



Schrimpf
Becherer · Ott



Deutsch für Pflegekräfte

Kommunikationstraining
für den Pflegealltag

mit
Audio-CD



Springer

Ulrike Schrimpf
Sabine Becherer
Andrea Ott

Deutsch für Pflegekräfte
Kommunikationstraining für den Pflegealltag

U. Schrimpf
S. Becherer
A. Ott

Deutsch für Pflegekräfte

Kommunikationstraining für den Pflegealltag

Mit 37 Abbildungen und Audio-Dateien

Ulrike Schrimpf
Testarellogasse 17/4
A-1130 Wien

Sabine Becherer

Andrea Ott
Kniprodestraße 118
D-10407 Berlin

Ergänzende Materialien (Audio-Dateien) finden Sie unter <http://extras.springer.com>. Geben Sie dann in die Suchmaske die ISBN des Buches ein.

ISBN-13 978-3-642-05131-9 Springer-Verlag Berlin Heidelberg 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.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Springer Medizin
Springer-Verlag GmbH
ein Unternehmen von Springer Science+Business Media

springer.de

© Springer Medizin Verlag Heidelberg 2011

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Planung: Barbara Lengricht und Susanne Moritz, Berlin
Projektmanagement: Ulrike Niesel, Heidelberg
Zeichnungen: Annette Gack, Neuendettelsau; Christiane und Michael von Solodkoff, Neckargemünd
Audio-CD: Business & Ideen GmbH, Berlin
Layout und Einbandgestaltung: deblik Berlin
Satz: medionet Publishing Services Ltd., Berlin

SPIN: 12759217

Gedruckt auf säurefreiem Papier 22/2122/UN – 5 4 3 2 1 0

Vorwort und Anleitung zum Buch

Liebe internationale Pflegekräfte,

Ihr Beruf ist ein kommunikativer: In zahlreichen Situationen müssen und können Sie sich Ihren Patienten, den Angehörigen, Ihren Kolleginnen und Kollegen und Ihren Vorgesetzten im Gespräch zuwenden. Mit Worten heilen. Das ist ein Geschenk und eine Herausforderung, vor allem dann, wenn man seinen Beruf in einer Fremdsprache ausübt.

Kennen Sie solche Situationen?

- Sie sollen einem Mann Trost spenden, dessen Ehefrau gerade überraschend verstorben ist, und Sie finden nicht die richtigen Worte?
- Ein Arzt erteilt Ihnen Arbeitsanweisungen und spricht dabei so schnell, dass Sie ihn nicht verstehen. Sie sind verunsichert, wagen es aber nicht, nachzufragen, und machen deshalb vielleicht sogar einen Behandlungsfehler?
- Ihre Kolleginnen und Kollegen unterhalten sich vor der Morgenübergabe bei einer Tasse Kaffee, und Sie haben den Eindruck, nicht mitreden zu können?
- Sie müssen mit einem Patienten eine Pflegeanamnese machen, der undeutlich und in einem Dialekt spricht. Sie haben Verständnisprobleme, müssen immer wieder nachfragen und fühlen sich unwohl?

Die Situationen, in denen es zu Kommunikationsproblemen zwischen Pflegepersonal, Patienten und anderen Gesprächspartnern bei der Arbeit kommen kann, sind vielfältig: Sie können die Bereiche der pflegerischen Versorgung, der diagnostischen Maßnahmen und der Mahlzeitenabgabe betreffen, aber auch die schriftliche Dokumentation – Pflegeplanung und Pflegebericht –, den psychosozialen Bereich des schweren Gesprächs, die Kommunikation in Notfallsituationen, die Patientenübergabe oder solche Aufgaben wie das Telefonieren im Krankenhaus. Die beiden deutschen Fehlermeldesysteme im Internet, www.cirs-medical.de und www.jeder-fehler-zählt.de, über die wir in ► Kap. 5, »Aus Fehlern lernen – Fallgeschichten aus Kliniken«, berichten, zeigen auf eindrückliche Art und Weise, wie oft medizinische Behandlungsfehler auch auf mangelhafte Kommunikation der Kollegen untereinander zurückzuführen sind. So sind selbst Pflegekräfte, deren Muttersprache Deutsch ist, in ihrem Berufsalltag häufig mit Verständigungsproblemen konfrontiert.

Wie viel schwerer aber haben es internationale Pflegekräfte, für die Deutsch eine Fremdsprache ist! Sie sind nicht nur mit Wortschatzproblemen konfrontiert, sondern sie müssen das umfassende kulturelle, gesellschaftliche System kennen lernen, in dem sie arbeiten, die unterschiedlichen spezifisch deutschen Kompetenzbereiche von Ärzten und Pflegekräften beispielsweise und die verschiedenen, manchmal fremden und unverständlichen Vorstellungen von Körper, Krankheit, Genesungsprozess und Gesundheit, vom Umgang mit schlechten Nachrichten und mit dem Tod. Das ist eine große Herausforderung!


Wir möchten Ihnen, liebe internationale Pflegekräfte, die Sie den Mut, die Kraft und das Durchhaltevermögen haben, sich diesen Herausforderungen zu stellen, unsere Bewunderung für Ihre Entscheidung ausdrücken und Ihnen gleichzeitig Alles Gute auf Ihrem anspruchsvollen Weg wünschen!

Um Ihnen diesen Weg ein wenig zu erleichtern, haben wir das vorliegende Buch geschrieben, das auf unseren langjährigen Erfahrungen als Pflegekräfte und als Dozenten für internationale Ärzte, Wissenschaftler und Pflegekräfte an der Charité, Universitätsmedizin Ber-

lin, aufbaut. »Deutsch für Pflegekräfte« dreht sich um jegliche Form der Kommunikation von Pflegekräften in deutschen Krankenhäusern und ist, ausgestattet mit zahlreichen Selbstlernaufgaben und einem ausführlichen Lösungsteil, für Pflegekräfte gedacht, die ihre Deutschkenntnisse für den Beruf selbstständig verbessern wollen.

