

Universitätsklinikum Gießen

## **Leitfaden „Pflegeanamnese“**

Eine Orientierungshilfe für den praktischen Gebrauch  
des Anamnesebogens

erstellt von der  
Arbeitsgruppe „Pflegeanamnese“

Gießen, 1998

# Inhalt

|                                                                  |        |
|------------------------------------------------------------------|--------|
| 1. Einleitung                                                    | 2      |
| 2. Empfehlungen zum Anamnesegespräch                             | 4      |
| 3. Erläuterungen                                                 | 5      |
| Angaben zur Person und Hintergrundinformationen                  | 5      |
| Kategorie 1: „Wahrnehmung und Umgang mit der eigenen Gesundheit“ | 6      |
| Kategorie 2: „Ernährung und Stoffwechsel“                        | 7      |
| Kategorie 3: „Ausscheidung“                                      | 9      |
| Kategorie 4: „Aktivität und Bewegung“                            | 11     |
| Kategorie 5: „Schlaf und Ruhe“                                   | 13     |
| Kategorie 6: „Denken und Wahrnehmen (Kognition und Perzeption)“  | 14     |
| Kategorie 7: „Selbstbild und Selbstkonzept“                      | 17     |
| Kategorie 8: „Rolle und Beziehung“                               | 19     |
| Kategorie 9: „Sexualität und Fortpflanzung (Reproduktion)“       | 21     |
| Kategorie 10: „Bewältigungsverhalten (Coping) und Streßtoleranz“ | 22     |
| Kategorie 11: „Werte und Überzeugungen“                          | 24     |
| <br>Anhang: Die Arbeitsgruppe „Pflegeanamnese“                   | <br>25 |
| <br>Literaturverzeichnis                                         | <br>26 |

## Leitfaden „Pflegeanamnese“

- Eine Orientierungshilfe für den praktischen Gebrauch des Anamnesebogens -

„Wer das erste Knopfloch verfehlt, kommt  
mit dem Zuknöpfen nicht zu Rande.“

*Johann Wolfgang von Goethe: Maximen  
und Reflexionen, Erfahrung und Leben.*

### 1. Einleitung

Schon wieder etwas Neues, und dann noch soviel ..., ist das wirklich notwendig ? Auch wir als Arbeitsgruppe haben uns diese Frage gestellt. Mit Hinweis auf das Zitat von *Goethe* möchten wir darauf mit „Ja“ antworten, denn wir denken, daß der Pflegeprozeß als Basis ein gutes und fundiertes Dokumentationsformular benötigt.

Wir möchten mit diesem Leitfaden den Einstieg und Umgang mit dem Anamnesebogen erleichtern und hoffen auch, mit unseren Erläuterungen verdeutlichen zu können, daß dieser Weg der Informationsdokumentation nicht unbedingt zeitaufwendiger und schwieriger sein muß.

Da eine qualifizierte pflegerische Patientenaufnahme natürlich nicht nur von einem Dokumentationsformular abhängig ist, möchten wir in diesem Zusammenhang auch einige Empfehlungen zu den Rahmenbedingungen und Verhaltensregeln im Gespräch geben.

Der Anamnesebogen verwendet die „Funktionellen Verhaltensmuster“ nach *Marjory Gordon*. Die Verhaltensmuster kategorisieren - wie auch die Lebensaktivitäten (ATL) nach *Roper et. al.* - einzelne Lebensbereiche und ermöglichen so eine Strukturierung der gesammelten Informationen.

Wir möchten in diesem Zusammenhang betonen, daß damit **nur eine** Möglichkeit der pflegerischen Sichtweise wiedergegeben wird. Die Gliederung der einzelnen Lebensbereiche nach *Gordon* steht dabei in keinem Widerspruch zur geläufigen, in der Ausbildung thematisierten Theorie nach *Roper et. al.*

Vor dem Hintergrund der Sichtbarmachung pflegerischer Leistungen bietet sich die Einteilung nach *Gordon* an, da sie international als eine Gliederungsmöglichkeit für die Einführung von Pflegediagnosen Anwendung findet.

