

Berichte aus Lehre und Forschung

Herausgeber: Fachhochschule Bielefeld
Fachbereich Pflege und Gesundheit
Redaktion: Renate von der Heyden
Copyright: Annette Nauerth, 2008
ISSN: 1433 - 4461

Nr. 21

Entwicklung diagnostischer Kompetenzen in Gesundheitsfachberufen

Annette Nauerth (Hrsg.)

Inhalt

Vorwort

Teil 1

Diagnostische Kompetenzen in Gesundheitsfachberufen

Renate von der Heyden

1. Einleitung	2
2. Diagnose versus Befundung	3
3. Diagnostik in Gesundheitsfachberufen	5
3.1. Pflegeberufe	5
3.2. Physiotherapie	6
3.3. Ergotherapie	7
4. Formen der Datenerhebung / Informationsquellen	8
4.1. Studium und Auswertung von Patientenunterlagen	8
4.2. Beobachtung	8
4.3. Befragung	9
4.4. Körperliche Untersuchung	9
4.5. Tests	10
5. Diagnostische Kompetenzen	10
5.1. Fachspezifische diagnostische Kompetenzen	12
5.1.1. Fachwissenschaftliche Kompetenzen	12
5.1.2. Instrumentell-methodische Kompetenzen.....	13
5.1.3. „Geschulter Körper“ und „Körperliche Intelligenz“	13
5.1.4. Prozesse kennen und verstehen	15
5.1.5. Dokumentation	15
5.2. Interpersonelle Kompetenzen	15
5.2.1. Personale Kompetenzen	17
5.2.2. Soziale Kompetenzen	18
5.2.3. Kommunikative Kompetenz (Sprache und Kommunikation) ...	21
5.3. Intellektuelle Kompetenzen	23
5.3.1. Kritisches (und kreatives) Denken	24
5.3.2. Wahrnehmung	25
5.3.3. Kognition	25
5.3.4. Bewusstsein	27
5.3.5. Gedächtnis	28
6. Einflüsse auf Befunderhebung und Diagnose	28
6.1. Personenbezogene Einflüsse	29
6.2. Organisationsbezogene Einflüsse.....	32
6.3. Einfluss durch Diagnoseinstrumente.....	33

7. Entwicklung diagnostischer Kompetenzen	33
7.1 Entwicklung diagnostischer Kompetenzen	34
7.2 Lehr-Lernarrangements zur Entwicklung diagnostischer Kompetenzen	34
8. Kompetenzebenen der Praktiker	36
9. Ausblick	40
Literatur	41

Teil 2

Der Einsatz von Simulationspatienten in der Pflegeausbildung

Anja Lukat

1. Einleitung	44
2. Skillstraining	46
2.1 Definition von Skills	46
2.2 Lehr-Lernform Skillstraining	46
2.3 Phasen und Schritte im Skillstraining	47
2.4 Simulation	48
3 Simulationspatienten	48
3.1 Begriffserklärung	48
3.2 Funktionen von Simulationspatienten	49
3.3 Vorteile von Simulationspatienten	49
3.4 Nachteile von Simulationspatienten	51
3.5 Voraussetzungen für die Tätigkeit als Simulationspatient	53
3.6 Rekrutierung von Simulationspatienten	54
4 Praktische Hinweise zur Arbeit mit Simulationspatienten	55
4.1 Ausbildung der Simulationspatienten	55
4.2 Vorbereitung auf die Rolle	55
4.3 Training für das Feedback	56
4.4 Vorbereitung der Lernenden auf die Simulation	56
5 Ablauf der Simulation	57
5.1 Vor dem Rollenspiel	57
5.2 Ein- und Ausstieg in die Simulation	58
5.3 Während der Simulation	58
5.4 Feedback	58
6 Zusammenfassung und Ausblick	59
Literatur	60

Teil 3

Projektbeschreibung: Entwicklung und Erprobung eines Kurses zur Pflegediagnostik unter Einbeziehung von Simulationspatienten

Annette Nauerth

1.	Pflegediagnostik in der Ausbildung von Pflegekräften	62
2.	Ziele des Projektes Pflegediagnostik	63
3.	Methode	64
4.	Konzeptentwicklung	64
4.1	Der Ort des Projektes: Curriculare Einbettung	64
4.2	Didaktisch-methodische Vorüberlegungen	65
4.3	Ausgangssituation der Studierenden	67
4.3.1	Ergebnisse der Fragebogenauswertung	67
4.3.2	Ergebnisse der Analyse der Interviews	68
4.3.3	Fazit zur Ausgangssituation	69
4.4	Angestrebte Kompetenzen	70
4.5	Darstellung des Konzeptes	72
5.	Durchführung des Kurses	77
5.1	Theoretische und praktische Grundlagen	77
5.2	Rollenspiel zur Pflegebedarfserhebung	77
5.3	Gesprächsübung mit Simulationspatientinnen	78
5.4	Hospitation beim MDK	79
6.	Evaluation des Kurses	80
6.1	Allgemeine Evaluation des Fachbereiches	80
6.2	Ergänzende Fragen zum Kurs	80
6.2.1	Ausbildungsstand	80
6.2.2	Interesse der Studierenden	81
6.2.3	Einschätzung des Stellenwertes in der Praxis	81
6.2.4	Kenntnisse in Bezug auf das Unterrichten	81
7.	Diskussion und Konsequenzen	82
	Literatur	84
	Abbildungsverzeichnis	88
	Tabellenverzeichnis	88
	Anhang	89

Vorwort

Der vorliegende Bericht aus Lehre und Forschung gliedert sich in drei Teile, die von drei Autorinnen verantwortet werden. Die einzelnen Teile sind unabhängig voneinander, zu unterschiedlichen Zeiten sowie mit unterschiedlicher Zielsetzung erstellt worden. Die jeweiligen Teile sind überarbeitet, sodass sich ein sinnvolles Ganzes ergibt. Dennoch ist es möglich, dass sich zwischen den Teilen einzelne Aspekte wiederholen oder unterschiedlich dargestellt und bewertet werden. Dieses liegt in der unterschiedlichen Perspektive der jeweiligen Autorinnen begründet.

Der Inhalt richtet sich an alle Akteure in Gesundheitsfachberufen, auch wenn sich lediglich der erste Teil ausdrücklich auf alle Gesundheitsfachberufe bezieht und die beiden anderen Teile explizit auf Pflegeberufe rekurrieren. In Anlehnung an die Herkunftsberufe der im Fachbereich Pflege und Gesundheit Studierenden orientieren sich die Beiträge vorwiegend an den verschiedenen Pflegeberufen, an der Physiotherapie sowie an der Ergotherapie.

Teil 1 ist die Verschriftlichung einer Literaturrecherche zu *Diagnostischen Kompetenzen in Gesundheitsfachberufen*. Auf der Basis fachwissenschaftlicher Literatur werden relevante Kompetenzen im diagnostischen Prozess skizziert.

Teil 2 beschreibt die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen zum Einsatz von Simulationspatienten in Lehr-Lernsituationen. Diese Arbeitsform ist in Deutschland noch nicht weit verbreitet. Zur gründlicheren Beschreibung wurde daher die Hausarbeit von Anja Lukat aufgenommen, die sie im Rahmen des Moduls *Fachdidaktik Naturwissenschaftliche Grundlagen* angefertigt hat.

Teil 3 ist die Beschreibung eines durchgeführten Projektes im Fachbereich Pflege und Gesundheit an der Fachhochschule Bielefeld zur Entwicklung diagnostischer Kompetenzen dort studierender Pflegekräfte. Nach einer theoretischen Einführung ins Thema werden einzelne Projektschritte, und damit gleichzeitig Phasen der Entwicklung diagnostischer Kompetenzen, praxisnah dargestellt. Dieser Teil bietet Lehrkräften Anregungen zur Gestaltung von Lehr-Lernarrangements bezüglich einer möglichst großen Handlungs- sowie Erfahrungsorientierung in Lehr-Lernsituationen.

Der Bericht soll Impulse für weitere Forschungsaktivitäten zu Diagnostik in Gesundheitsfachberufen geben, er soll zum Nachdenken anregen sowie Anlass zu fachlichen Diskussionen bieten.

Annette Nauerth

Teil 1

Diagnostische Kompetenzen in Gesundheitsfachberufen

Renate von der Heyden

1. Einleitung

Umfassende Veränderungen im Gesundheitswesen stellen an die professionellen Akteure immer neue Anforderungen:

- Durch den zunehmenden Wohlstand und den medizinischen Fortschritt in den westlichen Ländern steigen die allgemeine Lebenserwartung sowie die Überlebenschance nach lebensbedrohenden Ereignissen und damit das Risiko der Pflege- bzw. Therapiebedürftigkeit.
- Chronische Erkrankungen nehmen deutlich zu
- Die Finanzierung des Gesundheitswesens wird durch die Steigerung der Ausgaben und die Reduzierung der Einnahmen auf Grund des demographischen Wandels unsicher.
- Durch technischen und pharmazeutischen Fortschritt sinkt die Aufenthaltsdauer in den Krankenhäusern. Therapie und Pflege werden in den ambulanten Bereich verlagert.
- Die soziale Unterstützung sinkt durch Auflösung der Großfamilien und die Forderung nach beruflicher Mobilität und Flexibilisierung.

Für Gesundheitsfachberufe wie *Pflege*, *Physiotherapie* und *Ergotherapie* bedeuten diese Entwicklungen eine Anpassung ihres beruflichen Handelns an Effizienz- und Effektivitätskriterien, wie z. B. die Erweiterung des Tätigkeitsspektrums, die Systematisierung und Nachweisbarkeit der Leistungen, Standardisierung von Maßnahmen, Qualitätsentwicklung- und -sicherung (vgl. Schrems, 2003, Voigt-Radloff, et al, 2000). In diesen Veränderungsprozessen leisten Diagnosen einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätsentwicklung, indem sie die Basis für eine fundierte Zielsetzung und Planung darstellen, die wiederum für eine Erfolgsüberprüfung relevant sind.

Die Selbstverständlichkeit einer eigenständigen fachlichen Diagnose ist in den Gesundheitsfachberufen unterschiedlich ausgeprägt. Keiner der genannten Berufe wird jedoch für sich in Anspruch nehmen das Expertenstadium im Tätigkeitsbereich des Diagnostizierens erreicht zu haben. Für die Pflegeberufe zeigen Ergebnisse empirischer Studien (ebd.), dass

- die Zusammenarbeit von Pflegepersonen und Patienten im Diagnoseprozess noch stark die Form der Einwegkommunikation und wenig Transparenz aufweist,

- von den gesamten Informationen, die in einem Anamnesegegespräch erhoben und gegeben werden, 50% nicht dokumentiert werden und von diesen wiederum nur 30% in Diagnosen einfließen und
- psychosoziale Diagnosen unterrepräsentiert sind bzw. sehr unterschiedliche Anwendung finden.

Obwohl es sich um punktuelle Studien handelt, sollten diese laut Schrems (ebd.) Anlass genug sein, sich näher mit dem Prozess des Diagnostizierens auseinander zu setzen.

2. Diagnose versus Befundung

In den Gesundheitsfachberufen galt lange Zeit das Postulat: „Diagnosen dürfen nur vom Arzt erstellt werden“. Angehörige von Gesundheitsfachberufen seien lediglich berechtigt, eine Befunderhebung durchzuführen. Diese Aussage wird heute jedoch z.B. durch den neu eingeführten und allgemein akzeptierten Begriff der *Pflegediagnosen* aufgeweicht und ist als überholt anzusehen.

Nicht alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen können diesen Schritt mittragen. So sprechen beispielsweise Ärzte der Berufsgruppe der Physiotherapeuten die Kompetenz einer qualifizierten Diagnostik ab (vgl. Heiliger, 04/07). Die therapeutischen Berufe Physio- und Ergotherapie benutzen immer noch die Begriffe der Befundung bzw. Befunderhebung. Die Verwendung dieser Begriffe wird zwar den Forderungen von Teilen der Ärzteschaft gerecht, entsprechen jedoch nicht dem, was Pflegende bzw. Therapeuten tun. Im Gegensatz zur ärztlichen, medizinischen Diagnose werden pflegerische bzw. therapeutische Befunde zwar auch gezielt zu einem bestimmten Zeitpunkt erhoben andererseits wird die – in therapeutischen Berufen bisher so genannte - Befunderhebung als fortlaufender Prozess gesehen, der nie abgeschlossen ist (vgl. Habermann, 1999). Die Begriffe der *Diagnose* und *Befundung* stellen somit einzelne Schritte im diagnostischen Prozess dar und nicht ein unterschiedliches Ausführungsniveau einer sich ähnelnden Prozedur.

Die Begriffe *Diagnose* und *Befund* werden in Meyers Lexikon wie folgt beschrieben:

Diagnose „(griechisch: die Unterscheidung)

Allgemein: Feststellen, Prüfen und Klassifizieren von Merkmalen mit dem Ziel der Einordnung zur Gewinnung eines Gesamtbildes.

Medizin: Das Erkennen einer Krankheit aufgrund der durch Anamnese, Beobachtung und Untersuchung festgestellten Krankheitszeichen und Befunde. Neben den klassischen Verfahren der Inspektion (Betrachtung), der Palpation (Abtasten), Perkussion (Abhören) sowie Blutdruckmessung verwendet die moderne Medizin eine Reihe zum Teil hochspezialisierter technischer Hilfsmittel wie Computertomografie, Kernspintografie, Elektrokardiografie oder Endoskopie.

Die Diagnose dient der Festlegung der bestmöglichen Behandlung.“
(Meyers Lexikon online)

Befund: „Feststellung, Ergebnis einer (ärztlichen) Untersuchung“ (Meyers Lexikon online)

In der Befundbewertung werden alle erhobenen Defizite, Problemstellungen, Fähigkeiten und Ressourcen zueinander in Beziehung gesetzt. Demnach führt die Summe der Einzelergebnisse einer Befunderhebung bzw. Befundung und deren Bewertung zur Diagnose.

Den Unterschied zwischen einer medizinischen Diagnose und einer Pflegediagnose sieht Eveslage (2006) darin, dass medizinische Diagnosen Krankheiten oder Organstörungen bezeichnen, die keinen Bezug zur Umwelt oder Familie herstellen und gleich bleiben bis die Krankheit oder Organstörung geheilt ist sowie juristisch in die Zuständigkeit des Arztes fallen. Demgegenüber beschreiben Pflegediagnosen Reaktionen auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsstörungen, sie berücksichtigen die Beziehung zur Umwelt oder sozialen Gemeinschaft, sie können sich fortlaufend verändern und die juristische Zuständigkeit unterliegt der Pflegeperson. Die medizinische Diagnose benennt lediglich die Ursache der jeweiligen Reaktion.

Wenn Akteure in den Gesundheitsfachberufen zwar Befunde erheben aber keine Diagnose stellen dürfen, bedeutet dies, dass sie entweder nur unter enger Aufsicht und einem ständigen Austausch mit Ärzten arbeiten können oder dass sie aus den eigenen erhobenen Daten und Informationen keine fachbezogenen Schlüsse ziehen und in Folge ineffektiv und planlos arbeiten würden.

Es ist offensichtlich, dass sich die Inhalte von Diagnosen auch zwischen den nichtärztlichen Berufsgruppen und innerhalb der Berufe in Abhängigkeit vom Fachbereich voneinander unterscheiden. In Pflegeberufen sind für die Pflegeplanung andere Aspekte relevant als in der Ergotherapie für die Therapieplanung, im orthopädischen Kontext liegt der Schwerpunkt wiederum auf anderen Merkmalen als im psychiatrischen Arbeitsfeld. Die medizinische Diagnose kann eine von vielen sein. Die unterschiedlichen Diagnosen der an einer Behandlung beteiligten Berufsgruppen konkurrieren nicht miteinander, sondern ergänzen sich gegenseitig. In der Zusammenführung der unterschiedlichen Diagnosen ergibt sich ein ganzheitliches Bild des Klienten.

In den Gesundheitsfachberufen hat die Aufmerksamkeit für eine fundierte Diagnostik in den letzten Jahren zugenommen. In den Berufen wurden vermehrt spezifische Befunderhebungsinstrumente entwickelt oder aus dem angelsächsischen Sprachraum übernommen. Die Bereitstellung von Instrumenten kann von daher als gut bezeichnet werden, die individuelle diagnostische Kompetenz ist demgegenüber jedoch noch entwicklungsfähig.

3. Diagnostik in den Gesundheitsfachberufen

Ziel einer berufsspezifischen, neben der medizinischen Diagnose, ist eine bedarfs- und bedürfnisorientierte Behandlungsplanung und -durchführung. Moderne Diagnoseinstrumente sind klientenzentriert ausgerichtet und erfordern in der Regel die aktive Mitarbeit der Patienten. Grundlage von Diagnoseinstrumenten in Gesundheitsfachberufen sind oftmals Theorien oder Modelle die aus berufsbezogener Sicht den Patienten und/oder das berufliche Selbstverständnis fokussieren. Aus diesem Grund reicht für eine Diagnoseerstellung oftmals nicht alleine das Wissen um das methodische Vorgehen, sondern es ist zudem ein umfassendes Verständnis der zugrunde liegenden Theorien oder Modelle notwendig.

3.1. Pflegeberufe

Pflegediagnosen erlauben nach Eveslage (2006) eine differenzierte und flexible Darstellung sowohl der individuellen Situationen von Patienten und deren Angehörigen, als auch der daraus resultierenden Aufgaben der Pflegenden. Danach beschreiben Pflegediagnosen Reaktionen, die weit über die pflegerische Sichtweise während eines klassischen Krankenhausaufenthaltes hinausgehen.

Für die Pflegenden in Deutschland eröffnet sich mit Pflegediagnosen ein visionäres Aktionsfeld mit bisher noch unbekanntem und ungenutzten Gestaltungsmöglichkeiten. Originäres Handlungsmuster der Pflegenden ist zurzeit der Pflegeprozess. Pflegediagnosen sind dabei als ein Instrument zu verstehen, das den Prozessverlauf in einer standardisierten Pflegeterminologie abbildet. Die Zielsetzung der pflegerischen Handlung kann so begründet dargestellt werden (vgl. Eveslage, 2006). Nach Nauerth (2000) stellen Pflegediagnosen, neben der Pflegeintervention und den Pflegeergebnissen, einen Bereich des pflegerischen Wissens dar.

Die Erstellung von Pflegediagnosen ist in Deutschland noch nicht sehr verbreitet (vgl. Wingenfeld, 2000), so dass der Prozess des Diagnostizierens aktuell nicht zu den Routineaufgaben der Pflegeberufe gehört. Die Krankenpflegeausbildung, als eine relevante Institution zur Entwicklung diagnostischer Kompetenzen, ist nach Eveslage (2006) noch sehr stark von Konformität geprägt. Das Erlernen und das Einüben von Handlungsrichtlinien stehen im Vordergrund und diese stabilisieren sich meist im Laufe des Berufslebens. Der diagnostische Prozess wird von Entscheidungen begleitet, die durch die jeweilige Stufe der allgemeinen pflegerischen Kompetenzentwicklung bestimmt werden (ebd.). Die Fähigkeiten zur echten Neugier auf theoretische Zusammenhänge, auf Problemlösung durch kritisches und kreatives Denken seien nur unzureichend entwickelt und würden selbst von langjährig erfahrenen Pflegekräften immer noch als reine Theorie und für die praktische Tätigkeit als nicht relevant wahrgenommen.

Die theoretische Basis zum routinemäßigen Diagnostizieren in der Pflege ist gegeben. Eine sichere sowie selbstverständliche Durchführung von Diagnostik müs-

sen Teile der Pflegenden noch entwickeln bzw. sollten in der Ausbildung angelegt werden.

3.2. Physiotherapie

Physiotherapie erfolgt in der Regel nach einer ärztlichen Verordnung für eine in den Heilmittel-Richtlinien umschriebene Maßnahme, die für die Therapie durchführenden Physiotherapeuten verpflichtend ist.

Vor Therapiebeginn erstellen Physiotherapeuten einen Befund zu den Problemstellungen der Patienten, der in einer physiotherapeutischen Diagnose mündet. Im offiziellen berufsspezifischen Sprachgebrauch wird der Begriff der Diagnose jedoch nicht verwendet, weil die Mediziner diesen Terminus für sich exklusiv in Anspruch nehmen (vgl. z.B. Heiliger, 04/07).

Traditionell konzentriert sich die Befundung in der Physiotherapie im Wesentlichen auf rein körperlich-funktionelle Problemstellungen. Es werden jedoch Prozesse zur Erweiterung der Sicht in Richtung einer bio-psycho-sozialen Perspektive auf den Patienten angestoßen (vgl. Hüter-Becker, 2005). Dementsprechend sehen Jones & Rivett (2006) die Grundlage einer erfolgreichen Behandlung in einer Diagnose, die sich nicht nur auf körperliche Strukturen und die assoziierte Pathobiologie beschränkt, sondern die vielfältigen, zum Gesundheitszustand beitragenden Faktoren mit berücksichtigt. Insbesondere gelte das für mögliche Auswirkungen von Beschwerden auf den Alltag der Patienten sowie für das Verständnis, das sie und wichtige Bezugspersonen von diesen Problemen und den Umgang damit haben. Die in der Physiotherapie existierende theoretische Sicht auf Inhalte einer fachbezogenen Diagnose werden ebenso bei Klemme & Siegmann (2006) deutlich, in dem sie im Kontext des Clinical Reasonings hervorheben, dass das diagnostische Reasoning, in Anlehnung an die Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), vorrangig Körperstrukturen, Körperfunktionen und deren Schädigungen sowie Aktivitäten und deren Beeinträchtigung umfasse (vgl. auch Hüter-Becker & Dölken, 2005). Die Aspekte *Partizipation* und *Umweltfaktoren* aus der ICF würden im konditionalen Reasoning berücksichtigt.

In der Physiotherapie ist die Befunderhebung im Sinne des technisch-methodischen Know-hows selbstverständlicher integraler Bestandteil der theoretischen und praktischen Ausbildung. In der Berufspraxis ist diese jedoch über die Krankenkassen nicht abrechnungsfähig (ebd.). An dieser Stelle muss noch Lobbyarbeit geleistet werden.

3.3. Ergotherapie

In der Ergotherapie wird bisher selten von einer ergotherapeutischen Diagnose gesprochen. Hier hat sich der Terminus des *Befundes* etabliert. Für die Diagnostik wird der Begriff *Befunderhebung* benutzt. In neuerer Zeit wird für die Diagnostik, insbesondere in der Fachliteratur, der Begriff des *Assessments* verwendet (vgl. Voigt-Radloff, et al, 2000).

Die Selbstverständlichkeit einer Befunderhebung in der Ergotherapie ist in den jeweiligen Fachbereichen sehr unterschiedlich ausgeprägt. Während im neurologischen, pädiatrischen und orthopädischen Tätigkeitsfeld eine Befunderhebung mit standardisierten Instrumenten (z.B. praktische Tests) oder Prozeduren (z.B. Untersuchungen) seit langem selbstverständlich ist, setzt sich in den Tätigkeitsfeldern der psychosozialen Versorgung sowie der beruflichen Rehabilitation erst seit den 80er Jahren die Notwendigkeit einer (standardisierten) Befunderhebung durch.

Die in der Ergotherapie verwendeten Befunderhebungsinstrumente orientierten sich lange Zeit inhaltlich an medizinischen Diagnosen. In den 90er Jahren wurden in der deutschen Ergotherapie Modelle und deren Befunderhebungsinstrumente aus dem angelsächsischen Sprachraum verbreitet und diskutiert (z.B. Canadian Occupation Performance Measure, Model of Human Occupation Screening Tool). Diese Befunderhebungsinstrumente sind unabhängig von medizinischen Diagnosen universell einsetzbar und können bei Bedarf um bewährte symptombezogene Instrumente ergänzt werden. Während bei den traditionellen Instrumenten die Therapeuten den Verlauf sowie den Fokus der Befunderhebung bestimmten, sind die neueren Befunderhebungsinstrumente klientenzentriert ausgerichtet und werden gemeinsam mit den Patienten oder deren Bezugspersonen bearbeitet.

Aufgrund des sehr breit angelegten beruflichen Tätigkeitsfeldes von Ergotherapeuten gibt es neben den universellen Befunderhebungsinstrumenten eine unüberschaubare Vielzahl von Instrumenten, die auf die jeweiligen Tätigkeitsfelder und teilweise auf bestimmte Institutionen ausgerichtet sind (vgl. Voigt-Radloff, et al, 2000).

In der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Ergotherapeuten sind die Befunderhebungsinstrumente aus dem angelsächsischen Raum als Inhalte ausgewiesen, die Intensität von Übungen im patienten- und situationsabhängigen Umgang mit den Instrumenten wird jedoch vom Interesse bzw. eigenem Wissenstand der zuständigen Lehrkräfte bestimmt und ist somit sehr different. Der Einsatz der Instrumente am realen Patienten in spezifischen Situationen orientiert sich innerhalb der Ausbildung an den Gegebenheiten in den Praktikumsstellen. Dabei kann es durchaus zu Situationen kommen in denen die Verwendung bestimmter Befunderhebungsinstrumente im Praktikum von der ausbildenden Schule erwartet wird, in der konkreten Praktikumsstelle jedoch nicht praktiziert wird. In diesem

Fall haben die Lernenden keine erfahrene Anleitung zur Seite, die als Modell sowie für Beratungen und Reflexionen zur Verfügung steht.

4. Formen der Datenerhebung / Informationsquellen

Die Art der Datensammlung bzw. Befunderhebung gestaltet sich in den Gesundheitsfachberufen recht unterschiedlich. Alle Berufe setzen jedoch die Beobachtung, die Befragung und die Dokumentenanalyse zur Datenerhebung ein.

4.1. Studium und Auswertung von Patientenunterlagen

Angehörige von Gesundheitsfachberufen arbeiten in Deutschland überwiegend nicht als „First-Practitioners“. Es ist davon auszugehen, dass beim Erstkontakt mit den Patienten bereits Unterlagen (z.B. Krankenakten, ärztliche Verordnungsbogen) zu den jeweiligen Problemstellungen der Patienten vorliegen. Diese können sich sowohl auf anamnestische Daten als auch auf Laborergebnisse beziehen. Je nach Umfang und Qualität können diese zur berufsbezogenen Diagnoseerstellung hinzugezogen werden.

4.2. Beobachtung

Die Beobachtung kann Teil der körperlichen Untersuchung in Form einer Inspektion sein. Eine Inspektion entspricht einem Beobachtungsvorgang, in dem der Körper mit den Augen abgesucht wird um typische Merkmale und auffällige Veränderungen festzustellen.

In der Physio- und Ergotherapie dient die Beobachtung zur Beurteilung komplexer Merkmale, wie z.B. Bewegungsmuster, Umgang mit Affekten oder Verhalten, etc.. Insbesondere in der Pflege gehören neben dem Einsatz des Sinneskanals *Sehen* auch die Sinneskanäle *Riechen* und *Hören* dazu.

Freie Beobachtung

In der unstrukturierten, freien Beobachtung wird der Patient zwar zielgerichtet jedoch ohne festgelegte Kriterien betrachtet. Das Setting ist nicht festgelegt. Die Erfassung der relevanten Merkmale ist abhängig von der Wahrnehmungsfähigkeit sowie der Erfahrung und Übung des Beobachters.

Systematische Beobachtung

In der systematischen Beobachtung werden die Rahmenbedingungen und die Beobachtungskriterien vorher festgelegt. Der Beobachter kann zusätzlich eine Checkliste der zu beobachtenden Merkmale verwenden. Die Verwertung der so gewonnenen Daten ist oft nicht gesichert, weil in Gesundheitsfachberufen zu berufsspezifischen Beobachtungsbögen selten Auswertungshilfen gegeben werden.

4.3. Befragung

Eine Befragung kann unspezifisch sowie spezifisch und wie die Beobachtung strukturiert bzw. unstrukturiert sein. Ein leitfragengestütztes Interview ist dabei genauso möglich wie standardisierte Fragebögen (vgl. Habermann, 1999, S. 104). Insbesondere der Ergotherapie stehen eine Vielzahl von Befragungsbögen für eine spezifische, strukturierte Befragung zur Verfügung.

Neben den beteiligten Patienten können auch enge Bezugspersonen in die Befragung miteinbezogen werden oder stellvertretend für die Patienten befragt werden.

Unstrukturierte Befragung

Das Spektrum der Befragung reicht von der unspezifischen Routinefrage: „Was kann ich für Sie tun?“ bis zu Fragen nach allgemeinen Beschwerden. Eine unspezifische, unstrukturierte Befragung findet während des unmittelbaren Patientenkontaktes ständig statt. Sie ist das wesentlichste und direkteste Instrument, um zeitnah Rückmeldungen zum patientennahen Handeln zu bekommen. Hier werden oft wertvolle diagnostische Hinweise gegeben, die jedoch nicht immer als solche wahrgenommen werden.

Strukturierte Befragung

Eine strukturierte Befragung wird an Hand eines Formulars vorgenommen, das gemeinsam mit den Patienten bzw. den Bezugspersonen oder von denen selber ausgefüllt wird. Sie kann sowohl selbsteinschätzend als auch abfragend sein. Idealerweise stellt ein solches Formular Auswertungsinstrumente zur Verfügung bzw. gibt Hinweise zur Verwertung der gewonnenen Daten.

4.4. Körperliche Untersuchung

Eine körperliche Untersuchung wird vorrangig in den Pflegeberufen und der Physiotherapie durchgeführt. Sie setzt sich aus verschiedenen Verfahren zusammen. In der Ergotherapie werden diese Methoden nur punktuell eingesetzt.

Palpation:

Mit Hilfe des Tastsinns werden Unterschiede und /oder Abweichungen von der Norm bei Merkmalen wie Temperatur, Feuchtigkeit, Beschaffenheit der Haut, Druckempfindlichkeit, Schwellungen etc. festgestellt.

Perkussion:

Mit den Fingerspitzen werden Teile des Körpers abgeklopft, um aus der hörbaren Resonanz die Größe und Umriss einzelner Organe beurteilen oder Flüssigkeitseinlagerungen in Körperhöhlen entdecken zu können.

Auskultation:

Geräusche im Körperinneren, wie z.B. Atemgeräusche, Darmgeräusche, Blutstrom in den Arterien oder Herztöne, werden meistens mit einem Stethoskop oder Hörrohr der auditiven Wahrnehmung zugänglich gemacht.

Bewegungsbezogene körperliche Untersuchung:

Insbesondere in der Physiotherapie werden Funktionen des Bewegungsapparates unter Einsatz des Körpers des Therapeuten überprüft. Der Therapeut stellt sich als Gegenspieler zur Verfügung und schätzt aufgrund seines eigenen Körpereinsatzes die aktive Funktionsfähigkeit des Patienten ein. Ebenso werden passiv Bewegungsausmaße auf ihre Funktion hin überprüft und bewertet (vgl. Potter & Weilitz, 2005, S. 22 ff.).

