris:* "Wahrscheinlich ist es besser, wenn Ihr Magen und Darm sich erst einmal erholen können. Solange müssen wir halt sehen, wie wir Ihren Blutzuckerspiegel mit Infusionen und Insulin stabil halten können.

Wissen Sie, wie sich das anfühlt, wenn der Blutzucker zu hoch oder zu niedrig ist ?

*Fr. Holder:* " Ja natürlich. Ich hab doch schon seit 20 Jahren Diabetes. Mir wäre das gestern wahrscheinlich auch nicht passiert, wenn ich mich nicht schon seit Tagen so komisch gefühlt hätte. Da hab ich gedacht, es kommt vom Magen."

*Sr. Doris:* "Also melden Sie sich rechtzeitig, sobald Sie den Verdacht haben, das Ihr Zuckerspiegel zu stark absinkt oder ansteigt. Das ist ganz wichtig.

*Fr. Holder:* " Ja mache ich. Die Klingel hängt ja da."

*Sr. Doris:* " Ich denke wir haben fürs erste, alle wichtigen Punkte geklärt. Jedenfalls kann ich mir Ihre Situation jetzt in etwa vorstellen. Ich werde nachher noch einen Zettel an Ihr Bett hängen. Auf dem steht, dass Sie schwerhörig sind und was jeder, der mit Ihnen spricht, beachten soll. Sind Sie damit einverstanden ?

*Fr. Holder:* " Was ist das für ein Zettel ? Ich möchte erst mal sehen was da drauf steht.

*Sr. Doris:* " Klar. Ich bringe ihn nachher vorbei ?" *Sr. Doris* steht auf, stellt den Stuhl zurück und beendet das Gespräch. " So, jetzt muss ich mich zunächst einmal um das Abendessen kümmern. Schließlich können ja nicht alle (mit Blick auf die Mitpatientin) nur von Infusionen leben. Bis später *Fr. Holder.* "

*Fr. Holder:* " Und vielen Dank, dass Sie sich soviel Zeit für mich genommen haben. Ich bin jetzt doch irgendwie beruhigt. Vielleicht wird es doch noch mal werden."

*Sr. Doris* lächelt und nickt bestätigend, und geht dann aus dem Zimmer.

#### Übung 4: (Zur Bearbeitung in der Gruppe)

Beziehung Patient - Schwester:

Welche Bedeutung hat dieses Gespräch einerseits für *Fr. Holder* und andererseits für *Sr. Doris* ?

Situationseinschätzung:

Z.B. Wird die Patientin wieder nach Hause gehen können ? Und: Wie können die Pflegepersonen im Krankenhaus mit dafür sorgen, dass die Entlassung nach Hause sicher gestellt werden kann? (z.B. über Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit Angehörigen und ambulanten Pflegediensten nachdenken. Entsprechende Erfahrungen austauschen)

Qualität des Gespräches:

Dies ist eines von vielen möglichen Beispielen für ein Aufnahmegespräch. Können Sie sich ein ähnliches Gespräch in der Praxis vorstellen ? Was fällt Ihnen an diesem Gespräch, im Vergleich zu Gesprächen die Sie kennen, besonders auf ?

Hätten Sie an der ein oder anderen Stelle anders reagiert als *Sr. Doris*? Was ist alles inhaltlich zur Sprache gekommen ? (Gedächtnisübung: Jeder soll aus dem Gedächtnis heraus, ohne nachzulesen, die inhaltlichen Schwerpunkte aufschreiben, und anschließend mit den Aufzeichnungen der anderen vergleichen.) Was schätzen Sie, wie lange hat dieses Gespräch gedauert ?

#### Allgemeines zum Gesprächsverhalten

Will man eine Situation möglichst ganzheitlich erfassen und nicht bloß einige gezielte Informationen erhalten, dann ist es wichtig die Fragen so zu stellen, dass der Patient alles das erzählen kann, was *ihm* von Bedeutung erscheint. Daher sollte sich auch die Pflegeperson mit persönlichen Bewertungen zurückhalten und den Patienten nur dann unterbrechen, wenn er nicht weiter weiß oder anfängt sich zu wiederholen. Geht man hingegen mit einem Fragebogen (Pflegeanamnesebogen), wie sie leider vielerorts anzutreffen sind, zum Patienten, besteht die Gefahr in einen Frage - Antwort Wortwechsel zu geraten. Wobei es mehr um das lückenhafte Sammeln von Fakten geht, als um das Erfassen der tatsächlichen Situation des Patienten.

Es ist ein Unterschied ob ich bewusst ein Gespräch mit einem Patienten suche oder mich einzig auf meine Intuition verlasse und in jeder Situation so drauflosrede, wie mir der Schnabel gewachsen ist. Mit letzterem haben die meisten Pflegepersonen keine Probleme. Doch wenn man sich einmal anhört, welche allgemeinen Floskeln dabei tagtäglich gedroschen werden, dann ist das größtenteils peinlich. Welches Image, eine bestimmte Pflegeperson hat, hängt zum größten Teil von der Art und Weise ab, wie sie sich im Dialog mit anderen (Patienten, Angehörigen, Ärzten u.a.) nach außen hin darstellt.