Der erste allgemeine Teil widmet sich vor allem grundsätzlichen Gegebenheiten des deutschen Gesundheitssystems wie dem Sozialversicherungssystem, dem Begriff der »Pflegediagnosen«, der Bedeutung von Pflegeversicherung und Pflegestufen, dem Grundvokabular zu solchen Themen wie »Stationen und Berufe im Krankenhaus« und »pflegerische Materialien« und dem Wortschatz der Anatomie. Der zweite Themenschwerpunkt des Buches liegt auf dem Pflegeprozess: Hier werden Sie bezüglich aller drei relevanten Themen, der Pflegeanamnese, dem Pflegebericht und der Pflegeplanung, immer wieder einer Patientin, Frau Vogler, und ihrer spezifischen Krankengeschichte begegnen. Im dritten Teil geht es schließlich um alle möglichen Arten und Formen der Kommunikation von Pflegekräften im Krankenhaus, wie sie weiter oben bereits beschrieben worden sind. Das Buch schließt mit einigen Fallgeschichten aus Kliniken zum Thema »Aus (Kommunikations-)Fehlern lernen« und mit zusätzlichen Informationen zum deutschen Pflegewesen.

Grundsätzlich war es uns wichtig, zu jedem Thema sowohl theoretische Hintergrundinformationen zu vermitteln als auch praxisorientierte Fallgeschichten und authentische Gesprächsbeispiele sowie Listen mit Vokabeln und Beispielformulierungen zur Verfügung zu stellen, denn Kommunikation ist vor allem eins: lebendig und im Wandel begriffen.

Eine CD mit Übungen zum effektiven Training von Aussprache und Hörverständnis begleitet das Lehrwerk. An den entsprechenden Stellen im Buch wird durch das Zeichen  am Rand auf Texte, Übungen und Beispielformulierungen verwiesen, die auch auf der CD angehört werden können.

Ein letztes Wort möchten wir über unsere Verwendung der weiblichen und männlichen Bezeichnungen für Berufe und anderes verlieren: Wir haben uns bemüht, so oft wie möglich geschlechtsneutrale Formulierungen wie die Bezeichnung »Pflegekraft« zu verwenden. An Stellen, an denen uns dieses Vorgehen nicht möglich erschien, haben wir uns aus Platzgründen und Gründen der Lesbarkeit für die altbewährte männliche Form der Nomen entschieden. Da unser Buch vermutlich vor allem von Frauen studiert wird, bitten wir Sie diesbezüglich um Nachsicht und Verständnis!

Wir wünschen Ihnen viel Freude und Erfolg bei der Lektüre des Buches und hoffen von Herzen, Ihnen Ihren Klinikalltag ein Stück weit erleichtern und bereichern zu können!

Ulrike Schrimpf, Sabine Becherer und Andrea Ott
Berlin, im Herbst 2010

Inhaltsverzeichnis

1	Allgemeines	1
1.1	Sklavinnen, Künstlerinnen, Genies der Nächstenliebe? – Das (Berufs-)Bild der Pflegekraft	2
1.2	Das deutsche Gesundheitssystem	4
2	Grundvokabular	23
2.1	Struktur und Hierarchie im Krankenhaus	24
2.2	Pflegerische Materialien im Krankenhaus	34
2.3	Anatomie – innere und äußere Organe	40
3	Der Pflegeprozess	57
3.1	Einleitung	58
3.2	Kennenlernen der Patientin: Pflegeanamnese	59
3.3	Pflegeplanung Frau Vogler	72
3.4	Pflegebericht Frau Vogler	76
4	Kommunikation in der Pflege	83
4.1	Einführung – Gesundheits- und Krankenpflegerin Sarah erzählt: Ein Frühdienst auf der Intensivstation	84
4.2	Kommunikation mit Patienten	95
4.3	Kommunikation mit Kollegen	125
4.4	Telefonieren im Krankenhaus	136
4.5	Kommunikation in Notfallsituationen	142
4.6	Kommunikation mit Ärzten	145
4.7	Transkulturelle Kommunikation in der Pflege	149
5	Aus Fehlern lernen – Abschließende Fallgeschichten aus Kliniken	157
6	Wissenswertes zum deutschen Pflegewesen	163
6.1	Hierarchie und Berufsverbände im Pflegewesen	164
6.2	Krankenpflegeausbildung in Deutschland	166
7	Lösungen	173
8	Anhang	203

Inhaltsverzeichnis des Hörbuchs

Track	Kap.	Übung/Text
1	Kap. 1	Kap. 1 Allgemeines, 1.2 Das deutsche Gesundheitssystem Übung 1.9 Von der Erkrankung zur Genesung: Frau Klings Noteinweisung ins Krankenhaus.
2	Kap. 3	Kap. 3.2 Kennenlernen der Patientin: Pflegeanamnese Übung 3.9 Pflegeanamnesegespräch Frau Vogler
3	Kap. 4	Kap. 4 Kommunikation in der Pflege. Kap. 4.1 Einleitung – Gesundheits- und Krankenpflegerin Sarah erzählt: Ein Frühdienst auf der Intensivstation Übungen 4.2 bis 4.8
4		Kap. 4.2 Kommunikation mit Patienten, Kap. 4.2.1 Pflegerische Versorgung Übung 4.17
5		Kap. 4.2.3 Mahlzeitengabe Übung 4.35
6		Kap. 4.2.4 Psychosozialer Bereich: Trost und Beistand geben Übung 4.45
7		Kap. 4.3 Kommunikation mit Kollegen, Kap. 4.3.2 Patientenübergabe Übung 4.59
8		Kap. 4.4 Telefonieren im Krankenhaus Übung 4.64