4.5. Tests

Innerhalb der Gesundheitsfachberufe ist das Spektrum an bereitgestellten Tests unübersichtlich groß. Charakteristisch für einen Test ist die Orientierung an definierten Normwerten. In den Gesundheitsfachberufen werden mit Hilfe von Testverfahren motorische, sensorische, kognitive sowie psychosoziale Funktionen bewertet. Sie werden zur Überprüfung von Kraft, Beweglichkeit und Geschicklichkeit, der Wahrnehmungsfähigkeit in allen Sinnesbereichen, des Entwicklungsstands, der beruflichen Leistungsfähigkeit und vielem mehr eingesetzt. Hier wird in der Regel mit beobachtbaren Indikatoren gearbeitet. Je nach Ausmaß der Validierung der Instrumente, kann dann eine Aussage im Hinblick auf das interessierende Kriterium erfolgen.

5. Diagnostische Kompetenzen

Die Diagnoseerstellung bzw. Befunderhebung ist ein komplexer Prozess, der nicht isoliert stattfindet, sondern in einen Kontext eingebettet ist. Die pflegerischen und therapeutischen Berufe betrachten den Menschen und seine Gesundheit ganzheitlich, dies impliziert ein Zusammenspiel interpersoneller, fachspezifischer und intellektueller Prozesse im diagnostischen Prozess (vgl. Lunney, 2007, S. 27). Gesundheitsfachberufe haben es mit individuellen Menschen zu tun, deren persönlicher Hintergrund sehr unterschiedlich ist. Einerseits können die unterschiedlichen Rahmenbedingungen einen erheblichen Einfluss auf die jeweiligen Problemstellungen haben. Andererseits hat die Persönlichkeit der Pflegenden bzw. Therapeuten Auswirkungen auf ablaufende Prozesse.

Die Komplexität des diagnostischen Prozesses kann für Ausbildungszwecke durch eine Strukturierung in einzelne Schritte reduziert werden. Die Schritte des diagnostischen Prozesses in der Pflege teilt Müller Staub (2006, S. 277) ein in: Informationssammlung, Analyse der Informationen, Synthese der Informationen und diagnostische Urteilsbildung.

Zur Sammlung und Bewertung gesundheitsbezogener Daten nennen Gordon & Bartholomeyczik (2001, S.203) drei wesentliche einflussnehmende Faktoren: den Kontext der Situation, die Art der Information sowie die Fähigkeit der diagnostizierenden Person zur Erkennung und Wahrnehmung. Als Basiskompetenzen für

die Informationssammlung nennen sie (vgl. ebd. S. 230) Wahrnehmung, Intuition sowie schlussfolgerndes Denken.

Pflegehandlungen bzw. Therapie sind Prozesse, die in der Regel spiralförmig verlaufen. Einzelne Phasen des Pflege- bzw. Therapieprozesses können sich wiederholen. Hagedorn (2000, S. 11) hat für die Ergotherapie diesen Prozess als Problemlöseprozess dargestellt. Sie beschreibt dabei explizit die Option, dass nach der Problemidentifizierung keine weiteren Maßnahmen erfolgen, wenn das festgestellte Problem mit ergotherapeutischen Mitteln nicht gelöst werden kann bzw. kein relevantes Problem festgestellt wird. Für die Pflegeberufe beschreibt Schrems (2003, S.38) den Pflegeprozess als kybernetischen Regelkreis, in dem einzelne Schritte aufeinander folgen und aufeinander wirken.

Tabelle 1: Vergleich Problemlösungsprozess Hagedorn und Schrems

<u>Der Problemlöseprozess nach Hagedorn:</u>	<u>Kybernetische Regelkreis im Pflegeprozesses nach Schrems:</u>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Informationen sammeln 2. Informationen analysieren 3. Problem identifizieren 4. Erwünschtes Ergebnis festlegen (<i>Therapieziel</i>) 5. Lösungen festlegen (<i>Therapie-maßnahme</i>) 6. Ansatz auswählen (<i>Methoden-auswahl</i>) 7. Aktionsplan aufstellen (<i>Thera-pieplan</i>) 8. Plan ausführen (<i>Durchführung der Therapie</i>) 9. Ergebnis überprüfen (<i>Evaluati-on</i>) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pflegeanamnese (Informationssammlung) 2. Pflegediagnose (Problemdefinition) 3. Zielformulierung, Zielvereinbarung 4. Maßnahmenplanung und Durchführung 5. Evaluation gemäß der Zielsetzung

In diesen Darstellungen des therapeutischen bzw. Pflegeprozesses wird der Diagnostik viel Raum gegeben. Es wird jedoch nicht deutlich, über welche Kompetenzen die durchführenden Personen neben offensichtlich kognitiven, fachwissenschaftlichen, verfügen müssen. Demgegenüber unterstreicht Schrems (ebd.) die Relevanz interpersonaler Kompetenzen in dem sie sagt, dass die Interaktion aus Pflegeperson und dem zu Pflegenden bestehe. Die Zielformulierung basiere zum einen auf in der theoretischen und praktischen Pflegeausbildung vermittelten wissenschaftlich fundierten Standards, aber ebenso auf Erfahrungswissen, Normen und Werten der Pflegeperson und zum anderen auf Wissen, Erfahrungen, Empfindungen, Vorstellungen und Möglichkeiten der zu pflegenden Person, die

als verlässlichste und kompetenteste Expertin zur Beurteilung der Situation gesehen werden muss.

In den Ausbildungsprogrammen der Gesundheitsfachberufe wird bisher sehr viel Wert auf medizinisches Fachwissen und berufspraktische Fähigkeiten gelegt. Der Bereich der Diagnoseerstellung wird teilweise vernachlässigt oder lediglich rein technisch-methodisch erarbeitet.

Kompetenzen bzw. Kompetenzdimensionen werden in der Literatur sehr unterschiedlich definiert. Um die hohen Anforderungen an den Diagnostiker besser darstellen zu können wird die Differenzierung diagnostischer Kompetenzen aus pragmatischen Gründen von Lunney (2007) übernommen:

- Fachspezifische Kompetenzen
- Interpersonelle Kompetenzen
- Intellektuelle Kompetenzen

5.1. Fachspezifische diagnostische Kompetenzen

Grundlage diagnostischer Kompetenzen ist fraglos ein fundiertes berufsspezifisches Fachwissen. Ohne ein breites theoretisches und instrumentell-methodisches Basiswissen werden möglicherweise relevante Informationen gar nicht erst wahrgenommen oder eine Einordnung bzw. Bewertung erhobener Daten ist nicht möglich. Der geübte, sichere Umgang mit berufstypischen Diagnoseinstrumenten ist dabei ebenfalls notwendig. Mit zunehmender Erfahrung in der Durchführung diagnostischer Prozeduren festigen, verfeinern und differenzieren sich die diagnostischen Kompetenzen. Fachspezifisches Wissen lässt sich durch kognitive Strategien, durch wiederholtes Üben von Handgriffen und Reihenfolgen erwerben. Die Transformation von Wissen in Kompetenz erfolgt in der Synthese der geforderten Kompetenzen und mündet dann in der diagnostischen Kompetenz. Im Folgenden werden Einzelfähigkeiten und -fertigkeiten, die zu fachspezifischen diagnostischen Kompetenzen führen, erläutert.

5.1.1. Fachwissenschaftliche Kompetenzen

Die fachwissenschaftlichen Kompetenzen subsumieren sich zum einen aus dem theoretischen Wissen der Bezugswissenschaften der jeweiligen Berufe. Den Gesundheitsfachberufen gemeinsam ist dabei die Medizin. Die jeweilige Wissenstiefe ist in Abhängigkeit vom Berufsgegenstand verschieden. Zum anderen ergibt sich das theoretische Wissen aus dem Gegenstand, der kennzeichnend für Pflegeberufe, Physiotherapie bzw. Ergotherapie ist. Die noch nicht abgeschlossene Diskussion zur Theoriebildung in den jeweiligen Gesundheitsfachberufen soll an dieser Stelle nicht geführt werden, allerdings kann festgehalten werden, dass in den Pflegeberufen die Theoriebildung mit der Etablierung von Pflegewissenschaft an Hochschulen weiter fortgeschritten ist als in den therapeutischen Berufen.

Die Entwicklung fachwissenschaftlicher Kompetenzen in der Ausbildung als Teil diagnostischer Kompetenzen, kann als gesichert angesehen werden, weil diese Bestandteile der jeweiligen Abschlussprüfungen sind.

5.1.2. Instrumentell-methodische Kompetenzen

In den Gesundheitsfachberufen gibt es eine Vielzahl diagnostischer Instrumente. Diese reichen von technischen Geräten (z.B. Blutdruckmessgerät) über Fragebogen und Checklisten bis zum Einsatz des eigenen Körpers (z.B. Pulsfrequenzmessung). Der technisch-methodische Umgang mit den Diagnoseinstrumenten ist teilweise Inhalt der Ausbildung, teilweise von Weiterbildungen und teilweise werden diese mit zunehmender Berufserfahrung erworben. In der Berufspraxis muss jedes Mal in Abhängigkeit vom Patienten und dessen Problemstellung neu entschieden werden, welches Diagnoseinstrument das geeignete ist (vgl. Hagedorn, 2000, S. 21).

Das allgemeine praktische Wissen beschreibt Benner (1997, S.26) als „das Wissen Wie“ (Know-how), das nicht niedergeschrieben sein muss und zu dem möglicherweise auch keine theoretische Erklärung abgegeben werden kann. Das praktische Wissen wird danach direkt oft unbewusst in der praktischen Ausübung erworben. Das methodisch-technische Vorgehen kann jedoch auch ohne direkten Patientenkontakt erlernt werden, problematisch wird dann oftmals der Einsatz in der Praxis mit nicht normierten Menschen, die sich zudem in die Situation mit ihrer ganzen Persönlichkeit einbringen. Die Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis lässt sich durch Übungen in der Lerngruppe untereinander nicht vermeiden, weil es im Rahmen von Unterricht nur schwer möglich ist, realistische Bedingungen herzustellen. Hier sind andere Ausbildungsmethoden gefordert, wie z.B. der Einsatz von Simulationspatienten.

Ebenso ist die Auswertung und Weiterverwertung der gewonnen Informationen/Daten schwierig. Dies kann zwar ohne Patientenkontakt erlernt werden, aber mit einem konkreten Menschen vor Augen fällt die Auswertung sowie Weiterverwertung der Daten möglicherweise anders aus, als wenn dies anonym anhand eines Fallbeispiels geschieht. Hier müssen fachwissenschaftliche, methodische, intellektuelle sowie personale Kompetenzen zusammengeführt werden.

5.1.3. „Geschulter Körper“ und „Körperliche Intelligenz“

Die Begriffe *geschulter Körper* und *körperliche Intelligenz* beschreiben zwei unterschiedliche Phänomene, die jedoch eng miteinander verbunden sind. Unter *geschulter Körper* werden Fertigkeiten verstanden, die der Körper aufgrund häufiger Wiederholungen ohne bewusste Steuerung ausführen kann. *Körperliche Intelligenz* kommt zum Tragen, wenn der Körper sich reflexartig an bereits bekannte, sich jedoch aktuell verändernde Situationen anpasst (z.B. wenn eine Person zum wiederholten Male zum Blutspenden geht und der Kreislauf seine Aktivitäten, noch bevor die Kanüle angesetzt wird, reduziert). Im diagnostischen Prozess ist für den Diagnostiker insbesondere der *geschulte Körper* relevant, zur Bewertung

der diagnostischen Daten ist jedoch das Wissen um die *körperliche Intelligenz* ebenso notwendig.

Körperliche Intelligenz findet beispielsweise Ausdruck in Körperreaktionen ohne dass die Person selber eine veränderte Situation bewusst wahrgenommen und verarbeitet hat. Demnach hat der Körper die Fähigkeit auf soziale Not zu reagieren. In einer Studie (vgl. Benner & Wrubel, 1997, S. 95+96) wurde nachgewiesen, dass sich ein direkter Zusammenhang zwischen der Atmosphäre im Krankenhaus und Veränderungen im Stoffwechsel herstellen lässt. So hat auch die Beziehungsgestaltung im diagnostischen Prozess Auswirkungen auf körperliche Reaktionen.

Der Einsatz von diagnostischen Instrumenten hängt von der Fähigkeit ab, das körperliche Bewusstsein auf ein solches Instrument auszudehnen. Das Instrument wird zunehmend zum integrierten Bestandteil körperlicher Fertigkeiten und nicht, wie beim Anfänger, als Fremdkörper empfunden. Der *geschulte Körper* verleiht Experten eine Grundlage zum Handeln, er ist in der Lage, auf komplexe Situationen flexibel und unmittelbar zu reagieren. Ebenso können für Patienten Hilfsmittel wie z.B. Blindenstock oder Prothesen integrierter bzw. erweiterter Bestandteil des Körpers werden.

Die Entwicklung körperlicher Fertigkeiten basiert nach Benner und Wrubel (1997, S. 97 ff) auf genetischen Faktoren sowie bereits im Mutterleib erworbenen Erfahrungen, auf kulturell und sozial erlernten Körperhaltungen (z. B. die Einhaltung gesellschaftlich akzeptierter Distanzen), Gesten und Gewohnheiten, auf Projektionsfunktionen, die beispielsweise ein spontanes zielgerichtetes Greifen nach einem Gegenstand ermöglichen, auf aktueller Projektion (Körpergefühl der maximalen Stimmigkeit) und Körperbild sowie der Beschreibung eigener Körperempfindungen.

„Kommt es infolge wichtiger Veränderungen im Leben einer Person zu neuen Arten des In-der-Welt-seins, ändern sich auch körperliche Orientierungen und Empfindungen. Im täglichen Ringen mit praktischen Situationen sind die jeweiligen Veränderungen und Anpassungen ganz von der Verkörperlichung und der verkörperlichten Intelligenz abhängig.“ (Benner & Wrubel, 1997, S. 104). Der Körper ist daher mehr als eine zu nicht intelligenten Reaktionen fähige Maschine, er ist in der Lage, in bedeutsamen Reaktionen auf sozial definierte Situationen, Genesungsprozesse zu erleichtern oder zu behindern. Die Vorstellung von der verkörpernten Intelligenz als Art des Wissens und als Mittel des geschulten Handelns gibt Impulse, vergessene Reaktionen von Patienten zu aktivieren und den mit einer Institutionalisierung (Hospitalisierung/Kasernierung) einhergehenden Einschränkungen der Wahrnehmung entgegenzuwirken (ebd.).

5.1.4. Prozesse kennen und verstehen

Die Arbeit in Gesundheitsfachberufen verläuft in Prozessen. Jeder der Berufe verfügt über eigene Prozessmodelle, wie beispielsweise der Pflegeprozess (vgl. Meleis, 1999) oder der therapeutische Prozess nach Hagedorn (2000).

Die Arbeit mit Patienten ist in einen Gesamtkontext eingebettet, in dem es institutionstypische Prozesse gibt. Die Arbeitsprozesse in einem hierarchisch geführten Krankenhaus unterscheiden sich erheblich von denen in einem Hauspflegedienst oder der eigenen Praxis.

Eine Diagnoseerstellung ist somit eingebettet in verschiedene Prozesse und verläuft selber wiederum prozesshaft. In Gesundheitsfachberufen werden diagnostische Informationen nicht nur punktuell erhoben, sondern werden ständig ergänzt und revidiert. Die Kenntnisse und das Verständnis der unterschiedlichen Prozesse sowie deren Wechselwirkungen sind eine Basis des Diagnostizierens.

5.1.5. Dokumentation

Eine regelmäßige, sorgfältige Dokumentation ist in vielerlei Hinsicht auch für die Diagnostik relevant. Das bedeutet unter anderem eine klare, in sich schlüssige sowie überzeugende Darstellung von Messergebnissen oder Beobachtungen (vgl. Benner, 1997). Aus einer professionell durchgeführten Dokumentation lassen sich einerseits diagnostische Informationen ableiten, andererseits unterstützt diese einen reibungslosen Ablauf der Gesamtbehandlung und vermeidet doppelt ausgeführte Prozeduren. Dazu muss die Zugänglichkeit der jeweiligen Dokumentationen sichergestellt sein. Idealerweise findet in interdisziplinären Teams ein regelmäßiger Austausch statt, zu dem auch Informationen zu berufsspezifischen Diagnosen gehören.

Die Notwendigkeit einer regelmäßigen ordnungsgemäßen Dokumentation wird in den Gesundheitsfachberufen nicht diskutiert. Die selbstverständliche Umsetzung entspricht, insbesondere in großen Institutionen mit stationsübergreifenden Tätigkeitsbereichen, jedoch oftmals nicht den selbst gesetzten Standards. Für die Pflegeberufe stellt Schrems (2003) fest, dass von den erhobenen bzw. gegebenen Informationen im Anamnesegespräch lediglich 50 % dokumentiert und von diesen wiederum nur 30 % in die Pflegediagnosen einfließen.

5.2. Interpersonelle Kompetenzen

Therapeutische Diagnosen bzw. Pflegediagnosen sind mehr als die fachliche Beurteilung von Reaktionen auf ein Problem, sie sind das Ergebnis eines Interaktions- und Kommunikationsprozesses. Insgesamt betrachtet wird der Einfluss interpersoneller Kompetenzen auf die Diagnoseerstellung in der Fachliteratur zwar anerkannt, in Bezug zur Relevanz dieses Einflussfaktors werden die entsprechenden interpersonellen Kompetenzen jedoch nicht ausreichend beschrieben (vgl. Schrems, 2003).

Pflegerische und therapeutische Diagnosen beinhalten oft keine objektiv messbaren Ergebnisse einer Untersuchung sondern das subjektive Erleben von Folgen gesundheitlicher Problemstellungen. Eine solche Diagnose lässt sich nur durch die aktive Mithilfe der Patienten erstellen. Pflegekräfte und Therapeuten sprechen mit den Patienten über ihr Erleben. Die offene und umfassende Darstellung des eigenen Erlebens erfordert eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient und Pflegekraft bzw. Therapeut. Diese müssen Interesse für die Person zeigen und zudem die richtigen Fragen stellen. Für die Pflegeberufe fordert Lunney (2007) eine therapeutische Gesprächsführung, wenn die Befragung valide und reliable Daten generieren soll: Daten, die mit den aktuellen Erfahrungen der Patienten exakt übereinstimmen. Des Weiteren beschreibt Lunney (ebd.) einen bedeutsamen negativen Faktor, nämlich die Überzeugung des Diagnostikers der Experte zu sein und möglicherweise sogar ohne den beteiligten Patienten Entscheidungen treffen zu können. Vieles spreche dafür, dass eine präzise Diagnose psychosozialer Reaktionen nur in Zusammenarbeit mit den Patienten (oder deren Bezugspersonen) möglich sei. In den meisten Fällen sollten die Patienten am diagnostischen Prozess beteiligt werden, damit Pflegepersonen/Therapeuten und Patient gemeinsam herausfinden können, welche Diagnose die richtige sei.

Insofern ist die Ermöglichung einer partnerschaftlichen Beziehung, unter Berücksichtigung der Übernahme situationsadäquater Rollen, eine Aufgabe von Pflegekräften und Therapeuten. Dazu schreibt Marotzki (2006, S. 92), „dass Beruflichkeit Distanzierung erfordert, und zwar gerade nicht im personalen Sinn, sondern durch die Übernahme eines sachlichen, außerhalb der Reziprozität der alltäglichen sozialen Interaktion liegenden Standpunktes.“ Ein Charakteristikum dieses Standpunktes sei, eine Balance zu finden zwischen persönlicher Zuwendung und professioneller Distanzierung, die eine Reflexion der Problemstellung des Klienten auf einer sach- und theoriebezogenen Ebene erst möglich mache. Zur Regulierung dieser Balance sei der Umgang mit den eigenen Gefühlen von Bedeutung. In der Arbeit, Gefühle differenziert zu erkennen und sie für die Klientenarbeit nutzbar zu machen, bestehe eine besondere Herausforderung professionellen Handelns.

Kagan und Evans (1996) stellen die Komplexität interpersoneller Kompetenzen in einem Modell dar. Demnach sind interpersonelle Kompetenzen eingebettet in den kulturellen, personellen, sozialen und Umwelt Kontext. In diesem Kontext finden zwischen dem sozialisierten Verhalten (z. B. Sprache, non-verbales Verhalten), dem Ich-Bewusstsein (z.B. Verhalten, Werte, Eigenschaften, Gefühle, Empathie), der sozialen Wahrnehmung (z.B. Beobachtung, Interpretation des Verhaltens anderer) sowie der personenbezogenen Problemlösefähigkeit (z.B. Problemlösestrategien, Evaluation der Problemlösung) Prozesse statt, die zusammen die interpersonellen Kompetenzen bestimmen.

Die Diskussion einer Definition interpersonelle Kompetenzen soll an dieser Stelle nicht geführt werden. Im Gesamtkontext der diagnostischen Kompetenzen werden aus pragmatischen Erwägungen heraus interpersonelle Kompetenzen an die-

ser Stelle in personale und soziale Kompetenzen sowie die Kommunikationsfähigkeit differenziert.

5.2.1. Personale Kompetenzen

Unter *Personaler Kompetenz* wird hier im weitesten Sinne *Klarkommen im Umgang mit sich selbst* (vgl. Schulz von Thun, 2004) verstanden. Hagedorn (2000) wählt die Bezeichnung „therapeutisches Einbringen der eigenen Person“. Die beiden Definitionen bedingen sich gegenseitig und umschreiben den Teil der professionellen Arbeit, der direkt mit der Persönlichkeit der Pflegekraft bzw. Therapeuten in Verbindung steht. Ebenso wie die Patienten, sind Gesundheitsdienstleister Individuen, die mit ihrer Person Prozesse beeinflussen und bestimmen.

Basis personaler Kompetenz ist ein ausgebildetes Ich-Bewusstsein. Nach Kagan & Evans (1996) gehören zum Ich-Bewusstsein das Wissen über das eigene Verhalten in verschiedenen Situationen, zu eigenen Werten, zu eigenen Einstellungen/Überzeugungen in bestimmten Fragen, zur eigenen Grundstimmung sowie die Einfühlungsfähigkeit in andere. Das Ich-Bewusstsein hat Einfluss auf das, was wir tun, was wir wahrnehmen und wie wir das Verhalten anderer Menschen interpretieren. Insofern ist das Ich-Bewusstsein ein wichtiger Faktor im diagnostischen Prozess. Die Persönlichkeit der Pflegekräfte bzw. Therapeuten hat demnach einen direkten Einfluss auf die zu erstellende Diagnose.

In gesundheitsbezogenen Dienstleistungen ist eine partnerschaftliche Beziehungsgestaltung erstrebenswert, dennoch bleiben Pflegekräfte bzw. Therapeuten diejenigen, von denen die Patienten Hilfe oder Erleichterung erwarten. Idealtypisch sind die beiden Rollen komplementär, sodass die jeweiligen Rollenerwartungen erfüllt werden. Die Verantwortung für die Beziehungs- und Situationsgestaltung unterliegt dabei den Professionellen. Unabhängig von den gesellschaftlich definierten Rollenerwartungen an Pflegekräfte bzw. Therapeuten müssen diese ihre Rolle für sich selber definieren und sie dementsprechend ausfüllen. Nur wenn Pflegekräfte bzw. Therapeuten in einem angemessenen Maß mit ihren eigenen Stärken und Schwächen umgehen und sie in der Arbeit einsetzen können, kann die Balance zwischen Partnerschaftlichkeit und professioneller Rollenausübung gelingen.

Von großer Bedeutung ist dabei auch der Umgang mit den eigenen Gefühlen. Zum Umgang mit den eigenen Gefühlen gehört ein gewisses Maß an Offenheit auf Seiten der Pflegekräfte bzw. Therapeuten. Zum einen müssen sie ernst nehmen, was der Patient erzählt und zum anderen sich der eigenen Sichtweise möglicherweise sogar Voreingenommenheit in Bezug auf (chronische) Krankheit, Behinderung und Schmerz sowie kulturelle Fragen bewusst bleiben. Die persönliche Perspektive bzw. Bewertung solcher Fragen beeinflusst die Art und Weise, wie dem Patienten und seinen Problemen begegnet wird. Das setzt ständiges Reflektieren voraus, um unstimmmige oder weniger dienliche Sichtweisen zu erkennen und nötigenfalls zu korrigieren (vgl. Jones & Rivett, 2006). Besonders schwierig

wird dies, wenn beteiligte Patienten in ihrem Verhalten den Normen und Werten der jeweiligen Pflegekräfte bzw. Therapeuten nicht entsprechen oder sogar strafrechtlich relevantes Verhalten gezeigt haben. Insofern ist das Bewusstsein über die eigenen Gefühle und Reaktionen notwendig, um diese für positive Zwecke zu nutzen und negative Effekte zu vermeiden (vgl. Hagedorn, 2000).

Pflegekräfte bzw. Therapeuten sind immer wieder Ziel subtiler und offener Aggressionen von Patienten. Hier ist es wichtig zu erkennen und zu reflektieren, ob die Pflegekraft bzw. Therapeut als Person gemeint und die Kritik möglicherweise berechtigt ist oder ob sie stellvertretend für das System bzw. Institution steht und die Reaktionen der Patienten nachvollziehbar sind oder die Ursache der Aggressionen in der aktuellen Situation der Patienten zu suchen ist. In diagnostischen Situationen kann latentes oder offenes aggressives Verhalten rasch auftreten, da den Patienten durch eine Befragung oder körperliche Untersuchung ihre aktuelle Situation sowie ihre Unzufriedenheit besonders deutlich werden kann. Diese Spannungen auszuhalten und mit ihnen konstruktiv umzugehen, ist ein wichtiges Element personaler Kompetenzen. (vgl. Kagan & Evans, 1996)

Im weitesten Sinne zählt zu den personalen Kompetenzen auch die psychologische Disposition. Gordon und Bartholomeyczik (2001) beschreiben dies als die Neigung zu bestimmten Verhaltensweisen oder spezifischen Einstellungen. Ihre Struktur habe Einfluss auf Aspekte, die vorwiegend wahrgenommen werden sowie auf die eigene Motivation. Dadurch wirke sich die psychologische Disposition unmittelbar auf das Ziel und den Rahmen der Datensammlung sowie die Erwartungen aus, welche die Pflegeperson bzw. der Therapeut in Bezug auf die Wahrscheinlichkeit von Gesundheitsproblemen hat. Im Kontext der Diagnostik können das Interesse an Beschreibung und Erklärung, das Bedürfnis nach Selbstbehauptung, das Interesse an der Ausfüllung der eigenen Rolle sowie die Erwartungen an die Rolle der Patienten Bestandteil der psychologischen Disposition sein. Als konstruktiv wird das Interesse an Beschreibung und Erklärung gesehen, demgegenüber wird das Bedürfnis des Pflegenden bzw. Therapeuten nach Selbstbehauptung als destruktiv bewertet.

Der massive Einfluss personaler Kompetenzen sowie psychologischer Dispositionen auf die Diagnoseerstellung, führt zu der Annahme, dass Diagnosen, zumindest in Teilen, soziale Konstrukte sind. Der Weg der Datensammlung und die Interpretation der erhobenen Daten hängen im wesentlichen Maße vom Kontext und den beteiligten Personen ab. Diagnosen erschaffen möglicherweise so eine Wirklichkeit, die wiederum entsprechende Maßnahmen notwendig macht (vgl. Schrems, 2003).

5.2.2. Soziale Kompetenzen

Soziale Kompetenzen werden von nahezu allen Berufstätigen gefordert, eine einheitliche allgemein akzeptierte Definition gibt es bisher jedoch nicht. Je nach Ansatz variiert die Anzahl der als relevant erscheinenden Dimensionen sowie das

Abstraktionsniveau (vgl. Kanning, 2003). Während unter personalen Kompetenzen *Klarkommen mit mir selbst* verstanden wurde, werden an dieser Stelle soziale Kompetenzen zunächst lapidar, als *Klarkommen mit anderen* (vgl. Schulz von Thun, 2004) beschrieben. Personale und soziale Kompetenzen bedingen sich gegenseitig. Die Art und Weise, wie jemand mit seiner eigenen Person umgeht, bestimmt auch den Umgang mit anderen. Therapeutische und Pflegediagnosen lassen sich nicht durch Apparate oder Laborwerte erstellen, sondern erfordern den Dialog. Das Talent, soziale Kompetenzen situationsgerecht einzusetzen, hängt eng mit der psychischen Grundstruktur zusammen, auf die sich persönliche Verhaltensweisen und Vorlieben stützen (vgl. Langmaack, 2004).

Wissensbasierte Grundlage zur Analyse sozialer Kompetenzen ist unter anderem, das so genannte Vier-Ohren-Modell von Schulz von Thun (vgl. 2004). Dieses Kommunikationsmodell ist in der Regel Inhalt von Ausbildungsprogrammen der Gesundheitsfachberufe. Ausgehend von der Annahme, dass es in Kommunikationssituationen jeweils einen Sender und Empfänger gibt, die durch Nachrichten miteinander in Beziehung treten, werden vier Rezeptionsmöglichkeiten beschrieben: die Sachebene, der Appell (Aufforderung), die (versteckte) Aussage auf der Beziehungsebene sowie die Selbstoffenbarung/Selbstkundgabe. Kommunikationsstörungen treten danach immer dann auf, wenn die Nachricht vom Sender anders gemeint war als sie vom Empfänger gehört wurde. Insbesondere bei Befragungen sollte den Pflegekräften bzw. Therapeuten diese unterschiedliche Interpretation vermeintlicher Sachaussagen gegenwärtig sein.

Ebenso wie das Vier-Ohren-Modell haben die in Gesundheitsfachberufen bereits fest verankerten Prinzipien der klientenzentrierten Gesprächsführung nach Rogers, mit den Merkmalen Empathie, Akzeptanz und Kongruenz, im diagnostischen Prozess ihre Gültigkeit. Auch wenn diese Art der Gesprächsführung für Beratungssituationen konzipiert wurde, ist die Berücksichtigung der Prinzipien im diagnostischen Prozess möglich. Hier liegt der Schwerpunkt in der Frage: „Wie begegne ich den Patienten so, dass sie sich vom ersten Moment an verstanden und angenommen und nicht ausgefragt fühlen?“ (vgl. Weinberger, 2006, S.131).

Die Anwendung einstudierter Gesprächstechniken eröffnet Spielräume in der Gesprächsführung. Dabei sollten die von Schulz von Thun (2004) so genannten dialektischen Gegensätze berücksichtigt werden. Damit ist gemeint, dass jedes als qualitativ hochwertig angesehene Verhalten in seiner Extremform in ein unerwünschtes Verhalten umschlagen kann. Er beschreibt dies an dem Verhaltensideal der Wertschätzung und deren Gegenqualität der kritischen Konfrontation. Danach kann die Wertschätzung zur kraftlosen Nettigkeit verkommen und die kritische Konfrontation zur Geringschätzung. Nur die Balance zwischen Wertschätzung einerseits und kritischer Konfrontation andererseits könne zu einer gelungenen Verbindung von Professionalität und Menschlichkeit führen.

Zur Sammlung diagnostischer Informationen wird nicht nur mit den beteiligten Patienten kommuniziert sondern ebenso mit engen Bezugspersonen oder anderen

beteiligten Personen aus dem Behandlungsteam (vgl. Eveslage, 2006). Zum einen ist ein allgemein gesellschaftlich akzeptiertes Verhalten unter Berücksichtigung regionaler und kultureller Besonderheiten gefordert und zum anderen soziale Kompetenzen im engeren Sinne. Im diagnostischen Prozess sind Kontaktfähigkeit, Beziehungsfähigkeit, Kooperationsfähigkeit sowie Integrationsfähigkeit als Dimensionen sozialer Kompetenzen gefragt.