Wenn heute die Pflege allgemein über ihr schlechtes Image in der Öffentlichkeit klagt, dann sollte jede einzelne Pflegeperson einmal darüber nachdenken, wie sie sich gegenüber Patienten, Angehörigen, Ärzten und anderen, nicht zuletzt auch im privaten Bereich verhält. Wie sie sich in Gesprächen, Gesten und Handlungen darstellt.

Ich denke, es fällt vielen Schwestern aber auch Ärzten heute leichter, ein kompliziertes Überwachungsgerät sicher zu bedienen, als ein gutes und hilfreiches Gespräch mit dem Patienten zu führen. Hier fehlt vor allem die Übung und auch eine gewisse Schulung.

Ein Aufnahme- oder Pflegegespräch zu führen ist keineswegs eine Frage von Zeit ("Ist ja alles gut und schön, aber wo sollen wir die Zeit für solche Gespräche her nehmen?"), sondern immer eine Frage der Einstellung, der Prioritäten und der Fähigkeit.

*"Man findet für alles Zeit, für das man Zeit finden will"* (Seneca). Diese philosophische Weisheit, trifft bei näherer Betrachtung auch auf jede andere Situation in der Pflege zu. Bezogen auf die größtenteils noch fehlenden Fähigkeiten und die Unsicherheit ein Gespräch zu führen, kann ich aus eigener Erfahrung nur sagen: "Man lernt alles, was man lernen will." Doch hier stellt sich die entscheidende Frage: "Will ich das wirklich? Will ich mich tatsächlich mit den Problemen eines Patienten auseinandersetzen oder scheue ich die bewusste Konfrontation mit dem persönlichen Schicksal eines anderen, aus Angst hierdurch zu stark belastet zu werden, hilflos da zu stehen und nicht zu wissen, was ich tun kann, um dem anderen, der mich um Hilfe bittet, zu helfen. Ist es nicht viel einfacher sich an die Anordnungen des Arztes anzulehnen oder nur das zu tun was allgemein Standard ist. Ich bin inzwischen zu der Überzeugung gekommen, dass die Ursache für die zumeist mangelhafte Gesprächsführung und die fehlende individuelle Auseinandersetzung mit dem Individuum Patient, sowohl bei Ärzten als auch bei den Pflegepersonen, hier ihren Ursprung hat.

### **Problemstellung**

Situationseinschätzung, Problemstellung sowie das Erkennen von Ressourcen laufen als gedankliche Prozesse immer parallel ab. Bei der bewussten Bewertung einer Situation, muss deshalb gefragt werden:

Wann wird eine Situation zum Problem für den Patienten?

*Wenn der Patient aus eigener Kraft mit dieser Situation nicht fertig werden kann und sich dadurch seine Situation zwangsläufig verschlechtert.*

Was ist ein Problem im Sinne des Pflegeprozesses?

*Eine Situation, mit der der Patient nicht alleine (aus eigener Kraft) fertig werden kann und deshalb die Pflegeperson um Hilfe bittet.*

### **Beispiel: Probleme von Frau Holder**

#### *1. Angst, in ein Heim zu müssen*

Begründung: Diese Angst ist deshalb ein Problem, weil sie die gesamte Situation der Patientin überlagert und weil diese sich momentan nicht in der Lage fühlt, aus eigener Kraft etwas dagegen zu tun. (Hinweis: Diese Angst, kann jedoch gleichzeitig auch als Ressource gesehen werden, da sie Kraft freisetzt um möglichst wieder nach Hause zu kommen.). Ein Pflegeproblem ist dies ebenfalls, denn Frau Holder bittet Sr. Doris regelrecht darum, ihr zu helfen, dass sie wieder nach Hause entlassen werden kann.

#### *2. Diabetes mell., labiler BZ*

Begründung: ist deshalb ein Problem für Fr. Holder, weil sie dadurch relativ rasch in einen lebensgefährlichen Zustand kommen kann. Sie ist offenbar nicht in der Lage, aus eigener Kraft, eine relativ stabile Stoffwechsellage aufrecht zu erhalten.

Rolle der Pflege bei diesem Problem; Frau Holder wird als Notfall in einem hypoglykämischen Zustand ins Krankenhaus eingeliefert. Da die Patientin zu diesem Zeitpunkt nicht in der Lage ist, ihren Willen zu bekunden, entscheidet der Arzt in seiner Fachkompetenz und aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen, was gemacht wird. Die Pflege ist ebenfalls im Sinne der gültigen Rechtslage tätig, indem sie zunächst die vom Arzt angeordneten Maßnahmen durchführt. Sobald die Patientin bewusstseinsklar ist, muss sie jedoch in alle Entscheidungsprozesse einbezogen werden. Sie hat das Recht zu bestimmen, ob ein Therapieversuch oder eine Pflegemaßnahme durchgeführt werden soll oder nicht. Da Frau Holder im vorliegenden Falle daran interessiert ist, wieder nach Hause gehen zu können, bittet sie indirekt sowohl den Arzt als auch die Pflege, ihr zu helfen, den ursprünglichen Gesundheitszustand wieder zu erreichen.