Kurzbiografie der Autorinnen

Ulrike Schrimpf

Ulrike Schrimpf hat Französische Philologie und Allgemeine und Vergleichende Literaturwissenschaften in Berlin und Paris studiert. Sie war als Literaturagentin, Literaturwissenschaftlerin und freie Lektorin tätig und arbeitet seit zehn Jahren als Dozentin in dem Bereich »Deutsch als Fremdsprache«. Seitdem hat Ulrike Schrimpf sich u. A. auf die Gebiete »Fachsprachen«, »Fachsprache Medizin« und »Interkulturelle Kommunikation und Kompetenz« spezialisiert. Sie ist eine der Mitbegründerinnen der Charité International Academy (ChIA), eines Fortbildungsprogrammes für internationale und deutsche Ärztinnen und Ärzte, Wissenschaftler und Pflegekräfte an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Ulrike Schrimpf lebt und arbeitet heute als freie Autorin und Dozentin in Wien.

Sabine Becherer

Sabine Becherer hat nach ihrer Ausbildung zur Krankenschwester einige Jahre im OP Funktionsdienst gearbeitet. Mit ihrem Wechsel auf die Intensivstation absolvierte sie die Fachweiterbildung zur Fachkrankenschwester für Anästhesiepflege und Intensivmedizin. Seit 2008 ist sie als Diplompflegewirtin (FH) in der Öffentlichkeitsarbeit und Personalkommunikation für den Pflegedienst einer Universitätsklinik tätig. Die Schwerpunkte in ihrem Studium waren Marketing und Kommunikation im Krankenhaus. In Ihrer Freizeit engagierte sie sich mehrere Jahre ehrenamtlich als Rettungsassistentin und später als Pressesprecherin in einer Hilfsorganisation.

Andrea Ott

Andrea Ott ist examinierte Kinderkrankenschwester und hat Sportwissenschaften mit dem Schwerpunkt Rehabilitation/Prävention in Berlin und Madrid studiert. Als Kinderkrankenschwester arbeitete sie auf einer neonatologischen Intensivstation, später dann versorgte sie erwachsene Patienten auf einer chirurgischen und internistischen Notaufnahme. Seit 17 Jahren arbeitet sie nicht nur als Kursleiterin und Personal Trainerin im Bereich Rehabilitation und Prävention, sondern auch als Dozentin für den Behinderten Sportverband Berlin in der Übungsleiterausbildung. Für die Charité International Academy (ChIA) ist sie als Dozentin »Deutsch für internationale Mediziner« und »Deutsch für internationale Pflegekräfte« tätig. Andrea Ott lebt und arbeitet als freie Trainerin, Dozentin und Autorin in Berlin.

Allgemeines

- 1.1 **Sklavinnen, Künstlerinnen,
Genies der Nächstenliebe? –
Das (Berufs-)Bild der Pflegekraft – 2**
- 1.2 **Das deutsche Gesundheitssystem – 4**
 - 1.2.1 Von der Erkrankung zur Genesung:
Frau Klings Noteinweisung ins Krankenhaus – 4
 - 1.2.2 Das Sozialversicherungssystem
in Deutschland – 9
 - 1.2.3 Finanzierung – 10
 - 1.2.4 Ambulante und stationäre ärztliche
Gesundheitsversorgung – 11
 - 1.2.5 Pflegediagnosen – 12
 - 1.2.6 Pflegeversicherung und Pflegestufen – 15
 - 1.2.7 Statistische Angaben – 21

1.1 Sklavinnen, Künstlerinnen, Genies der Nächstenliebe? – Das (Berufs-)Bild der Pflegekraft

Übung 1.1 Betrachten Sie die verschiedenen Fotos von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Krankenpflegern (■ Abb. 1.1) und überlegen Sie, was die Bilder darstellen. Beachten Sie dabei folgende Aspekte:

- Zeit der Aufnahme,
- Ort der Aufnahme,
- Herkunft der Pflegekräfte,
- Geschlecht der Pflegekräfte,
- dargestellte Patienten/innen,
- gezeigte Tätigkeiten der Pflegekräfte,
- gezeigte Geräte und andere Materialien.

Übung 1.2 Diskutieren Sie folgende Fragen oder überlegen Sie für sich:

- Mit welchen Bildern können Sie als Pflegekraft sich am ehesten identifizieren? Warum?
- Welche Bilder gefallen Ihnen weniger/nicht? Warum?
- Welches Bild stellt für Sie am treffendsten die Rolle der Pflegekraft in Deutschland dar? Warum?



■ Abb. 1.1 Pflegekräfte im Einsatz.

Vielleicht besitzen Sie ein Bild von sich selbst in einer beruflichen Situation als Pflegekraft? Oder Sie haben Lust, sich selbst in Ihrem Berufsalltag zu malen, eine Collage oder Ähnliches zu dem Thema anzufertigen?

Übung 1.3 Anregung

Lesen Sie nun die unterschiedlichen Aussagen zu der Rolle der Pflegekraft in der Gesellschaft und überdenken Sie diese unter Berücksichtigung der folgenden Fragen:

Übung 1.4

Was bedeuten die unterschiedlichen Zitate?