Zudem können weitere Gründe für die Konzeption des neuen Anamnesebogens angeführt werden:

- Der neue Anamnesebogen ermöglicht eine differenzierte Erfassung wesentlicher Fähigkeiten und Einschränkungen in den wichtigen Lebensbereichen.
- Er bietet ausreichend Raum für die Dokumentation der gewonnenen Informationen.
- Die neue Pflegestandardstruktur und der Anamnesebogen sind aufeinander abgestimmt; dies bietet die Basis für die Vereinheitlichung und Kontinuität der Pflegeprozeßdokumentation am Klinikum.

- Die psychosozialen Belange der Patientinnen und Patienten werden stärker betont und insbesondere in diesen Bereichen wird eine differenziertere Zuordnung erleichtert.

*Gordon* betont, daß „kein Verhaltensmuster ... ohne Kenntnisse über die anderen Verhaltensmuster verstanden werden kann“ (*Gordon*, 1998). Sie unterstreicht damit die Dynamik des gesamten pflegerischen Problemlösungs- und Beziehungsprozesses.

Die Strukturierung und Numerierung der einzelnen Verhaltensmuster unterliegt (wie bei *Roper* auch) keiner Hierarchie, d.h. die Zahlen geben **keine** Gewichtung oder Ordnung nach Prioritäten wieder.

Die einzelnen ATL werden - falls sie nicht mehr explizit als eigene Kategorie erscheinen - auf dem Bogen optisch hervorgehoben (gepunktete Linie) und damit wird die Einordnung erleichtert. Bestehen dennoch Zweifel bezüglich der Organisation der Daten, so können die von uns aufgeführten Beispiele (hoffentlich) zur Klärung der Zuordnung beitragen.

Bsp.: Eine Patientin leidet an Sprachstörungen.

Bislang wurden Einschränkungen in diesem Bereich unter der ATL „Kommunikation“ aufgeführt. In der Struktur nach *Gordon* werden Beeinträchtigungen in der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit unter der Kategorie Nr. 6 („Denken und Wahrnehmen“) erfaßt (der Begriff „Kommunikation“ wird auf dem Anamnesebogen optisch hervorgehoben).

**Die im Leitfaden genannten Beispiele geben lediglich eine Orientierungshilfe und können nicht als eine vollständige Aufzählung der verschiedensten Möglichkeiten angesehen werden.** Oftmals ist es sinnvoll, die Aussagen wortgetreu zu dokumentieren und als wörtliche Rede zu kennzeichnen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es sich um rein subjektive Einschätzungen der Betroffenen handelt.

Bezüglich der Ausführlichkeit dieses Bogens liegt es uns am Herzen, noch einen Hinweis zu geben: **Es liegt in der Verantwortung der einzelnen Pflegekraft, wie ausführlich dieses Dokumentationsformular ausgefüllt werden muß. Nicht jeder Lebensbereich ist für jede Patientin/jeden Patienten in der aktuellen Situation von gleicher Bedeutung.** Zudem ist der Umfang der Datenerhebung in den verschiedenen Abteilungen unterschiedlich und muß jeweils bedarfsgerecht (dies richtet sich z.B. nach der Dauer des Aufenthaltes) festgelegt werden. Folglich ist es nicht zwingend notwendig, alle Kategorien unmittelbar im Erstgespräch zu erfassen (relevante Teilbereiche können auch zu einem späteren Zeitpunkt berücksichtigt werden).

Das Aufnahmegespräch besitzt eine wertvolle Bedeutung für den gesamten Pflegeprozeß, den Sie kreativ und eigenverantwortlich gestalten können !

Viel Erfolg bei der Anwendung !

*Die Anamnese - Arbeitsgruppe*

## **2. Empfehlungen zum Anamnesegespräch**

Wir sind uns darüber im klaren, daß der überwiegende Teil der Pflegenden viel Erfahrung in der Gestaltung und Durchführung einer Pflegeanamnese hat. Dennoch möchten wir an dieser Stelle einige Empfehlungen geben, die sich im Laufe unserer intensiven Beschäftigung mit der Aufnahmesituation bzw. dem Anamnesebogen ergeben haben. Wir hoffen, daß diese Hinweise nicht als Bevormundung empfunden werden.