Eine Diagnoseerstellung ist kein technischer sondern ein interaktiver Vorgang, sie ist nicht Selbstzweck, sondern soll langfristig einen positiven Beitrag zur Gesundheit der beteiligten Patienten leisten. Vor der eigentlichen Datensammlung muss der Diagnostiker einen angemessenen Kontakt zum Patienten oder dessen Bezugspersonen herstellen. In den therapeutischen Gesundheitsfachberufen ist dies in der Regel auch der Erstkontakt. Der erste Eindruck ist oft entscheidend für die Kooperationsbereitschaft und Offenheit der beteiligten Personen (vgl. Hüter-Becker & Dölken, 2005). Dies gilt für Pflegekräfte und Therapeuten genauso wie für Patienten und Bezugspersonen. Der entscheidende Unterschied liegt in der Gestaltungsverantwortung, die bei dem Professionellem liegt. Pflegekräfte bzw. Therapeuten müssen auf einen Blick die Situation einschätzen und entsprechend agieren können. Ein anfänglich zurückhaltendes Verhalten ist dabei angemessener als ein leicht als grenzüberschreitend zu attribuierendes Verhalten. Soweit der situative Kontext es erlaubt, sollte der Anfang des Gesprächs nicht durch ein „Frage-Antwort-Spiel“ gekennzeichnet sein, in welchem die Patienten das Gefühl haben, bewertet, beurteilt oder klassifiziert zu werden. Vielmehr sollten offene Fragen gestellt werden, die nicht zu einem „Ja“ oder „Nein“ zwingen sowie Gesprächsfiguren verwendet werden, die die Patienten bzw. Bezugspersonen ermuntern, zunächst frei zu berichten (vgl. Weinberger, 2006).

Nachdem ein erster Kontakt aufgebaut ist, muss eine Beziehung zu den beteiligten Personen aufgebaut werden. Dies geschieht in Abhängigkeit der Rahmenbedingungen wie Dauer, weitere Behandlungsverantwortung und institutioneller Umwelt sowie dem Bewusstsein, dass die Beziehung zeitlich begrenzt sein wird. Hier kommt die wichtige Fähigkeit der Ausbalancierung einer angemessenen empathischen Nähe und einer sachlichen Distanz zum Tragen.

Eine Diagnose wird oftmals nicht nur unter Beteiligung von Patienten und Bezugspersonen erstellt, sondern andere Quellen werden hinzugezogen. Alle Beteiligten müssen gut miteinander kooperieren, die Verantwortung unterliegt dabei dem Diagnostiker. Unter der Voraussetzung, dass der Patient bzw. die Bezugsperson entscheidend an der Datensammlung beteiligt ist, muss der Diagnostiker nicht nur selber kooperationsfähig sein, sondern sein Verhalten so gestalten, dass auch für die Patienten bzw. Bezugspersonen eine Kooperation möglich wird und diese in den diagnostischen Prozess integriert werden.

Neben den oben beschriebenen sozialen Kompetenzen sind für den diagnostischen Prozess die weiteren für die Gesundheitsfachberufe allgemein geforderten sozialen Kompetenzen bzw. Umgangsformen notwendig.

Als eine Unterkategorie von sozialen Kompetenzen kann die kommunikative Kompetenz gefasst werden, die aufgrund der hohen Bedeutung separat dargestellt werden soll.

5.2.3. Kommunikative Kompetenz (Sprache und Kommunikation)

Sprache und Kommunikation sind die Instrumente des Verstehens, wobei Worte, Begriffe, Gesten und andere nonverbale Zeichen einer Deutung bedürfen (vgl. Schrems, 2003).

Gesprächstechniken lassen sich einstudieren. Sie entfalten jedoch erst ihre gewünschte Wirkung, wenn Inhalt, Sprache und Körperausdruck miteinander im Einklang sind sowie an die Sprache und Ausdrucksformen der Gesprächspartner angepasst werden (vgl. Weinberger, 2006). Der Gebrauch von Fachbegriffen und Fremdwörtern unterstreicht möglicherweise die „außerordentlich hohe fachliche Kompetenz“, ist jedoch kein Zeichen für Klientenzentrierung. Sprache bestimmt Nähe und Distanz. Mit zugewandten Worten und zugewandter Haltung, Mimik und entsprechenden Nachfragen wird tatsächliches Interesse am Menschen und nicht nur an seinem Sachanliegen signalisiert (vgl. Langmaak, 2004).

Verbale Kommunikation

Die Sprache wird beeinflusst durch die innere Einstellung zum Thema und zu den Interaktionspartnern. Haben die Interaktionspartner Interesse am Thema und/oder am Gesprächspartner drückt sich das in der Art zu sprechen sowie der Körperhaltung aus. Im kulturellen und sozialen Bereich verhindert Sprache oft das gegenseitige Verständnis und baut unnötige Barrieren auf. Eine Wortwahl, die den Gesprächspartner nicht einschüchtert, gehört unbedingt zu einem sozial kompetenten Verhalten (vgl.ebd.).

Durch Sprache wird Transparenz hergestellt. Angefangen bei der Vorstellung der eigenen Person bis zur Erklärung zum Sinn und Zweck der Diagnoseerstellung sowie dem weiteren Vorgehen. Den Gesprächspartnern muss genug Raum gegeben werden, Fragen zu stellen oder Dinge zu erzählen, die nicht direkt Inhalt der Diagnoseerstellung sind.

Nach Langmaak (2004) muss Sprache, wenn sie die Voraussetzung für Kommunikation sein soll, verständlich für alle Beteiligten sein, Informationswert auf der sachlichen Ebene haben und authentisch auf der zwischenmenschlichen Ebene sein, zum Mitdenken, zum Nachempfinden und zum Mitsprechen motivieren und unterhaltsam sein.

Nonverbale Kommunikation

Im Kommunikationszusammenhang besitzt die Körpersprache ebenso wie die verbale Sprache Mitteilungscharakter. Kommunikation findet zu großen Teilen nonverbal statt. In Gesundheitsfachberufen ist die Körpersprache oft der einzige Weg der Verständigung, z.B. wenn die Sprachfähigkeit aus welchen Gründen

auch immer teilweise oder ganz ausgefallen ist (vgl. Schrems, 2003). Elemente der nonverbalen Kommunikation sind:

- Gesichtsausdruck / Mimik: Lächelt der Gesprächspartner, schaut er mürrisch, ist überhaupt eine Gefühlsregung aus der Mimik abzulesen oder scheint das Lächeln „eingemeißelt“ zu sein?
- Blickkontakt: Nimmt der Gesprächspartner Blickkontakt auf, wie intensiv ist der Blick, ist die Dauer des Blickkontaktes der Situation angemessen?
- Gesten: Wird die Sprache mit den Händen unterstützt?
- Stimme: Ist das Sprechtempo nicht zu schnell, passt die Lautstärke zum Hörvermögen des Gesprächspartners, ist die Stimmlage angenehm, färbt ein Dialekt die Sprachmelodie?
- Haltung: Ist der Gesprächspartner entspannt, steht oder sitzt er, signalisiert die Körperhaltung Zugewandtheit?
- Nähe und Distanz: Entspricht die Nähe/Distanz den kulturellen Normen und situationsbezogenen Notwendigkeiten? Welchen persönlichen Schutzraum braucht der Gesprächspartner, wird dieser Schutzraum überschritten?
- Äußeres Erscheinungsbild: Wird weiße Dienstkleidung getragen, gibt es Schmuck oder Tätowierungen, wie sind die Haare frisiert oder welchen Eindruck hinterlässt der Gesprächspartner in Bezug auf Körperpflege? Mit dem äußeren Erscheinungsbild grenzen sich Personen bewusst oder unbewusst von anderen Personen ab. Es bestimmt den ersten, oft entscheidenden, Eindruck von anderen Personen.

Ein weiterer Begriff, der mehrere nonverbale Aspekte beinhaltet, ist „Proxemics“ (vgl. Kagan & Evans, 1996). Proxemics beschreibt die Rolle von Distanz und räumlicher Anordnung in der zwischenmenschlichen Kommunikation. Die Distanz meint, wie nahe beieinander oder weit voneinander entfernt die Kommunikationspartner sind. Mit der Anordnung ist die Ausrichtung ihrer Körper zueinander gemeint (vgl. mediamanual/workshop, 2000). Nach Feiler (2003) bezeichnet Proxemics die Wahrnehmung und Nutzung des persönlichen Raumes. Eine Berücksichtigung des Proxemics im diagnostischen Prozess zeigt sich in der Raumwahl bzw. Raumgestaltung, der Positionierung des eigenen Körpers im Raum und zum Patienten bzw. Bezugspersonen, im Berührungsverhalten sowie der individuellen, kulturabhängigen Distanz zum Patienten.

Im nonverbalen Ausdruck werden viele Informationen zu eigenen Werten, Eigenschaften und zur Persönlichkeit gegeben, die andere dazu verleiten, Einschätzungen zur Person vorzunehmen (vgl. Kagan & Evans, 1996, S. 27). International sind nonverbale Ausdrucksformen fester Bestandteil im kommunikativen Verhalten. Der nonverbale Ausdruck entspricht dabei Kodierungen, die die jeweiligen Gesprächspartner decodieren. Allerdings hat gleiches Verhalten, in Abhängigkeit

von allgemeinen Traditionen oder Codes in Subkulturen, unterschiedliche Bedeutung. Was von dem einen als grenzüberschreitend oder unhöflich bewertet wird, bedeutet für den anderen möglicherweise ablehnendes, distanziertes Verhalten.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich Verstehen nicht alleine auf der Ebene der gesprochenen oder geschriebenen Sprache vollzieht, sondern auch auf der Ebene des nonverbalen Ausdrucks. Die verbale Sprache kann nur im Zusammenhang mit der Körpersprache erfasst werden (vgl. Schrems, 2003).

Die Entwicklung interpersoneller Kompetenzen ist nur in individualisierter Form sinnvoll und möglich (und dadurch schwierig zu initiieren und zu steuern), weil „was der eine zur Weiterentwicklung seiner Persönlichkeit und seiner kommunikativen Kompetenz dringend braucht, der andere schon viel zu viel hat“ (Schulz von Thun, 2004, S. 26).

5.3. Intellektuelle Kompetenzen

Die pflegerische bzw. therapeutische Diagnose ist ein komplexer Prozess, in dessen Verlauf menschliche Reaktionen auf Gesundheitsprobleme interpretiert werden. Pflegekräfte und Therapeuten müssen von ihrer Intelligenz Gebrauch machen, wenn sie in verschiedenen Kontexten erfolgreich tätig werden wollen. Neben den fachspezifischen sowie den interpersonellen Kompetenzen werden intellektuelle Kompetenzen benötigt. Mit intellektuellen Kompetenzen sind die Prozesse des Denkens ebenso gemeint wie eine Wissensansammlung und deren Wiedergabe (vgl. Lunney, 2007). Kompetenzen des Wissenserwerbs werden zur Suche nach zweckdienlichen Informationen gebraucht.

Intellektuelle Kompetenzen im diagnostischen Prozess erfordern unter anderem Clinical Reasoning Fähigkeiten. Diese werden differenziert in *Scientific Reasoning* bzw. *Diagnostisches Reasoning*. Nach Feiler (2003) meint Scientific Reasoning logisches, sachliches Denken, indem der physische und psychische Zustand des Patienten sachlich und fachlich kompetent erfasst wird. Dabei müssen Diagnostiker erkennen, welche Denkprozesse für die spezifischen Patienten und deren Problemlagen geeignet sind. Die Kenntnis von und der flexible Umgang mit verschiedenen Denkprozessen versetzen Pflegekräfte und Therapeuten in die Lage, ihr kritisches Denkvermögen optimal zu entwickeln und die verschiedenen Denkprozesse in der Diagnoseentwicklung korrekt anzuwenden (vgl. Lunney, 2007).

Die umfassend erhobenen Daten werden analysiert, interpretiert und verdichtet. Aus dem Ergebnis werden Hypothesen abgeleitet, die wiederum überprüft werden. Stellen sich die Hypothesen als valide heraus, werden entsprechende Behandlungsmaßnahmen geplant. Hypothesenorientiertes Denken meint hier einen

Reflexionsprozess, in dem unterschiedliche Patienteninformationen gezielt, entweder mit erkennbaren klinischen Mustern oder mit neuen, zuvor nicht erkannten und für das Individuum spezifischen Mustern abgeglichen werden (vgl. Jones & Rivett, 2006).

Im Folgenden werden die für den diagnostischen Prozess notwendigen intellektuellen Fähigkeiten skizziert.

5.3.1. Kritisches (und kreatives) Denken

Kritisches Denken basiert auf spezifischen Denkprozessen in der inneren Welt des Individuums. In einer Studie zum kritischen Denken wurden Pflegeexperten zu den Denkinhalten befragt. Ergebnis dieser Befragung war eine Definition des kritischen Denkens in Pflegeberufen. Demnach ist kritisches Denken in der Pflege

„ein wesentliches Merkmal professioneller Verantwortlichkeit und ein Garant für die Qualität der Pflege. Kritisch denkende Pflegepersonen zeichnen sich durch folgende Attribute aus: Selbstvertrauen, kontextuelle Sensibilität, Kreativität, Flexibilität, Neugier, intellektuelle Integrität, Intuition, Offenheit, Beharrlichkeit und Reflexionsvermögen. Kritisch denkende Pflegepersonen arbeiten mit folgenden kognitiven Strategien: Analyse, Einhaltung von Richtlinien, Kontrolle, Informationsbeschaffung, logisches Denken, Prognose und Wissensübertragung, Wissenstransformation.“ (Lunney, 2007)

Im Hinblick auf intellektuelle Kompetenzen meint kritisches Denken die Fähigkeit, viele Informationseinheiten zu verarbeiten, die Fähigkeit, sich intellektuell zwischen unterschiedlichen Informationskategorien zu bewegen sowie die Fähigkeit, von einer Informationseinheit viele Implikationen abzuleiten (vg. Lunney, 2007). Für den diagnostischen Prozess bedeutet dies, dass das gesamte diagnostische Vorgehen individuell gestaltet und bewertet werden muss. Die Wahl von Pflegeinterventionen bzw. therapeutischen Maßnahmen, für welche die Pflegenden bzw. Therapeuten die Verantwortung tragen, beruhen auf klinischer Entscheidungsfindung (vgl. Müller- Staub, 2006).

Standardisierungen bieten einen „roten Faden“, bestimmen jedoch nicht ausschließlich die spezifischen Handlungen. Ein komplett schematisches Vorgehen ist kontraindiziert. Wenn Routine- oder Standardmaßnahmen nicht erfolgreich oder ungeeignet sind, ist Kreativität gefragt (vgl. Eveslage, 2006). Auch in Tätigkeitsbereichen, in denen Behandlungspfade implementiert sind, sollte auf Individualität und Abweichungen von der klassischen „Schulmedizin“ geachtet werden. Dabei ist der Faktor, dass kein Mensch den anderen Menschen wirklich ganz genau kennt oder versteht, von erheblichem Einfluss. Die Gefahr der Ungenauigkeit ist immer gegeben, da die Interpretationen der Reaktionen von Patienten auf Gesundheitsstörungen nichts anderes sind als subjektive Eindrücke (vgl. Lunney, 2007).

Kritisches, divergentes Denken ist gerade dann gefordert, wenn für erhobene Daten oder Problemstellungen unterschiedliche Erklärungen in Frage kommen (vgl. Müller Staub, 2006), es kommt dann zu Tragen, wenn man mit Wissen, Fähigkeiten und Vernunft nicht weiter kommt (vgl. Eveslage, 2006).

Für den Pflegeprozess beschreibt Müller-Staub (2006) die Relevanz des kritischen Denkens in der klinischen Entscheidungsfindung und stellt fest, dass bei (diplomierten) Pflegenden diesbezüglich mehrfach ein hoher Schulungsbedarf nachgewiesen wurde.

5.3.2. Wahrnehmung

Grundvoraussetzung dafür, dass Menschen auf ihre Umwelt reagieren und sie aktiv beeinflussen können, ist zunächst die Tatsache, dass sie Personen, Objekte und komplexe Phänomene überhaupt wahrnehmen (vgl. Windisch & ZoBeder, 2006). Zu Beginn einer Diagnose stehen dementsprechend eine umfassende Wahrnehmung der Person und ihrer bio-psycho-sozialen Umwelt sowie der subjektiven Gesundheitsstörung und deren Folgen für die Person.

Der Begriff Wahrnehmung bezeichnet nach Windisch & ZoBeder (2006) den Prozess der Verarbeitung und Interpretation sensorischer Informationen, der es dem Menschen ermöglicht, mit der externen Umwelt zu interagieren. Was und wie der Mensch wahrnimmt sei zunächst biologisch vorgegeben. Eindrücke, die aus verschiedenen Sinnessystemen stammen, werden oftmals kombiniert und gemeinsam interpretiert (vgl. ebd.). So werden im diagnostischen Prozess parallel Sinnesreize wie z.B. Gerüche, äußeres Erscheinungsbild und Patientenerzählungen aufgenommen und verarbeitet. So wie die Sinnesorgane Wahrnehmung ermöglichen, so beschränken sie diese auch. Eine zweite Form der Wahrnehmung geht über die Grenzen der sinnlichen Wahrnehmung hinaus und umfasst die Aufmerksamkeitsrichtung sowie Interpretation und Bedeutungszuschreibung. Es reicht nicht, lediglich zu sehen, zu hören, zu riechen etc., sondern es bedarf zusätzlich der Interpretation der Phänomene, um sie deuten zu können.

Phänomene, die den Diagnostiker besonders interessieren oder zu denen er über sehr gute Kenntnisse verfügt, werden schneller und intensiver wahrgenommen als Unbekanntes oder vermeintlich Uninteressantes. Traditionell wird in Gesundheitsberufen schwerpunktmäßig auf die Defizite oder Normabweichungen geachtet und weniger auf Ressourcen und die gesunden Anteile der Patienten.

Wahrnehmung dient dem Zwecke des Wissenserwerbs oder Erkenntnisgewinns (vgl. Schrems, 2003). Die aufgenommenen Informationen sowie seine Vorerfahrungen und sein Wissen fügt der Mensch zu einem ihm sinnvoll und komplett erscheinenden Ganzen zusammen.

5.3.3. Kognition

Unter Kognition wird im Allgemeinen absichtsvolles und zielgerichtetes Denken verstanden. Demgegenüber beschreibt Metakognition das Nachdenken über die eigenen Denkvorgänge (vgl. Jones & Rivett, 2006). Im Bezug zum diagnostischen

Prozess umfasst Kognition die Datenanalyse und –synthese sowie alle Untersuchungsstrategien zur Datenerhebung. Kognitive Fähigkeiten entfalten ihre Wirkung jedoch nur in der Verknüpfung mit Wissen. Kognition und Wissen entwickeln sich parallel und bedingen sich gegenseitig (vgl. Klemme & Siegmann, 2006)

Kognitive Prozesse können sehr unterschiedlich sein. Zu ihnen zählen (vgl. Schrems, 2003, S. 136):

- integrative, häufig multisensorische und auf Erfahrung beruhende Erkenntnisprozesse,
- Prozesse, die das Erkennen individueller Ereignisse und das Kategorisieren bzw. Klassifizieren von Objekten, Personen und Geschehnissen beinhalten,
- Prozesse, die bewusst oder unbewusst auf der Grundlage, interner Repräsentationen (Modelle, Vorstellungen, Karten, Hypothesen) ablaufen,
- Prozesse, die eine zentrale, erfahrungsgesteuerte Modulation von Wahrnehmungsprozessen beinhalten und deshalb zu variablen Verarbeitungsstrategien führen,
- Prozesse, die Aufmerksamkeit, Erwartungshaltungen und aktives Explorieren der Reizsituation voraussetzen oder beinhalten und
- mentale Aktivitäten im traditionellen Sinne wie Denken, Vorstellen, Erinnern.

Zur Entwicklung von Pflegediagnosen bzw. therapeutischen Diagnosen führen folgende kognitive Strategien:

Analysieren bedeutet zergliedern oder untersuchen von Einzelteilen (vgl. Eveslage, 2006). Die gesammelten Informationen und Daten werden in ihre Komponenten zerlegt, um Eigenschaften, Funktionen und Beziehungen zu ergründen (vgl. Lunney, 2007). Voraussetzung dazu ist eine zielgerichtete aber gründliche Datenerhebung.

Interpretieren bedeutet erklären, auslegen oder deuten. Diagnostiker erhalten zahlreiche Informationen, die nicht alle für die Entwicklung einer Diagnose relevant sind (vgl. Eveslage). Die erhobenen Daten führen selten direkt zu einer Pflege- bzw. therapeutischen Diagnose. Sie müssen vielmehr in einen großen Zusammenhang gestellt und in diesem interpretiert werden. Daraus erfolgt eine Problemidentifikation in Zusammenarbeit mit dem Patienten.

Verdichten bedeutet, überflüssige Informationen auszusortieren und nur das zu berücksichtigen und zu dokumentieren, was für die Erstellung einer Diagnose benötigt wird (ebd.). Bei einer Unsicherheit bezüglich der Relevanz von Informationen für die Diagnose ist es im Hinblick auf den kompletten Pflegeprozess bzw. Therapie sinnvoller, mehr Informationen zu berücksichtigen und festzuhalten als zunächst notwendig erscheint. Damit wird vermieden, dass wichtige Daten verloren gehen.

Hypothesenbildung bedeutet, aus der verdichteten Datenlage Vermutungen über die Folgen bzw. Ursachen von Gesundheitsproblemen anzustellen. Die Hypothesen können als „Wenn-dann- Zusammenhänge formuliert werden (vgl. Feiler,

2003). Die Hypothesenbildung beginnt, insbesondere für berufserfahrene Pflegekräfte bzw. Therapeuten, oft ab dem ersten Moment, in dem sie den Patienten begegnen. Diese Hypothesen beziehen sich auf bio-psycho-soziale Aspekte, deren diagnostische Relevanz zu diesem Zeitpunkt noch unsicher ist. Einem solchen zunächst intuitiven, routinemäßigen Vorgehen sollte eine spezifische Befunderhebung unter Berücksichtigung des individuellen Beschwerdebildes folgen (vgl. Jones & Rivett, 2006).

Hypothesen dienen als Leitfaden für weitere Befunderhebungen und damit der Absicherung der Diagnose.

Prüfung konkurrierender Hypothesen bedeutet eine Spezifizierung und Vertiefung der Befunderhebung, um verschiedene Hypothesen zu bestätigen oder zu verwerfen. So entsteht in Form einer Arbeitshypothese ein Bild des Patienten sowie seiner Gesundheitsprobleme.

Verwertung der gewonnenen Daten bedeutet, aus den modifizierten Hypothesen die Diagnose und Ziele abzuleiten sowie geeignete Maßnahmen zu planen. Der diagnostische Prozess ist kein Selbstzweck, sondern Teil der gesamten Behandlung. Die erhobenen Daten sind Basis weiterer Maßnahmen.

Das oben beschriebene Vorgehen entspricht einem allgemeinen Problemlösungsprozess, der bestimmten Schritten folgt. Der Diagnostiker setzt dazu sein theoretisches Wissen, sein Erfahrungswissen sowie interpersonelle Fähigkeiten ein, um den Zustand und die Problemlage des Patienten genau zu erfassen und entsprechende Maßnahmen planen zu können (vgl. Feiler, 2003).

5.3.4. Bewusstsein

Schrems (2003) beschreibt Bewusstsein als ein mentales Phänomen, das als Begleiterscheinung von Wahrnehmung und Kognition bezeichnet werden kann. Etwas, was nicht wahrgenommen wird, kann auch nicht bewusst werden. Ebenso müssen Phänomene, denen eine Bedeutung zuerkannt wird, erst wahrgenommen werden. Die meisten Reize und Informationen werden unbewusst wahrgenommen. Demgegenüber zeichnen sich bewusste Prozesse durch Steuerbarkeit, niedrige Verarbeitungsgeschwindigkeit, weiten Anwendungsbereich sowie eine serielle Verarbeitung bei begrenzter Kapazität aus (ebd.).

Eine Form von Bewusstsein ist sowohl die vegetative Wachheit als auch die Wachheit im Sinne einer bewussten Lebendigkeit. Eine zweite Form ist die Aufmerksamkeit, die an die Wahrnehmungsgerichtetheit gebunden ist. Bewusstseinsinhalte unterliegen nicht der ständigen Aufmerksamkeit. Eine dritte Form von Bewusstsein ist das Ich- oder Selbst-Bewusstsein. Die Bedeutungszuschreibung und das Verstehen von Gesundheitsproblemen stehen im engen Zusammenhang mit dem Bewusstsein über sich selbst. Insofern ist die Zuschreibung von Bedeutung bezüglich Patienteninformationen eine Form des bewussten Wahrnehmens der eigenen Subjektivität, eine Objektivität ist damit nicht möglich.

Ein für den diagnostischen Prozess relevanter Aspekt des Bewusstseins ist der des Verstehens. Schrems (2003) beschreibt Verstehen als fünfstufigen Prozess: Am Beginn einer Interaktion steht danach das Vorverständnis (Voreingenommenheit), dieses resultiert aus Informationen und Erfahrungen ähnlicher Situationen. In der Vertiefung des Kontaktes (Beziehung) entwickelt sich ein Verstehen. Dieser Prozess lässt sich wie folgt beschreiben.

Aus den gewonnenen Informationen entwickelt sich eine Meinung zum Zustand. Danach wird in Form von einem Vor-Urteil festgelegt, wie die Person verstanden wird. Vorurteile stellen einen durch die Kultur und Tradition der Sprache geprägten fundamentalen Verstehensraum dar. Aus der Gesamtheit der Vorurteile ergibt sich der Verstehenshorizont. Der Verstehenshorizont umfasst bewusste und unbewusste Anteile. Die Meinungsbildung zu gesundheitlichen Problemen der Patienten erfolgt auf der Basis des Vor-Verständnisses in Form eines Ganzheitsverständnisses. Dieses Vor-Verständnis ist Basis für weitere Verstehensprozesse. Jede Äußerung und jede Verhaltensweise trägt zu einer Modifizierung und Veränderung des Verständnisses bei.

Verstehen erfolgt reflexiv und bedeutet die Einordnung von Phänomenen in einen Sinnzusammenhang. Diese Einordnung kann nur unter Berücksichtigung des sozio-kulturellen sowie des sozio-politischen Kontextes geschehen.

5.3.5. Gedächtnis

Diagnostische Bewertungen erfordern den Einsatz des Gedächtnisses. Carnevali & Thomas (1993) nennen drei Gedächtnistypen, die für die Entwicklung einer Diagnose relevant sind: Das sensorische Gedächtnis, das Kurzzeitgedächtnis/Arbeitsgedächtnis und das Langzeitgedächtnis. Das sensorische Gedächtnis ist beispielsweise wichtig um physiologische als auch pathologische Gerüche (Körperausdünstungen) oder Geräusche (Herztöne) erinnern und in Folge bewerten und einordnen zu können.

Neu erworbenes Wissen und Erfahrungen müssen im Langzeitgedächtnis gespeichert werden, um in entsprechenden Situationen so schnell wie es die klinische Situation erfordert, Zugang zu ihnen zu haben (ebd.).

6. Einflüsse auf Befunderhebung und Diagnose

Die Genauigkeit einer Diagnose steht in Abhängigkeit zu den oben beschriebenen diagnostischen Kompetenzen. Je nach Ausprägung des diagnostischen Kompetenzniveaus fällt die Diagnose genauer bzw. ungenauer aus. Zu den oben beschriebenen Kompetenzen gibt es jedoch noch andere Faktoren die eine Diagnose beeinflussen.

Forschungsbefunde der letzten dreißig Jahre belegen, dass die von Pflegenden vorgenommenen Interpretationen der erhobenen Daten beträchtliche Unterschiede aufweisen (vgl. Lunney, 2007). Was eine Pflegeperson beispielsweise als

„Schwierigkeiten in der Handlungsplanung“ bewertet, ist für die andere eine „Antriebslosigkeit“. Auch wenn mit gewissen Ungenauigkeiten immer zu rechnen ist, muss es das Ziel sein, diese Unterschiede so weit wie möglich zu minimieren. Im Folgenden werden unterschiedliche Einflussfaktoren skizziert:

6.1. Personenbezogene Einflüsse

Eigene Rollenerwartungen:

Die Selbstverständlichkeit einer vorausgehenden pflegerischen bzw. therapeutischen Diagnose ist in Deutschland aus verschiedenen Gründen nicht gegeben. Teilweise sprechen andere Berufsgruppen den Gesundheitsfachberufen die Fähigkeit und Legitimation zur Diagnoseerstellung ab (vgl. Carnevali, 1993). Diese ungeklärte Situation verunsichert Angehörige von Gesundheitsfachberufen und hält sie möglicherweise von einer fundierten Befundung und anschließenden Diagnose ab, weil Pflegenden bzw. Therapeuten eben diese originäre Aufgabe abgesprochen wird.

Nach Lunney (2007) hat die eigene Rollenzuschreibung, und somit die Kompetenzerwartungen Einfluss auf die Genauigkeit einer Diagnose. So erstellten in einem Versuch höhergestellte Pflegekräfte eine exaktere Diagnose als Pflegekräfte auf einer unteren Hierarchieebene.

Bei klientenzentriert ausgerichteten Diagnoseinstrumenten bereitet es manchen Pflegenden bzw. Therapeuten Unbehagen, wenn im Ergebnis der Befunderhebung ihre Ziele und die des Patienten nicht deckungsgleich sind (vgl. Law et al, 1999). In solchen Situationen kann es leicht zu einer (unbewussten) Lenkung in der Gesprächsführung in eine bestimmte Richtung kommen. Ein sichererer, geübter Umgang mit Gesprächstechniken kann dabei (unbewusst) manipulativ eingesetzt werden.

Einfluss von Seiten der Ärzte:

Aktuell hat ein Großteil der Ärzte gegenüber Gesundheitsfachberufen die Erwartung ausführende Hilfskräfte zu sein. Sie gestehen Pflegenden bzw. Therapeuten kein eigenständiges Handeln zu. Carnevali (1993) beschreibt die punktuelle Ignoranz oder Skepsis von Ärzten gegenüber pflegerischen Diagnosen und Behandlungsplänen. Danach entmutigt ein solches Verhalten Pflegenden bzw. Therapeuten, eine umfassende und genaue Befunderhebung mit anschließender Diagnose durchzuführen (vgl. Gordon & Bartholomeyczik, 2001).

Einfluss durch andere Gesundheitsfachberufe:

Die Verwertbarkeit der unterschiedlichen Diagnosen der Gesundheitsberufe wird durch eine uneinheitliche Fachsprache inter- und intradisziplinär erschwert. Mitunter werden für gleiche Phänomene unterschiedliche Begriffe verwendet oder ein und derselbe Begriff beschreibt in den jeweiligen Berufen unterschiedliche

Sachverhalte. Lunney (2007) weist auf Forschungsbefunde hin, nach denen die Verwendung einer einheitlichen Fachsprache mit größerer Genauigkeit in der Diagnose korreliert. Demnach weisen zahlreiche Studien eine geringere Genauigkeit nach, wenn die teilnehmenden Personen keine (einheitliche) Fachsprache verwendeten.