Welche Aussagen teilen Sie, welche nicht? Warum?*

» Für mich sind das Genies der Nächstenliebe. «

(Harald Schmidt, deutscher Entertainer)

» Krankenschwestern sind ausgebildete Sklavinnen und als solche typische Vertreterinnen des weiblichen Berufsmodells. «

(Germaine Greer, australische Intellektuelle, Autorin und Publizistin, Feministin)

» Das wesentliche Therapeutikum in der Altenpflege sind die Pflegenden. «

(Erich Grond, deutscher Professor für Sozialmedizin und Psychopathologie, Psychotherapeut und Dozent für Gerontopsychiatrie)

» Krankenpflege ist keine Ferienarbeit. Sie ist eine Kunst und fordert, wenn sie Kunst werden soll, eine ebenso große Hingabe, eine ebenso große Vorbereitung, wie das Werk eines Malers oder Bildhauers. Denn was bedeutet die Arbeit an toter Leinwand oder kaltem Marmor im Vergleich zu der am lebendigen Körper, dem Tempel für den Geist Gottes? «

(Florence Nightingale, britische Krankenschwester, Pionierin der modernen Krankenpflege)

Das folgende französische Sprichwort aus dem 16. Jahrhundert beschreibt die Aufgaben von Ärzten gegenüber ihren Patienten. Man kann es aber auch als Beschreibung der pflegerischen Aufgaben ansehen:

Guérir - quelquefois, soulager – souvent, consoler – toujours.

Heilen – manchmal, lindern – oft, trösten – immer.

Wie finden Sie das Zitat? Zutreffend, falsch, oberflächlich...? Überlegen Sie und/oder diskutieren Sie ggf. mit Ihren Kollegen.

Übung 1.5

Wie sehen Sie selbst Ihre Hauptaufgaben als Krankenpflegerin? Können Sie sich noch daran erinnern, warum Sie Ihren Beruf gewählt haben? Welche Wünsche, Vorstellungen, Ziele usw. haben Sie mit Ihrer Berufswahl verfolgt? Welche – beruflichen – Wünsche treiben Sie heute an?

Übung 1.6

Denken Sie nach und notieren Sie sich, wenn Sie möchten, Stichpunkte.

■ Tab. 1.1 Das deutsche Gesundheitssystem

Personen und Institutionen	Dokumente zur Kommunikation/Vorgänge	Bereiche im Gesundheitssystem
Notararzt	mündliche Übergabe an das Personal der Notaufnahme	präklinische Versorgung
Medizinisch-technische Assistentin	Laborbericht	Diagnostik

1.2 Das deutsche Gesundheitssystem

1.2.1 Von der Erkrankung zur Genesung: Frau Klings Noteinweisung ins Krankenhaus

- Übung 1.7** Der Weg von einer Erkrankung zur Genesung kann lang sein und führt auch über das Krankenhaus und dort über verschiedene Stationen. Welche verschiedenen Stationen, verwendeten Dokumente/behandelnden Ärzte usw. eines solchen Weges fallen Ihnen ein? Sammeln Sie Ideen in ■ Tab. 1.1.
- Übung 1.8** Denken Sie sich eine spezielle Patientengeschichte inkl. Krankenhausaufenthalt/en aus und ordnen Sie die verschiedenen vorkommenden Stationen/Vorgänge/Institutionen/Dokumente usw. in einem Organigramm an.
- Übung 1.9** Lesen Sie die folgende Geschichte zum Thema »Von der Erkrankung zur Genesung: Frau Klings Noteinweisung ins Krankenhaus« und erstellen Sie ein Schaubild zu den unterschiedlichen Stationen, Institutionen usw. zu dem Beispielfall.



- 1** Es war ein sonniger Tag im März. Meine Mutter, Sabine Kling, hatte einen Termin zum EKG beim **Hausarzt**, einem Internisten; ich hatte im Büro ein Arbeitstreffen. Danach wollten wir uns zum Frühstück in der Fußgängerzone in Tegel treffen.

Als ich mich auf dem Weg dorthin befand, klingelte in der U-Bahn mein Handy. Meine Mutter war am Apparat. Was sie mir sagte, traf mich wie ein Donnerschlag! Sie hatte eine **Noteinweisung** fürs Krankenhaus bekommen, mit der Auflage, sich dort sofort vorzustellen. Hätte sie dem nicht zugestimmt, wäre gleich der Rettungswagen in die Praxis bestellt worden.

Wir trafen uns also am verabredeten Café, aber anstatt dort gemütlich zu frühstücken, eilten wir nach Hause. Wir packten Klei-

derung fürs Krankenhaus ein und fuhren dann sofort wieder los. Normalerweise hätte der **Hausarzt** meiner Mutter erst einmal eine **Überweisung** zum **Facharzt** für Kardiologie gegeben, aber das hier war ein Notfall. Sie bekam also nur einen kurzen Arztbrief für die Krankenhausärzte mit. Da sie eine **Noteinweisung** hatte, war eine **Kostenübernahme der Krankenkasse** nicht nötig.¹

Ich fuhr meine Mutter mit dem Auto zur Notaufnahme in das kleine Krankenhaus bei uns am Ort. Da dort gerade keine anderen Patienten warteten, wurde sie sofort in ein Untersuchungszimmer gebracht und von einem Arzt aufgenommen. Hier wurde ihr Blut abgenommen, um die Herzenzyme zu untersuchen. Außerdem wurde eine Aufnahmeanamnese erstellt.

Da das EKG vom Internisten große Auffälligkeiten im Herzrhythmus aufwies, wurde noch einmal ein neues zum Vergleich geschrieben. Auch der Blutdruck war viel zu hoch. Die Hoffnung, ich würde meine Mutter wieder mit nach Hause nehmen können, erfüllte sich leider nicht. Sie wurde stationär aufgenommen. Nach anderthalb Stunden Aufenthalt in der Notaufnahme bekamen wir ihre Station mitgeteilt. Richtig realisiert hatten wir die Situation beide noch nicht.