- ✓ Die Patientin/der Patient sollte um ihr/sein Einverständnis zur Erhebung der Pflegeanamnese gebeten werden. Das Recht der Patientin/des Patienten auf Einschränkung persönlicher Daten bei der Erhebung und Weitergabe dieser Daten ist zu beachten.
- ✓ Sie/er sollte über den Sinn und Zweck des Gespräches in Kenntnis gesetzt werden.
- ✓ Die Pflegekraft sollte die Patientin/den Patienten immer fragen, ob sie/er der Anwesenheit Dritter zustimmt (z.B. Bezugspersonen, Auszubildende in der Anleitungssituation).
- ✓ Oftmals ist es den Betroffenen peinlich, über seelische, körperliche oder soziale Probleme zu reden oder sich untersuchen zu lassen. Eine ungestörte Atmosphäre kann dabei als entscheidende Voraussetzung angesehen werden (anzustreben wäre eine separate Räumlichkeit). Bitten Sie (wenn dies möglich ist) andere Personen aus dem Zimmer.
- ✓ Vermitteln Sie den Patientinnen und Patienten möglichst nicht das Gefühl, unter Zeitdruck zu stehen, auch wenn dies real häufig der Fall ist.
- ✓ Achten Sie darauf, daß Sie Ihre Aufmerksamkeit ausschließlich auf die Patientin/den Patienten richten und schaffen Sie eine Situation, die es den Betroffenen erleichtert, sich Ihnen anzuvertrauen.
- ✓ Denken Sie sowohl an verbale (z.B. Eingehen auf Sprechweise, Sprachtempo und verbale Eigenheiten der Patienten) als auch an non-verbale Formen (körperliche Distanzminderung, Signale der Aufnahmebereitschaft usw.) der Zuwendung.
- ✓ Zuhören heißt mehr, als nur Informationen im Sinne der Probleme und Beschwerden der Patientinnen und Patienten aufzunehmen; es gilt gleichzeitig zu erfassen, inwieweit die Betroffenen durch ihre Beeinträchtigungen beeinflusst und gesteuert werden.
- ✓ Beachten Sie bei der Pflegeanamnese grundlegende ethische Handlungsprinzipien. Indem Sie beispielsweise das Prinzip der Wahrheit und Ehrlichkeit schon zu Beginn des pflegerischen Beziehungsprozesses berücksichtigen, können Sie einem drohenden Vertrauensverlust vorbeugen. Dies kann ganz praktisch z.B. dadurch geschehen, daß Sie bevorstehende Einschränkungen und Gefahren nicht grundlos verharmlosen.
- ✓ Richten Sie Ihre Aufmerksamkeit auf Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten, die durch ihre/seine Zugehörigkeit zu einem bestimmten Kulturkreis bedingt sind. Bedenken Sie dabei, daß es auch hier gravierende individuelle, intrakulturelle Unterschiede geben kann.
- ✓ Das Anamnesegespräch sollte in keinem Fall zum „Verhör“ werden, und gerade zu Beginn sollte den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit zum freien Bericht gegeben werden.