#### *3. gestörte Verdauung und Appetitlosigkeit*

Begründung: Da dieser Zustand wahrscheinlich die Entgleisung des Diabetes verursacht hat und die Einstellung erschwert, muss dieses Problem auf jeden Fall gelöst werden, damit sich der Stoffwechsel überhaupt stabilisieren kann. Zudem führt dies auf Dauer zu weiteren Mangelerscheinungen und verstärkt die Kraftlosigkeit.

#### *4. Einschränkung durch Schmerzen in der rechten Hüfte, Gangunsicherheit im re. Bein und Funktionseinschränkung der re. Hand*

Begründung: Fr. Holder kann weder sitzen noch auf der rechten Seite liegen. Die Schmerzen fesseln sie momentan ans Bett. Sie kann sich dadurch nicht selbst waschen, nicht an- und ausziehen, nicht zur Toilette gehen und wahrscheinlich benötigt sie auch Hilfe beim Essen und Trinken. Aufgrund des Bewegungsmangels ist sie außerdem Thrombosegefährdet und evtl. auch Dekubitus- und Pneumoniegefährdet. Außerdem ist die Patientin bei allen Tätigkeiten, die sie nicht alleine mit der linken Hand ausführen kann, auf fremde Hilfe angewiesen. Aufgrund dieser Einschränkungen erklärt sich ihre Angst, vor dem Verlust der Selbstständigkeit, mit der möglichen Konsequenz, in ein Pflegeheim zu müssen. (Diese Problempunkte wurden deshalb zusammengefasst, weil es sich dabei um drei verschiedene Bewegungseinschränkungen handelt, die insgesamt betrachtet, eine spezielle Art von Hilfsbedürftigkeit deutlich macht. Allerdings kann man diese drei Probleme auch gesondert aufführen, was jedoch zur Folge haben wird, das spätestens bei den Maßnahmen Wiederholungen auftreten.)

#### *5. Ulcus am linken Schienbein*

Begründung: Dies ist deshalb für Fr. Holder ein Problem, weil durch die offene Wunde eine erhöhte Infektionsgefahr gegeben ist. Ein Pflegeproblem ist es außerdem, weil die Patientin bei der Versorgung der Wunde auf fremde Hilfe angewiesen ist.

#### 6. Schwerhörigkeit

Begründung: Die Schwerhörigkeit ist deshalb für Frau Holder ein Problem, weil sie sich dadurch in ihren Kommunikationsmöglichkeiten stark eingeschränkt fühlt und soziale Kontakte erschwert sind. Eine Hörbehinderung ist immer auch ein Pflegeproblem, weil jeder Hörbehinderte darauf angewiesen ist, dass die anderen sich so verhalten, dass er möglichst alles verstehen kann. Hierzu gibt es einige allgemeine Richtlinien, die generell beachtet werden müssen (siehe Standard Hörbe. Abb. 5)

Hinweis: In der Pflegedokumentation (Abb. ) wird dieses Problem im Stammbblatt - Rubrik "Behinderungen" - aufgeführt und nicht nochmals auf dem Planungsblatt. Da ein allgemeiner Standard zum Umgang mit dem hörbehinderten Patienten existiert, muss man davon ausgehen, dass dieser auch beachtet wird. Wenn keine zusätzlichen individuellen Maßnahmen erforderlich sind, reicht der Eintrag auf dem Stammbblatt m.E. aus, um alle Pflegepersonen auf das Problem aufmerksam zu machen. Allerdings können Sie dieses Problem auch in der Planung zusätzlich vermerken, wenn sie dies für notwendig halten. Wichtig ist es, sicher zustellen, dass alle beteiligten Personen die Regeln im Umgang mit dem Schwerhörigen beachten. Ob nun im Stammbblatt oder bei der Planung darauf hingewiesen wird, ist hingegen eine Formalitäts- und Ermessenssache.

### Ressourcen erkennen

*Ressourcen sind die Kräfte, Fähigkeiten oder Möglichkeiten, die von Seiten des Patient selbst eingebracht werden können, um ein bestimmtes Problem zu bewältigen.*

Die Ressource ist sozusagen das Gegengewicht zum Problem.

**Problem:** Der Patient kann aus eigener Kraft mit seiner Situation nicht fertig werden, wodurch sich seine Gesamtsituation zwangsläufig verschlechtert.