Weiteren Einfluss hat das unterschiedliche gegenseitige Berufsverständnis zwischen den Gesundheitsfachberufen sowie die eigene Positionierung gegenüber Dritten. Berufsspezifische Interessen können sich überschneiden und es wird (auch in der Diagnoseerstellung) eher gegeneinander als miteinander gearbeitet (vgl. Carnevali, 1993), indem relevante Informationen nicht dokumentiert und weitergegeben oder erhobene Daten untereinander nicht diskutiert werden.

Einfluss von Patienten und deren Bezugspersonen:

Die Rückmeldungen, die Patienten oder deren Bezugspersonen Pflegenden bzw. Therapeuten geben, können die Diagnoseerstellung beeinflussen. Wenn Patienten oder deren Bezugspersonen das jeweilige Handeln als sinnvoll und hilfreich empfinden, bringen sie sich anders in das Geschehen ein, als wenn sie mit dem, was Pflegende bzw. Therapeuten tun, nicht einverstanden sind (vgl. Carnevali, 1993). Eine zuverlässige Pflegediagnose bzw. therapeutische Diagnose ist auf die Compliance der Patienten angewiesen. Wenn diese sich nicht kooperativ, sondern misstrauisch zeigen, ist die Genauigkeit der Diagnose fraglich. Ebenso muss ein Problembewusstsein bei den Patienten vorliegen.

Kognitiv eingeschränkte sowie ältere Patienten haben möglicherweise Schwierigkeiten, den Sinn und Prozess des Diagnostizierens zu verstehen (vgl. George, 2002). Manche Patienten sind aufgrund ihres momentanen emotionalen Zustandes nicht in der Lage, sich auf eine Diagnoseerstellung durch Gesundheitsfachberufe einzulassen (vgl. Baron, et al, 2000). Der Wunsch, eine gute Beziehung zum Pflegenden bzw. Therapeuten herzustellen, verleitet Patienten durchaus dazu, Antworten zu geben, die sie im Sinne einer sozialen Erwünschtheit antizipieren. Desgleichen können Teile der eigenen Lebensgeschichte, insbesondere in der besonderen Situation, unvollständig oder verzerrt dargestellt oder situationsbezogen interpretiert werden (vgl. Benamy, 1996). Wenn Pflegende bzw. Therapeuten dies nicht erkennen und berücksichtigen, werden die erhobenen Daten eine andere Aussagekraft bekommen und verändern damit die Diagnose.

Einfluss durch die Bewertung der Ergebnisse

Hypothesenbildung

Für den Clinical Reasoning Prozess beschreibt Benamy (1996), dass die meisten Fehler auf Grund irrtümlicher Annahmen und einer unkritischen Evaluation entstehen (vgl. auch Hüter-Becker & Dölken, 2005; Gordon & Bartholomeyczik, 2001, S. 345). Das Problem sei dabei, dass, wenn wir etwas annehmen, dieses für wahr halten und die Notwendigkeit einer kritischen Überprüfung nicht sehen. Des Wei-

teren würden bestimmte Hypothesen bevorzugt und andere kategorisch auslassen (vgl. Hüter-Becker & Dölken, 2006).

Erfahrene Pflegende bzw. Therapeuten laufen Gefahr, bei ähnlichen Mustern gesundheitlicher Problemlagen eine Diagnose festzulegen ohne alle relevanten Informationen gesammelt zu haben. Das blinde Vertrauen in Standardverfahren und Routine verhindert, den Patientenbedarf bzw. deren Erfahrungen zu berücksichtigen. Im Gegensatz dazu fehlt Berufsanfängern oft der erfahrene Blick, um Phänomene jenseits der Lehrbücher wahrzunehmen. Diagnosen werden so ebenfalls unvollständig und dadurch ungenau (vgl. Benamy, 1996; Hüter-Becker & Dölken, 2005).

Vorverständnis/Vorwissen

Theoretisches und praktisches Wissen haben entscheidenden Einfluss auf die Diagnoseerstellung (vgl. Carnevali, 1993). Dabei ist nicht nur das fachspezifische Wissen relevant, sondern ebenso das aus den jeweiligen Bezugswissenschaften. Je breiter und tiefer das Wissen angelegt ist, desto genauer lassen sich Phänomene beschreiben. Eine sichere Verwendung einer differenzierten Fachsprache trägt zur Präzision der Diagnose bei.

Ein weiterer Faktor betrifft das Vorwissen bezüglich des Patienten. Ist der Patient oder dessen Familie bekannt, werden Informationen anderes eingeordnet, als wenn der Pflegende bzw. Therapeut über keine Vorinformationen verfügt. Zudem besteht dann bereits ein Vertrauens- bzw. Misstrauensverhältnis, was wiederum Einfluss auf den diagnostischen Prozess hat (vgl. ebd.).

Komplexität

Die Logik der klinischen Entscheidungsfindung wird von der Komplexität der diagnostischen Aufgabe beeinflusst. Eine Studie mit Pflegenden (vgl. Lunney, 2007, S. 59) ergab, dass die Logik der Entscheidungen in dem Maße abnahm wie die Komplexität der Aufgabe zunahm. Darüber hinaus ergab die Studie, dass die Qualität der Entscheidungen sich in Abhängigkeit von einer spezifischen Aufgabe befindet und dass die Fähigkeit, kompetente Entscheidungen zu treffen, somit aufgabenspezifisch ist.

Werden große Datenmengen unstrukturiert gesammelt, kann dies die kognitiven Prozesse und Fähigkeiten überlasten (vgl. Gordon & Bartholomeyczik, 2001).

Spezialisierung

Pflegende bzw. Therapeuten, die in spezialisierten Institutionen arbeiten oder sich selber spezialisiert haben, fehlt möglicherweise die Aufmerksamkeit für Phänomene, die außerhalb ihres Fachbereiches liegen. Dies kann ein eng umschriebenes Klientel betreffen oder spezielle Therapien. Symptome, Auswirkungen und/oder Ursachen werden innerhalb der Spezialisierung verortet, darüber hinausgehende Annahmen werden nicht berücksichtigt (vgl. Carnevali, 1993). Die

Hypothesenbildung ist beeinträchtigt. Für eine valide und ganzheitliche Diagnoseerstellung ist eine erweiterte Perspektive jedoch unabdingbar.

6.2 Organisationsbezogene Einflüsse

Rahmenbedingungen und Räumlichkeiten

Die äußeren Rahmenbedingungen sind in zweierlei Hinsicht für die Diagnostik von Bedeutung. Zum einen geht es um die Beeinflussung der Diagnostik durch Ressourcen und zum anderen um die Gestaltung der Umgebung. Beide führen zu einer Beeinflussung der Diagnoseerstellung.

Im ersten Fall erfolgt eine innere Beeinflussung des Therapeuten. Pflegende bzw. Therapeuten bewegen sich in schwierigem Terrain, wenn der Arbeitgeber die Auslastung bestimmter Geräte etc. oder kostengünstiges Wirtschaften anmahnt. Eine solche Anforderung kann dermaßen internalisiert werden, dass dem Einzelnen dieser Einfluss auf das Denken und Handeln nicht mehr bewusst ist und die Befunderhebung darauf abzielt, solchen Erwartungen gerecht zu werden.

Im zweiten Fall wirken sich die materiellen Bedingungen aus. Die gegebenen räumlichen und materiellen Rahmenbedingungen beeinflussen den diagnostischen Prozess erheblich. Steht ein eigener Raum zu Verfügung oder findet das Geschehen in unruhiger eventuell beiläufiger Atmosphäre statt? Die Bereitstellung ausreichender und vielseitiger Diagnoseinstrumente sowie einheitlicher Dokumentationssysteme ist ebenfalls wesentlich für die Genauigkeit der Diagnose (vgl. Carnevali, 1993).

Dauer des Patientenkontaktes

Die Dauer des antizipierten Kontaktes zwischen Pflegenden bzw. Therapeuten und Patienten beeinflusst das diagnostische Geschehen. In vorrausichtlich kurzen Kontakten müssen alle relevanten Informationen möglichst rasch erhoben werden, bei einem längeren Kontakt kann eine Diagnoseerstellung entspannter angegangen werden, weil fehlende Daten nachträglich erhoben sowie ungenaue Informationen konkretisiert und revidiert werden können (ebd.). Demgegenüber stellt Lunney (2007) fest, dass ein knapper Zeitrahmen im Kontakt keinen Einfluss auf die Genauigkeit der Diagnose hat. Ein enger zeitlicher Horizont zwingt möglicherweise zu einem gezielten und effizienten Vorgehen.

Einfluss von Gesetzen:

In Deutschland gibt es für Gesundheitsfachberufe keine gesetzliche Verpflichtung, eine pflegerische bzw. therapeutische Diagnose zu erstellen und zu dokumentieren. In den Heilmittelrichtlinien ist die Abrechnungsfähigkeit einer Befunderhebung für Ergotherapeuten vorgesehen, Physiotherapeuten können derzeit diagnostische Leistungen nicht abrechnen. So müssen insbesondere Physio-

therapeuten den diagnostischen Prozess in die laufende Behandlung integrieren und können der Diagnose nicht die angemessene Relevanz einräumen.

6.3 Einfluss durch Diagnoseinstrumente

Ein wesentlicher Faktor bei einer Befunderhebung und Diagnoseerstellung ist die Eignung des Instrumentes für die jeweilige Problemlage und Individualität des Patienten. Insbesondere wenn eine Vielzahl unterschiedlicher Instrumente, z.B. Fragebögen, zur Verfügung stehen, müssen diejenigen ausgewählt werden, die für die Problemlage und den individuellen Patienten valide sowie reliabel scheinen. Stellt sich im diagnostischen Prozess heraus, dass die ausgewählten Instrumente nicht geeignet sind, müssen diese durch andere ersetzt oder bei Seite gelegt werden.

Die Beschaffenheit eines Diagnoseinstrumentes kann Patienten oder auch deren Bezugspersonen überfordern. Eine Überforderung tritt möglicherweise dann auf, wenn ein Fragebogen unübersichtlich ist, eine Fachsprache mit vielen Fremdwörtern verwendet wird, Fragen zu komplex sind oder der Fragebogen zu umfangreich ist, so dass Patienten bzw. Bezugspersonen die Ausdauer und Konzentration zum Ausfüllen fehlt.

Ein weiterer steuerbarer Einfluss bezüglich der Diagnoseinstrumente ist der sichere, geschulte Umgang von Pflegenden bzw. Therapeuten in der Anwendung und Nutzung (vgl. Baron et al, 2000).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass viele unterschiedliche Faktoren die Effektivität und Effizienz der Diagnostik beeinflussen. Einige sind intrapersonal begründet, andere werden durch die Rahmenbedingungen bestimmt, wieder andere liegen beim Patienten und dessen Bezugspersonen.

Um verzerrende Einflüsse auf die Diagnose zu reduzieren, ist neben einer fundierten Fach- und Methodenkompetenz, ein intensiver, ständiger Austausch mit den Patienten oder den Bezugspersonen notwendig. Dabei sollten Gesprächsführungstechniken in den diagnostischen Prozess integriert sowie routiniert und konstruktiv eingesetzt werden. Im Mittelpunkt aller Bemühungen sollten der Bedarf sowie die Ziele des Patienten stehen und nicht die Spezialisierungen der Pflegenden bzw. Therapeuten oder die Vorgaben und Rahmenbedingungen der übergeordneten Institution bzw. Arbeitgeber (vgl. Benamy, 1996).

7. Entwicklung diagnostischer Kompetenzen

Führt man sich die Komplexität diagnostischer Kompetenzen vor Augen, stellt sich die Frage, wie diese Kompetenzen entwickelt werden.

7.1 Entwicklung diagnostischer Kompetenzen

Für die Ausbildung von Pflegenden stellen Gordon und Bartholomeyczik (2001) fest, dass diagnostische Fähigkeiten in den Curricula entsprechender Ausbildungsprogramme nicht ausreichend berücksichtigt würden, jedoch die Sicherstellung der Entwicklung zumindest einer elementaren diagnostischen Kompetenz unumgänglich sei. Wissen sei ein signifikanter Faktor für den Erfolg als Diagnostiker, dabei müssen jedoch das Wissen über Pflegediagnosen und ein generelles Urteilsvermögen miteinander verknüpft werden.

Diagnostische Kompetenz respektive „Diagnostisches Reasoning“ ist ein Teil der Clinical Reasoning Fähigkeiten. Clinical Reasoning kann laut Benamy (1996) nicht gelehrt werden, sondern es muss gelernt werden. Ein solches Lernen kann nicht aus sich selbst heraus geschehen, es muss von den Verantwortlichen ermöglicht werden, indem die Lern-Lehrarrangements entsprechend gestaltet werden. Dabei reicht es nicht aus, entsprechende Fähigkeiten und Fertigkeiten einmalig zu erwerben, sie müssen vielmehr in der Berufspraxis fortlaufend aufrechterhalten und weiterentwickelt werden (vgl. Carnevali, 1993).

Aus der Beschreibung der kennzeichnenden Faktoren diagnostischer Kompetenzen wird deutlich, dass sich diagnostische Kompetenzen nicht durch den alleinigen Erwerb von Fachwissen in Form von Frontalunterricht in Verbindung mit bloßem Auswendiglernen entwickeln lassen, vielmehr müssen handlungsorientierte Lehr- Lernmethoden dominieren. Eine enge Orientierung an lernfeld- und fächerintegrierenden Konzepten wirkt dabei unterstützend. Diese werden umgesetzt im Arrangement von praktischen und berufsrelevanten Situationen, die hinreichend komplex strukturiert sind und tatsächliche Problemstellungen in sich bergen (vgl. Becker, 1991). Diese Situationen müssen eingehend auf ihre Eignung zur Entwicklung diagnostischer Kompetenzen hin überprüft werden.

Damit einmal erworbene Fertigkeiten in die Berufspraxis transferiert werden können, ist schon beim Lernen zu berücksichtigen, dass den Lernenden die Anwendungsbezüge dieses Wissens und Verhaltens deutlich werden. (vgl. Döring, 1996) Eine umfassende berufliche Handlungskompetenz, die Fähigkeit zum situationsgerechten Beurteilen und Handeln, entwickelt sich durch Erfahrungen. Erfahrung meint hier ein Durchlaufen von ständig wiederkehrende Situationen, in denen sich die Handlungen unter Hinzuziehung von immer neuem theoriegestützten Wissen weiter verfeinern (vgl. Eveslage, 2006).

Ein übergeordneter Faktor zur Entwicklung diagnostischer Kompetenzen ist die fortlaufende strukturierte Reflexion des eigenen Handelns und Denkens (vgl. Benamy, 1996) unabhängig von der gewählten Lehr-Lernmethode.

7.2 Lehr-Lernarrangements zur Entwicklung diagnostischer Kompetenzen

Die Lehr-Lernmethoden zur Entwicklung diagnostischer Kompetenzen orientieren sich am bereits vorhandenen Kompetenzniveau der Lernenden sowie an den Rahmenbedingungen. Um zu einem ersten Verständnis von ablaufenden Prozessen in der Diagnostik zu kommen, eignen sich eigens zu diesem Zweck formulier-

te Fallbeispiele mit strukturierenden Fragen zur Diagnose und Differentialdiagnose (vgl. Gordon & Bartholomeyczik, 2001). Gleichzeitig sollte das berufsspezifische Diagnosevokabular, gegebenenfalls parallel zu entsprechenden Fragebögen oder Checklisten, erlernt werden, denn dieses erleichtert die Verständlichkeit und Präzision von Diagnosen. Wiederholte Übungen zur Diagnoseformulierung tragen zur Steigerung der Fähigkeit bei, klinische Daten zu analysieren und zu synthetisieren.

Eine weitere Stufe zur Entwicklung diagnostischer Kompetenzen besteht in der Übung mit Simulationspatienten. Dies hat den großen Vorteil, dass einerseits mit einer konkreten Person in ihrer Ganzheitlichkeit geübt werden kann, andererseits diese Personen keinen wirklichen Leidensdruck haben und durch vorhergehende Schulung in der Lage sind, den Lernenden ein Feedback zu unterschiedlichen Aspekten der diagnostischen Situation zu geben. Die Genauigkeit der Diagnose ist hierbei nur ein Aspekt unter vielen. Übungen mit Simulationspatienten bieten zudem die Möglichkeit, weitere Beteiligte wie Mitlernende oder Lehrende zur Beobachtung zuzulassen ohne die persönliche Integrität von Patienten zu verletzen. Der Transfer in die Berufspraxis, am realen Patienten, kann unter Begleitung und Reflexion von erfahrenden Pflegenden bzw. Therapeuten erfolgen.

Für die Pflegeberufe stellt Carlson-Catalano (2007) jedoch fest, dass Pflegendе kaum Möglichkeiten hätten, den diagnostischen Prozess von Experten zu lernen, weil zum einen Pflegediagnostik erst in jüngerer Zeit in der Pflege eine Rolle spielte und zum anderen die Ausbildung zu guten Pflegediagnostikern als nicht so wichtig angesehen werde. In den therapeutischen Berufen werden sich ebenfalls aus ähnlichen Gründen nicht an allen Arbeitsplätzen erfahrene Diagnostiker finden.

Berufspraktiker können ihre diagnostischen Kompetenzen im Sinne des *Lebenslangen Lernens* durchaus erweitern. Dazu bietet sich ein Lernen in Gruppen an. Die Teilnehmer bringen konkrete Fallbeispiele aus ihrer Berufspraxis ein und die Gruppe entwickelt möglichst genaue Diagnosen, die diskutiert werden. Die gemeinsamen Fallstudien können durch individuelle Tagebücher ergänzt werden, in denen die Teilnehmer ihre Wahrnehmungen und die damit verbundenen Denkprozesse beschreiben sowie Begründungen der diagnostischen Entscheidungen (vgl. Carlson-Catalano, 2007; Eveslage, 2006; Gordon & Bartholomeyczik, 2001).

Diagnostische Kompetenzen lassen sich nicht einmalig, lehrgangsmäßig entwickeln, vielmehr ist dies ein Prozess, der die gesamte Berufspraxis begleitet. In der kontinuierlichen Auseinandersetzung mit Diagnostik sowie Diagnosen werden das Theoriewissen und das Wissen zu Modellen und Konzepten ebenfalls erweitert und ständig aktualisiert.

„Innovative Lehrmethoden, die konzipiert sind, um Studierende zu Diagnostikern auszubilden, stellen hohe Anforderungen an die Lehrperson, sind aber außerordentlich lohnend. Die Lehrperson nimmt aktiv am Lernprozess teil, denn sie

bringt eigene Erfahrungen ein und schafft Situationen, in denen die Studierenden Erfahrungen sammeln können, die sie für die Entwicklung diagnostischer Fähigkeiten brauchen. Es ist wichtig, dass die Lehrperson ihren Platz hinter dem Katheder verlässt und Teil der Lerngemeinschaft wird, denn lebendiges Lernen und Lehren inspiriert den Geist von Lernenden und Lehrenden.“ (Carlson-Catalano, 2007, S. 97).

8. Kompetenzebenen der Praktiker

Die berufliche Handlungsfähigkeit und damit auch die diagnostischen Kompetenzen sind nach einem erfolgreichen Abschluss der Ausbildung nicht erschöpfend ausgebildet (vgl. auch Nauerth, 2006). Ein routiniertes berufliches Handeln entwickelt sich erst im Verlauf der praktischen Berufserfahrung. Einerseits schützt diese Ausgangslage Berufsanfänger vor eigenen und fremden zu hohen Erwartungen an ihre beruflichen Kompetenzen, andererseits verpflichtet es auch zur aktiven, selbstinitiierten Weiterentwicklung.

Dreyfus und Dreyfus (vgl. Benner, 1997) haben auf der Grundlage von Untersuchungen an Schachspielern und Piloten ein allgemein anwendbares Modell des Kompetenzerwerbs entwickelt, indem fünf verschiedene Leistungsstufen beschrieben werden, die ein Lernender beim Erwerben und Vertiefen einer Fähigkeit durchläuft. Sie unterteilen die Kompetenzstufen in:

- Neuling (*Anfänger*)
- Fortgeschrittene Anfänger
- Kompetente (*Pflegeperson/Therapeut*)
- Erfahrene (*qualifizierte Pflegeperson/Therapeut*)
- Expertenstufe

Danach verändern sich drei Aspekte der Leistungsfähigkeit beim Durchlaufen der fünf Stufen. Zum einen vollziehe sich eine Veränderung weg vom Befolgen abstrakter Grundsätze hin zum pragmatischen Rückgriff auf konkrete Erfahrungen. Zum anderen verändere sich die Wahrnehmung der situativen Erfordernisse durch den Lernenden. Der dritte Aspekt betreffe die Entwicklung vom unbeteiligten Beobachter zum engagierten Handelnden.

Benner (1997) hat dieses allgemeine Modell auf die Krankenpflege übertragen und betont dabei, dass die sich zu entwickelnden Kompetenzen auf pflegerisches Urteilen und Handeln beziehen und nicht auf psychomotorische oder andere Basisfunktionen. Gemeint sei das angewandte pflegerische Können in realen Praxis-situationen.

Pflegende bzw. Therapeuten deren Kompetenz noch nicht sehr weit entwickelt ist nehmen laut Benner (vgl. zitiert nach Lunney, 2007) nur Teile einer klinischen

Situation wahr, demgegenüber erfassen Experten klinische Situationen in ihrer Komplexität und handeln entsprechend.

Benner (1997) beschreibt Merkmale des Handelns auf den jeweiligen Entwicklungsstufen und stellt dar, was auf den einzelnen Stufen gelernt bzw. gelehrt werden muss. Wichtig dabei ist der Unterschied zwischen schulisch vermittelten Theorien und Grundsätzen und den Erfahrungen in konkreten Situationen in denen die Fähigkeit zu einem kontextabhängigen Beurteilen und Handeln erworben wird.

Neuling:

Unter einem Neuling werden alle Personen verstanden, die in einem ihnen bisher unbekanntem klinischen Gebiet, mit neuen Patientengruppen, neuen Methoden, etc. arbeiten. Ein Neuling kann sowohl ein Lernender in der Grundausbildung als auch eine berufserfahrene Pflegende bzw. Therapeutin sein, die einen neuen Aufgabenbereich übernimmt und sich dort erst einarbeiten muss.

Anfänger verfügen demnach über keinerlei Erfahrung mit den Situationen, in denen sie aktiv werden sollen. In diesem Stadium sollten den Lernenden objektivierbare und messbare Aufgaben sowie kontextfreie Regeln, die ohne Erfahrung ausgeführt werden können, übertragen werden. Die Ausführung solcher Aufgaben ermöglicht es den Lernenden, notwendige weiterführende Erfahrungen zu sammeln.

Wenn erfahrene Pflegepersonen bzw. Therapeuten sich die Diagnoseerstellung als neuen Bereich erschließen, haben sie natürlich Erfahrungen in ähnlichen Situationen. Kontaktaufnahme zum Patienten sowie Erklärungen zum Vorgehen gestalten sie routiniert, nur in der Durchführung des Diagnoseverfahrens sind sie dann auf der Stufe eines Anfängers.

Fortgeschrittene Anfänger

Fortgeschrittene Anfänger haben bereits etliche unterschiedliche Situationen bewältigt, so dass sie wiederkehrende konstitutive Situationsmerkmale erfahren haben oder von Mentoren darauf hingewiesen wurden. Sie können jedoch weiterhin nur einen Teil komplexer Situationen wahrnehmen und konzentrieren sich auf die Einhaltung von Regeln, die sie gelernt haben.

Auf dieser Kompetenzebene kann auf Erfahrungen zurückgegriffen werden und den Lernenden Aufgaben übertragen werden, die sich in Worte fassen lassen jedoch nicht vollständig objektivierbar sind wie z. B. Patienten nach dem aktuellen Befinden zu fragen. Das klinische Handeln kann erweitert werden durch eine Orientierung an Richtlinien, die größere Handlungsspielräume bieten als kontextfreie Regeln. Fortgeschrittene Anfänger unterscheiden einzelne Schritte in Richtlinien jedoch noch nicht nach ihrer Relevanz, sondern sehen alle Schritte als gleichwichtig. Eine situationsadäquate Veränderung der vorgegebenen Schritte

sowie deren Reihenfolge werden nicht vorgenommen. Sie brauchen weiterhin Unterstützung und Anleitung z.B. beim Setzen von Prioritäten.

Kompetente Pflegeperson/Therapeut

Auf dieser Kompetenzebene haben die Handelnden das Gefühl, ihren Aufgaben gewachsen zu sein und den Anforderungen, die der Beruf an sie stellt, adäquat begegnen zu können. Sie sind in der Lage, auf die Bedürfnisse unterschiedlicher Patienten parallel einzugehen, sie vollziehen nicht mehr alle Handlungsschritte konsequent nacheinander, bevor sie auf andere Anforderungen reagieren.

Kompetente Pflegepersonen bzw. Therapeuten haben klinische Erfahrungen gesammelt und können so Problemlagen abstrahieren sowie Problemlösungsmöglichkeiten in Fallbeispielen durchspielen, um Kompetenzen im Planen und der Koordination verschiedenartiger, vielschichtiger Anforderungen zu entwickeln.

Erfahrene Pflegeperson/Therapeut

Dieses Kompetenzniveau wird erreicht, wenn Personen etwa drei bis fünf Jahre im gleichen Bereich gearbeitet haben.

Klinische Erfahrungen aus der Vergangenheit führen dazu, dass dem Handelnden Ähnlichkeiten zwischen der momentanen Situation und einer im Gedächtnis gespeicherten charakteristischen Situation bewusst werden und er diese in sein aktuelles Handeln einbezieht. Situationen werden als Ganzes wahrgenommen, dadurch sind erfahrene Pflegepersonen bzw. Therapeuten in der Lage, Abweichungen von der Norm unmittelbar zu erkennen. Es fällt ihnen leichter, Entscheidungen zu treffen, weil sie eine ganzheitliche Perspektive einnehmen sowie Prioritäten setzen können.

Fachliche Kompetenzen werden am ehesten weiterentwickelt, wenn die erfahrenen Pflegepersonen bzw. Therapeuten zum einen Situationen, in denen sie erfolgreich gehandelt haben, reflektieren sowie die erfolgreichen Strategien verbalisieren und zum anderen Situationen, in denen sie verunsichert waren oder die sie nicht erfolgreich bewältigt haben, reflektieren sowie Alternativen entwickeln. Die Bewertung des Erfolges bzw. Misserfolges für die jeweiligen Situationen kann durch die subjektive Wahrnehmung der Handelnden, durch Rückmeldungen von Patienten, Angehörigen oder Kollegen/Vorgesetzten erfolgen.

Expertenstufe

Die Entwicklung von der erfahrenen Pflegeperson bzw. vom erfahrenen Therapeut zum Experten findet nicht automatisch mit zunehmender Berufstätigkeit statt, sondern muss aktiv initiiert werden.

Die Zuordnung von Pflegepersonen bzw. Therapeuten zur Expertenstufe lässt sich durch formale, offizielle Beurteilungskriterien nur unzureichend vornehmen. Demgegenüber können Kollegen sowie Patienten sehr schnell beurteilen, wer sich auf der Expertenstufe befindet, denn diese zeichnen sich deutlich durch ihr

klinisches Urteilsvermögen und ihren Umgang mit vielschichtigen klinischen Problemen aus.

Experten in der Pflege bzw. Therapie sind in der Lage, Situationen intuitiv zu erfassen und auf Grund ihres großen Erfahrungsschatzes direkt zum Kern eines Problems vorzudringen, ohne viel Zeit mit der Abwägung möglicher Alternativen zu verlieren, so sind sie in der Lage, sich schnell verändernde Situationen zu managen, die von weniger Erfahrenen eher ignoriert werden (vgl. Lunney, 2007).

Pflegepersonen bzw. Therapeuten, die die Expertenstufe erreicht haben, sind in der Lage, ihren Kollegen beratend zur Seite zu stehen. Für Anleitungsaufgaben eignen sich jedoch eher Personen, die über das Anfängerniveau hinaus sind, die Expertenstufe aber noch nicht erreicht haben, weil Experten oft so routiniert vorgehen, dass sie die einzelnen Schritte innerlich nicht mehr nachvollziehen und dadurch Mühe haben, ihre Handlungsweisen zu erläutern (vgl. Nauerth, 2006). Die Verbalisierungen des eigenen Handelns sind für andere Personen möglicherweise schwer verständlich, weil Experten über ein umfassendes Verständnis der Gesamtsituation verfügen. Dreyfus und Dreyfus (zit. nach Benner, 1997) sagen, dass „die handelnde Person sich der einzelnen Merkmale und Regeln nicht mehr bewusst ist, ihre Ausführungen werden flüssig und flexibel und erreichen ein hohes Niveau. Der Schachspieler entwickelt ein Gefühl für das Spiel, der Sprecher einer Fremdsprache spricht fließend, und der Pilot steuert seinem Gefühl nach nicht mehr eine Maschine, sondern er fliegt einfach.“ Dies bedeutet jedoch nicht, dass Experten niemals ihr Handeln reflektieren, wenn sie z.B. Situationen falsch eingeschätzt haben oder Dinge sich unerwartet entwickeln.

Laut Benner (1997) würde es zu einer Verbesserung der Arbeit von Experten beitragen, wenn diese Experten systematisch gemeinsam eine beschreibende Sprache entwickeln und sich über vergleichbare Beobachtungen austauschen würden. Die Schwierigkeiten von Experten ihr intuitives Handeln zu verbalisieren wird auch im Clinical Reasoning aufgegriffen und ein Konstrukt als Hilfestellung angeboten.

Wie Benner (1997) betont, kann sogar ein Experte wieder zum Anfänger werden, wenn sich in der Tätigkeit wesentliche Aspekte verändern. In den pflegerischen und therapeutischen Berufen wird die Möglichkeit sowie Notwendigkeit fachlicher Diagnosen erst in jüngerer Zeit diskutiert. Dies hat zur Folge, dass es im Kontext diagnostischer Kompetenzen bisher nur wenige Pflegende bzw. Therapeuten gibt, die einem höheren Kompetenzniveau im Sinne Benners zuzuordnen sind und es kaum erfahrene Personen gibt, die anleitende Funktionen übernehmen können. So können auch Experten als Diagnostiker wieder als Anfänger beginnen und die oben beschriebenen Stufen durchlaufen. Daher müssen für spezifische Diagnoseinstrumente, in Anlehnung an Benner, klare Handlungsschritte aufgezeigt werden. Mit zunehmender Erfahrung in der Diagnoseerstellung und Handhabung von Diagnoseinstrumenten können dann Pflegepersonen bzw. Therapeuten sich von den beschriebenen Handlungsschritten lösen und die spezifi-

schen Diagnoseinstrumente situationsadäquat und flexibel einsetzen (vgl. Eveslage, 2006). Vermutlich durchlaufen Personen, die in ihrem Bereich das Expertenniveau bereits erreicht haben, diesen erneuten Prozess schneller als generelle Anfänger in der Pflege bzw. Therapie, da sie nur in einem Teilbereich neue Erfahrungen sammeln müssen.