Meiner Mutter wurde ein Bett in einem Zweibettzimmer mit Ausblick auf einen kleinen Park zugeteilt. Dass ihre Mitpatientin an Alzheimer litt, wussten wir zu diesem Zeitpunkt noch nicht. Meine Mutter erfuhr erst davon, als besagte Dame nachts orientierungslos im Zimmer umherwandelte, die Wandschränke ausräumte und beinahe die Brille meiner Mutter aus dem Fenster warf. In klaren Momenten war sie jedoch die liebenswerteste Person, die man sich vorstellen kann.

Meine Mutter bekam am Aufnahmetag erst einmal nur Tabletten verordnet: Betablocker, um den Herzrhythmus zu normalisieren, und weitere Tabletten, um den Blutdruck zu senken.

Am zweiten Tag wurden noch ein EKG geschrieben, ein Langzeit-EKG angelegt sowie ein Ultraschall vom Herzen angefertigt. Am dritten Tag bekam sie um acht Uhr einen Herzkatheter über die rechte Pulsarterie gelegt: einen sogenannten Linksherzkatheter. Mit dem Katheter gelangt der Arzt in die Herzkranzgefäße. Dann wird ein Kontrastmittel gespritzt, und mittels Röntgendurchleuchtung werden Bilder angefertigt. Der Arzt kann so feststellen, ob sich an den Herzkranzgefäßen Stenosen befinden. Ist dies der Fall, muss meistens ein Stent gesetzt oder eine Bypassoperation am Herzen erfolgen.

Nach der Untersuchung wurde meine Mutter in ein Vierbettzimmer **verlegt**. Bei ihrer Mitpatientin wurden ansteckende Durchfälle vermutet, und der Stationsarzt wollte das Risiko einer Anste-

1 Bei geplanten Krankenhausaufenthalten müssen in Deutschland vorher immer die Krankenkasse informiert und die Kostenübernahme schriftlich eingeholt werden. Ohne die Kostenübernahme ist eine Krankenhausaufnahme für gesetzlich krankenversicherte Personen in Deutschland nur mit einer Noteinweisung möglich.

ckung verhindern. Da meine Mutter den Arm wegen des Druckverbandes und der Gefahr einer Nachblutung nicht bewegen sollte, half die Schwester ihr beim Zusammenpacken und Tragen ihrer Kleidung in das neue Zimmer. Nach fünf Stunden konnte der Druckverband entfernt werden. Krankheiten am Herzmuskel oder den Herzkranzgefäßen wurden zum Glück nicht festgestellt. Es handelt sich »nur« um eine Herzrhythmusstörung.

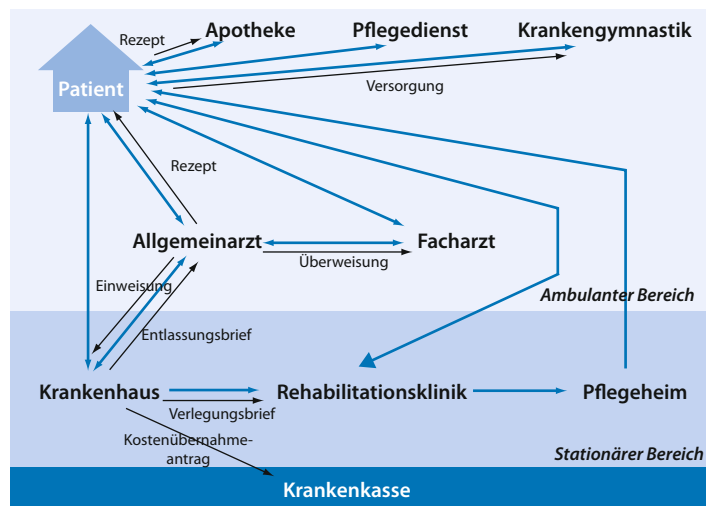
Am vierten Tag konnte ich meine Mutter wieder aus dem Krankenhaus abholen. Ich war überglücklich! Da sie keine Operation benötigte, war auch keine **Anschlussheilbehandlung**, also eine **Rehabilitation** in einer Klinik, nötig. Bypasspatienten lernen dort, wie sie sich nach einer Herzoperation im Alltagsleben wieder körperlich belasten können. In der Regel nehmen sie auch an einer Koronarsportgruppe teil, um regelmäßig unter medizinischer Aufsicht Bewegungsabläufe zu trainieren.

Mit dem **Arztbrief** für den weiterbehandelnden Arzt stellte sich meine Mutter am nächsten Tag bei einem **Facharzt** für Kardiologie vor, der die anschließende Therapie übernehmen würde. Ich war wieder dabei. Nachdem wir die **Praxisgebühr** von zehn Euro bezahlt hatten, nahmen wir noch 20 Minuten im Wartezimmer Platz, bis wir vom Arzt ins Sprechzimmer gerufen wurden.

Zur Nachkontrolle und Behandlung des Bluthochdrucks sowie der Herzrhythmusstörungen muss meine Mutter jetzt regelmäßig zum Arzt. Mit dem Rezept für die Medikamente sind wir gleich nach dem Arztbesuch in die Apotheke gegangen. Eines der Medikamente war nicht vorrätig. Die Apotheke hat es uns am Abend nach Hause geliefert.

Meine Mutter ist erleichtert, dass alles so gut ausgegangen ist und dass sie sich noch alleine zu Hause versorgen kann. Es wäre ihr sehr unangenehm, auf einen ambulanten Pflegedienst angewiesen zu sein. Ihre größte Angst ist es, einmal in einem Pflegeheim leben zu müssen!

■ **Abb. 1.2** Beispielorganigramm zum Weg von Frau Kling



Das gemeinsame Frühstück haben wir inzwischen nachgeholt.

(Anna Kling, 42 Jahre, zwei Kinder, freiberufliche Graphikerin, Tochter von Sabine Kling)

Vergleichen Sie Ihre Ergebnisse aus ► Übung 1.8 mit dem Beispielorganigramm zu Sabine Klings Fall in ■ Abb. 1.2.