**Ressource:** Vorhandene Kraft (Willen, Wissen, Fähigkeiten, Möglichkeiten), die der Patient oder Angehörige zur Bewältigung des Problems einbringen können.

Die größte Ressource ist der Wille des Patienten:

"Wenn der Patient nicht mehr will, ist der Arzt mit seinem Latein am Ende."

Die Pflegeperson sollte herausfinden, was dem Patienten besonders wichtig ist, was er selbst wieder erreichen möchte bzw. welche Interessen er hat. Da es bislang im Pflegealltag aber auch in der Therapie allgemein unüblich ist, gezielt nach den vorhandenen Kräften, Fähigkeiten und dem Willen des Patienten zu suchen, bietet die Pflegeplanung endlich die Möglichkeit, den Ressourcen den Stellenwert einzuräumen, der ihnen zukommt.

#### Beispiel: Ressource der Fr. Holder:

*Frau Holder möchte auf jeden Fall wieder nach Hause und sich so selbständig wie möglich versorgen.*

Begründung: Ihr größtes Problem ist gleichzeitig ihrer größte Ressource. Denn die Angst vor dem Heim verstärkt den Willen wieder so gesund zu werden, so dass sie relativ selbständig zuhause klar kommen kann. Sie wird höchstwahrscheinlich all ihre Kräfte mobilisieren, um dieses Ziel zu erreichen. Hätte sie hingegen Angst vor dem Heim, aber gleichzeitig auch keine Lust darauf, weiter unter diesen Umständen in ihrem Haus leben zu müssen, dann sähe die Gesamtsituation wesentlich bedenklicher aus. In solch einem Falle müsste man gezielt nach einer anderen Ressource suchen.

### Pflegeziele

*Ein Pflegeziel bezieht sich auf ein bestimmtes Pflegeproblem und beschreibt die Situation des Patienten, die durch pflegerisches Handeln erreicht werden soll.*

Für die Beschreibung von Pflegezielen gelten folgende Regeln:

1. Das Pflegeziel ist aus der Sicht des Patienten zu stellen und in Soll-Form (so kurz wie möglich) zu formulieren.
2. Das Pflegeziel erhält die gleiche Nummer, wie das Problem, auf das es sich bezieht.
3. In bezug auf Rehabilitationsziele gibt das Ziel den Schritt an, der zunächst erreicht werden muss, bevor ein weiterer Schritt (Ziel) gesetzt werden kann.

#### Beispiel: Pflegeziele Frau Holder:

Problem: 1	Angst, in ein Heim zu müssen
Ziel:	1.1 Pat. soll wieder nach Hause entlassen werden können
	1.2 bessere Lösung für zu Hause finden
Problem: 2	schlecht eingestellter Diabetes mell.
Ziel:	2 s. Standard Diabetes mell.
Problem: 3	gestörte Verdauung, Appetitlosigkeit

Ziel:	3	<i>s. Standard Diarrhö</i>
Problem	4	Einschränkung durch Schmerzen in der rechten Hüfte, Gangunsicherheit im re. Bein u. Funktionsstörung der re. Hand
Ziel:	4	<i>keine Folgeschäden, maximale Selbständigkeit</i>
Problem: 5	Ulkus an linkem Schienbein	
Ziel:	5	<i>s. Standard Ulkus cruris</i>
Problem: 6	Schwerhörigkeit	
Ziel:	6	<i>s. Standard Hörbe</i>

*Ziel 1.1 Pat. soll wieder nach Hause entlassen werden können*

Begründung: Mit diesem Ziel wird allen Pflegepersonen bekannt gemacht, dass alles getan werden soll, damit Fr. Holder wieder nach Hause entlassen werden kann. Da Sr. Doris durch das Gespräch weiß, dass Fr. Holder auf keinen Fall in ein Pflegeheim möchte, sollte auch alles daran gesetzt werden, dass die Patientin in ihrem Haus zurecht kommt. Der Wille der Patientin, ist gleichzeitig auch eine wichtige Ressource und muss deshalb sowohl bei der Zielsetzung als auch bei den Maßnahmen berücksichtigt werden.

*Ziel 1.2: bessere Lösung für zu Hause finden (Ernährungssituation)*

Begründung: Da es nicht darum geht, dass alles wieder so wird, wie es vor der Einlieferung war, gibt man mit diesem Ziel bekannt, dass eine bessere Lösung angestrebt wird. Dies bezieht sich insbesondere auf die Ernährungssituation.

*Ziel 2: s. Standard Diabetes mell.*

Begründung: In Abb...., sehen Sie allgemeine Pflegerichtlinien oder -prinzipien, die bei allen Patienten mit einem Diabetes mell. grundsätzlich beachtet werden sollten. Die Pflegepersonen von Station 1A haben diesen Standard zur allgemein gültigen Norm erklärt. Wenn Sr. Doris im schriftlichen Pflegeplan in der Rubrik Ziel, auf diesen Standard verweist, so bedeutet das, dass die Ziele die im Standard aufgeführt sind, auch bei Frau Holder angestrebt werden.