9. Ausblick

Der Begriff der *Diagnose* sowie die explizite Tätigkeit der Diagnoseerstellung ist in den Gesundheitsfachberufen derzeit noch nicht fest verankert. Die Darstellung der „diagnostischen Kompetenzen“ sowie deren Rahmenbedingungen lassen möglicherweise den Eindruck entstehen, dass eine Diagnoseerstellung ein komplizierter Prozess ist, in dem unüberschaubare zusätzliche Faktoren berücksichtigt werden müssen. Bei genauerer Betrachtung ist jedoch offensichtlich, dass es viele Überschneidungen in den Anforderungen mit anderen Aufgabenbereichen der Pflege bzw. Therapie gibt.

Die vordringlichste Aufgabe zur Entwicklung diagnostischer Kompetenzen von Akteuren in Gesundheitsfachberufen scheint eine Bewusstseinsveränderung auf allen Ebenen zu sein. Wenn Pflegende bzw. Therapeuten die Diagnose als festen Bestandteil ihrer Aufgaben betrachten, Ärzte den Gesundheitsfachberufen die Legitimation einer Diagnose zugestehen sowie Patienten und Angehörige eine Diagnose als wichtiges Element einer pflegerischen Maßnahme bzw. therapeutischen Behandlung sehen, lässt sich die Entwicklung diagnostischer Kompetenzen problemlos in die Ausbildung und den Berufsalltag integrieren.

Ansatzpunkt sind dabei einerseits die Curricula andererseits die Ausbildungsverantwortlichen. Der Themenschwerpunkt „Diagnose – Diagnoseerstellung“ muss explizit in die Lehrpläne aufgenommen und entsprechend Platz eingeräumt werden. Dieses könnte durchaus zu Ungunsten anderer Inhalte geschehen, die zwar traditionell zum Themenkanon der Ausbildung gehören, ihre Berechtigung jedoch eingebüsst haben. Die Ausbildungsverantwortlichen in der Schule und Praxis sind aufgerufen, ihrerseits ihre Kompetenzen zur Gestaltung von Lern-Lehrrangements zur Entwicklung diagnostischer Kompetenzen auszubauen.

Aktuelle Entwicklungen machen die prinzipielle Frage, ob berufsspezifische Diagnosen in Gesundheitsfachberufen erstellt werden sollen und dürfen überflüssig. Die Frage nach den konkreten Inhalten, Methoden und Orten in der Vermittlung diagnostischer Kompetenzen ist demgegenüber noch nicht zufrieden stellend geklärt. Hier sind die Kreativität sowie das Engagement der jeweiligen Ausbildungsverantwortlichen gefragt.

Literatur

Baron, K., Kielhofner, G., Goldhammer, V., Wolenski, J. (2000). Occupational Self Assessment (OSA). (Übersetzung: Silke Reinhartz). Köln: BTZ Berufliche Bildung, Eigenverlag.

Becker, W. (1991). Schlüsselqualifikationen - Begriffsgeschichte Beispiele und Erläuterungen. In: B. Meifort (Hrsg.). Schlüsselqualifikationen für gesundheits- und sozialpflegerische Berufe. (Seite 75 – 96). Alsbach/Bergstraße: Leuchtturm-Verlag.

Benamy, B. C. (1996). Developing Clinical Reasoning Skills. Texas: Therapy Skill Builders.

Benner, P. (1997). Stufen zur Pflegekompetenz. Bern: Hans Huber.

Benner, P. & Wrubel, J. (1997). Pflege, Streß und Bewältigung. Bern: Hans Huber.

Carlson-Catalano, J. (2007). Eine Lehrmethode zur Entwicklung diagnostischer Fähigkeiten. In: Lunney, M. (2007). Arbeitsbuch Pflegediagnostik. (S. 75- 98). Bern: Hans Huber

Carnevali, D. & Thomas, M.D. (1993). Diagnostic Reasoning and Treatment Decision Making in Nursing. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

Dörig, R. (1996). Ersetzen Schlüsselqualifikationen das Wissen?. In: Ph. Gonon, (Hrsg.). Schlüsselqualifikationen kontrovers. (S. 81-88). Aarau: Verlag Sauerländer.

Etymologisches Wörterbuch des Deutschen. (2000). (5. Auflage). Berlin: Deutscher Taschenbuch Verlag

Eveslage, K. (2006). Pflegediagnosen: praktisch und effizient. Heidelberg: Springer.

Feiler, M. (2003). Klinisches Reasoning in der Ergotherapie. Berlin:Springer.

George, S. (2002). Praxishandbuch COPM. Idstein: Schulz-Kirchner.

Gordon, M. & Bartholomeyczik, S. (2001). Pflegediagnosen. München: Urban & Fischer.

Habermann, C. (1999). Ergotherapeutische Befunderhebung. In: Scheepers, C. et al. (Hrsg.). Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln. (S. 102-106). Stuttgart: Thieme.

Hagedorn, R. (2000). Ergotherapie – Theorien und Modelle. Stuttgart: Thieme.

Heiliger, V. (04/07). Diagnose ist Sache des Arztes. In: Ärztekammer Westfalen-Lippe. Westfälisches Ärzteblatt. (Seite 9). Greven: WWF Verlagsgesellschaft.

Hüter-Becker, H. (2005). Das neue Denkmodell in der Physiotherapie. Bd. 2. Stuttgart: Thieme.

Hüter-Becker, A., Dölken, M. (2005). Untersuchen in der Physiotherapie. Stuttgart: Georg Thieme.

Jones, M. & Rivett, D. (2006). Einführung in das Clinical Reasoning. In: M. Jones & D. Rivett. (Hrsg.). Clinical Reasoning in der Manuellen Therapie. München: Urban & Fischer.

Kagan, C. & Evans, J. (1996). Professionals Interpersonal Skills for Nurses. London: Chapman & Hall.

Kanning, U. P. (2003). Diagnostik sozialer Kompetenzen. Göttingen: Hogrefe.

Klemme, B. & Siegmann, G. (2006) Clinical Reasoning. Stuttgart: Thieme.

Langmaack, B. (2004). Soziale Kompetenz. Verhalten steuert den Erfolg. Weinheim: Beltz.

Law, M., Babbiste, S., Carswell, A., McColl, M.A., Polatajko, H., Pollock, N. (1998). Canadian Occupational Performance Measure. (3. Auflage). (Deutsche Ausgabe). Originaledition: CAOT Publications ACE 1998, Kanada

Lunney, M. (2007). Arbeitsbuch Pflegediagnostik. Bern: Hans Huber.

Marotzki, U. (2006). Zwischen medizinischer Diagnose und Lebensweltorientierung. Idstein: Schulz-Kirchner.

Meleis, A. I. (1999). Pflgeetheorie. Bern: Hans Huber.

Müller Staub, M. (2006). Klinische Entscheidungsfindung im pflegediagnostischen Prozess. In: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe. (Oktober 2006, Heft 5, 19. Jahrgang). (Seite 275-279). Bern: Hans Huber.

Nauerth, A. (2000). Praxisforschung. In: B. Rennen-Allhoff, D. Schaeffer (Hrsg.) Handbuch Pflegewissenschaft. (S.771-818). Weinheim: Juventa.

Nauerth, A. (2006). Clinical Reasoning lernen und anbahnen im Rahmen der betrieblichen Ausbildung. In: U. Walkenhorst, B. Klemme. (Hrsg.). Interdisziplinäres Lernen und Arbeiten in der Ergo- und Physiotherapie. (S. 305 – 320). Dortmund: Borgmann.

Potter, P. & Weilitz, P. (2005). Pflegeanamnese und Pflegediagnostik. München: Urban & Fischer.

Schrems, B. (2003). Der Prozess des Diagnostizierens in der Pflege. Wien: Facultas.

Schulz von Thun, F. (2004). Klarkommen mit sich selbst und anderen: Kommunikation und soziale Kompetenz. Reinbek: Rowohlt.

Voigt-Radloff, S., Schochat, H., Heiss, W. (2000). Das Ergotherapeutische Assessment: Feldstudie zu Akzeptanz, Praktikabilität und Prozessqualität. In: Die Rehabilitation; 2000; 39: (S. 255-261). Stuttgart: Georg Thieme.

Weinberger, S. (2006). Klientenzentrierte Gesprächsführung. (11. Auflage). Weinheim: Juventa.

Windisch, R. & Zoßeder, J. (Hrsg.). (2006). Sozialwissenschaften für die Ergotherapie. München: Urban & Fischer.

Wingenfeld, K. (2000). Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf und pflegerische Leistungen. In B. Rennen-Allhoff, D. Schaeffer (Hrsg.) Handbuch Pflegewissenschaft. (S.339-362). Weinheim: Juventa.

Elektronische Literatur

www.lexikon.meyer.de/meyers/Diagnose (Abruf vom 19.04.07)

www.mediamanual.at/mediamanual/workshop/kommunikation/bedeutung/distanz01.php (Abruf vom 06.05.2007)

Teil 2

Der Einsatz von Simulationspatienten in der Pflegeausbildung

Anja Lukat

1. Einleitung

Der Beruf der Gesundheits- und Krankenpflege unterlag besonders in den letzten Jahrzehnten enormen Veränderungen. Gesetzliche Bestimmungen, Reformen im Gesundheitswesen sowie die Entwicklung der Pflegewissenschaft führen zu veränderten Anforderungen an das Pflegepersonal. Auch die kritischen finanziellen Rahmenbedingungen, die sich stetig weiterentwickelnde medizintechnische Umwelt und der erhöhte Qualitätsanspruch bei sinkenden personellen Ressourcen forcieren erhöhte Ansprüche an Pflegende.

Diese Entwicklung zeigt Wirkung auf die Ausbildungsstrukturen und spiegelt sich nicht zuletzt in einem wachsenden und vertiefenden Anteil der Theoriestunden in der Krankenpflegeausbildung wider. Auf Kosten des erweiterten Theorieanteils in der Pflegeausbildung sind die Praxiseinsätze der Krankenpflegeschüler stetig reduziert worden. Krankenpflegeschüler beklagen aufgrund der reduzierten Lernmöglichkeiten in der Praxis einen Mangel an praktischen Fertigkeiten. Auch das examinierte Personal bemängelt fehlende Fertigkeiten ihrer Schüler.

Als eine Ursache des oben beschriebenen Phänomens kann der sinkende Anteil der praktischen Ausbildung gesehen werden. Die negativen Auswirkungen auf die berufliche Handlungskompetenz werden verstärkt durch Faktoren wie den wachsenden Zeitdruck auf das Pflegepersonal, das die Schüler infolgedessen nicht adäquat anleiten kann, den drastisch reduzierten Personalschlüssel, die technisierte Pflegeumwelt sowie die erhöhte Patientenfluktuation.

Auf diesen Befund müssen Ausbildungsverantwortliche reagieren, um die zukünftige berufliche Handlungskompetenz der Lernenden sicherzustellen. Kompetenzen, die bisher ausschließlich in der Berufspraxis entwickelt wurden, müssen nun teilweise in die theoretische Ausbildung integriert werden. Diesem Problem wird in anderen Ländern mit dem so genannten „Skills Laboratory“, meist abgekürzt als „Skills Lab“, begegnet, das am ehesten mit „Fertigkeiten – Labor“ übersetzt werden kann. Das ursprünglich aus den USA in die Niederlande importierte Konzept, Schülern mittels eines Übungslabors praktische Fertigkeiten in systematischer Weise nahe zu bringen, ist zwar längst in vielen Ländern etabliert, aber in der deutschen Pflegeausbildung nahezu unbekannt.

Eine typische Lehr-Lernmethode im Skills-Lab ist die Arbeit mit Simulationspatienten. Das Skills-Lab bietet für den Einsatz von Simulationspatienten einen optimalen Rahmen, stellt aber keine notwendige Voraussetzung dar. Sie können daher auch in traditionellen Lehr-Lernformen eingesetzt werden. In Skills-Labs soll das, was gelehrt und als Wissen angeeignet wurde, in eine Handlung umgesetzt werden. Diese Bemühung um Transfer ist nicht neu. Sie zeigt sich in der Intention

von Rollenspielen oder in der Diskussion von Fallbeispielen. Der Einwand, dass diese Situationen ja „nur gespielt“ seien, oder dass in der Praxis eben „alles ganz anders sei“, konnte jedoch nie ganz entkräftet werden, weil der Bezug zur Realität den Lernenden offenbar oft fehlt. Mit dem Einsatz von Simulationspatienten könnten einige Einwände entkräftet werden.

In der Mediziner Ausbildung kennt man ähnliche Formen des Fertigkeitentrainings. Dort hat man sich darauf konzentriert, für die Umsetzung des Gelernten möglichst realitätsnahe Situationen zu schaffen, Lernsituationen, in denen nicht nur das *was* gefragt ist, sondern die ebenso stark gewichten, *wie* die Handlung durchgeführt wird (vgl. Frei Blatter, 2004). Ein wesentlicher Teil der Ausbildung ist dabei der Einsatz von Simulationspatienten. Ein aktuelles Beispiel hierfür zeigt das im November 2007 eröffnete Studienhospital der Universität Münster. Unter der Leitung des Studiendekans Dr. Bernhard Marschall wurde ein Krankenhaus im Kleinen mit der üblichen Standardausstattung konzipiert. Es gehe um das situative Lernen. Wie Untersuchungen belegen, sei der Lernerfolg dann am größten, wenn das Lernen in einem realistischen Umfeld erfolge (vgl. <http://cgi.uni-muenster.de/exec/Rektorat/upm.php?nummer=09345>).

In den meisten Pflegeausbildungen im angelsächsischen und anglo-amerikanischen Raum sowie in Skandinavien und den Niederlanden wird dem Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Entwicklung pflegerischer Kompetenz eine hohe Relevanz beigemessen. Die Einrichtung von Skills-Labs mit unterschiedlichen Lehr-Lernangeboten hat sich dabei bewährt. Mit diesen Erfolgen hat sich der Name „Skillslab“ und somit ein bedeutendes Element neuer Lehr-Lernformen etabliert.

Die Übungen in Skills-Labs mit Simulationspatienten, als eine Form des Rollenspiels, entkräften durch die praxisnahe Gestaltung den Einwand, „das sei ja nur gespielt“. Simulationspatienten relativieren offenbar die Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis, denn der Einsatz hat unmittelbare Effekte auf die Entwicklung beruflicher Kompetenzen (vgl. Frei Blatter, 2004). Somit bieten Skills-Labs bzw. die Arbeit mit Simulationspatienten die Integration von methodisch-instrumentellen und theoretischen Ausbildungsinhalten in Lehr-Lernsituationen. Dem eingangs beschriebenen Dilemma von einerseits reduzierten praktischen Ausbildungszeiten sowie andererseits erhöhten fachwissenschaftlichen und methodisch-instrumentellen Anforderungen an Akteure im Gesundheitsversorgungssystem kann mit dieser Lehr-Lernmethode begegnet werden.

Im vorliegenden Aufsatz wird die Lehr-Lernmethode „Einsatz von Simulationspatienten“ für die Ausbildung von Pflegeberufen skizziert. Zunächst wird ein kurzer Überblick über die Lernform „Skillstraining“ gegeben sowie die Rahmenbedingungen für Übungen mit Simulationspatienten beschrieben. Praktische Hinweise zur Arbeit mit Simulationspatienten sowie die Durchführung von Übungen mit

Simulationspatienten in Lehr-Lernsituationen werden in den letzten beiden Abschnitten dargestellt.

2. Skillstraining

2.1. Definition von Skills

Skills beinhalten Fähigkeiten und Fertigkeiten. Eine Handlung erfolgt erst dann auf der Basis von Skills, wenn sie zielgerichtet ist, aus mehreren Bestandteilen und Aspekten besteht, eine zuvor festgelegte Planung erfordert, ihre Elemente zusammen ein Ganzes ergeben und ihr Erwerb einen Lernprozess bedingt. Berufspraktische Skills werden in der Regel durch wiederholtes und abwechslungsreiches Üben erlernt. Im Skillstraining werden kognitive, psychomotorische, selbstregulierende (oder Haltungs-) und interaktive Fähigkeiten und Fertigkeiten gelernt (vgl. Fachstelle-Careum, 2007).

2.2. Lehr-Lernform Skillstraining

Im Skillslab werden in einer der Berufsrealität nachempfundenen Lernumgebung, komplexes berufliches Handeln und Verhalten in einem konstruierten Setting geübt und verschiedene Handlungsalternativen erarbeitet. Das Skillslab bietet Raum, die im Praxisfeld erlebte oder antizipierte Handlung zu reflektieren, mit Hintergrundwissen zu verbinden und sich die erforderlichen Skills bzw. Kompetenzen anzueignen (vgl. Fachstelle-Careum, 2007). Weitere Vorteile sind darin zu sehen, dass die Komplexität der konstruierten beruflichen Situationen dem individuellen Ausbildungsstand angepasst sowie der Transfer von aktuellen theoretischen Inhalten auf die berufliche Praxis nicht dem Zufall überlassen ist, sondern gesteuert und kontrolliert werden kann.

Mit der Lernform Skillstraining trainieren die Lernenden berufsrelevante Fähigkeiten und Fertigkeiten in einer Laborsituation praxisnah und transferieren theoretisches Wissen sowie methodisch-instrumentelles Können auf berufliche Situationen. Im angesprochenen Lernbereich „Training und Transfer“ entwickeln die Lernenden Sicherheit im beruflichen Handeln und verknüpfen ihr bisher fragmentiertes theoretisches Wissen, um sich später in der beruflichen Praxis auf konkrete Situationen konzentrieren zu können. In verschiedenen Lernarrangements werden motorische, kommunikative und kognitive Skills mit großer Praxisnähe bzw. Authentizität trainiert und evaluiert.

Die Lehr-Lernmethode Skillstraining stellt die Verbindung zwischen traditionellem theoretisch ausgerichtetem Unterricht und der Ausbildung in der Berufspraxis her.

2.3. Phasen und Schritte im Skillstraining

Phase I: Orientierung	Zur Orientierungsphase gehören das Erkennen des Niveaus der letztendlichen Aneignung sowie die Schritte im Aneignungsprozess auf einem kognitiven Niveau. Der Ablauf der Skills kann (wenn vorhanden) im Trainingsfilm vergegenwärtigt werden.
Schritt 1: Individuelle Vorbereitung:	Aktivieren und Überprüfen des Vorwissens. Erkennen der wichtigsten Anteile und Aspekte der Skills, um eine Vorstellung über die Skills zu erhalten und im Trainingstreffen Fragen klären zu können.
Phase II: Übung	In der Übungsphase werden die Skills demonstriert. Ebenso werden die kritischen Momente im Ablauf bewusst gemacht. Auch die Vorsichtsmaßnahmen, die bei der Ausführung von Bedeutung sind, werden hier angesprochen. Anschließend erhalten die Studierenden die Gelegenheit, die Skills in reduzierten, simulierten oder in realen Situationen zu üben; sie werden so mit der Auswirkung der durchgeführten Skills in unterschiedlichen Situationen konfrontiert.
Schritt 2: Trainingstreffen, Demonstration durch Expertin, Erproben unter Anleitung	Demonstration der Skills, um den Ablauf und die Ausführungen der Skills zu erfassen, Verdeutlichen von Schlüsselstellen und kritischen Momenten. Möglichkeit, Fragen zu klären durch Skillstrainerin, Erproben unter Anleitung. Übergang vom kognitiven zum Handlungsschema, unterstützt durch das Üben und das Feedback.
Schritt 3: Selbstständiges Üben	Je nach Fachrichtung: Individuelles Üben im simulierten und reduzierten Rahmen an Simulationsmodellen bzw. Mitstudierenden. Erproben, Trainieren und Festigen der Skills in unterschiedlichen Situationen, um sie auf andere Situationen übertragen zu können.
Schritt 4: Simulation	Praxisnahes Üben und Festigen der Skills an Simulationspatienten und/ oder Simulationsmodellen unter Integration von kognitiven, psychomotorischen, interaktiven und selbstregulierenden Fähigkeiten und Fertigkeiten. Reflexion der Skills.
Schritt 5: Fähigkeitstest	Beurteilung der erworbenen Skills anhand von Beobachtungen und Kriterien.
Phase III: Beherrschung	Die Beherrschungsphase führt die Studierende zum «Können» der Skills. Hier spielen Rhythmus, Geschwindigkeit und Koordination von Teilfähigkeiten sowie die Durchführung in der Praxis auch unter vorkommenden Stresssituationen eine zentrale Rolle. Dies ist ein wichtiger Grund dafür, dass die Erprobung und Weiterentwicklung der Skills in der Praxis stattfinden.
Schritt 6: Erproben und Weiterentwickeln in der Praxis	Begleitetes Erproben und Weiterentwickeln der Skills bis zur Beherrschung. Berücksichtigung von Rhythmus, Geschwindigkeit und Koordination der Durchführung der Skills unter den in der Praxis vorkommenden Stresssituationen.

(Fachstelle-Careum, 2007)

Abbildung 1: Phasen und Schritte im Skillstraining

2.4. Simulationen

Das Skillstraining wird in sechs Schritte (vgl. Abb. 1) differenziert. Der vierte Schritt beschreibt die Simulation beruflicher Situationen. Je nach Fachrichtung werden im vierten Schritt Simulationspatienten und/ oder Simulationsmodelle eingesetzt. In der Ausbildung von Gesundheitsfachberufen übernehmen diese in der Simulation die Rolle von Patienten mit zuvor definierten Problemstellungen. Die Simulation wird von Lehrkräften begleitet und reflektiert. Der Einsatz von Simulationspatienten bietet eine optimale Transfermöglichkeit, weil dadurch eine quasi-reale Situation geschaffen wird, die den Lernenden die Möglichkeit gibt, in einer geschützten Lernumgebung Skills zu erproben und zu verbessern (vgl. Fachstelle-Careum, 2007).

3. Simulationspatienten

3.1. Begriffsklärung

Nach einer Definition von Barrows (1971, S. V) ist ein Simulationspatient

„... a person who has been trained to completely simulate a patient or any aspect of illness, depending upon the educational need“.

Frei übersetzt ist ein Simulationspatient demnach „... eine Person, die trainiert wurde, einen Patienten oder irgendeinen Aspekt der Erkrankung eines Patienten entsprechend dem Ausbildungsbedarf zu simulieren“.

Ursprünglich stammt die Entwicklung dieser Lehr-Lernmethode aus Nordamerika, die dort im Jahre 1961 in abgewandelter Form (sog. Papier-Patienten) erstmalig Anwendung fand. 1964 berichtete H.S. Barrows über die neue Methode „Programmierte Patienten“ in der neurologischen Ausbildung.

Die Bezeichnung „Simulationspatienten“ wurde gegenüber der Bezeichnung „simulierte Patienten“ bevorzugt, da „simuliert“ zu Missverständnissen führen dürfte. Eine mögliche Übersetzung des englischen Terminus „simulated patients“ wäre „Patientendarsteller“. Hiervon wird jedoch in den folgenden Ausführungen Abstand genommen, da sich in bisherigen Publikationen nur die englische Bezeichnung bzw. daraus abgeleitete Übersetzungen finden (vgl. Habeck, 1984).

Simulationspatienten sind Menschen aus allen Altersgruppen und Berufsgruppen, die ausgebildet werden, um eine Patientenrolle einzunehmen. Sie stellen die Symptome einer Erkrankung, die aktuelle Situation des fiktiven Patienten, wichtige Persönlichkeitsmerkmale sowie die Untersuchungssituation dar. Sie werden trainiert, den Lernenden ein konstruktives und verwertbares Feedback zu geben (vgl. Ortwein, 2003). Ziel ist es, eine möglichst authentische Situation herzustellen, in der die Lernenden die Möglichkeit haben, in einer geschützten Umgebung praktische Fertigkeiten zu üben und zu verbessern. Es können Situationen wie

Anamnesegespräche, Aufklärungsgespräche, pflegepraktische Fertigkeiten und spezielle Untersuchungstechniken dargestellt werden.

3.2. Funktionen von Simulationspatienten

Der Einsatz von Simulationspatienten verfolgt das Ziel, durch die Simulation eine quasi-reale Situation zu schaffen, in der Lernende in einer geschützten Atmosphäre praktische Fertigkeiten üben und verbessern können (vgl. Ortwein, 2003). Beim Einsatz von Simulationspatienten werden zwei Hauptfunktionen erfüllt. Hierbei handelt es sich zum einen um ein Übungs- und Trainingsangebot zur Entwicklung praktischer Fertigkeiten am Patienten und zum anderen um die Evaluation bzw. Überprüfung der erworbenen praktischen Fertigkeiten im Umgang mit Patienten. Die Evaluation kann sowohl im Rahmen offizieller Abschlussprüfungen (Examen) oder kursbegleitender Prüfungen als auch in Form von Selbstkontrollen erfolgen. Im Rahmen der Selbstkontrolle lassen sich Training und Erfolgskontrolle didaktisch besonders sinnvoll miteinander verknüpfen. Die entsprechenden Rückmeldungen an den Lernenden erfolgen nicht nur durch den Dozenten, der Mitschüler und die Selbstreflexion¹, sondern können auch von Simulationspatienten selbst geleistet werden (vgl. Habeck, 1984).

3.3 Vorteile von Simulationspatienten

Die Lehrenden an der Berliner Charité bezeichnen den Einsatz von Simulationspatienten als „außerordentliche Bereicherung der Ausbildung“, da die Lernenden durch die direkte Rückmeldung der Simulationspatienten ihr Verhalten wahrnehmen, überdenken und ggf. ändern können. Diese Form des Feedbacks ist in der realen Pflegeperson-Patienten-Beziehung praktisch nie gegeben (vgl. Ortwein, 2003).

Johnsons (1999) Erfahrungen zeigten, dass sich durch das Lernen mit Simulationspatienten folgende Kompetenzen bei den Lernenden nachweisen lassen:

- eine Erhöhung der Sensibilität
- eine größere Fähigkeit, verschiedene Praktiken zu evaluieren
- eine erhöhte Wahrnehmung für das eigene Verhalten
- eine deutliche Steigerung kritischen Denkens

Laut Habeck (1984) gibt es vier große Bereiche, die Vorteile bieten:

- I. Außergewöhnliche Trainingsmöglichkeiten
- II. Standardisierbarkeit

¹Als besonders wirksam für eine zunehmende Sensibilisierung zur Selbstreflexion hat sich die Wiedergabe des praktizierten Patientenkontaktes mittels Videoaufnahme erwiesen. Diese bildet zugleich eine mögliche Grundlage für die Aufarbeitung des Patientenkontaktes in der Gruppe.

III. Bewertung

IV. Zeitliche und räumliche Verfügbarkeit

I. Außergewöhnliche Trainingsmöglichkeiten

Simulationspatienten bieten außergewöhnliche Trainingsmöglichkeiten für Lernende, wie es realen Patienten kaum oder gar nicht zugemutet werden kann. Das betrifft zunächst ein bei Anfängern oft beobachtetes ungeschicktes Vorgehen in der Gesprächsführung oder bei praktischen Tätigkeiten. Ein Teil der noch unerfahrenen Lernenden vermeidet aus diesem Grund engere Patientenkontakte. Eine solche Hemmschwelle ist durch Simulationspatienten schneller zu überwinden. Weiterhin erlauben Simulationspatienten das Üben von Gesprächen zu Fragen aus dem Intim- und Sexualbereich, oder zu emotional belastenden Themen wie z. B. einer schlechten Krankheitsprognose.

Ein didaktischer Vorteil in der Arbeit mit Simulationspatienten besteht darin, dass ein Patientengespräch oder eine praktische Umsetzung von Tätigkeiten jederzeit dann unterbrochen werden kann, wenn ein bestimmtes Ereignis im Ablauf zu einer unmittelbaren Rückmeldung oder Kommentierung auffordert. In Gegenwart des Simulationspatienten kann dann offen darüber diskutiert werden.

II. Standardisierbarkeit

Weitere Vorteile ergeben sich aus der Standardisierbarkeit der simulierten berufspraktischen Situation. Simulationspatienten können ihre Krankheitsbilder und Emotionen konstant in vorhersehbarer Form anbieten. Sie unterliegen nicht den zeitlichen Schwankungen des Befindens bei realen Patienten, die ihre Gesundheitsstörung mitunter verschieden gewichten oder unterschiedlich äußern. Außerdem können „pflegerische Erfahrungen“ die ein Patient im Laufe seiner Kontakte mit pflegerischen Situationen erwirbt, bei Simulationspatienten eliminiert oder konstant gehalten werden. Aufgabe der pflegerischen Ausbildung ist es zwar, den Lernenden auch mit möglichen Schwankungen und Entwicklungen des Patientenverhaltens vertraut zu machen, dies ist jedoch nicht zu Beginn sinnvoll, sondern sollte erst in späteren Ausbildungsphasen erfolgen. Hier ist es nun besonders hilfreich, dass Simulationspatienten die Möglichkeit bieten, den Schwierigkeitsgrad des simulierten Krankheitsbildes dem jeweiligen Ausbildungsstand der Lernenden anzupassen.

Die konstante Reproduzierbarkeit simulierter Fälle bildet darüber hinaus eine unerlässliche Voraussetzung für die Durchführung vergleichender Evaluationsmaßnahmen. Mit Hilfe von Simulationspatienten lassen sich die erworbenen pflegerisch-praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten am Patienten in standardisierter Form erfassen und dadurch individuelle Prüfungsleistungen einzelner Lernender miteinander vergleichen. Reale Patienten sind dafür ungeeignet, da sie abgesehen von der bereits erwähnten Variabilität ihrer Gesundheitsstörungen nicht beliebig oft zu Prüfungszwecken herangezogen werden können.

III. Bewertung

Es ist evident, dass die Beobachtung einer pflegerischen Handlung direkt am Patienten die beste Voraussetzung bietet, um die Kompetenz des Lernenden zu beurteilen. Allein dies ist sehr aufwändig. So bietet sich als Alternative die Arbeit mit dem Simulationspatienten an, die zudem die Selbsteinschätzung der Auszubildenden fördert. Gibbons (2002) meint, dass in diesem Setting das Urteil der Schüler oftmals viel kritischer sei als jenes der Dozenten. Das setze aber voraus, dass die Schüler in den Grundkenntnissen der Selbstevaluation geschult würden. Die Rückmeldungen entsprechend ausgewählter und trainierter Simulationspatienten können in die Bewertung der Lernenden miteinbezogen werden. So erhält der Lernende nach Abschluss der Durchführung ein unmittelbares Feedback über die von ihm durchgeführten oder evtl. unterlassenen Tätigkeiten und sein Verhalten dem Patienten gegenüber. Die Simulationspatienten können anhand von rating scales das Verhalten der Lernenden (z.B. Kommunikationsfähigkeit, Einfühlungsvermögen, Empathie) sowie die Durchführung der Maßnahme an sich beurteilen. Anschließend werden diese Bewertungen, gegebenenfalls unter Einbeziehung von Videoaufnahmen, mit den Lernenden erörtert.