### 3. Erläuterungen

#### Angaben zur Person und Hintergrundinformationen

- ① Informationsquellen können sowohl die Patientin/der Patient selbst (Eigenanamnese) als auch andere Personen wie Angehörige, Bezugspersonen, Hausarzt usw. (Fremdanamnese) sein. Unter „sonstige“ könnten in diesem Kontext beispielsweise schriftliche Informationsmedien (pflegerischer Verlegungsbericht, Arztbrief usw.) erfaßt werden.
- ② In diesem Schreibfeld können sowohl Verlegungen (z.B. klinikumsintern, aus anderen Krankenhäusern) als auch andere Wohnstätten (Alten(-pflege)heime, Behinderteneinrichtungen, Justizvollzugsanstalten usw.) dokumentiert werden.
- ③ Hier soll erfaßt werden, welche Angehörigen/Bezugspersonen - insbesondere bei akuter bzw. nicht geplanter Einlieferung ins Krankenhaus - unbedingt noch informiert werden müssen (z.B. „Sohn“, „Mutter“ + Telefonnummer). Diese Informationen beziehen sich dabei natürlich nicht auf ärztliche Auskünfte. Die Weitergabe pflegerischer Informationen (über die Aufnahmesituation hinaus) wird unter Kategorie 8 (vgl. dort Punkt ① und ②) erfaßt.
- ④ Hier sollte nicht nur der Name der Betreuerin/des Betreuers erscheinen, sondern es erscheint uns auch sinnvoll, die jeweilige Zuständigkeit (z.B. für Finanzen, Wohnort oder Gesundheitsfürsorge) zu dokumentieren.
- ⑤ Die Rechtsgrundlage der stationären Aufnahme spielt in einigen Abteilungen des Klinikums eine wichtige Rolle. Gesetze, die den Rechtsgrund für eine Einweisung darstellen könnten, sind z.B. § 1906 BGB (Unterbringung mit Freiheitsentziehung), § 70 FGG (Freiwillige Gerichtsbarkeit: Unterbringungsmaßnahmen; Gerichtszuständigkeiten), § 10 HFEG (Hessisches Freiheitsentziehungs Gesetz).
- ⑥ Die Patientin/der Patient muß über die Möglichkeit der Wertsachenverwaltung informiert werden. Beansprucht sie/er diese Möglichkeit, so sollte die differenzierte Aufstellung auf einem separaten Erfassungsbogen erfolgen.

## Kategorie 1: „Wahrnehmung und Umgang mit der eigenen Gesundheit“

In diesem Verhaltensmuster wird erfaßt, wie die Patientinnen und Patienten ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden einschätzen bzw. wie sie mit ihrer Gesundheit umgehen und ob sie versuchen, sich „gesundheitsförderlich“ zu verhalten. In diesem Kontext spielt auch das Wissen der Betroffenen bezüglich ihrer Gesundheit/Krankheit eine Rolle. Weitere Bereiche dieser Kategorie sind der Umgang des Individuums mit persönlichen Gesundheitsrisiken und ihr/sein allgemeines Verhalten in Gesundheitsfragen.

### Erläuterungen:

① Neben der Einweisungsdiagnose bzw. dem Grund der stationären Aufnahme sollten hier nur Diagnosen aufgeführt werden, die für den weiteren Pflegeprozeß von Bedeutung sind. Diese Diagnosen werden natürlich nicht von der Pflegekraft gestellt, sondern können selektiv (z.B. aus der ärztlichen Dokumentation) übernommen werden.

② Gründe für Informationsdefizite könnten z.B. sein:

- Zeitmangel („Das ging jetzt alles so schnell...“)
- Angst/Unsicherheit („Ich will das gar nicht alles wissen...“)
- unbestimmtes Gefühl, „das Ganze sowieso nicht verstehen zu können“.

③ Die gesamte Palette der Medikamente wird nur in der Patientenakte aufgeführt, da ansonsten eine Doppeldokumentation vorliegen würde.

Ausnahmen: Schlafmedikamente = Kategorie „Schlaf und Ruhe“

Abführmittel/Stuhlregulation = Kategorie „Ausscheidung“

Schmerzmittel = Kategorie „Denken und Wahrnehmen“

④ Dies gibt einerseits Rückschlüsse auf den Umgang in Gesundheitsfragen, andererseits sollte aber auch die Weitergabe der Informationen über Wissensdefizite bezüglich der Medikamentenwirkung bei der Patientin/dem Patienten (an die Ärztin/den Arzt oder die Apothekerin/den Apotheker) erfolgen.

⑤ Genußmittel sind „Lebensmittel oder ähnliche Stoffe, deren Nährwert ohne Bedeutung ist, die aber eine anregende Wirkung auf das Nervensystem haben (z.B. alkoholische Getränke, Tabak usw.). Sie können in Überdosen als Genußgifte oder Rauschmittel wirken.“ (Brockhaus, 1998) Sinnvoll erscheint uns in bestimmten Fällen die Frage nach dem „Wieviel?“, „Wie oft?“ und „Wie lange (nicht mehr)?“.