*Ziel 3: s. Standard Diarrhö*

Begründung: Da die Station auch in diesem Falle über einen Standardpflegeplan verfügt, überprüft Sr. Doris lediglich, ob die Zielsetzung im Standard auch auf das Problem von Fr. Holder passt. Was die Appetitlosigkeit betrifft, kann man davon ausgehen, dass sich der normale Appetit wieder einstellt, sobald sich die Verdauungsstörung reguliert hat. Außerdem bleibt hinsichtlich der Ernährung die Anordnung des Arztes abzuwarten. Erfahrungsgemäß ist eine kurzzeitige Nahrungskarenz bzw. parenterale Ernährung in dieser Situation das Beste. Wenn sich der Magen- u. Darmtrakt wieder erholt hat, wird dann wahrscheinlich eine individuelle Aufbaudiät angeordnet.

*Ziel 4: keine Folgeschäden, maximale Selbständigkeit*

Begründung: Hierbei handelt es sich um ein typisches Erhaltungsziel. Das heißt, die Pflegepersonen müssen dafür sorgen, dass die Patientin keine körperlichen, seelischen oder sozialen Schäden dadurch erleidet, dass sie sich momentan nicht selbst versorgen kann. Wenn sich die Schwellung im Bereich von Hüfte und Oberschenkel wieder zurückgebildet haben, werden wahrscheinlich die Schmerzen auch wieder verschwinden und die frühere Beweglichkeit hergestellt werden können. Bis dahin, muss man halt versuchen, die Situation für die Patientin so erträglich wie möglich zu gestalten und darüber hinaus, dafür zu Sorgen, dass keine durch diese Situation bedingten Schäden, wie z.B. ein Dekubitus, entstehen, die dann den allgemeinen Genesungsprozess zusätzlich behindern. Da Frau Holder wahrscheinlich am besten weiß, was sie wie mit ihrer rechten Hand tut bzw was sie besser mit links macht oder wie sie ihre Gehschwäche kompensieren kann, sollten die Pflegepersonen sich zunächst an den Erfahrungen der Patientin orientieren (= Selbständigkeit erhalten). Wenn man dann später evtl. feststellt, dass Fr. Holder durch den Einsatz eines ihr unbekanntes Hilfsmittels oder einer gezielten Übung, bestimmte Handhabungen vereinfachen könnte, ist es selbstverständlich, ihr diese zu zeigen oder auf die entsprechenden Hilfsangebote zu verweisen (=Situation verbessern). D.h. um sinnvolle Rehabilitationsziele erstellen zu können, muss man die Ausgangssituation genauer kennen.

*Ziel 5: s. Standard Ulkus cruris <sup>3</sup>*

Begründung: Bei der Pflege des offenen Beins von Fr. Holder werden die im Standard aufgeführten allgemein gültigen Ziele angestrebt.

*Ziel 6: s. Standard Hörbe <sup>4</sup>*

Begründung: Das allgemein gültige Ziel: "Der hörbehinderte Patient soll uns verstehen können und sich verstanden fühlen", ist grundsätzlich bei allen Patienten anzustreben.

**Anmerkung :** Da ich nicht weiß, welche Vorkenntnisse Sie zum Thema Diabetes mell., Diarrhoe, Ulkus cruris und Hörbehinderung haben, verweise ich an dieser Stelle auf Ihren Unterricht. Zusammen mit Ihrem Fachlehrer können Sie überlegen, ob diese Standards auch Ihren Vorstellungen entsprechen. Im Standard Diabm wird auf sechs weitere Standards verwiesen, die jedoch aus technischen Gründen in diesem Buch nicht abgebildet werden.

**Geplante Pflegemaßnahmen (Maßnahmenplan)**

*Der Maßnahmenplan benennt und beschreibt die Pflegemaßnahmen, von denen die Pflegeperson denkt, dass sie geeignet sind, ein angestrebtes Ziel zu erreichen.*

Im Rahmen der Pflegeplanung ist der Maßnahmenplan der eigentliche Handlungsplan, in dem die geplante Pflegeleistung festgehalten ist. Deshalb spricht man im allgemeinen auch vom *Pflegeplan*, was häufig jedoch auch mit der Pflegeplanung verwechselt wird.

Ein Pflegeplan der sowohl Handlungsanweisung als auch Leistungsnachweis sein soll, muss folgende Fragen beantworten können:

1. Wie heißt die Maßnahme ?
2. Was beinhaltet die Maßnahme?
3. Welche Materialien und Arbeitsmittel werden eingesetzt?
4. Wann und wie oft wird die Maßnahme durchgeführt?