Übung 1.10

Die in ■ Tab. 1.2 genannten Begriffe sind im Bericht von Anja Kling fett gedruckt. Sie sind wichtig, um die Funktionsweise des deutschen Gesundheitssystems zu verstehen.

Übung 1.11

Überlegen Sie, ob Sie ihre Bedeutung kennen und notieren Sie sie, falls ja, in der Tabelle.

Falls Sie gewisse Begriffe nicht kennen, studieren Sie bitte die folgenden Kapitel zum deutschen Gesundheitssystem und vervollständigen Sie anschließend die Tabelle.

Eine Auflösung finden Sie am Ende des Buches im Lösungsteil (► Kap. 7).

Wie wäre es Sabine Kling in Ihrer Heimat ergangen? Wie wären die Ärzte/ Pflegekräfte mit ihr umgegangen? Welche Maßnahmen wären ergriffen worden? Welche Dokumente wären notwendig gewesen? Wohin wäre sie überwiesen worden? Überlegen Sie und tauschen Sie sich ggf. aus.

Übung 1.12 Anregung

Was gefällt Ihnen an dem Gesundheitssystem in Deutschland besonders gut? Was weniger? Was finden Sie bemerkenswert, schwierig, effektiv, kompliziert...? Überlegen Sie.

Übung 1.13

■ Tab. 1.2 Wichtige Begriffe des Gesundheitssystems und deren Bedeutung (Lösungen ► Kap. 7)

Begriff	Bedeutung
-e Anschlussheilbehandlung, en	
-r Arztbrief, e	
-r Facharzt, »e	
-r Hausarzt, »e	
-e Noteinweisung, en	
-e Kostenübernahme,	
-e Krankenkasse, en	
-e Praxisgebühr, en	
-e Rehabilitation	
überweisen + A	
-e Überweisung, en	
verlegen + A	
-e Verlegung, en	

1.2.2 Das Sozialversicherungssystem in Deutschland

Welche Informationen sind Ihrer Meinung nach wichtig, um das Gesundheitssystem eines Landes zu verstehen? Zum Beispiel Informationen

- zur Krankenversicherung,
- zu Institutionen usw.

Denken Sie nach und notieren Sie Stichpunkte.

Übung 1.16

Lesen Sie den folgenden Text zum deutschen Gesundheitssystem und markieren Sie Informationen und Aspekte, die Sie besonders interessieren.

Übung 1.17

Nennen Sie konkrete Beispiele für den »Versorgungsauftrag« der Kranken- und Pflegeversicherungen: Wie könnten

- heilende,
- wiederherstellende,
- lindernde und
- vorbeugende Maßnahmen z. B. aussehen?

Eine Auflösung finden Sie am Ende des Buches im Lösungsteil (► Kap. 7).

Übung 1.18

Das System des deutschen Gesundheitswesens basiert auf der staatlichen Finanzierung über Sozialversicherungen, d. h. die Einwohner von Deutschland sind i. Allg. sozialversichert, und ihre ärztliche Behandlung wird über diese Versicherung bezahlt.

Es gibt verschiedene Formen der Sozialversicherung in Deutschland:

- die gesetzliche Krankenversicherung (GKV),
- die Pflegeversicherung,
- die Unfallversicherung,
- die Arbeitslosenversicherung und
- die Rentenversicherung.

Außerdem gibt es

- die private Krankenversicherung (PKV) und
- die staatliche Beihilfe für Beamte.

Die zentralen Aufgaben v. a. der Kranken- und Pflegeversicherungen sind in ihrem sogenannten »Versorgungsauftrag« zusammengefasst: Sie haben den Auftrag,

- kurativ (heilend),
- rehabilitativ (wiederherstellend),
- palliativ (lindernd) und
- präventiv (vorbeugend)

wirksam zu werden.

Die Institutionen, die solche Leistungen erbringen, sind entweder private oder staatliche Einrichtungen. Dazu gehören:

- ambulante Gesundheitseinrichtungen (Ärztelhäuser, Pflegedienste),
- stationäre Einrichtungen (Krankenhäuser und Pflegeheime),
- Träger staatlicher Einrichtungen (Bund, Länder, Gemeinden mit speziellen Aufgaben),
- Verbände der freien Wohlfahrtspflege (z. B. Caritas, Deutsches Rotes Kreuz u. a.),
- private Leistungserbringer (Apotheken, Ärzte mit privaten Praxen u. a.).

1.2.3 Finanzierung

Übung 1.19 Anregung Denken Sie über das Gesundheitssystem in Ihrer Heimat nach. Berücksichtigen Sie dabei folgende Aspekte:

- Wie wird in Ihrer Heimat die Behandlung von kranken Menschen finanziert?
- Gibt es dort eine Krankenversicherung?
- Wenn ja, was für eine? Müssen die Versicherten sie bezahlen? Welche Leistungen sind in der Versicherung enthalten? usw.

Vergleichen Sie Ihre Überlegungen zu dem Gesundheitssystem in Ihrer Heimat mit den Informationen im folgenden Text zu den Krankenversicherungen in Deutschland.

Das Gesundheitssystem wird über Versicherungsbeiträge finanziert. Bei den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) werden die Beiträge paritätisch (= zu gleichen Anteilen) aufgeteilt. In Deutschland sind ca. 90% der Bevölkerung in der GKV versichert. Die Beiträge orientieren sich dabei am jeweiligen Einkommen, d.h. Versicherte mit hohem Einkommen müssen mehr bezahlen als Versicherte mit niedrigem Einkommen. Familienmitglieder sind unter bestimmten Bedingungen beitragsfrei, z.B. können Kinder bei der Mutter oder dem Vater mitversichert sein. Der Leistungsanspruch in der GKV ist unabhängig von der Höhe der Beiträge für alle Versicherten der gleiche. Daraus ergibt sich das sogenannte Solidarprinzip: Die (Einkommens-)starken übernehmen die Lasten der (Einkommens-)schwachen Versicherten. Derzeit gibt es ca. 280 gesetzliche Krankenkassen, die in Landes- und Bundesverbänden organisiert sind.