⑥ Die Erwartungen können sich beispielsweise auf die Dauer des Krankenhausaufenthaltes, die gewünschten Pflege bzw. Behandlungsleistungen und die Prognose beziehen.

### Mögliche Äußerungen:

- „Hauptsache, mir werden die Schmerzen genommen.“
- „Ich will natürlich geheilt werden.“
- „Ich hoffe doch sehr, in ... Tagen wieder zu Hause zu sein.“

⑦ Mögliche Äußerungen: „Sportliche Betätigung“, „gesunde Ernährung“, „regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen“, „nichts, denn entweder man ist gesund oder nicht“, usw.

## Kategorie 2: „Ernährung und Stoffwechsel“

Dieses Verhaltensmuster erfaßt den Bereich der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme und bezieht dabei die Vorlieben und Gewohnheiten der Patientinnen und Patienten mit ein. Innerhalb dieser Kategorie werden alle Angaben zum Zustand der Mundhöhle und der Haut erfaßt, wobei auch vorhandene Zu- und Abgänge (Ein- bzw. Ableitungen) ermittelt werden. Die Meßwerte von Körpergröße und Körpergewicht werden in dieser Kategorie mit einbezogen.

### **Erläuterungen:**

- ① Hier werden spezielle Diäten (z.B. Diabetes-Kost, schlackenreiche Kost, salzarme Kost), Gewohnheiten bei der Einnahme der Mahlzeiten (z.B. Anzahl und Zeitpunkt der Mahlzeiten, allein oder in Gesellschaft) sowie Vorlieben/Abneigungen/Menge (bezogen auf das Trinken) dokumentiert. *Vorlieben/Abneigungen/Menge (bezogen auf das Essen) werden auf der Essenskarte vermerkt.*
- ② Hier können Faktoren erfaßt werden, die die Nahrungsaufnahme erschweren bzw. behindern (z.B. Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Kaubeschwerden, unzureichende prothetische Versorgung, Empfindungsstörungen des Geruchs- oder Geschmackssinnes).
- ③ Hier können Faktoren dokumentiert werden, die die Flüssigkeitsaufnahme erschweren bzw. behindern (z.B. mangelndes Durstgefühl, Schluckstörungen, Schlußunfähigkeit der Lippen, Verweigerungshaltung).
- ④ Besondere Arten der Aufnahme beziehen sich auf besondere Formen der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme (z.B. transnasale gastrale/duodenale/jejunale Ernährungssonden; PEG/Gastrostomie usw.)
- ⑤ Hier kann eine erste pflegerische Einschätzung des Unterstützungsbedarfs erfolgen; dazu können konkrete Äußerungen der Patientinnen und Patienten herangezogen werden. Beispiele: Vorbereiten oder Zerkleinern von Nahrung, Anreichen der Nahrung, Hilfe beim Aufsetzen, Verabreichen von Sondenkost usw.
- ⑥ Unter diesem Punkt können Eßhilfen erfaßt werden (z.B. spezielles Besteck, Spezialteller, Besteckhalter mit Handschlaufen, rutschfeste Unterlage, Schneidehilfen).
- ⑦ Unter diesem Punkt können Trinkhilfen erfaßt werden (z.B. Handgriffe für Becher/Tassen, Schnabelbecher/-tassen, Trinkröhrchen).
- ⑧ Hier können die Angaben der Patientinnen und Patienten zu Veränderungen/Besonderheiten innerhalb der Mundhöhle dokumentiert werden. Besteht der Hinweis auf Problembereiche oder ist die/der Betroffene nicht zu befragen, so besteht die Möglichkeit, durch die Inspektion der Mundhöhle zu folgenden möglichen Befunden zu kommen: Beläge, Mundtrockenheit, Entzündungszeichen, Blutungen, Geschwüre, Mundgeruch, offensichtlich sanierungsbedürftiges Gebiß usw.



## Kategorie 2: „Ernährung und Stoffwechsel“ (Forts.)

⑨ Hier kann eine erste pflegerische Einschätzung des Unterstützungsbedarfs erfolgen.  
Beispiele: Hilfe beim Einsetzen/Herausnehmen der Zahnprothese, Hilfestellung bei der Zahn(-prothesen)pflege, vollständige Übernahme der Mundpflege usw.