*Aus Gründen der Sicherheit für die Pflegeperson:*

5. Wer ist für die korrekte Durchführung der Maßnahme verantwortlich?
6. Worauf wird besonders geachtet? (Priorität - Vereinbarung - Abgrenzung)

Die schriftliche Erstellung eines Pflegeplans, der alle diese Informationen enthalten soll, ist ohne entsprechende Pflegestandards für die Praxis undenkbar. Stellen Sie sich bloß einmal vor, was bei der Pflegeplanung von Fr. Holder alles geschrieben werden müsste, wenn keine Standards einbezogen werden können.

Den Maßnahmenplan für Frau Holder sehen Sie auf dem Planungsblatt. (Die ausgefüllten Formulare: Stammbblatt, Pflegeplan und Bericht von Frau Holder finden Sie am Ende dieser Unterrichtsreihe.)

**Übung 5:** Bewerten Sie diesen Maßnahmenplan möglichst zusammen mit Ihrem Lehrer. Die aufgeführten Standards sowie die im Bericht beschriebenen Maßnahmen, sind dabei natürlich einzubeziehen. Bei Standards die hier nicht abgebildet sind, bleibt es Ihnen überlassen, sich diese inhaltlich vorzustellen oder, noch besser, diese selbst zu erstellen.

### **Durchführung**

Natürlich ist ein Plan eben nur ein Plan und nicht bereits Realität. Der Plan ist nur so gut, wie sein Planer in der Lage war alle Aspekte richtig zu berücksichtigen.

Wie sie bereits gesehen haben, können jedoch auch unvorhersehbare Situationen eintreten, die dann situative Sofortentscheidungen verlangen oder eine Abweichung vom geplanten Vorgehen erfordern. Ob sich eine Situation rasch oder langsam oder gar nicht verändert und in welche Richtung sie sich verändern wird, kann man anhand von Erfahrungswerten prognostizieren aber nicht mit Sicherheit vorhersagen. Wir haben also auf der einen Seite einen Plan, der von bestimmten Annahmen ausgeht und auf der anderen Seite die tatsächlichen Ereignisse, auf die es jeweils adäquat zu reagieren gilt.

Betrachten wir dazu den weiteren Verlauf des Krankenhausaufenthaltes von Frau Holder. Da dieser jedoch nicht in allen konkreten Einzelheiten, wie etwa das Situationsbeispiel auf Seite .... dargestellt werden kann, müssen Sie aus dem Pflegebericht herauslesen, wie sich die Situation von Fr. Holder bis zu ihrer Entlassung entwickelt hat und was die Pflegepersonen geplant oder situativ getan haben.

### **Pflegedokumentation**

Beigefügt sehen Sie die Pflegedokumentation "Fr. Holder", von der Aufnahme bis zur Entlassung. Diese soll zugleich als Beispiel für die aus meiner Sicht sinnvolle Formblattgestaltung dienen.

#### **1. Pflegestammbblatt / Stammdaten**

Das Stammbblatt ist als Deckblatt gedacht, das jeder Pflegeperson die den Patienten zeitweise pflegen muss, einen schnellen Überblick über alle wichtigen Informationen zur Gesamtsituation des Patienten gibt. Dadurch kann auch z.B. eine Nachtwache, ohne erst den ganzen Pflegebericht lesen zu müssen, erfahren, was im wesentlichen vorliegt.

So füllt Sr. Doris das Stammbblatt nicht für sich aus, denn sie hat die Daten ermittelt und kennt deshalb besser als alle anderen, die Situation der Patientin. Sie hält dies vielmehr für Ihre Kollegen fest, die während des stationären Aufenthalts mehr oder minder an der Pflege von Frau Holder beteiligt sein werden. Schließlich ist Sr. Doris nicht rund um die Uhr im Dienst und sieht daher auch nicht immer bei Fragen zur Verfügung. Wenn es der Schwester also wichtig ist, dass die Patientin auch in ihrer Abwesenheit individuell betreut wird, dann muss sie alle wichtigen Informationen in irgendeiner Form weiterleiten, anderenfalls müsste jede Pflegeperson jedesmal aufs Neue alle Daten ermitteln. Besonders wichtige Informationen werden sicherlich in den mündlichen Übergaben bei Dienstwechsel weitergeleitet, doch alles nicht ganz so "überlebenswichtige" fällt, wenn es nicht schriftlich festgehalten wurde, irgendwann unter den Tisch oder es unterliegt dem "stille - Post - Phänomen". Im Vergleich zum Pflegebericht und zur Pflegeplanung hat das Stammbblatt hauptsächlich Informationscharakter. Es soll somit in erster Linie eine Orientierungshilfe sein, indem alle aktuellen und pflegerelevanten Eckdaten kurz und übersichtlich dargestellt werden.

Doch beurteilen Sie selbst: Stellen Sie sich vor, Sie kommen auf eine neue Station mit Ihnen noch völlig unbekanntem Patienten und finden zusätzlich zur Übergabe solche Stammbblätter bei jedem Patienten vor.