IV. Zeitliche und räumliche Verfügbarkeit

Als weiterer Vorteil wird die planbare zeitliche und räumliche Verfügbarkeit von Simulationspatienten herausgestellt. Kommt es doch bei einem nach pädagogischen Gesichtspunkten systematisch geplanten Ablauf von Ausbildungsschritten nicht selten vor, dass Patienten mit bestimmten Pflegebedürfnissen zum vorgesehenen Zeitpunkt im praktischen Einsatz nicht zur Verfügung stehen, lässt sich durch Simulationspatienten insbesondere die zu Beginn der Ausbildung sehr behindernde Zufälligkeit von Pflegemaßnahmen vermeiden.

3.4. Nachteile von Simulationspatienten

Neben den vielen genannten Vorteilen gibt es auch Einwände gegenüber dem Einsatz von Simulationspatienten.

Collins (1999) beschreibt folgende Vorbehalte zur Arbeit mit Simulationspatienten:

- Rekrutierung, Training und Organisation rund um die Simulationspatienten kann sehr zeitaufwändig sein
- die Kosten sind höher als mit realen Patienten
- der Kontakt zu realen Patienten kann nicht 1:1 geübt werden
- einige Symptome lassen sich nicht durch die Simulation erfassen, zum Beispiel Herzgeräusche, Ödeme, ein Kropf etc.
- die Glaubwürdigkeit wird nach wie vor von jenen in Frage gestellt, die von Grund auf eine Ablehnung gegenüber Simulationen haben

Laut Habeck (1984) ergeben sich folgende Nachteile:

- I. Künstlichkeit der Situation
- II. Aufwand für das Training

I. Künstlichkeit

Am häufigsten wird die Künstlichkeit der simulierten Situationen kritisiert. Hier ergibt sich allerdings die Frage, inwieweit derartige Vorwürfe nicht durch generelle Vorbehalte bedingt sind, denn letztendlich beinhalten alle Ausbildungssituationen, in denen Mentoren oder Lehrkräfte anwesend sind, eine gewisse Künstlichkeit. So berichtet Barrows (1971), dass Kritiker erst durch den unmittelbaren Kontakt mit Simulationspatienten von der großen Realitätsnähe der dargestellten Simulation zu überzeugen waren. Auch die gelegentliche Erfahrung, dass Simulationspatienten von Lernenden zunächst nicht ernst genommen werden (häufig kombiniert mit einer Aversion gegen Rollenspiele), dürfte wohl eher auf eine vorgegebene Einstellung als auf eine unnatürliche bzw. zu künstliche Patientendarstellung zurückzuführen sein. Nach Barrows und Tamblyn (1971) sind Simulationspatienten für Lernende besonders wegen der Rückmeldung sehr attraktiv. Gezielte Untersuchungen hinsichtlich der Gesprächsführung bei 40 Studenten führten zu der Feststellung, dass diese weder die simulierten von echten Patienten abgrenzen konnten noch Unterschiede im Einfühlungsvermögen erkennen ließen.

Gerade die Vorhersehbarkeit und Wiederholbarkeit der jeweiligen Simulation, die nur durch den Preis der Künstlichkeit zu erkaufen ist, sind dabei wichtige Vorteile.

II. Aufwand für das Training

Der zweite Einwand gilt dem Aufwand für das Training von Simulationspatienten. Hierzu lässt sich feststellen, dass die Erarbeitung der Trainingsmethoden, die Auswahl und Zusammenstellung geeigneter Krankengeschichten sowie notwendige Erfahrungen im Umgang mit Simulationspatienten zunächst eines personellen und zeitlichen Einsatzes bedürfen. Sobald diese Voraussetzungen jedoch geschaffen sind, ist der Aufwand für das vorbereitende Training einzelner Simulationspatienten zumeist geringer als vermutet. So bedarf es Barrows (1971) zufolge nur drei einstündiger Sitzungen, um einen Menschen als Simulationspatienten für eine bestimmte Situation vorzubereiten. Die spätere Aneignung weiterer Situationen dauert nur eine Stunde oder weniger.

Abschließend sei erwähnt, dass verschiedene Rollenporträtierungen bisher keine negativen Auswirkungen bei Simulationspatienten erkennen ließen.

Die Nachteile des Einsatzes von Simulationspatienten in Ausbildungsprogrammen sollten nicht negiert werden, gemessen an den Vorteilen kann der Einsatz von Simulationspatienten jedoch nur empfohlen werden, zumal sich einige der Nachteile verflüchtigen, wenn (vgl. Frei Blatter, 2004):

- ein Pool von Simulationspatienten vorhanden ist,
- die Lernenden gut auf diese Methode vorbereitet werden (Glaubwürdigkeit),
- die Rekrutierung seriös durchgeführt wird, sodass für die Schulung der Simulationspatienten relativ wenig Zeit benötigt wird.

3.5. Voraussetzungen für die Tätigkeit als Simulationspatient

Grundlegende Voraussetzung für die Tätigkeit als Simulationspatient ist die Bereitschaft, sich in Ausbildungsprozesse von Pflegenden mit einbinden zu lassen. Interessierte sollten bereit sein, sich als Simulationspatient auch an schwierigen oder subjektiv als peinlich empfundenen Situationen zu beteiligen. Ebenfalls wird die Bereitschaft sich körperlich untersuchen und pflegen zu lassen vorausgesetzt (vgl. Ortwein, 2003).

Förderliche Voraussetzungen

Die Anforderungen an Simulationspatienten werden folgendermaßen differenziert:

Personale Kompetenzen

- motiviert sein (Collins, 1999),
- interessiert und „eingeweiht“ sein in die Ausbildung (Collins, 1999),
- „clever“ sein (Collins, 1999),
- Bereitschaft, auch schwierige Situationen zu spielen, zum Beispiel Trauer oder psychischer Schmerz,
- Berührungen ertragen können (zum Beispiel bei einer Mobilisation),
- Gefühle und Empfindungen wahrnehmen und ausdrücken können,
- „rollengerechtes“ Verhalten auch in überraschenden Situationen,
- keine Ressentiments gegenüber den zu schulenden Berufsangehörigen (Collins, 1999)

Soziale Kompetenzen

- kommunikativ sein (Collins, 1999),
- nicht zu redselig sein,
- sich in die Situation des Auszubildenden versetzen können (Empathie)

Methodenkompetenzen (vgl. Frei Blatter, 2004)

- eine Rolle spielen können,
- die übernommene Rolle emotional echt spielen können,

- mehrere verschiedene Rollen einüben können,
- Feedback geben können; adäquate Wortwahl im Feed-back. Der Auszubildende soll nicht absichtlich irritiert werden,
- Fragen auf einer Checkliste bezüglich der Leistung des Auszubildenden beantworten können,
- Wiederholungen der Rollenporträtierung sollten möglich sein.

Sonstige Erfordernisse

- zeitlich und örtlich verfügbar sein (Collins, 1999),
- bezüglich der Planung flexibel sein,
- auf Grund zeitlicher und finanzieller Ressourcen wäre es ideal, wenn die Simulationspatienten ihre Aufgabe mindestens 2 Jahre behalten würden (vgl. Ortwein, 2003),
- Menschen aus fremden Kulturen sollten Probleme der Assimilation bereits überwunden haben.

Personen, die in einem Krankenhaus schlechte Erfahrungen gemacht haben und diese durch ihren Einsatz als Simulationspatienten verarbeiten wollen, sind ungeeignet. Wenn zu viel eigene Emotionalität mitschwingt, kann dies erschwerend sein. Woodward (1995) stellte in ihrer Befragung diesbezüglich fest, dass es für die Simulationspatienten sehr schwierig sei emotional belastete Rollen zu spielen, wenn sie sich selber in einer schwierigen Situation befänden. Persönliche Schwierigkeiten sollten unbedingt überwunden sein. Werden Personen aus Selbsthilfegruppen ausgewählt, sollten diese gut mit ihrem bestehenden Leiden umgehen können. Der Einsatz als Simulationspatient kann und darf keine Therapie sein.

3.6. Die Rekrutierung von Simulationspatienten

Die Simulationspatienten sollten im Idealfall dasselbe Alter haben, wie die Person, deren Rolle sie spielen. Daher ist eine Rekrutierung von verschiedenen Alterskategorien notwendig. Werden Kinder für eine Simulation benötigt, sollten sie mit einem Elternteil zusammen auftreten können. Ebenfalls sollten sowohl Frauen als auch Männer eingesetzt werden (vgl. Frei Blatter, 2004).

Simulationspatienten können rekrutiert werden:

- mittels Anzeige in der Tageszeitung
- durch Anfragen bei Freunden oder Nachbarn
- durch Mund-zu-Mund-Werbung
- durch Inserate in Schauspielschulen

Angehörige der eigenen Berufsgruppe sind als Simulationspatienten eher ungeeignet, da sie auf Grund ihrer Erfahrungen evt. ihre eigene Perspektive einbringen.

gen möchten oder spezifische Verhaltensweisen von Seiten des Auszubildenden erwarten. Im Feedback können sie sich kaum auf die ausschließliche Erfahrung als Simulationspatient konzentrieren.

4. Praktische Hinweise zur Arbeit mit Simulationspatienten

4.1. Ausbildung der Simulationspatienten

In der Berliner Charité beginnt die Ausbildung der zukünftigen Simulationspatienten zunächst mit einem Orientierungstermin von ca. 3 Stunden. Hierbei wird das Projekt vorgestellt, es werden zukünftige Aufgaben von Simulationspatienten bei der Rollenporträtierung und der Rückmeldung an die Studierenden geklärt. Dieser Termin bietet sowohl für die Ausbildungsverantwortlichen als auch die Simulationspatienten die Gelegenheit sich für eine optionale Zusammenarbeit zu entscheiden. Nach einer Vereinbarung zur Zusammenarbeit, werden die Teilnehmenden zu einem Gespräch zu ihrem aktuellen und früheren Gesundheitszustand eingeladen, um gemeinsam geeignete Rollen zur Porträtierung zu identifizieren. Die erhobenen Daten werden vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht (vgl. Ortwein, 2003).

Zusätzlich zur Erhebung des Gesundheitszustandes ist ein ca. 45-minütigen Gespräch zur Überprüfung einiger der oben erwähnten Kompetenzen ideal. Dabei kann der Kandidat durchaus mit einer konfrontierenden Frage aus dem Konzept gebracht werden, um sein Verhalten in unerwarteten Situationen zu testen (vgl. van Meer, 2003).

Als Aufwandsentschädigung sollten dem Simulationspatienten für alle Tätigkeiten (auch für die Vorbereitung) pro Stunde (à 60 Minuten) ein angemessenes Honorar ausgezahlt werden.

4.2. Vorbereitung auf die Rolle

Zur Vorbereitung auf die Rollenporträtierung sollten laut Barrows (1971) dreimal eine Stunde eingeplant werden. Sollen einfachere Gesundheits- bzw. pflegerische Probleme simuliert werden, genügen evtl. eine bis zwei Stunden zur Vorbereitung.

Folgende Dinge sollten nach Frei Blatter (2004) beachtet werden:

- das Training sollte in kleinen Gruppen oder individuell stattfinden,
- eine genaue Beschreibung der Rolle wird diskutiert, wenn möglich wird diese eine Woche vor dem Treffen per Post oder Email verschickt,
- die Simulationspatienten lesen die Rollenbeschreibung und erörtern die Probleme. Es ist hierbei hilfreich, diesen Schritt mit ihren

eigenen Erfahrungen in Verbindung zu bringen. Das lässt sie in der Simulationssituation natürlich erscheinen (vgl. Barrows, 1971).

- Die Symptome werden umgangssprachlich erklärt, jedoch sollte eine kurze Orientierung der medizinischen Umgebung gegeben werden, z.B. über diagnostische Geräte, das Krankenbett, Materialien etc. (vgl. Barrows, 1971)
- Hilfreich ist es, den Simulationspatienten eine Live-Situation beobachten und erleben zu lassen (z.B. über eine Videoaufzeichnung), bevor sie diese selbst spielen.

Barrows (1971) empfindet es als sehr hilfreich, bereits ausgebildete Simulationspatienten in die Vorbereitung der neuen Teilnehmer zu integrieren, um den Teilnehmern Techniken vorzustellen und für einen Austausch zur Verfügung zu stehen.

4.3. Training für das Feedback

Den Simulationspatienten werden Feedback-Regeln vorgestellt. Sie sollten intensiv üben den Lernenden ein Feedback nach diesen Regeln zu geben. Für das Feedback sollte grundsätzlich beachtet werden, dass ein Simulationspatient ausschließlich über sein Erleben während der Begegnung Auskunft geben soll. Niemals sind pflegfachliche Korrekturen angesagt, diese werden von den betreuenden Ausbildern und Dozenten vorgenommen (vgl. Frei Blatter, 2004).

Im Feedback sollten grundsätzliche Regeln beachtet werden (vgl. Ortwein, 2003):

- Gelungene Aspekte zuerst benennen.
- Gelungene und verbesserungsfähige Aspekte sollten in ausgewogener Form benannt werden.
- Es sollten konkrete Situationen und die positiven oder negativen Gefühle beschrieben werden, die ausgelöst wurden.
- Es sollte aus Sicht des Patienten gesprochen werden und das Erleben während der Situation geschildert werden.

Ausführlich beschreiben Fengler (2002) sowie Bastian et al (2003) Feedback-Methoden.

Die Rückmeldung soll den Lernenden helfen, verbales und nonverbales Verhalten (Blickkontakt, Gestik oder Mimik) bewusst zu machen und Fertigkeiten bzw. Schwächen in der Durchführung zu erfassen. Die Lernenden sollen in die Lage versetzt werden, entscheiden zu können, ob ihr Verhalten adäquat ist oder verändert werden sollte (vgl. Ortwein, 2003).

4.4. Vorbereitung der Lernenden auf die Simulation

Die Information der Lernenden über den Einsatz von Simulationspatienten in Ausbildungsphasen ist Bedingung für ein Gelingen. Die Lernenden sollten über

die Rekrutierung und das Training der Simulationspatienten sowie die Rahmenbedingungen aufgeklärt werden.

Die Lernenden sind möglicherweise überfordert, wenn bei der ersten Begegnung sowohl methodisch-instrumentelle als auch kommunikative Fähigkeiten geübt werden. Bei der Vorbereitung der Lernenden sollten folgende Dinge beachtet werden (vgl. Frei Blatter, 2004):

- es sollten genaue Angaben darüber gemacht werden, wie und wo die Übung stattfindet und wie lange sie dauert
- ungute Gefühle sollten im Vorfeld thematisiert werden
- die Lernenden müssen auf jene Fähigkeiten theoretisch vorbereitet sein, die sie in der Simulation zeigen sollen
- den Lernenden ist der Lernbereich, der in der Reflexion fokussiert werden soll, bekannt
- sie wissen, wie sie auftreten sollen (z.B. in Berufskleidern) und wie sie sich vorstellen sollen (berufliche Position)
- die Lernenden werden nicht darüber aufgeklärt, ob sie einem Simulationspatient mit oder ohne tatsächlichem Gesundheitsproblem begegnen oder ob es sich um einen realen Patienten handelt

Ebenso wie den Simulationspatienten werden den Lernenden Feedback-Regeln vorgestellt, die sie mit dem Schwerpunkt Feedback-Nehmen einüben. Ungünstig wirkt sich eine geringe Belastbarkeit der Lernenden aus und eine Neigung, an sie adressierte Äußerungen abzuwehren.

5. Ablauf der Simulation

5.1. Vor dem Rollenspiel

Für jede Rolle wird eine Rollenbeschreibung erstellt, in der Angaben zum Gesundheits- bzw. Pflegeproblem, biographischen Daten oder dem Verhalten des Patienten gemacht werden. Circa eine Woche vor dem Simulationstermin sollte der Simulationspatient seine Rolle per Post oder Email zugeschickt bekommen, damit er sich persönlich damit vertraut machen und mental darauf vorbereiten kann.

Die Lernenden wissen vorher nicht, welche Situation sie zu bewältigen haben. Sie wissen lediglich, dass die Simulation mit dem aktuellen Unterrichtsstoff in Verbindung steht. Die Lernenden und die Simulationspatienten sollten sich vor dem Rollenspiel nicht begegnen (reale Situation in einem Pflegealltag). Es ist aber für die Simulationssituation wichtig, dass die Rollenspieler den Lernenden vorgestellt werden. Hierfür empfiehlt sich eine kurze Vorstellung der Rolleninhaberin kurz vor der Simulation (vgl. Frei Blatter, 2004). Vor dem Simulationseinstieg sollte geklärt werden, ob die Situation von den Lernenden oder den Simulationspatienten unterbrochen werden kann.

5.2. Ein- und Ausstieg in die Simulation

Sowohl vor der Simulation als auch direkt nach der Beendigung sollten für den Simulationspatienten einige Minuten Zeit eingeplant werden, um in die Rolle hinein- bzw. herauszufinden. Die Simulationspatienten sollten hierbei eine Technik finden, die jeweilige Rolle abzustreifen, besonders dann, wenn sie emotional belastend war oder die Gespräche einen ungünstigen Verlauf genommen haben. Bewährt haben sich hierfür die Verwendung anderer Kleidungsstücke oder eines Pseudonyms für die Rollenporträtierung (vgl. Ortwein, 2003). Unter Umständen kann mit Codewörtern gearbeitet werden, die für alle Beteiligten jeweils den Beginn und das Ende der Simulation markieren.

Die Dauer der Simulation sollte 15-20 Minuten nicht überschreiten, da ansonsten die Konzentration (seitens der Lernenden und des Simulationspatienten) nachlässt.

5.3. Während der Simulation

Der konkrete Ablauf der Simulationssituation lässt sich nicht planen, weil er vom Verhalten der Lernenden und den darauf erfolgenden Reaktionen der Simulationspatienten abhängig ist.

Die Simulationspatientin beantwortet die Fragen entsprechend ihrer Rollenvorgabe. Es ist ihr freigestellt, auf Fragen, für die in der Rollenbeschreibung keine bestimmten Antworten festgelegt wurden, zum Beispiel aus ihrer eigenen Biographie, frei zu antworten (vgl. Frei Blatter, 2004).

Die Aufnahme der Situation mit Video ist zu empfehlen, um die genauen Abläufe und Verhaltensmuster im Anschluss gemeinsam mit der Lehrkraft reflektieren zu können.

5.4. Feedback

Zwischen dem Rollenspiel und dem Feedback bekommen beide Akteure, der Lernende und der Simulationspatient, Zeit, um aus ihren Rollen auszusteigen. Dieser Schritt ist wichtig, damit beide aus der Simulation und der Rolle aussteigen, aber in ihrer Erinnerung immer noch in der Rolle bleiben. Das Feedback soll aus der unmittelbaren Erinnerung an die Simulation nach den in der Rollenbeschreibung festgelegten Kriterien gegeben werden. Beide Akteure notieren sich zunächst ihre Gedanken zu der Situation, erleichtert wird dies durch vorhandene Checklisten.

Die Rückmeldung durch den Simulationspatienten sollte in enger Anlehnung an das Erlebte während der Rollenporträtierung erfolgen. Er muss jedoch gleichzeitig deutlich machen, dass er sich jetzt nicht mehr in seiner Rolle befindet bzw. sich die Reflexion auf der Metaebene bewegt.

Nach dem Feedback wird der Simulationspatient verabschiedet. Da für den Lernenden die weitere Reflexion mit der Lehrkraft ansteht, kann eine angemessene

Verabschiedung der Simulationspatienten schnell in den Hintergrund gedrängt werden.

Danach schließt sich eine fachliche Situationsanalyse zwischen dem Schüler und der verantwortlichen Lehrperson an. Als Hilfestellung und zur Rekonstruktion des Ablaufs der Simulation ist eine Videoaufnahme sehr geeignet. Hierbei kann sich der Lernende selbst beobachten und Handlungsmuster (sowohl positive als auch negative) in Ruhe reflektieren. Die Reflexion mit der Lehrkraft stellt eine günstige Lernsituation für den Lernenden dar, da eventuelle Unklarheiten bezüglich pflegerischer Maßnahmen oder Gesprächstechniken direkt mit der Fachperson geklärt und besprochen werden können.

6. Zusammenfassung und Ausblick

Transfer ist ein Schlüsselbegriff in jeder Aus- und Weiterbildung, dem stets ein hoher Stellenwert eingeräumt wird. Ein gelungener Transfer von Wissen und Können, und auch umgekehrt, sollte das oberste Ziel einer jeden Aus- und Weiterbildung in der Pflege sein, um kompetente Pflegefachkräfte heranzubilden. Ohne den Theorie-Praxistransfer und Reflexion wird der Erwerb von Pflegekompetenz kaum gelingen. Im Bereich der Pflegeausbildung bieten Patientensimulationen als Lehr-Lernmethode sehr positive Ansätze zur Verbesserung des Theorie-Praxis-Transfers und somit auch eine Verbesserung der Ausbildung insgesamt. Mit dem Einsatz von Patientensimulationen lassen sich die praktischen sowie kommunikativen Fähigkeiten und Fertigkeiten besonders nachhaltig verbessern. Die Einbindung von Simulationspatienten in einzelne Ausbildungsphasen erweitert Lehr-Lernangebote für Lernende um die Möglichkeit, einerseits in semirealen Situationen ihr theoretisches Wissen anwenden bzw. ausprobieren zu können und andererseits keine Sorge haben zu müssen, realen Patienten optional zu schaden. Die Patientensimulation kann sowohl eine Verknüpfung von klassischen Ausbildungsinhalten der Pflege und kommunikativer Fähigkeiten fördern, als auch die Messung pflegepraktischer und kommunikativer Kompetenzen ermöglichen (vgl. Breucker, 1995).

Die in dieser Arbeit vorgestellten Aspekte zeigen, dass der Einsatz von Simulationspatienten eine gute Voraussetzung bietet, auch jene Kompetenzbereiche zu fördern und zu entwickeln, die in traditionellen Settings, außerhalb der Berufspraxis, kaum zu entwickeln sind. Der Vorbehalt vieler Lernender gegenüber Rollenspielen kann durch die große Realitätsnähe relativiert werden. Diese Lehr-Lernform bietet eine Alternative zur Ausbildung in der Berufspraxis, da die Rahmenbedingungen im Berufsalltag zur Kompetenzentwicklung auf Grund zeitlicher und räumlicher Faktoren eher lernunfreundlich sind.

Sowohl für die Lernenden als auch für die Patienten stellt die Implementierung dieser Lehr- und Lernmethode eine wertvolle Bereicherung in der deutschen Pflegeausbildung dar. Wichtige Voraussetzungen für eine dauerhafte Implementie-

rung wären zunächst die methodische Schulungen der derzeitigen Lehrkräfte, die Konstruktion verschiedenster Simulationsfälle sowie eine differenzierte und abgestimmte Gestaltung der Prüfungsform (z.B. OSCE²).

Mit dem Einsatz von Simulationspatienten werden bei den Lernenden weitere Lernprozesse angestoßen, die für die Bildung nachhaltiger Pflegekompetenz unterstützend wirken.

Literatur

Barrows, H.S. (1971). Simulated Patients. The Development and Use of a New Technique in Medical Education. Springfield/ Illinois

Barrows, H.S. (1994). Practice-Based Learning. Problem-Based Learning Applied to Medical Education. Springfield/Illinois

Bastian, J., Combe, A., Langer, R. (2003). Feedback-Methoden. Weinheim: Beltz.

Breucker, G. (1995). Was fehlt uns denn? Untersuchung einer Ausbildungsmethode zur ärztlichen Gesprächsführung in der Anamnese. 1. Auflage. Münster: Waxmann

Collins, J.P. & Harden, R.M. (1999). The use of real patients, simulated patients and simulators in clinical examinations. AMEE Medical Education Guide, No 13, Centre for Medical Education, Dundee DD2 Scotland. In: Frei Blatter, V. (2004). Der Einsatz von Simulationspatienten in der Pflegeausbildung. Unveröffentlichte These zur Erlangung des „Master of Medical Education“ (MME). Universität Bern

Fengler, J., (2002). Feedback geben. (2. Auflage). Weinheim: Beltz.

Frei Blatter, V. (2004). Der Einsatz von Simulationspatienten in der Pflegeausbildung. Unveröffentlichte These zur Erlangung des „Master of Medical Education“ (MME). Universität Bern

Gibbons, S. et. al. (2002). Clinical evaluation in Advanced Practice Nursing Education. Journal of Nursing Education, vol. 41 No. 5 May 2002, pp 215-21. In: Frei Blatter, V. (2004). Der Einsatz von Simulationspatienten in der Pflegeausbildung. Unveröffentlichte These zur Erlangung des „Master of Medical Education“ (MME). Universität Bern

² OSCE bedeutet *“Objective Structured Clinical Evaluation“*. Das ist eine Prüfungsform, die nicht nur theoretisches Wissen abfragt, sondern praktische Fähigkeiten, die Bewältigung pflegerischer Routinen und den adäquaten Umgang mit Patienten prüft (vgl. Thieme, 2004).

Habeck, D. (1984). Simulationspatienten. Zeitschrift Medizinische Ausbildung. Jahrgang 1, Heft 1. S. 11

Johnson, J.H. et. Al. (1999). Clinical Simulations Laboratory. Nurse Educator, Vol. 24, No. 5, pp 37-41. In: Frei Blatter, V. (2004). Der Einsatz von Simulationspatienten in der Pflegeausbildung. Unveröffentlichte These zur Erlangung des „Master of Medical Education“ (MME). Universität Bern

van Meer, K. (2003). In: Frei Blatter, V. (2004). Der Einsatz von Simulationspatienten in der Pflegeausbildung. Unveröffentlichte These zur Erlangung des „Master of Medical Education“ (MME). Universität Bern

Ortwein, H. & Fröhmel, A. (2003). Handbuch für Simulationspatientinnen und Simulationspatienten. Reformstudiengang Medizin der Medizinischen Fakultät Charité Humboldt-Universität zu Berlin. 2. Auflage. Berlin: Selbstverlag

Woodward, C.H. & Gayle, G. (1995). The Effect of Simulation on Standardized Patients. Academy of Medicine, Vol 70, No 5, May 1999, pp 418-420. In: Frei Blatter, V. (2004). Der Einsatz von Simulationspatienten in der Pflegeausbildung. Unveröffentlichte These zur Erlangung des „Master of Medical Education“ (MME). Universität Bern

Internet

Die freie Enzyklopädie (2007): www.wikipedia.org/wiki/Ressentiment. Letzter Zugriff am 27.11.2007

Die freie Enzyklopädie (2007):
www.wikipedia.org/wiki/Assimilation_%28Soziologie%29. Letzter Zugriff am 27.11.2007

Fachstelle-Careum (2007): www.fachstelle-careum.ch. Letzter Zugriff am 26.11.2007

Thieme (2004):
www.thieme.de/viamedici/studienort_frankfurt/klinik/osce.html#anker1. Letzter Zugriff am 21.12.2007

Universität Münster (2007): <http://cgi.uni-muenster.de/exec/Rektorat/upm.php?nummer=09345>. Letzter Zugriff am 24.11.2007

Teil 3

Projektbeschreibung:

Entwicklung und Erprobung eines Kurses zur Pflegediagnostik unter Einbeziehung von Simulationspatienten

Annette Nauerth

1. Pflegediagnostik in der Ausbildung von Pflegekräften.

Angesichts der Bedeutung, die in der Pflege seit 20 Jahren der Pflegeprozess bekommen hat, muss inzwischen auch von der Notwendigkeit eines sachgerechten Umgangs mit Pflegediagnostik in der pflegerischen Praxis gesprochen werden (vgl. Doenges, M.E., Moorhouse, M.F., 1997 oder Carnevali, D.L. & Thomas, M.D., 1993). Denn es handelt sich beim Pflegeprozess um eine bestimmte Beschreibung pflegerischen Vorgehens, die entsprechend einem Problemlösungsprozess in mehreren Phasen verläuft. Nach der WHO Studie von 1987 sind bei diesem Prozess 4 Phasen zu unterscheiden: Problemanalyse, Planung, Durchführung und Evaluation. Vor allem die erste Phase „Problemanalyse“ weist unmittelbaren Bezug zu pflegediagnostischem Denken auf.

Im Einzelnen sind im Rahmen der Problemanalyse folgende Arbeitsschritte zu leisten:

- Analyse von Vorbefunden, Vorinformationen
- Datensammlung
 - Pflegeanamnese: Gespräch mit dem Patienten
 - Beobachtung des Patienten
 - Untersuchung des Patienten
- Analyse und Synthese der Daten und Formulierung von Pflegeproblemen

Je nach Systematik wird der letzte Arbeitsschritt, die Analyse und Synthese, auch als eigener Schritt im Pflegeprozess ausgewiesen (Fiechter, Meier, 1985, Doenges, Moorhouse 1994). Die erhobenen Daten und Befunde müssen abschließend in der Pflegedokumentation festgehalten werden.

Während in anderen Gesundheitsberufen (Mediziner, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden) das Erheben von Befunden und das Stellen von Diagnosen ganz selbstverständlich zum professionellen Handeln gehört, gilt das für die Pflege noch nicht im gleichen Ausmaß. Empirische Befunde zu den Fertigkeiten der Pflegenden in diesem Bereich (z.B. Settelen Strub, C., 1997, Jung, B., 1996) weisen in der Regel Defizite bezüglich einer systematischen Erhebung von Daten in Pflegesituationen auf. Welche Pflegemaßnahmen ergriffen werden,

hängt dann eher von der Pflegeperson ab als von der Situation und dem Bedarf des Patienten (Hamers, J.P.H, Huijer, A.-S.H., Halfens, R.J. G., 1994).

Obwohl bereits seit dem Krankenpflegegesetz 1985 der Pflegeprozess verpflichtend zum Ausbildungsinhalt gehört, weicht das Verständnis von Pflege als einer eigenständigen Profession, mit einem eigenen Zuständigkeits- und Verantwortungsbereich erst langsam dem alten Verständnis eines Heil-Hilfsberufes (vgl. Bartholomeyczik, S. 1997, Müller, E. ,1998).

Dementsprechend lässt die Ausbildung in Bezug auf das Thema Pflegediagnostik sehr zu wünschen übrig, was sich nicht zuletzt daran ablesen lässt, dass Pflegediagnostik oft nicht explizit als Lerneinheit in den Pflegecurricula erscheint (vgl. z.B. Oelke, 1991; Oelke , 2003). Dies ändert sich erst langsam in den Lehrbüchern, die stärker von einer internationalen Blickrichtung geprägt sind (vgl. Arets et al. ,1996 u. Holoch et al., 1999). In der Durchsicht von neueren Lehrbüchern lässt sich jedoch eine Bewusstseinsentwicklung in der Pflege für das Thema Pflegediagnostik feststellen, so wird in „Pflege heute“ (Schäffer et al) aus dem Jahr 1998 die zukünftige Einführung von Pflegediagnosen in der Pflege angekündigt. Demgegenüber wird das Thema der Pflegediagnostik im Lehrbuch „Pflege“ (Kellnhauser et al) aus dem Jahr 2000 im Kontext des Pflegeprozesses sowie der Qualitätssicherung bereits aufgegriffen, im dreibändigen Lehrwerk „Menschen pflegen“ (Heuwinkel-Otter, et al) aus dem Jahr 2006 wird der Pflegediagnostik ein eigenes Kapitel gewidmet. Inwieweit die entsprechenden Lehrkräfte die spezifischen Lehrbuchthemen aufgreifen oder sich eng an den vorliegenden Ausbildungsrichtlinien orientieren und so die Pflegediagnostik in der Ausbildung nach wie vor vernachlässigt wird, ist derzeit noch eine offene Frage.