Das Prinzip der GKV unterscheidet sich grundlegend von dem der Privatversicherung (PKV), deren Beiträge nicht einkommensabhängig, sondern leistungsabhängig ausfallen. Entscheidend ist hierbei das sogenannte Versicherungsrisiko. Ein älterer Versicherter, der starkes Übergewicht hat und langfristig an einer psychischen Erkrankung leidet, stellt z.B. eine relativ hohes Versicherungsrisiko für die PKV dar und muss daher einen deutlich höheren Beitrag bezahlen als eine junge schlanke Frau, die noch nie an einer besonderen Krankheit gelitten hat. Der Versicherte erhält bei der PKV nur die Leistun-

gen, die in seinem Versichertenpaket enthalten sind. Zurzeit sind ca. 9% der Bevölkerung in der PKV versichert.

2,3% der Bevölkerung sind anderweitig versichert (z. B. Bundeswehr, Zivildienstleistende, Sozialhilfeempfänger). Nur ca. 0,1–0,3% der Menschen in Deutschland sind ohne Krankenversicherungsschutz.

Seit einigen Jahren besteht auch für gesetzlich versicherte Personen die Möglichkeit, über Zusatzversicherungen (z. B. beim Zahnersatz) oder Zuzahlungen (z. B. für eine professionelle Zahnreinigung) weitere, nicht im Leistungspaket der KGV enthaltene Leistungen zu erhalten bzw. den finanziellen Eigenanteil zu reduzieren.

■ ■ KV-Karte

Jede in Deutschland in einer GKV versicherte Person ist im Besitz einer Krankenversicherungskarte (KV-Karte), auf der alle wichtigen Daten zu der Person und ihrem Versicherungsstatus gespeichert sind. Bislang befinden sich noch keine Daten zum Gesundheitsstatus oder zu verschriebenen Medikamenten auf der Karte. Über eine solche Erweiterung der Informationen wird aber diskutiert, um Behandlungsfehler oder Medikamentenwechselwirkungen zu vermeiden.

1.2.4 Ambulante und stationäre ärztliche Gesundheitsversorgung

Kennen Sie den genauen Unterschied zwischen den beiden Begriffen »Hausarzt« und »Facharzt«?

Formulieren Sie für jeden Begriff eine Definition in mindestens einem vollständigen Satz. Vergleichen Sie Ihre Ergebnisse mit den Erklärungen im folgenden Text.

Eine Auflösung finden Sie am Ende des Buches im Lösungsteil (► Kap. 7).

Übung 1.20

Die ambulante ärztliche Gesundheitsversorgung wird überwiegend von niedergelassenen Haus- und Fachärzten abgedeckt. Dabei sollen die **Hausärzte** aufgrund ihrer Kenntnisse der gesamten Krankengeschichte und der Lebensumstände der Patienten die medizinische Versorgung koordinieren. Der Hausarzt ist in der Regel die erste Anlaufstelle für den Patienten. Er überweist den Patienten dann bei Bedarf z. B. zum Facharzt oder in die Klinik. Besonders bei der Betreuung von chronisch kranken und alten Menschen spielen Hausärzte eine bedeutende Rolle.

Fachärzte übernehmen überwiegend spezialisierte Aufgaben, die ihrem Fachgebiet entsprechen. So wird ein Hausarzt seinen Patienten bei unklaren Herzbeschwerden immer an einen Kardiologen überweisen. Dieser entscheidet dann über das weitere Vorgehen, z. B. über die Überweisung in ein Krankenhaus. Es gibt in Deutschland neben staatlichen und privaten Krankenhäusern auch kirchliche Einrichtungen.

Das geeignete Krankenhaus wird vom behandelnden Arzt bestimmt; die Wünsche der Patienten werden dabei aber auch berücksichtigt. Entscheidend ist hier wiederum die Behandlung im jeweiligen Fachbereich. Grundlage der ärztlichen Versorgung ist die Festlegung einer Diagnose, für die es eine internationale Klassifikation gibt (ICD = International Classification of Diseases). Diese Standardisierung von Diagnosen erlaubt es u. a., die Häufigkeit bestimmter Erkrankungen auch im internationalen Vergleich festzustellen. So war z. B. die chronische Mangel durchblutung des Herzens (chronische ischämische Herzkrankheit) im Jahr 2003 mit insgesamt 355.264 Fällen die häufigste Hauptdiagnose in deutschen Kliniken.