In einigen Einrichtungen findet man, an dieser Stelle sogen. Pflegeanamneseblätter. Denn in den anfänglichen Veröffentlichungen zur Pflegeplanung, wird statt von Situationseinschätzung zumeist von der Erhebung einer Pflegeanamnese gesprochen, die im Wesen der Arzthanamnese gleichen aber andere inhaltliche Schwerpunkte haben sollten. Inzwischen sind jedoch aus den meisten Pflegeanamnesebögen, ATL- oder AL - Checklisten geworden. Wobei 9 oder 12 Lebensaktivitäten oder -elementen (je nach Interpret des Lebensmodells von N. Roper) aufgelistet sind, zu denen dann gezielt Informationen gesucht und eingetragen werden sollen. Häufig findet man auch Kombinationen aus Ankreuzfragen (z.B. Zahnprothese OK 0, Zahnprothese UK 0) und Rubriken für die freie Formulierung von Antworten (z.B. Aufnahmegrund:). Jedenfalls hat jedes Haus und manchmal sogar jede Abteilung ihre eigenen, selbstgestrickten Formulare für die Pflegedokumentation. Wodurch insgesamt gesehen, das Dokumentieren nicht gerade erleichtert wird.

## 2. Pflegeplanungsblatt:

Ähnlich wie bei den Stammlättern, sehen auch die Formulare auf denen die Pflegeplanung festgehalten werden soll, in jeder Einrichtung anders aus. Bei der Gestaltung dieser Formblätter wirken sich vor allem die unklaren Vorstellungen über Art- und Umfang von Pflegeplanung und -dokumentation aus.

Das hier vorgestellte Planungsformular ist als Produkt einer längeren Entwicklungskette zu sehen, dem folgende Erfahrungswerte zugrunde liegen:

1. Wenn die Problemerkennung in der dargestellten Weise stattfindet, werden ganz selten mehr als sechs Pflegeprobleme ermittelt, so dass die Vorgabe von sechs Rubriken ausreicht. Der Umfang der handschriftlichen Pflegeplanung sollte eine Din A4 Seite nicht überschreiten, da sie sonst unübersichtlich und ineffektiv wird. Dies kann nur erreicht werden, wenn man sich bei alle häufig vorkommenden Tätigkeiten oder Problemen auf schriftlich festgelegte Pflegestandards beziehen kann.
2. Auf dem Planungsformular sollen vor allem die Probleme, Ziel und Maßnahmen aufgeführt werden, die über einen längeren Zeitraum von allen Pflegepersonen beachtet werden müssen.

Maßnahmen, die vom Arzt angeordnet wurden bzw. auf dem Kurvenblatt stehen, brauchen hier nicht nochmals aufgeführt zu werden. Z.B. die Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten, Untersuchungen oder speziellen Therapien. Wenn ein venöser Zugang liegt oder ein Blasenkatheter, dann ist das normalerweise auf dem Kurvenblatt dokumentiert. Welche Tätigkeiten die Pflege im Zusammenhang mit einem Venenkatheter, einer Infusionstherapie, bei der Bilanzierung, bei einer Untersuchung, bei einem Blasenkatheter u.a.m. durchführen soll, das müsste in den entsprechenden Standards festgehalten sein.

## 3. Pflegebericht

*Der Pflegebericht ist Hauptbestandteil der Pflegedokumentation.*

Im Bericht sollte im Zweifelsfall nachgelesen werden können, in welchem Gesundheitszustand sich der Patient während seines Krankenhausaufenthalts befunden hat, welche pflegerischen Hilfen in der jeweiligen Situation angeboten bzw. durchgeführt wurden und wie der Patient auf diese reagiert hat. Beispiel:

*2.00 Uhr, Pat. schwitzt stark, BZ 50 mg%, Dr. C. angerufen, lt. Anord. Tee mit 40g Traubenzucker gegeben, 3.00 Uhr BZ 90mg%.*

Problemsituationen, die aller Voraussicht nach in einem absehbaren Zeitraum behoben sind, sollten berichtet werden. Hingegen kann der Schreibaufwand deutlich reduziert werden, wenn die Probleme, Ziele und Maßnahmen, die über mehrere Tage, Wochen oder Monate bestehen bleiben, auf einem separaten Blatt hervorgehoben werden. Würde man diese auch lediglich berichten, dann müssten diese in jeder Berichtssequenz wieder neu aufgeführt werden. Das Herausheben solcher langfristigen Planungen aus dem allgemeinen Bericht, hat in erster Linie den Vorteil, dass alle wichtigen und von allen Pflegepersonen zu beachtenden Punkte übersichtlich zusammengefasst sind. Da die Pflegeplanung gleichzeitig auch als verbindliche Handlungsanweisung verstanden wird, reicht es aus, wenn im Bericht lediglich die Abweichungen von dem geplanten geschrieben und begründet werden. Zur schnelleren Übersicht, kann man dabei jeweils die Problemnummer angeben (siehe Abb. Bericht (1) usw).