⑩ Hier werden Auffälligkeiten bezüglich Farbe (z.B. Zyanose, Ikterus) und Feuchtheitsstatus der Haut (z.B. trocken, feucht, veränderter Turgor) sowie andere Besonderheiten (z.B. Juckreiz, Effloreszenzen, Narben, vermehrte Talgproduktion) vermerkt. Außerdem können Wunden/Läsionen, Blutungen und auch z.B. Verbände (Wo ?/Warum ?/Wann zuletzt gewechselt ?) an dieser Stelle dokumentiert werden. Zur differenzierten Einschätzung der Dekubitusgefährdung muss die *Braden-Skala* verwendet werden. Das Dekubitusrisiko kann dann im vorgesehenen Kästchen vermerkt werden.

<sup>11</sup> In diesem Schreibfeld werden aufgeführt: Verweilkanülen (z.B. Braunülen, ZVK), Sonden (alle außer Ernährungssonden; z.B. Sauerstoffsonden, Kompressionssonden), Drainagen (alle außer Urinableitungen (s. *Kategorie 3*); z.B. Wunddrainagen, Pleuradrainagen) usw. Sinnvoll erscheint uns (bei Bedarf) die Angabe der Lokalisation („Wo liegt die Ein- bzw. Ableitung ?“), der Indikation („Warum liegt sie ?“), der Dauer („Seit wann/bis wann voraussichtlich ?“) und des Aussehens („Wie sieht sie/die Umgebung aus ?“).

### Kategorie 3: „Ausscheidung“

Innerhalb dieser Kategorie werden die Ausscheidungsvorgänge über Harnblase, Darm und Haut beschrieben. Sie bezieht die von den Patientinnen und Patienten wahrgenommenen Ausscheidungsgewohnheiten und den Gebrauch von Hilfsmitteln mit ein. Veränderungen und Besonderheiten im Zusammenhang mit Ausscheidungsvorgängen werden dabei ebenso berücksichtigt wie Ableitungssysteme, die die Ausscheidungsfunktionen unterstützen bzw. aufrechterhalten.

#### **Erläuterungen:**

① Hier erfolgt die numerische Angabe der durchschnittlichen Häufigkeit der Stuhlentleerungen (nach Angaben der Patientinnen und Patienten).

② In diesem Schreibfeld werden Äußerungen der Patientinnen und Patienten oder auch evtl. Beobachtungen der Pflegenden (z.B. bei liegendem Blasenkatheter) bezüglich Auffälligkeiten dokumentiert:

- Urinfarbe (z.B. Trübungen, Blutbeimengungen)
- Uringeruch (z.B. scharf, säuerlich, jauchig)
- Miktion und Urinmenge (z.B. Brennen/Schmerzen, Harntröpfeln, Harnverhalt, Harninkontinenz, häufiger Harndrang/Pollakisurie, Nykturie, Oligurie/Anurie/Polyurie)

③ Hier können z.B. folgende Auffälligkeiten/Veränderungen dokumentiert werden:

- Abweichungen der Stuhlfarbe (z.B. lehmfarben, schwarz, hellbraun-marmoriert)
- Abweichungen der Stuhlkonsistenz (z.B. hart-knorrig, dünnflüssig-schleimig)
- Beimengungen (z.B. Blut-, Schleim-, Eiterauflagerungen, unverdaute Nahrung, Parasiten)
- Abweichungen des Stuhlgertes (z.B. jauchig, faulig, säuerlich-stechend)
- Beschwerden bezüglich Stuhlausscheidung (z.B. Obstipation oder Diarrhoe, Krämpfe/Schmerzen bei der Defäkation, starke Blähungen, anorektale Beschwerden wie Nässen/Brennen/Jucken, Stuhlinkontinenz)

④ In diesem Bereich können z.B. folgende Besonderheiten erfragt und erfasst werden: Vermehrte Schweißsekretion, Nachtschweiß, auffällige Schweißabsonderungen (kalter/warmer Schweiß), übelriechender Schweiß usw.