Wie nötig eine Änderung in diesem Bereich der Ausbildung ist, zeigen neben dem Gutachten von Igl (1998) vor allem die Regelungen in der Pflegeversicherung (SGB XI), die unmissverständlich voraussetzen, dass Pflegediagnostik zunehmend ein wichtiger Bestandteil der beruflichen Tätigkeit sein muss.

Mit dem Krankenpflegegesetz von 2003 ist der eigenverantwortliche Bereich der Pflege explizit ausgewiesen und weist ebenfalls die Erhebung des Pflegebedarfes als eigenständigen Aufgabenbereich von Pflegenden aus.

Für die Ausbildung der zukünftigen Lehrer und Lehrerinnen ist es somit unabdingbar, dass eine Schulung und Professionalisierung dieses Bereiches, sowohl im Hinblick auf die theoretischen Grundlagen als auch in Bezug auf die eigenen Fertigkeiten erfolgen muss.

2. Ziele des Projektes

Das Projekt „Entwicklung und Erprobung eines Kurses zur Pflegediagnostik unter Einbeziehung von Simulationspatienten“ verfolgte die folgenden Ziele:

- Erhebung des Vorwissens und der Vorerfahrungen der Studierenden

- Entwicklung und Erprobung eines Kurskonzeptes zur Vermittlung der Fertigkeiten zur Pflegediagnostik unter Einbeziehung von Simulationspatienten
- Erprobung und Evaluation des Kurses, um den Veränderungsbedarf des Konzeptes zu erheben.

3. Methoden

Zur Erhebung des Vorwissens und der Vorerfahrungen wurde den betroffenen Studierenden zum einen ein Fragebogen verteilt (Anhang 1) und zum anderen ein Leitfadeninterview (Anhang 2) durchgeführt.

Zur Entwicklung des Kurskonzeptes fand eine Literaturrecherche statt. Auf dieser Grundlage entwickelten zwei Dozentinnen interdisziplinär das Kurskonzept.

Zur Evaluation wurde auf die regelmäßige Evaluation des Fachbereiches Pflege und Gesundheit (Anhang 3) zurückgegriffen, ergänzende Fragen (Anhang 4) gestellt und schließlich die Anfangsbefragung erneut durchgeführt.

4. Konzeptentwicklung

4.1 Der Ort des Projektes: Curriculare Einbettung

Das Modellprojekt, über das im Folgenden berichtet wird, war angesiedelt im Studiengang Pflegepädagogik an der FH Bielefeld. Dieser Studiengang bildet Lehrkräfte, die in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Pflegekräften tätig werden sollen, aus. Er ist als einphasige Lehrerausbildung mit integriertem Praxissemester konzipiert. Neben dem Hauptfach Pflege und den Erziehungswissenschaften können die Studierenden einen von drei Vertiefungsbereichen wählen (betriebswirtschaftlich-rechtliche Grundlagen, naturwissenschaftliche Grundlagen oder psychologisch - sozialwissenschaftliche Grundlagen).

Im Rahmen dieses Studiengangs wurden die Studierenden im 4. Semester in die Regelungen des Pflegeversicherungsgesetzes, speziell in das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit unter Hinzuziehung der Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit eingeführt. Da innerhalb dieses Verfahrens auch Pflegekräfte zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit herangezogen werden können, ist die Notwendigkeit von pflegediagnostischer Schulung für die Studierenden unmittelbar einsichtig, denn im Rahmen einer solchen Begutachtung erfolgt eine ausführliche Pflegediagnostik. Pflegekräfte befragen die Antragsteller, beobachten und untersuchen sie. Dafür steht eine begrenzte Zeit zur Verfügung.

Die Pflegekräfte fällen aufgrund der Ergebnisse ihrer Diagnostik Entscheidungen und begründen diese. Für die Fertigkeiten der Pflegediagnostik wird in diesem Bereich eine hohe Professionalität erwartet. Der Zwang, zielgerichtet und struktu-

riert vorzugehen, ist an dieser Stelle pflegerischer Tätigkeit sehr ausgeprägt und für die studierenden Pflegenden zumeist neu, da sie in sonstigen klinischen Situationen häufig weitere Kontaktmöglichkeiten zum Patienten haben, so dass unvollständige Datensammlungen ergänzt und verfeinert werden können.

Um den Blick auf die professionellen Fertigkeiten im Bereich Pflegediagnostik zu konzentrieren schien die Veranstaltung Begutachtung (verantwortliche Dozentin: Prof. Dr. B. Knigge-Demal) somit besonders geeignet.

4.2 Didaktisch-methodische Vorüberlegungen

Die Fachhochschule Bielefeld ist nicht wie die Krankenpflegeschule oder die medizinischen Fachbereiche einer Universität einer medizinischen Einrichtung zugeordnet, somit stehen für die praktische Ausbildung solcher Pflegetätigkeiten nicht ohne weiteres Patienten zur Verfügung. Es kann also kaum gelingen, die oben beschriebenen Tätigkeiten in der klinischen Realsituation zu erproben. Deshalb ergab sich die Notwendigkeit, nach Alternativen zu suchen.

In den angelsächsischen Ländern ist ein Arbeiten mit Simulationspatienten (vgl. Barrows, H. 1971) sehr verbreitet (vgl. in Auswahl: schon Barrows, H.S., Abrahamson, S. 1964, Barrows, H.S. 1965, Barrows, H.S. 1968, in jüngerer Zeit: Greenberg LW, Ochsenchlager D, O'Donnell R, Mastruserio J, Cohen GJ, 1999, Miller SJ, Hope T, Talbot DC, 1999) und wurde in den Niederlanden ebenfalls in die Einrichtung von „skills-labs“ integriert (vgl. z.B. Das M, Townsend A, Hasan MY, 1998, Muijsers, P. 1997). Simulationspatienten werden zur Ausbildung aber vor allem auch zum Assessment, also in Prüfungssituationen eingesetzt (vgl. Swartz MH, 1999 et al., Raborn GW, Carter RM, 1999, Emery J, et al 1999, Ram P, van der Vleuten C, Rethans JJ, Grol R, Aretz K, 1999). Eine lebhaft wissenschaftliche Diskussion begleitet in den angelsächsischen Ländern diese Vorgehensweise. Es ist von daher nicht verwunderlich, dass sich inzwischen auch in der Bundesrepublik Ansätze finden, in der Mediziner Ausbildung mit Simulationspatienten zu arbeiten (z.B. Institut für Ausbildungs- und Studienangelegenheiten an der WWU Münster).

Mit dem Wort Simulationspatienten werden Personen bezeichnet, die sich gegen Bezahlung zur Verfügung stellen, damit Lernende im Gesundheitsbereich ihre diagnostischen Fertigkeiten verbessern können. Der Vorteil in der Arbeit mit Simulationspatienten liegt zunächst darin, dass diese Personen zum Zeitpunkt der Befragung nicht akut gesundheitlich gefährdet sind. Darüber hinaus stehen sie zeitlich planbar zur Verfügung und werden trainiert, strukturierte Rückmeldung zum Gespräch zu geben. Auch lässt sich das Ausmaß der Probleme, die erörtert werden sollen, begrenzen und dem Niveau der Ausbildungssituation anpassen.

Den Studierenden kann so die Sorge genommen werden, durch Unvorsichtigkeit größeren Schaden anzurichten, so dass sie sich auch z.B. im Ansprechen von Problembereichen erproben können.

Durch freundliche Unterstützung des Institutes für Ausbildung und Studienangelegenheiten der Medizinischen Fakultät der WWU Münster, wo im Rahmen der Mediziner Ausbildung seit vielen Jahren mit Simulationspatienten gearbeitet wird, konnte zur Durchführung des in Bielefeld anvisierten Modellprojekts Kontakt mit mehreren als Simulationspatientinnen geschulten Personen in Münster hergestellt werden. Es fanden sich auf diese Weise schließlich drei ältere Damen, die bereit waren, auch nach Bielefeld zu fahren, um hier an Gesprächen mit Studierenden teilzunehmen.

Um auch in Bielefeld Personen zu gewinnen, die sich als Simulationspatienten zur Verfügung stellen, wurde darüber hinaus Kontakt mit verschiedenen Alten- bzw. Pflegeheimen aufgenommen. In der einen angesprochenen Einrichtung erklärte sich daraufhin die Leitung bereit, die Bewohnerinnen zu einem Informationsgespräch einzuladen, so dass das Projekt der Fachhochschule vorgestellt werden konnte. Die Bewohnerinnen stimmten zu, Studierende in ihren Zimmern zum Gespräch zu empfangen, wollten aber nicht so gern selbst in die Hochschule kommen. Daraufhin wurde ein erster Termin mit den Bewohnerinnen verabredet. In einem anderen Pflegeheim wurden Einzelgespräche mit den vorher von Pflegekräften ausgewählten Bewohnern geführt, die sich ausnahmslos bereit erklärten, mitzumachen.

Zwei Hauptaspekte waren Thema der anschließenden Einführung:

Die Bewohnerinnen wurden ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sie nur das beantworten sollen, was sie auch weitergeben wollen und dass sie jederzeit das Recht haben, ausdrücklich zu sagen, dass sie eine Frage nicht beantworten wollen.

Zum anderen wurde Ihnen die Aufgabe erklärt, den Studierenden Rückmeldung zu geben im Hinblick auf die Art und Weise, solch ein Gespräch zu führen.

Alle Bewohner waren bereits vom MDK begutachtet worden, so dass den Bewohnerinnen das Procedere bekannt war sowie eine Einschätzung der Pflegestufe vorlag.

Während für eine medizinische Diagnostik mit geschulten Simulationspatienten eine Situation der Krankheitsgeschichte mit ihren Kennzeichen und Symptomen, die sie präsentieren sollen abgesprochen wird, erfolgte dieses bei den Bewohnerinnen nicht, da der Fokus auf Pflegebedürftigkeit gerichtet war, es somit um die Durchführung der Alltagstätigkeiten geht und nicht um die Präsentation von Krankheitssymptomen.

Nach der ersten Durchführung erfolgte ein Nachgespräch mit den Simulationspatienten. Dieses sollte den Bewohnerinnen die Gelegenheit geben, über ihre Erfahrungen und Empfindungen zu sprechen und den Studierenden Rückmeldung zur Gesprächsführung, zu angesprochenen bzw. vernachlässigten Themen sowie der Beziehungsgestaltung geben.

4.3 Ausgangssituation der Studierenden

Um einen Eindruck über die Ausgangssituation der Studierenden zu bekommen, wurden zum einen die Studierenden zu Beginn des 4. Semesters (n=18) per Fragebogen (s. Anlage 1) befragt und außerdem vier Studierende zum Thema ausführlich interviewt (s. Anlage 2). Der allgemeine Fragebogen bezog sich auf mehrere Bereiche des Pflegeprozesses, die ausführlicheren Interviews hatten ausschließlich den Bereich der Aufnahmegespräche mit Patienten zum Thema.

4.3.1 Ergebnisse der Fragebogenauswertung

Der Stellenwert der Anamnese in der pflegerischen Praxis wurde von 83 % der Studierenden als wichtig und sehr wichtig bezeichnet, der eigene Ausbildungsstand in diesem Bereich wurde von 38,9% als gut und sehr gut eingeschätzt, das Interesse an diesem Bereich wurde von 83,3 % als hoch und sehr hoch angegeben. In Bezug auf eine schulische Vermittlung dieser Tätigkeit schätzte kein Studierender seine Kenntnisse als sehr gut ein, 41,2 % beurteilten die eigenen Kenntnisse als gut, 27,8% als schlecht bzw. sehr schlecht.

Bezogen auf die Beobachtung von Patienten wird der Stellenwert dieser Fertigkeit von allen Studierenden als sehr wichtig und wichtig eingestuft, der eigene Ausbildungsstand wurde von 72,2 % als sehr gut bzw. gut angegeben, das Interesse an der Tätigkeit lag bei 83,3 % im Bereich sehr hoch bzw. hoch und die eigenen Kenntnisse in Bezug auf eine Vermittlung dieser Fertigkeit wurden 50 % mit sehr gut bzw. gut angegeben.

Hinsichtlich der Untersuchung von Patienten ergaben sich die folgenden Einschätzungen: Den Stellenwert der Tätigkeit in der Praxis beurteilten 73 % als sehr wichtig bzw. wichtig. Der eigene Ausbildungsstand wurde lediglich von 11% der Studierenden als gut eingeschätzt, das Interesse an dieser Tätigkeit gaben 77,8 % als hoch bzw. sehr hoch an, die eigenen Kenntnisse bezüglich einer Vermittlung dieser Fertigkeit wurde lediglich von 5,9 % als gut gewertet.

Nach den Erfahrungen von 42,9 % der Studierenden werden in der Pflegepraxis nicht mit allen Patienten Aufnahmegespräche geführt. 50 % der Studierenden geben an, dass den Patienten der Zweck des Aufnahmegesprächs nicht erläutert werde,

93 % führen aus, dass in Ihren Einrichtungen keine Schulung oder Fortbildung zu diesem Thema angeboten werde, sie sich eine solche Schulung jedoch wünschen würde. Neue Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen werden nach Meinung von 64,3% der Studierenden nicht angeleitet, Aufnahmegespräche zu führen.

4.3.2 Ergebnisse der Analyse der Interviews

In den Interviews wurden Pflegende nach ihren Erfahrungen mit Anamnesege- sprächen anlässlich der Aufnahme eines Patienten/einer Patientin befragt. Die Antworten werden hier thematisch geordnet wiedergegeben.

Ziel des Gespräches

Das Ausfüllen des Stammblasses wurde zweimal als Ziel des Gespräches genannt, zusätzlich wurden Aspekte der Tätigkeit „Informationen für die Pflege sammeln“ aufgeführt: sich ein Bild über den Patienten verschaffen, Information über Eigen- arten, spezielle Hilfsmittel, Gewohnheiten, Pflegebedarf einschätzen, Auskunft von Begleitpersonen einholen. Im Hinblick auf den Nutzen für den Patienten zeigten sich die folgenden Aspekte: den Patienten die Eingewöhnung erleichtern sowie eine Begleitung der Patienten. Bezüglich des Aspektes der Beziehungsges- taltung fand sich lediglich einmal die Formulierung: Patienten kennen lernen.

Funktion der Aufnahmegespräche

Hier werden wieder Aspekte der Information der Pflegenden erläutert: „den sozia- len Hintergrund erkunden“. Als Funktion der Aufnahmegespräche im Hinblick auf die Patienten wird genannt: Überleitung und Schaffen einer guten Umgebung für die Patienten, die nicht zusätzlichen Stress bedeutet. Eine weitere Aufgabe ist die Dokumentation der Eckdaten und der Daten, die für einen reibungslosen Ablauf im Betrieb wichtig sind. „Wahrscheinlich werden die Daten zur Pflegeplanung genutzt.“

Bezug zur Pflegeplanung

Lediglich eine der Pflegenden bestätigte, dass die Daten der Pflegeanamnese zur Pflegeplanung im Team herangezogen werden. Eine Pflegende erklärte, dass die erhobenen Daten keinen Einfluss auf die Pflegeplanung hätten, eine andere ant- wortete, dass Pflegeplanungen nicht auf allen Stationen erstellt werden, eine weitere wusste nicht um Einfluss der Daten auf die Pflegeplanung.

Zeit für die Durchführung des Aufnahmegespräches

Von zwei Pflegenden wird angegeben, dass ca. 30 Minuten für die Durchführung eines Aufnahmegesprächs benötigt würden, von einer Pflegekraft wird das Auf- nahmegespräch beiläufig mit anderen Tätigkeiten verknüpft (auf dem Weg zur Station, beim Einräumen des Schrankes). Für eine weitere Pflegende steht keine Zeit zur Verfügung. Sie bezeichnet es als individuelle Entscheidung der Pflegen- den, sich Zeit zu nehmen.

Die Aufnahmegespräche werden im Klinikbereich von Pflegekräften durchgeführt, im Altenheimbereich jedoch häufig von Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeitern.

Die Dokumentationsbögen im Klinikbereich sind überwiegend nach den Aktivitäten des täglichen Lebens also in Anlehnung an ein Pflegemodell strukturiert, im Altenheimbereich ist dies eher nicht der Fall. Die das Aufnahmegespräch durchführenden Sozialarbeiter legen den inhaltlichen Schwerpunkt auf sozioökonomische Fragestellungen.

4.3.3 Fazit zur Ausgangssituation

Eine intensive Erhebung des Vorwissens und der Vorerfahrungen der Studierenden mit Hilfe von strukturierten Fragebögen und Interviews sollte Hilfestellung geben für eine möglichst präzise Zielbestimmung des Projektes.

Insgesamt ließ sich folgendes Fazit zur Ausgangssituation ziehen:

Bezogen auf den Bereich Pflegediagnostik bestand ein großes Interesse der Studierenden, der eigene Ausbildungsstand wurde lediglich für den Bereich der Untersuchung von Patienten als niedrig eingeschätzt. Die Relevanz in Bezug auf die pflegerische Praxis wurde als hoch beurteilt.

Die pflegerische Praxis ist nach den Interviewaussagen folgendermaßen zu beschreiben: Da die Dokumentationsformulare ausgefüllt werden müssen, werden im Klinikbereich von den Pflegenden Aufnahmegespräche geführt. Die Gespräche scheinen aber nicht durchgängig als Voraussetzung und Datenbasis für eine Pflegeplanung eingesetzt zu werden. Auch der Beziehungsaspekt war in den Antworten der Pflegenden nicht explizites Thema. Im Altenheimbereich gehören die Aufnahmegespräche nicht generell in den Aufgabenbereich der Pflegenden, sondern werden von Sozialarbeitern geführt, somit ergibt sich hier in der Regel auch keine Konsequenz aus den Aufnahmegesprächen für die Pflegeplanung, da der Fokus eher auf sozialarbeiterischen Fragestellungen liegt und eine Dokumentation sowie deren Weiterleitung an die zuständigen Pflegenden nicht immer sichergestellt ist.

Je nach Arbeitsbereich waren die Vorerfahrungen der Pflegenden mit Pflegediagnostik und hier speziell der Pflegeanamnese also sehr unterschiedlich.

Diese Befunde bestätigten die Hypothese, dass Pflegediagnostik als Merkmal professionellen Handelns im Berufsverständnis bisher noch nicht fest etabliert ist. Trotz des hohen Interesses und der Einschätzung der Wichtigkeit, war Pflegediagnostik nicht zentraler Bestandteil der eigenen Pflegetätigkeit noch der der KollegInnen. Pflegediagnostik erscheint als etwas, das man über die notwendige Tätigkeit hinaus tun kann, „wenn Zeit übrig ist“. Da dies selten der Fall ist, unterbleibt die Tätigkeit und füllt einmal mehr das Konto des „man müsste eigentlich.“

4.4. Angestrebte Kompetenzen

Im Bereich der Pflegediagnostik bestehen die Anforderungen an die Kompetenzen der Pflegenden vor allem in folgenden Aspekten:

- Aufbau einer professionellen Beziehung zum Pflegebedürftigen
- systematische und zielgerichtete Durchführung der Pflegebedarfserhebung unter Berücksichtigung des subjektiven Erlebens und Empfindens der Betroffenen,
- Erkennen und Beurteilen der Ressourcen des Patienten und des sozialen Netzes
- Erkennen und Beurteilen der Rahmenbedingungen für die Pflege der Betroffenen

Vor dem Hintergrund der skizzierten äußeren Rahmenbedingungen und vor dem Hintergrund einer Erhebung des Vorwissens und der Vorerfahrungen der Studierenden wurde für die Veranstaltung das folgende übergeordnete Ziel festgelegt:

Die Studierenden aktualisieren ihre vorhandenen Teil-Kompetenzen und erweitern diese im Sinne einer professionellen Handlungskompetenz im Tätigkeitsbereich der Pflegediagnostik.

Differenziert nach Kompetenzbereichen werden folgende Lernergebnisse angestrebt:

Fachkompetenz:

Die Studierenden

- kennen den aktuellen Wissensstand der fachlichen Diskussion der Pflegediagnostik und ordnen diesen in den Pflegeprozess ein,
- wenden Methoden und Instrumente der Datenerhebung in der Pflege an und reflektieren die Durchführung,
- gestalten die Pflegebedarfserhebung unter Berücksichtigung der biopsychosozialen Bedingungen der Klienten
- gestalten die Gesprächsführung patientenorientiert, fachlich angemessen sowie situationsadäquat in pflegediagnostischen Situationen

Methodenkompetenz:

Die Studierenden

- wenden Fertigkeiten zur Datenerhebung, insbesondere zur Befragung, Beobachtung und körperlichen Untersuchung, an,
- dokumentieren den erhobenen Pflegebedarf unter Verwendung der Fachsprache

- erstellen einen pflegediagnostischen Erhebungsbogen unter Einbeziehung methodischer, fachlicher und formaler Kenntnisse,

Sozialkompetenz:

Die Studierenden

- gestalten Beziehungen im pflegediagnostischen Prozess
- führen kollegiale Beratung konstruktiv durch

Personalkompetenz:

Die Studierenden

- reflektieren ihr Berufsverständnis und erweitern dieses bzgl. der Notwendigkeit, Tätigkeiten der Pflegediagnostik im Pflegeprozess umzusetzen,
- sehen konstruktive kollegiale Beratung als Bereicherung und nehmen sie an.

Aus der Analyse der anzustrebenden Kompetenzen und den angestrebten Lernergebnissen, sowie dem wissenschaftlichen Hintergrund ergaben sich die zu vermittelnden Inhalte. Neben Information zu den gesetzlichen Grundlagen des Pflegeversicherungsgesetzes und der theoretischen Beschäftigung mit den Erhebungsmethoden Beobachtung, Befragung und Untersuchung muss es um die Entwicklung und Erprobung von Erhebungsinstrumenten für eine festgelegte Standardsituation der Pflege, deren Diskussion und kritische Würdigung gehen. Als nächster Schritt stand die Erprobung der Instrumente und der Fertigkeiten in Situationen mit steigender Komplexität an. Sodann war die Bearbeitung von methodischen Fehlern von großer Bedeutung. Und schließlich bedurfte es einer Einübung in das Geben und Annehmen von Feed-back.

Aus den oben beschriebenen Kompetenzen und angestrebten Lernergebnissen ergaben sich auch methodische Konsequenzen. Die zu bestimmenden Lehr- Lernmethoden sollen zum selbstgesteuerten und –initiierten Lernen befähigen, die Reflexionsfähigkeit des eigenen Handelns sowie die kritische Würdigung von tradierten Routinen entwickeln bzw. erweitern und einen Beitrag zum lebenslangen Lernen leisten.

Methodisch sollte das selbständige Arbeiten, die Kooperation der Teilnehmenden, der Austausch und die gegenseitige Beratung im Mittelpunkt stehen. Eine solche Zielvorgabe ist nur durch eine Methodenvielfalt von Arbeit im Plenum (Gespräch, Vortrag, Expertendiskussion) sowie eigenständiger Arbeit in Kleingruppen zu erreichen. Weitere Methoden waren darüber hinaus Rollenspiele, das Gespräch mit Simulationspatienten, das Anfertigen, die Verschriftlichung und die Vorstellung einer Datenerhebung.

4.5 Darstellung des Konzeptes

Vor dem Hintergrund der skizzierten Vorüberlegungen und Voraussetzungen wurde ein Konzept entwickelt, das ein mehrphasiges Vorgehen beinhaltet.

1. Phase

In der ersten Phase stand zunächst die theoretische Beschäftigung mit dem Thema Pflegebedarfserhebung im Rahmen der Begutachtung zur Pflegeversicherung im Vordergrund. Die Vorgaben des Pflegeversicherungsgesetzes, die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen waren Gegenstand der Auseinandersetzung und des Lernens.

Ebenso erforderte dies eine Auseinandersetzung mit Erhebungsmethoden in der Pflege.

Hier musste das vorhandene Wissen aktualisiert, weiter vertieft und ergänzt werden.

Dies sollte dadurch erreicht werden, dass die Studierenden in Kleingruppen Leitfäden für die Befragung und Beobachtung entwickelten. In einem dritten Teil sollten einfache Untersuchungstechniken erlernt und erprobt werden.

2. Phase

Die zweite Phase stand unter dem Anspruch, Pflegediagnostik im Rollenspiel in Kleingruppen mit verteilten Rollen zu üben. Die zuvor entwickelten Instrumente wurden im Rollenspiel in Kleingruppen eingesetzt und getestet. Die Studierenden machten sich mit diesen Instrumenten vertraut und übten ihre Gesprächsführungsfertigkeiten ein. Die Rückmeldung erfolgte zum einen durch die Gruppenmitglieder und zum anderen durch die Referentinnen. Im Zentrum stand die Umsetzung des theoretisch Erarbeiteten in eine konkrete Situation.

3. Phase

In der dritten Phase wurde Pflegediagnostik mit Simulationspatienten in den Kursräumen der Fachhochschule geübt. Die Gesamtgruppe blieb in Kleingruppen aufgeteilt, die Simulationspatientinnen wanderten von Gruppe zu Gruppe und wurden jeweils von einer/m Studierenden befragt. Die Rückmeldung erfolgte durch die Simulationspatientin, die anderen Gruppenmitglieder und die Dozentinnen. Zu den schon geübten Fertigkeiten in Phase zwei wurde die Situation um die Anforderung erweitert, eine fremde Person zu befragen.

4. Phase

Während die Aufmerksamkeit in der 3. Phase ganz auf die Interaktion mit den Patienten gerichtet war, wurde in der 4. Phase die Situation dadurch komplexer, dass diese Erhebung in der Umgebung der Patienten im Altenheim stattfand, die Studierenden in eine etwas anderen Rolle (zu Besuch, ohne Hausrecht) versetzte und darüber hinaus die zusätzliche Anforderung gestellt wurde, auch das Wohn-

umfeld zu betrachten. Die Studierenden führten den Besuch jeweils zu dritt durch, ein/e Studierende/r übte sich im Gespräch, während ein/e andere/r den Inhalt protokollierte und die/der dritte die Interaktion beobachtete. Die Rückmeldung erfolgte durch die Studierenden untereinander im Hinblick auf die Gestaltung der Interaktion und im Plenum im Hinblick auf die erhobenen Befunde.

5. Phase

Die Studierenden hospitierten einen Tag beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Hierbei begleiteten sie Pflegekräfte, die als Gutachter beim MDK tätig waren während eines Tages auf Hausbesuchen. Sie fertigten von einem Gespräch eine Mitschrift an und erstellten mit diesen Daten ein Formulargutachten.

6. Phase

Zum Abschluss der Veranstaltung wurden die verschiedenen Erfahrungen ausgewertet und die Veranstaltung evaluiert.

Die folgenden Tabellen geben einen Überblick über den pflegediagnostischen Teil der Veranstaltung.

Tabelle 2: Grobkonzept der Veranstaltung zur Pflegediagnostik

Phase	Ziele	Inhalte	Aufgaben	Methoden	Evaluation
1. <u>Phase:</u> Theoretische Einführung in die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit	Kenntnis der gesetzlichen Regelungen	Pflegeversicherungsgesetz Richtlinien der Spitzenverbände, Organisation von MDK und MDS,		Textarbeit, Lehrervortrag, Unterrichtsgespräch, Expertenbefragung	
	Auseinandersetzung mit dem Aufbau einer Befragung Auseinandersetzung mit den Bedingungen einer häusl. Umgebung Kenntnis über Beobachtungsverfahren	Hintergrundinformationen zu Erhebungsinstrumenten	Erstellung eines Interviewleitfadens Erstellung eines Beobachtungsboogens	Einzel- Partner-, Gruppenarbeit, Präsentation der Ergebnisse in der Gesamtgruppe	Rückmeldung zu den Inhalten und zur Präsentation
	Erlernen von einfachen Untersuchungstechniken	Untersuchung des Bewegungsapparate, der Sinnesorgane, des Nervensystems, der inneren Organe		Demonstration, Übungen in Partnerarbeit	Kontrolle und Korrektur durch Dozenten

Phase	Ziele	Inhalte	Aufgaben	Methoden	Evaluation
2. <u>Phase</u> Üben von Pflege- diagnostik im Rol- lenspiel in Klein- gruppen	Einüben von Fertig- keiten der Datener- hebung und Ge- sprächsführung	Erhebung des Pflege- bedarfes im Rollen- spiel	Erstellung einer Fallbeschreibung mit sozialer Situa- tion Anpassung des Interviewleitfa- dens und Auftei- lung der Aufgaben auf 2 Interviewer Erstellen eines Beobachtungsras- ters zur Beobach- tung des Rollen- spiels	Kleingruppenarbeit Vorbereitung, Durchführung und Evaluation des Rol- lenspiels	Auswertung des Rollenspiels in der Kleingruppe Sammlung der neu- en Erkenntnisse im Plenum
3. <u>Phase:</u> Üben von Pflege- diagnostik mit Si- mulationspatien- tinnen in den Kurs- räumen	Einüben von Fertig- keiten der Datener- hebung und Ge- sprächsführung	Erhebung des Pflege- bedarfes von Alten- heimbewohnerinnen		Kleingruppenar- beit: Pro Gruppe 3 Gespräche mit Si- mulationspatienten und Auswertung	Auswertung des Rollenspiels in der Kleingruppe Sammlung der neu- en Erkenntnisse im Plenum

Phase	Ziele	Inhalte	Aufgaben	Methoden	Evaluation
4. <u>Phase:</u> Üben von Pflege- diagnostik mit Si- mulationspatien- tinnen im Alten- heim	Einüben von Fertig- keiten der Datener- hebung und Ge- sprächsführung Integration der Ein- schätzung der Um- gebungsfaktoren	Erhebung des Pflege- bedarfes von Alten- heimbewohnerinnen	Gespräch mit den Bewohnerinnen in deren Zimmer Ausfüllen des For- mulargutachtens	Gruppen a 2-3 Per- sonen pro Gespräch	Auswertung der Erfahrungen der Kleingruppen. Auswertung des Formulargutach- tens
5. <u>Phase:</u> Hospitation bei einem Mitarbeiter des MDK während eines Tages	Beobachtung von Experten bei der Durchführung der Tätigkeit	Vertiefung der ge- wonnenen Fähigkei- ten, Überprüfung auf Relevanz im Berufs- alltag, Probeweise Erstellung eines For- mulargutachtens durch Mitschrift	Hospitation und Erstellung eines Formulargutach- tens	Hospitation	Auswertung der erstellten Gutach- ten mit Leitung des MDK Auswertung der Erfahrungen im Plenum
6. <u>Phase:</u> Auswertung und Diskussion der Ver- anstaltung	kritische Reflexion des eigenen Lern- prozesses und der Veranstaltung				Fragebogen und Diskussion mit den Lehrenden

5. Durchführung des Kurses

In der Beschreibung der Kursdurchführung erfolgt eine Beschränkung auf den Bereich Pflegediagnostik.