Ein Pflegebericht sollte folgende Kriterien erfüllen:

1. Beschreibung der jeweiligen Patientensituation / *Situationsbericht*
2. *Dokumentation* der Pflegemaßnahme in der jeweiligen Situation
3. *Übergabefunktion* / Informationsinstrument
4. *Erfassung und Darstellung der Pflegeleistung*

Übung: 1. Bewerten Sie den Pflegebericht "Fr. Holder" anhand dieser Kriterien.  
2. Vergleichen Sie diesen Bericht mit einigen Berichten aus Ihrem Hause.

## Schlussbetrachtung

Pflegeplanung und -dokumentation können nicht in einigen Unterrichtsstunden während der Krankenpflegeausbildung oder in der Fort- und Weiterbildung erlernt werden. Vielmehr bedarf es dazu regelmäßiger Übungen an konkreten Beispielen aus der Praxis. Schließlich steht umfassend und geplantes Pflegen momentan noch im Widerspruch zur praktizierten Pflege. Die Gründe für die Schwierigkeiten, geplantes Pflegen einzuführen wurde in diesem Kapitel ebenso herausgehoben wie die Notwendigkeit.

Ferner wurde Ihnen eine Möglichkeit vorgestellt, wie eine Pflegeplanung und -dokumentation gestaltet werden kann.

## **Literaturangabe:**

Stösser v.A. (1992) "Pflegestandards: Erneuerung der Pflege durch Veränderung der Standards" SpringerVerlag.  
In diesem Buch finden Sie neben weiteren Beispielen für individuell geplantes Pflegen auch wichtige Hintergrundinformationen für die Aussagen in diesem Kapitel. Hierzu gehört auch eine umfangreiche Literaturangabe auf die sich meine Erkenntnisse u.a. stützen.

### *Vergleichsliteratur zur Thematik:*

Fiechter V, Meier M (1981) "Pflegeplanung: Eine Anleitung für die Praxis", Rocom Verlag, Basel

Das erste Buch im deutschsprachigen Raum zum Thema Pflegeplanung. Es ist inzwischen mehrfach neu aufgelegt worden und hat wesentlich die Vorstellung der meisten Pflegepersonen, hinsichtlich der Gestaltung von Pflegeplänen und der Pflegedokumentation geprägt. Da die Autoren bereits bei der Problemstellung einen anderen Ansatz wählen und außerdem keine Pflegestandards einbeziehen, ist der Schreibaufwand für die Pflegepraxis völlig unrealistisch. Letzteres gilt auch für die nachfolgend aufgeführten Bücher.

Houts P.S., Scott R.A. (1988) "Individuelle Pflegeplanung", Wolfgang Pabst Verlag, Lengerich

Ein aus dem amerikanischen übersetzter Praxis-Ratgeber. Große Schrift, großzügige Gliederung und viele nette kleine Illustrationen, sollen dem Praktiker den Zugang zu der Thematik erleichtern. Geschmackssache!

Kampmeyer D, Schulte J (1986) "Umfassende und geplante Pflegepraxis im Krankenhaus", Hohenlinder Schriftenreihe, Köln

Dieses Buch setzt sich vor allem theoretisch mit den verschiedenen Deutungsweisen von u.a. umfassender, ganzheitlicher und geplanter Pflege auseinander und bewertet einige bekannte Pflege-theorien und Modelle. Darüber hinaus werden an einem Fallbeispiel, die einzelnen Planungsschritte bis hin zur konkreten Formblattgestaltung aufgezeigt. Es ist mehr für den Lehrer gedacht.

Kellnhauser E, Zawada U (1989) "Pflegedokumentation in der häuslichen Krankenpflege", Visitas Institut, Düsseldorf

Dieses Buch gibt u.a. recht konkrete Dokumentations- und Planungsanweisungen, wobei auch Pflegestandards und Standardpflegepläne als Grundlage einbezogen werden. Allerdings in einer anderen Form, als ich dies vorschlage. Für den Unterricht dürfte ein Vergleich dieser beiden Gestaltungsformen durchaus interessant sein.

Müller, U (1987) "Der Krankenpflegeprozess", Rocom, Basel

Dieses Buch unterscheidet sich hauptsächlich in der Aufmachung und nur unwesentlich in den inhaltlichen Aussagen von den Büchern Fiechter/Meier und Reimann. Kein neuer Ansatz, keine neue Idee sondern lediglich eine andere Darstellungsweise.

Reimann R (1985) "Anleitung zur Pflegeplanung und Pflegedokumentation", Essen

Ein Übungsprogramm für die innerbetriebliche Fortbildung, welches recht Praxisnah geschrieben ist und auch konkrete Praxisbeispiele enthält. Es unterscheidet sich von dem Fiechter/Meier Buch vor allem hinsichtlich der Gestaltung und Handhabung von Dokumentationsformularen.