⑤ Hier werden Urin- und Stuhlableitungen dokumentiert. Sinnvoll erscheint uns die genauere Differenzierung folgender Fragestellungen:

- „Wo liegt die Ableitung und um welche Art von Ableitung handelt es sich?“ (z.B. transurethraler/suprapubischer Blasendauerkatheter, Ureterenkatheter, Nephrostomien; Entero-stomaarten: Sigmoidostoma/Transversostoma/Ileostoma usw.)
- „Welche Indikation gibt es?“
- „Seit wann liegt die Ableitung?“

### Kategorie 3: „Ausscheidung“ (Forts.)

⑤ (Forts.) In diesem Kontext kann auch die Beurteilung möglicher Abweichungen (bezogen auf die Ableitung) von großer Bedeutung sein:

- **Stomakomplikationen** (z.B. Entzündungszeichen, Ödembildung, Durchblutungsstörungen, Allergien, Mykosen, Stomaprolaps oder -retraktion, geringe oder ausbleibende Stuhlmenge in den letzten 24 Stunden, Materialprobleme)
- **Auffälligkeiten bezüglich Urinableitung** (z.B. Schmerzen/Druckgefühl, geringe oder ausbleibende Urinmenge in den letzten 24 Stunden, Hautveränderungen um die Katheteraustrittsstelle, optische Veränderungen am oder im Kathetersystem)

⑥ Hier kann eine erste pflegerische Einschätzung des Unterstützungsbedarfs erfolgen. Dies könnte hier z.B. sein: Begleitung zur Toilette, Hilfestellung beim Transfer vom Bett auf den Toilettenstuhl, Unterstützung beim Umgang mit Inkontinenzhilfen (z.B. Anlegen oder Wechseln), Durchführung der Stomaversorgung, Urinflasche/Steckbecken anreichen, Verabreichung von Klistieren.

⑦ Hilfsmittel zur Urinausscheidung könnten z.B. sein: Gefäße zur Urinausscheidung (z.B. Toilettenstuhl, Urinflasche, Steckbecken), Inkontinenzhilfen (z.B. Einlagen, Urinale).

⑧ Hilfsmittel zur Stuhlausscheidung könnten z.B. sein: Gefäße zur Stuhlausscheidung, Gebrauch von Laxantia/Klistieren, Inkontinenzhilfen, Material für die Stomaversorgung.

## Kategorie 4: „Aktivität und Bewegung“

Hier werden die individuellen Bewegungs- und Aktivitätsmuster der Patientin/des Patienten beschrieben. Mobilitätsbeschränkende Faktoren, welche die erwünschten oder üblichen Aktivitäten der Betroffenen beeinträchtigen, werden, auch im Hinblick auf den resultierenden Unterstützungsbedarf, beschrieben. Die elementaren vitalen Funktionen werden - insbesondere bei Abweichungen - in ihren Auswirkungen und Folgen für das Individuum dokumentiert.

### **Erläuterungen:**

① Hier wird die Selbsteinschätzung der Patientinnen und Patienten zu Kraft und Energie (Vitalität) dokumentiert.

Mögliche Charakteristika sind in diesem Kontext z.B. permanente Erschöpfung, Müdigkeit oder Kraftlosigkeit, aber auch Rast- oder Ruhelosigkeit. Es kann sinnvoll sein, die von den Betroffenen geäußerten Zusammenhänge zu dokumentieren (z.B. Zeitpunkt der Ermüdungserscheinungen/Schwächen oder die Abhängigkeit der Beschwerden von bestimmten Faktoren wie z.B. Medikamenten).

② Bewegungseinschränkungen könnten z.B. sein: Kontrakturen, Lähmungen, fehlende Gliedmaßen, Deformitäten, Tremor, Rigor, Spastiken, Krämpfe, Gelenkversteifungen, Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen (z.B. Ataxien), eingeschränkte Körperkontrolle (z.B. der Beine oder des Rumpfes).