5.1. Theoretische und praktische Grundlegung

Da das Wissen über das Führen von Anamnesegesprächen relativ hoch eingeschätzt wurde, sollte versucht werden, über eine konkrete Aufgabenstellung eine vertiefte Auseinandersetzung zu fördern. Die konkrete Aufforderung, Fragen für einen Gesprächsleitfaden zu formulieren und eine Reihenfolge der Fragen aufzustellen, verdeutlichte den Studierenden die Komplexität des Themas und führte zur Entwicklung von lebhaften Diskussionen in den Kleingruppen. Ebenfalls zu einer intensiven Beschäftigung mit dem Thema einer angepassten Wohnraumgestaltung führte die Aufgabe einen Beobachtungsleitfaden selbst zu erstellen. Während im Führen von Gesprächen die Studierenden über relativ breite Vorerfahrungen berichtet hatten, war in Bezug auf Untersuchungstechniken nach Einschätzung der Studierenden nur geringes Vorwissen vorhanden. Diese Selbsteinschätzung war realistisch, die Untersuchungsfähigkeiten waren in der Tat nur gering ausgeprägt. Somit ging es nicht um Rückmeldung zu einer bestehenden Technik und um deren Optimierung, sondern um den Neuerwerb von Fertigkeiten. Bei Vorstellung, Demonstration und gegenseitiger Übung musste es ein besonderes Anliegen sein, einerseits manuelle Techniken und Beobachtung zu schulen, andererseits jedoch diese Techniken in eine Kommunikationssituation einzubauen. In den ersten gegenseitigen Übungen stand nur der technische Aspekt im Vordergrund. Erst darauf aufbauend wurde auch die Einbettung in eine Kommunikationssituation (dem Patienten erklären, was man an ihm vorhat, was man tut und was man dabei herausfindet) Gegenstand des Übens.

5.2 Rollenspiel zur Pflegebedarfserhebung

Die Gestaltung der gesamten Kommunikationssituation in Bezug auf die Pflegebedarfserhebung wurde mit Hilfe von Rollenspielen simuliert. Als Grundlage des Rollenspiels lag eine Fallbeschreibung eines/r Pflegebedürftigen vor. Dazu wurden die TeilnehmerInnen in drei Gruppen à 7-8 Personen aufgeteilt. In jeder Gruppe fand ein Rollenspiel mit folgenden Rollen statt: Pflegebedürftiger, Angehöriger, 2 Interviewer. Die restlichen Gruppenmitglieder stellten die Beobachter dar.

Jedes Team hatte zunächst eine Vorbereitungsphase: Patienten und Angehörige verabredeten Themen, Einschränkung, Rollen und Beziehungsstrukturen. Die Interviewer stimmten das Vorgehen miteinander ab. Die Beobachter verabredeten,

wer welchen Bereich schwerpunktmäßig beobachten wollte (Frageverhalten, non-verbale Kommunikation etc) und welche Beobungskriterien angelegt werden sollten. Nach der Vorbereitung wurde das Rollenspiel durchgeführt. Dem schloss sich eine Auswertungsphase an.

Die Interviewer und die Pflegebedürftige/Angehörigen-Gruppe berichteten über ihre Erfahrungen, die Beobachter ergänzten die Rückmeldung.

Die anwesenden Lehrenden griffen in die Feed-backrunde ein, wenn die Studierenden sehr vorsichtig miteinander umgingen, kritische Punkte kaum berühren wollten und die Rückmeldung zu verflachen drohte.

5.3 Gesprächsübungen mit Simulationspatientinnen

Wie beim Rollenspiel wurde auch beim Gespräch mit Simulationspatientinnen in der Fachhochschule in drei Gruppen gearbeitet. Die Studierendengruppen blieben von der Zusammensetzung her gleich. In jeder Gruppe wurden jeweils zwei SimulationspatientInnen nacheinander interviewt.

Für die Gespräche standen jeweils eine halbe Stunde, für die Auswertung ca. 15 Minuten zur Verfügung.

Die Studierenden nutzten lediglich 10-15 Minuten zum Interview mit den Patientinnen. Danach fielen Ihnen keine Fragen mehr ein. In einem Fall übernahm die Patientin dann die Initiative und erzählte von sich aus weiteres. Es gab nur eine Gruppe, die es wagte, auch einen Untersuchungsaspekt einzubeziehen.

Die Auswertung erfolgte ausführlich und war ein sehr wesentlicher Faktor für den Lernerfolg. In der Regel fiel es den Studierenden nicht schwer, eine Beziehung zu den Patienten aufzubauen. Größere Schwächen zeigten sich jedoch in der Fertigkeit, ein strukturiertes, zielgerichtetes Gespräch zu führen. Dem Gespräch eine konsequente Zielrichtung zu geben, wurde als neue Rolle erlebt, die zu übernehmen sich als nicht einfach herausstellte. Hierhin gehörte auch, dass die Studierenden sich mit Aussagen der Patientinnen sehr schnell zufrieden gaben, das genauere Nachfragen nur gering ausgeprägt war und die Studierenden kaum genauere Auskünfte der Patienten aufnehmen wollten. Die Studierenden hatten jedoch für verschiedene beschriebene Phänomene sofort Erklärungen sowie Hypothesen im Kopf. Dies kann als Zeichen ihrer vielfältigen klinischen Erfahrungen bewertet werden. Diese Hypothesen wurden jedoch als bestätigt angesehen und nicht mehr systematisch am Patienten überprüft. Ebenso traten deutliche Wahrnehmungsfehler auf, da sie bei der Konzentration auf ein zielgerichtetes Gespräch, Phänomene nicht wahrnahmen oder wiederum nicht zum Gegenstand der Diskussion machten.

In den Rollenspielen gelang es, die Vielschichtigkeit eines solchen Gesprächs zu verdeutlichen.

Von Seiten der Simulationspatienten kam als Rückmeldung an die Studierenden zum einen viel Lob, da die Aufnahme einer Beziehung gelungen war. Vereinzelt wurden aber auch „vergessene“ Inhalte angemahnt.

Zum Gespräch mit Bewohnerinnen im Altenheim führen die Studierenden in die jeweiligen Einrichtungen und wurden dort den Bewohnerinnen in 2er oder 3er Gruppen zugeteilt. Es erfolgte in den Zimmern ein Gespräch mit den Bewohnerinnen und im Anschluss wurde das Begutachtungsformular ausgefüllt um die Informationen und Befunde festzuhalten.

Das Gespräch verlief den Aussagen aller Beteiligten nach in guter Atmosphäre. In einigen Gesprächen kam es zum Abweichen vom Leitfaden und zu einem längeren Austausch zwischen Studierenden und Bewohnern, in dem die Bewohner vorrangig Ausschnitte ihrer Lebensgeschichte darstellten. In allen Interviews hatten die Studierenden auch die Bedingungen des Umfeldes und die Hilfsmittelversorgung betrachtet und sich zeigen lassen.

Die Studierenden fühlten sich nach eigenen Angaben zunehmend sicherer im Umgang mit dem Gespräch und wurden mutiger im Umgang mit den Bewohnern. In der Auswertung waren folgende Phänomene auffällig:

Die Bewohner neigten ganz eindeutig dazu, ihre Selbständigkeit zu betonen und ihre Pflegebedürftigkeit zu vergessen bzw. nicht offen zu legen. In einigen Fällen kamen die Studierenden zu einer geringeren Einstufung der Pflegebedürftigkeit der Bewohner als die aktuelle Einstufung des MDK. Teilweise lagen weitere Informationen vor, so dass diese Diskrepanz geklärt werden konnte. In anderen Fällen standen Fehleinschätzungen der Studierenden zur Diskussion. Vor dem Hintergrund der Beobachtungen in der ersten Situation mit Simulationspatientinnen scheinen hier analoge Prozesse und Fehler aufgetreten zu sein.

5.4 Hospitation beim MDK

Aufgrund dieser verschiedenen Übungen und intensiven Diskussionen fühlten sich die Studierenden auf den Hospitationstag beim MDK gut vorbereitet. Sie hatten einen Eindruck von den verschiedenen Bereichen, die zu einer Pflegediagnostik gehören, bekommen.

Der Hospitationstag gehörte zu den wichtigen Erfahrungen im Rahmen dieses Kurses. Die Studierenden waren überrascht und erfreut über die Professionalität, die Pflegenden während der Begutachtungssituation deutlich machten. Sie zeigten sich beeindruckt von der Beobachtungs-, Entscheidungs- und Einschätzungssicherheit mit der Pflegenden in dieser Situation auftraten. Eine derart professionelle Durchführung von Pflegediagnostik hatte bisher kein/e Studierende/r in der Praxis erlebt. Dies stellte eine enorme Motivation für Studierende dar, diesem Bereich mehr Bedeutung zuzumessen.

6. Evaluation des Kurses

Der Kurs wurde am Ende der Veranstaltung evaluiert. Da die Evaluation in der vorletzten Veranstaltung stattfand und einige Studierende noch zu Hospitationsbesuchen unterwegs waren, kam kein vollständiger Rücklauf der Fragebögen zustande. Dies schränkt die Gültigkeit der Ergebnisse ein.

6.1. Allgemeine Evaluation des Fachbereiches (N =12)

Die Studierenden der ersten Kohorte zeigten eine hohe Zufriedenheit mit Zielen, Inhalten, Methoden und Arbeitsatmosphäre, sie beurteilten den Lernerfolg als hoch.

In den freien Antworten wurden die folgenden Aspekte mehrfach positiv erwähnt: die Hospitation beim MDK, das Arbeiten mit Simulationspatienten und der „Besuch im Altenheim“.

6.2 Ergänzende Fragen zum Kurs

Die verwendeten Methoden (Arbeit mit Simulationspatienten und die Hospitation) wurden sämtlich als gut bzw. sehr gut beurteilt, das Rollenspiel wurde von 90 % (n=7) der Befragten dem entsprechend bewertet.

6.2.1 Ausbildungsstand

Jeweils vor Beginn und nach Ende des Kurses schätzten die Studierenden ihren Ausbildungsstand in Bezug auf die diagnostischen Fertigkeiten ein (Tab.1).

Tabelle 3: Ausbildungsstand (fünfstufige Scala von 1 sehr gut bis 5 sehr schlecht)

Wie beurteilen Sie Ihren Ausbildungsstand im Bereich		
	Median	
	vor dem Kurs n = 18	am Ende des Kurses n = 7
Beobachtung	2,0	2,0
Befragung	3,0	2,0
Untersuchung	3,0	2,0

Der Ausbildungsstand hat sich nach Einschätzung der Studierenden verbessert. Der Bereich der Beobachtung, der vor dem Kurs die beste Beurteilung bekam, zeigte vom Median her keine Verbesserung. Befragung und Untersuchung zeigten eine Veränderung des Medians von 3 (geht so) nach 2 (gut).

6.2.2 Interesse der Studierenden

Auch die Einschätzung des Interesses der Studierenden an diesem Thema wurde erhoben.

Tabelle 4: Interesse (fünfstufige Scala von 1- sehr hoch bis 5- kein Interesse)

Wie schätzen Sie Ihr Interesse an den folgenden Tätigkeiten ein?		
	Median	
	vor dem Kurs	am Ende des Kurses
Beobachtung	2,0	2,0
Befragung	2,0	2,0
Untersuchung	2,0	2,0

In allen Bereichen zeigte sich vom Median her keine Veränderung. Das Interesse an diesem Thema ist gleich bleibend hoch.

6.2.3 Einschätzung des Stellenwertes in der Praxis

Hier interessierte die Einschätzung des Stellenwertes der Tätigkeit in der Praxis. Wurden die Tätigkeiten im Bereich Beobachtung und Befragung schon vor dem Kurs als sehr wichtig eingestuft, so hat sich das für den Bereich Untersuchung verändert von wichtig zu sehr wichtig.

Tabelle 5: Stellenwert der Tätigkeit in der Praxis (vierstufige Scala von 1- sehr wichtig bis 4- unwichtig)

Wie beurteilen Sie den Stellenwert der folgenden Tätigkeiten in der pflegerischen Praxis?		
	Median	
	vor dem Kurs	am Ende des Kurses
Beobachtung	1,0	1,0
Befragung	1,0	1,0
Untersuchung	2,0	1,0

6.2.4 Kenntnisse in Bezug auf das Unterrichten

Wurden die Kenntnisse in Bezug auf ein Unterrichten dieser Fertigkeiten vor Beginn des Kurses als eher mäßig eingestuft, im Bereich der Untersuchung gar als

schlecht, so zeigt sich hier wiederum in allen Bereichen eine Verbesserung der Kenntnisse der Studierenden gemäß ihrer eigenen Einschätzung.

Tabelle 6: Kenntnisse in Bezug auf Unterrichten (fünfstufige Scala von 1- sehr gut bis 5- sehr schlecht)

Wie schätzen Sie Ihre Kenntnisse in den folgenden Bereichen in Bezug auf eine schulische Vermittlung dieser Tätigkeiten ein?		
	Median	
	vor dem Kurs	am Ende des Kurses
Beobachtung	2,5	2,0
Befragung	3,0	2,0
Untersuchung	4,0	3,0

Bezüglich des Erfolges des Kurses kann somit der Schluss gezogen werden, dass nach subjektiver Einschätzung der Studierenden ein Lernerfolg zu verzeichnen war, das Interesse erhalten blieb und die Praxisrelevanz der einzelnen Elemente deutlicher zutage trat.

Zur objektiven Sicherung des Lernerfolges wurde von allen Studierenden ein Formulargutachten angefertigt. Alle Studierenden konnten diesen Leistungsnachweis erfolgreich erbringen.

Somit scheint sich das vorliegende Kurskonzept insgesamt zu bewähren. Die Beobachtungen während der Durchführung bieten jedoch Anlass zu einer Verfeinerung und Verbesserung des Konzeptes.

7. Diskussion und Konsequenzen

Pflegediagnostik durchführen zu können ist eine wesentliche Basiskompetenz für alle Pflegenden, da die Erhebung des Pflegebedarfes eine zentrale eigenständige Aufgabe ist, die professionelle Pflege zu leisten hat und die einzige, die den professionell Pflegenden vorbehalten werden könnte. Somit ist die Ausbildung dieser Kompetenz ein wichtiger Faktor in der Pflegeausbildung.

Die erforderlichen Fertigkeiten sind jedoch sehr komplex, handelt es sich doch um die Integration von Beobachtung, Befragung und Untersuchung von Menschen unter einer fachlich geschulten Perspektive. Diese Fertigkeit bedarf deshalb erhöhter Aufmerksamkeit in der Ausbildung, sowohl in der Theorie, wie in der Praxis. Seit 20 Jahren wird der Pflegeprozess in den Schulen unterrichtet, in

der Praxis jedoch eher rudimentär angewandt. Die Situation wird noch dadurch verschärft, dass gilt, wie die Denkschrift der Robert-Bosch-Stiftung „Pflege neu denken“ (2000) ausführt: „Für die Auszubildenden ist die Praxis im wesentlichen ein Arbeitsort. Statt eine gezielte praktische Ausbildung zu erfahren, sind die Auszubildenden wichtige Arbeitskräfte im Krankenhausbetrieb angesichts einer zu „dünnen Personaldecke“. Dies ist unter anderem der Grund dafür, dass das hohe Potential für den Erwerb von Schlüsselqualifikationen im Berufsalltag eher selten, zum Beispiel durch begleitete Übungen oder eine Reflexion des Arbeitsalltages genutzt wird“ (a.a.O., S. 211-212). Auch in der schulischen Ausbildung steht die kognitiv-rezeptive Art des Lernens im Vordergrund. „Demzufolge stehen fachliche Ziele immer noch über der Förderung von Schlüsselkompetenzen, wie zum Beispiel Kommunikationsfähigkeit oder Teamfähigkeit“ (a.a.O., S. 212).

Das entwickelte und erprobte Konzept bemüht sich gerade um diese zentralen Fähigkeiten, und stellt eine Möglichkeit dar, diese Fähigkeiten unter kontrollierten Bedingungen mit steigender Komplexität zu erproben und anzubahnen.

Das Kurskonzept hat sich in der ersten Erprobung bewährt. Es wurde von den Studierenden positiv aufgenommen und bewertet. Die Arbeit mit Simulationspatienten ist organisierbar und wird gut aufgenommen. Die Simulationspatienten zeigten keine Anzeichen von Überforderung, sondern genossen sichtlich das Interesse der Studierenden und die Möglichkeit, ihre Kenntnisse weiterzugeben.

Der Lernerfolg ist subjektiv aus Sicht der Studierenden gegeben und vom Ergebnis her, durch den Erwerb erfolgreicher Leistungsnachweise, objektiv erreicht.

Somit sollte das Konzept weiter entwickelt und verfeinert werden.

Insbesondere der Teilbereich pflegerische Untersuchung bedarf einer hohen Aufmerksamkeit und sollte explizit ausformuliert werden. Darüber hinaus ist Aspekten des „Clinical Reasoning“ ausführlichere Aufmerksamkeit zu widmen, um hier zu einer Professionalisierung der Denk- und Entscheidungsprozesse der Pflegenden beizutragen. Auch hierzu ist auf vielfältige Diskussionen und Konzepte aus dem angelsächsischen Raum und beginnend in den anderen Gesundheitsberufen zurückzugreifen. Darüber hinaus ist insbesondere für den Bereich der Evaluation die Entwicklung eines Assessmentinstrumentes zu erwägen, das auch die Performanz-Fähigkeiten abbildet und dazu eine strukturierte Rückmeldung ermöglicht.

Dies sollte bei der Weiterentwicklung Priorität haben.

Literatur:

- Arets, J. et al (1996). Professionelle Pflege Bd 1 und 2. Bocholt: Eicanos.
- Baerheim A, Malterud K. (1995). Simulated patients for the practical examination of medical students: intentions, procedures and experiences. *Med Educ* 1995 Nov;29(6):410-3
- Barrows, H. S. (1971). *Simulated Patients*. Springfield: Charles C. Thomas
- Barrows HS. (1993). An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. *AAMC. Acad Med* 1993 Jun;68(6):443-51; discussion 451-3
- Bartholomeyczik, S. (1997). Professionalisierung der Pflege - zwischen Abhängigkeit und Omnipotenz. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 29, 1, 5-13.
- Beullens, J., Rethans, J.J., Goedhuys, J., Buntinx, F. (1997). The use of standardized patients in research in general practice. *Fam Pract* 1997 Feb;14(1):58-62
- Carnevali, D.L. & Thomas, M.D. (1993) *Diagnostic reasoning und treatment decision making in nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Das, M., Townsend, A., Hasan, M.Y. (1998). The views of senior students and young doctors of their training in a skills laboratory. *Med Educ* 1998 Mar;32(2):143-9
- Doenges, M.E., Moorhouse, M.F. (1994). *Pflegediagnosen und Maßnahmen*. Bern: Huber.
- Emery, J., Walton, R., Coulson, A., Glasspool, D., Ziebland, S., Fox, J. (1999). Computer support for recording and interpreting family histories of breast and ovarian cancer in primary care (RAGs): qualitative evaluation with simulated patients. *BMJ* Jul; 319 (7201): 32-6
- Fiechter, V., Meier, M. (1985) *Pflegeplanung*. Basel: Recom
- Finlay, I.G., Stott, N.C., Kinnersley, P. (1995). The assessment of communication skills in palliative medicine: a comparison of the scores of examiners and simulated patients. *Med Educ* 1995 Nov;29(6):424-9

- Greenberg, L.W., Ochsenschläger, D., O'Donnell, R., Mastruserio, J., Cohen, G.J. (1999). Communicating bad news: a pediatric department's evaluation of a simulated intervention. *Pediatrics* 1999 Jun;103(6 Pt 1):1210-7
- Hamers, J.P.H., Huijjer, A.-S.H., Halfens, R.J.G. (1994) Diagnostic process and decision making in nursing: A literature review. *Journal of Professional Nursing* 10,3, 154-163.
- Hazelkorn, H.M., Robins, L.S. (1996). Actors play patients. Using surrogate patients to look into private practice. *Public Health Rep* 1996 Mar-Apr;111(2):129-32
- Hildebrand, E. (1990) Die Bedeutung der Patientenbeobachtung für die Pflege. *Deutsche Krankenpflegezeitschrift* 82-86 Holoch, E., Gehrke, U., Knigge-Demal, B., Zoller, E. (Hrsg) (1999) *Lehrbuch Kinderkrankenpflege*. Bern: Huber.
- Heuwinkel-Otter, A., Nümann-Dulke, A., Matscheko, N. (Hrsg.). (2006). *Menschen pflegen*. (Band 1). Heidelberg: Springer.
- Igl, G. (1998) Öffentlich-rechtliche Grundlagen für das Berufsfeld Pflege im Hinblick auf vorbehaltene Aufgabenbereiche. *Gutachten*. Kiel
- Juchli, L. (1987). *Krankenpflege. Praxis und Theorie der Gesundheitsförderung und Pflege Kranker*. 5. Auflage. Stuttgart: Thieme.
- Jung, B. (1996). *Patientenorientierte Schmerztherapie und Kinderintensivpflege*. Frankfurt: Mabuse.
- Kellnhauser, E., Schewior-Popp, S., Sitzmann, F., Geißner, U., Gümmer, M., Ullrich, L. (Hrsg.). (2000). *Pflege*. (9. völlig neu bearbeitete Auflage). Stuttgart: Thieme
- Ladyshevsky, R., Gotjamanos, E. (1997). Communication skill development in health professional education: the use of standardised patients in combination with a peer assessment strategy. *J, Allied. Health*. 1997. Fall; 26(4): 177-86
- Langewitz, W.A., Eich, P., Kiss, A., Wossmer, B. (1998). Improving communication skills - a randomized controlled behaviorally oriented intervention study for residents in internal medicine. *Psychosom Med* 1998 May-Jun;60(3):268-76
- Kurtenbach, H. et al. (1986) *Krankenpflegegesetz*. Stuttgart: Kohlhammer

Maguire, P., Booth, K., Elliott, C., Jones, B. (1996). Helping health professionals involved in cancer care acquire key interviewing skills - the impact of workshops. *Eur J Cancer* 1996 Aug;32A(9):1486-9

Miller, S.J., Hope, T., Talbot, D.C. (1999). The development of a structured rating schedule (the BAS) to assess skills in breaking bad news. *Br J Cancer* May; 80 (5-6): 792-800

Müller, E. (1998). Pflege zwischen Tradition, Stagnation und Innovation. *Dr. med Mabuse*, 23, 30-34.

Norton, B.J., Strube, M.J. (1998). The influence of experience with a set of simulated patients on diagnosis of simulated patients not previously diagnosed. *Phys Ther* 1998 Apr; 78 (4): 375-85

Oelke, U. (1991) Planen, Lehren und Lernen in der Krankenpflegeausbildung. Basel: Recom

Oelke, U. (2003). Ausbildungsrichtlinie für staatlich anerkannte Kranken- und Kinderkrankenpflegesschulen in NRW. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (Hrsg.):

www.mags.nrw.de/08_pdf/002/ausbildungsrichtlinie-krankenpflege-nrw.pdf

Pieters, H.M., Touw-Otten, F.W., De Melker, R.A. (1994). Simulated patients in assessing consultation skills of trainees in general practice vocational training: a validity study. *Med Educ* 1994 May; 28 (3): 226-33

Raborn, G.W., Carter, R.M. (1999). Using simulation to evaluate clinical competence after impairment. *J Can Dent Assoc*; 65(7): 384-6
Schäffler, A., Menche, N., Bazlen, U., Kommerell, T. (1997) Pflege heute. Ulm: Gustav Fischer.

Ram, P., van der Vleuten, C., Rethans, J.J., Grol, R., Aretz, K. (1999). Assessment of practicing family physicians: comparison of observation in a multiple-station examination using standardized patients with observation of consultations in daily practice. *Acad Med* 1999 Jan; 74(1): 62-9

Robert-Bosch-Stiftung (2000). Pflege neu denken. Stuttgart: Schattauer.

Rothman, A.I. (1995). Understanding the objective structured clinical examination. *Aust N Z J Surg* 1995 May; 65(5): 302-3

Schäffler, A., Menche, N., Bazlen, U., Kommerell, T. (Hrsg.). (1998). Pflege heute. Stuttgart: Gustav Fischer.

Settelen-Strub, C. (1997) Der Diagnostische Prozeß bei der Pflege. Pflege 10, 35-42

Swartz, M.H., Colliver, J.A., Bardes, C.L., Charon, R., Fried, E.D., Moroff, S. (1999). Global ratings of videotaped performance versus global ratings of actions recorded on checklists: a criterion for performance assessment with standardized patients. Acad Med 1999 Sep;74(9):1028-32

WHO (1987). People´s needs for nursing care. A European Study. Copenhagen: WHO.Regional Office for Europe.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Phasen und Schritte im Skillstraining	47
--	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Vergleich Problemlösungsprozess Hagedorn und Schrems.....	11
Tabelle 2: Grobkonzept der Veranstaltung zur Pflegediagnostik.....	74
Tabelle 3: Ausbildungsstand (fünfstufige Scala von 1 sehr gut bis 5 sehr schlecht).....	80
Tabelle 4: Interesse (fünfstufige Scala von 1- sehr hoch bis 5- kein Interesse).....	81
Tabelle 5: Stellenwert der Tätigkeit in der Praxis (vierstufige Scala von 1- sehr wichtig bis 4- unwichtig).....	81
Tabelle 6: Kenntnisse in Bezug auf Unterrichten (fünfstufige Scala von 1- sehr gut bis 5- sehr schlecht).....	82

Anhang

Anhang 1	Fragebogen zum Kurs „Begutachtung	90
Anhang 2	Leitfadeninterview mit Studierenden des Studiengangs „Pflegepädagogik“ zum Thema „Anamnesegespräche“	93
Anhang 3	Fragebogen für Studierende zum Lehrangebot	94
Anhang 4	Ergänzende Fragen zum Evaluationsbogen des Fachbereiches	95

Anhang 1:

Fragebogen zum Kurs „Begutachtung“

SS1999

Demal/Nauerth

Brinkmann-Göbel/Knigge-

1. Wie beurteilen Sie ihren Ausbildungsstand im Bereich

	Sehr gut	gut	geht so	schlecht	sehr schlecht
Arbeiten mit dem Pflegeprozeß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beobachtung von Patienten <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befragung von Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Untersuchung von Patienten <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formulieren von Pflege-Problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formulieren von Pflege-diagnosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erstellen einer Pflegeplanung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Führen einer Pflege - dokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie beurteilen Sie den Stellenwert der folgenden Tätigkeiten in der pflegerischen Praxis?

	Sehr wichtig	wichtig	geht so	unwichtig
Arbeiten mit dem Pflegeprozeß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beobachtung von Patienten <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befragung von Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Untersuchung von Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formulieren von Pflege-Problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formulieren von Pflege-Diagnosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erstellen einer Pflegeplanung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Führen einer Pflege - dokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wie schätzen Sie ihr Interesse an den folgenden Tätigkeiten ein?

	Sehr hoch	hoch	geht so	wenig	kein Interesse
Arbeiten mit dem Pflegeprozeß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beobachtung von Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befragung von Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Untersuchung von Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formulieren von Pflege-Problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formulieren von Pflege-Diagnosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erstellen einer Pflegeplanung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Führen einer Pflege - dokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Wie schätzen Sie ihre Kenntnisse in den folgenden Bereichen in Bezug auf eine schulische Vermittlung dieser Tätigkeiten ein?

	Sehr gut	gut	geht so	schlecht	sehr schlecht
Arbeiten mit dem Pflegeprozeß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beobachtung von Patienten Befragung von Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Untersuchung von Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formulieren von Pflege-problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formulieren von Pflege-Diagnosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erstellen einer Pflegeplanung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Führen einer Pflege-dokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Sind die Dokumentationsbögen nach einem Pflegemodell strukturiert und wenn ja, welches?

nein ja, und zwar _____

6. Wird jeder Patient befragt?

ja nein

7. Wird den Patienten der Zweck des Aufnahmegesprächs erläutert?

ja nein

8. Führen Ihre Kollegen und Kolleginnen diese Aufnahmegespräche gerne?

sehr gerne geht so ungern

9. Bietet Ihre Einrichtung Schulungen oder Fortbildungen zum Thema Aufnahmegespräche an?

ja nein

10. Würden Sie sich Schulungen oder Fortbildungen zu dem Thema wünschen?

ja nein

11. Werden neue Mitarbeiter oder Schüler angeleitet Aufnahmegespräche zu führen?

ja nein

Anhang 2

Leitfadeninterview mit Studierenden des Studiengangs „Pflegepädagogik“ zum Thema „Anamnesegespräche“

Haben Sie im Verlauf ihrer Berufstätigkeit bereits Anamnesegespräche geführt?

Was waren die Ziele dieser Anamnesegespräche? (z. B. Stammblatt ausfüllen, Pflege planen?)

In welchem Zusammenhang sind diese Gespräche geführt worden? Welche Funktion haben Anamnesegespräche? (z.B. Routine, um die weitere Pflege zu planen oder gab es ein konkretes Pflegeproblem, das nur durch näheres Nachfragen zu lösen war?)

Wie werden die Gespräche dokumentiert?

Wird jeder Patient befragt?

Wie wird dem Patienten der Zweck des Anamnesegesprächs erläutert?

Wieviel Zeit steht Ihnen in der Regel zur Verfügung, um ein Anamnesegespräch zu führen?

Wer führt den in der Regel solche Anamnesegespräche durch?

Führen die Kollegen und Kolleginnen solche Anamnesegespräche gerne?

Halten Sie Anamnesegespräche für sinnvoll?

Anhang 3

Studiengang Pflegepädagogik
WS 98/99

Evaluation der Lehrveranstaltung: Begutachtung

1. Wie klar sind Ihnen die Ziele dieser Veranstaltung?

Sehr unklar unklar geht so klar sehr klar

2. Halten sie die Ziele dieser Veranstaltung für sinnvoll im Hinblick auf das Studienziel?

überhaupt nicht sinnvoll nicht sinnvoll geht so sinnvoll sehr sinnvoll

3. Wie beurteilen Sie die Auswahl der Inhalte?

Sehr schlecht schlecht teils/teils gut sehr gut

4. Wie beurteilen Sie die Lehrmethoden?

Sehr schlecht schlecht teils/teils gut sehr gut

5. Wie beurteilen Sie die Arbeitsatmosphäre?

Sehr schlecht schlecht teils/teils gut sehr gut

6. Wie beurteilen Sie den Lernerfolg?

Nichts gelernt wenig gelernt geht so viel gelernt sehr viel gelernt

Was hat Ihnen an dieser Veranstaltung besonders gut gefallen?

Was hat Ihnen an dieser Veranstaltung nicht gefallen?

Was könnte in dieser Veranstaltung besser gemacht werden?

Bei Bedarf Rückseite benutzen

Anhang 4

Ergänzende Fragen zum Evaluationsbogen des Fachbereiches

Wie beurteilen sie die folgenden Lehrmethoden im Hinblick auf den Lernerfolg?

Lehrmethode	Sehr schlecht	schlecht	Teils/teils	gut	Sehr gut
Rollenspiel					
Simulationspatient in FH					
Simulationspatient im Heim					
Hospitation					

Wie beurteilen Sie Ihren Lernerfolg in dieser Veranstaltung im Hinblick auf

Lehr-/Lerngegenstand	Nichts gelernt	Wenig gelernt	Geht so	Viel gelernt	Sehr viel gelernt
Begutachtung					
Beobachtung					
Befragung					
Untersuchung					
Treffen von Entscheidungen bzgl. Pflegebedürftigkeit					