1.2.5 Pflegediagnosen

- Übung 1.21** Arbeiten Sie auf Ihrer Station mit »Pflegediagnosen« oder mit »Pflegethemen«? Welche Unterschiede gibt es zwischen den beiden Begriffen? Überlegen Sie und tauschen Sie sich ggf. mit Kollegen aus. Lesen Sie anschließend den folgenden Text zum Thema »Pflegediagnosen«.
- Beispiel** Frau Körner ist 78 Jahre alt und wird wegen Diabetes mellitus Typ 2 stationär behandelt.
Ihre Pflegediagnose 1 lautet:
- Gesundheitsverhalten unwirksam, Auswahl der Nahrungsmittel erzielt unausgeglichene Blutzuckerspiegel.
- Frau Körner muss also lernen, sich gesund zu ernähren. Gleichzeitig ist Frau Körner aber aufgrund ihres Alters und ihrer sich daraus ergebenden Unbeweglichkeit nur unzureichend in der Lage, sich zu waschen.
- Hieraus resultiert eine weitere Pflegediagnose (Nr. 2):
- Haut- und Gewebeschädigung, Entzündungsreaktionen in den Hautfalten (Achseln, Kniekehlen).
- Diese Pflegediagnose hat nichts mit ihrer Erkrankung, dem Diabetes mellitus, zu tun, sondern resultiert aus dem Alterungsprozess (Lebensprozess) und den damit einhergehenden Einschränkungen. Diese werden im Pflegeprozess mit berücksichtigt. Gleichzeitig werden die Ressourcen von Frau Körner berücksichtigt: Sie ist bereit, Hilfe anzunehmen und trotz ihrer Bewegungseinschränkung eine adäquate Körper- und Hautpflege zu erlernen.
- Übung 1.22** Fassen Sie die verschiedenen Pflegediagnosen von Frau Körner in eigenen Worten kurz zusammen und bestimmen Sie den Unterschied zwischen der Pflegediagnose 1 und der Pflegediagnose 2.
- Übung 1.23** Studieren Sie ■ Tab. 1.4 zu den Unterschieden zwischen defizit- und ressourcenorientierter Pflege und fassen Sie sie in eigenen Worten zusammen.

Wie sieht diesbezüglich die Pflege in Ihrer Heimat aus? Würden Sie sie eher als ressourcenorientiert oder als defizitorientiert beschreiben? Überlegen Sie.

Anregung

Lesen Sie, aus welchen Faktoren eine Pflegediagnose besteht, und beschreiben Sie anhand dessen eine konkrete Diagnose mit Titel, Bestimmungswörtern und Definition.

Übung 1.24

Eine Pflegediagnose setzt sich aus folgenden Faktoren zusammen:

- **Pflegediagnosetitel:** Ein bis zwei Wörter drücken klar die Reaktion auf Gesundheits- oder Lebensprozesse aus.
- **Bestimmungswörter:** Hier wird die konkrete Bedeutung des Pflegediagnosetitels erklärt.
- **Definition:** Sie beschreibt, was genau unter dem Pflegediagnosetitel zu verstehen ist.

Die Pflegediagnose wird außerdem ergänzt durch mögliche Einflussfaktoren (Ursachen, Risikofaktoren) und Symptome bzw. Zeichen.

Vergleichen Sie Ihr Ergebnis mit dem Beispiel aus **Tab. 1.5**.

Übung 1.25

Wissen Sie, mit welcher Art von Pflegediagnosen in der Praxis in Deutschland gearbeitet wird? Überlegen Sie und machen Sie Notizen.

Übung 1.26

Vergleichen Sie Ihre Überlegungen mit den Informationen in der **Übersicht**.

Tab. 1.4 Unterschied zwischen defizitorientierter und ressourcenorientierter Pflege

Defizitorientierte Pflege	Ressourcenorientierte Pflege
Die Erkrankung bzw. die Symptome stehen im Zentrum der Pflege und Behandlung; andere »Probleme« werden nicht berücksichtigt.	Die Erkrankung, das Symptom und weitere Probleme stehen im Zentrum der Pflege. Gleichzeitig werden die Ressourcen des Patienten ermittelt und für den Pflegeprozess genutzt.

Tab. 1.5 Faktoren, aus denen sich eine Pflegediagnose zusammensetzt

Pflegediagnosetitel	Bestimmungswörter	Definition	Ursache	Symptom
Gesundheitsverhalten unwirksam	Das Essverhalten hat nicht den gewünschten gesunderhaltenen Effekt.	Die Auswahl der Nahrungsmittel führt nicht zu einem ausgeglichenen und stabilen Blutzuckerwert.	fehlendes Wissen über gesunde Ernährung	zu viele zucker- und fettreiche Nahrungsmittel in der täglichen Ernährung enthalten

Mit folgenden Arten von Pflegediagnosen wird in der Praxis gearbeitet:

Kategorien von Pflegediagnosen

Aktuelle Pflegediagnosen

- ... beschreiben die Reaktion eines Menschen auf ein Gesundheitsproblem,
- ... sind durch ihren standardisierten Pflegediagnosetitel (P) charakterisiert
(Frage: Was ist das Problem?),
- ... benennen die Ätiologie bzw. den Einflussfaktor (E)
(Frage: Warum besteht das Problem?),
- ... kennzeichnen die Symptome (S)
(Frage: Wie zeigt sich das Problem?).
- **Beispiel:** Aktivitätsintoleranz.

Hochrisikodiagnosen

- ... sind durch ihren standardisierten Pflegediagnosetitel (P) charakterisiert
(Frage: Was ist das Problem?),
- ... benennen die Ätiologie bzw. den Einflussfaktor (E)
(Frage: Warum besteht das Problem?).
- Das Besondere an den Hochrisikodiagnosen ist, dass das Problem noch nicht aufgetreten ist, aber jederzeit auftreten könnte.
- **Beispiel:** Gefahr Haut- und Gewebeschädigung.

Syndrompflegediagnosen

- ... sind durch ihren standardisierten Pflegediagnosetitel (P) charakterisiert
(Frage: Was ist das Problem?).
- Syndrompflegediagnosen sind eine Kombination aus aktuellen und Hochrisikodiagnosen, die durch wenigstens einen gemeinsamen ursächlichen Faktor miteinander verbunden sind, der im Diagnosetitel enthalten ist.
- **Beispiel:** Inaktivitätssyndrom, hohes Risiko = beinhaltet folgende potenzielle Komplikationen:
 - Dekubitus,
 - Verstopfung,
 - Thrombose,
 - Harnwegsinfekt.
- Inaktivität ist der gemeinsame Faktor, dem alle Komplikationen unterliegen.