③ Angeordnete Mobilitätsbeschränkungen können sowohl ärztlich als auch juristisch begründet sein (z.B. bei angeordneter Bettruhe nach Operationen/Untersuchungen oder durch gerichtlich genehmigte Fixierung bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung). Diese Bewegungsrestriktionen können - mit Angabe der Indikation und Dauer der Maßnahme - in diesem Schreibfeld dokumentiert werden.

④ Hier kann eine erste pflegerische Einschätzung des Unterstützungsbedarfs erfolgen.

**Mobilität:** z.B. Unterstützung beim Aufsetzen, Drehen im Bett, Treppensteigen.

➔ *Hilfsmittel:* Strickleitersprosse zum Aufsetzen im Bett, Roll-/Zugbrett, Gehhilfen (z.B. Gehstöcke, Gehwagen,), Rollstuhl, Patientenlifter usw.

**Kleiden:** z.B. Hilfe beim Be- und Entkleiden, Binden der Schnürsenkel, Unterstützung beim An- bzw. Ausziehen der Hose/Oberbekleidung.

➔ *Hilfsmittel:* Schuhlöffel, Anziehhilfen, Knopfhalter usw.

**Körperpflege:** z.B. Hilfe bei der Körperpflege im Bett/am Waschbecken, Hilfe bei der Bartpflege/Rasur, Unterstützung beim Baden/Duschen, Hilfe(stellung) bei der Hautpflege, Nagelpflege, Haarpflege, Augen-/Ohren-/Nasenpflege.

➔ *Hilfsmittel:* rutschfeste Unterlage/Stuhl für Dusche, Halte- und Hebeeinrichtungen für die Badewanne, Haarwaschbecken usw.

## Kategorie 4: „Aktivität und Bewegung“ (Forts.)

⑤ Hier können die für die Patientin/den Patienten **üblichen Gewohnheiten** bei der Körperpflege dokumentiert werden. Es kann z.B. konkret erfaßt werden:

- Wie wichtig ist der Patientin/dem Patienten die Körperpflege ?
- Wie oft und wann/zu welchem Zeitpunkt möchte die/der Betroffene die Körperpflegeaktivitäten durchführen ?
- In welchem „Ausmaß“ wäscht sich die Patientin/der Patient üblicherweise (z.B. morgens nur Gesicht und Oberkörper) ?
- Welche Waschutensilien (z.B. Waschzusätze) werden üblicherweise benutzt?

⑥ Nur relevante vitale Funktionen, die eine pflegerische Intervention erfordern, werden auf dem Anamnesebogen dokumentiert. Sämtliche Vitalwerte, die zum üblichen Aufnahmezustand gehören, werden in der Patientenakte („Kurve“) eingetragen. Eine pflegerische Intervention kann in diesem Zusammenhang schon z.B. die Information des Arztes über abweichende vitale Funktionen sein.

**Herz-Kreislauf** ➡ z.B. erhöhte/erniedrigte Blutdruckwerte, erhöhte Druckdifferenz bei Messung an beiden Armen, Tachy-/Bradykardie, Arrhythmie, Stauungserscheinungen (z.B. Ödeme), Zeichen der venösen Insuffizienz (z.B. Varizen) usw.

**Atmung** ➡ z.B. erhöhte/erniedrigte Atemfrequenz, abweichender Atemrhythmus (z.B. Kussmaul-Atmung), flache/vertiefte Atmung, andere Zeichen der beeinträchtigten Atmung (z.B. asymmetrische Atemexkursionen, „Nasenflügeln“, verzögerte Ausatmung) usw.

**Körpertemperatur** ➡ z.B. erhöhte/erniedrigte Werte bei Messung der zentralen Körpertemperatur, periphere Unterkühlung (z.B. kalte Extremitäten), Zittern/Schüttelfrost usw.

⑦ Hier können Beschwerden dokumentiert werden, die (nach Ansicht der Betroffenen !) durch abweichende vitale Funktionen begründet sind.

Beispiele: Synkopen, Schwindel, Kopfdruck, Atemnot, subjektives Wärme- oder Kälteempfinden (z.B. Wärmeintoleranz oder häufiges Frieren).

⑧ Unter diesem Punkt können die Maßnahmen aufgeführt werden, die die Betroffenen in der Regel zur Bewältigung der Beschwerden anwenden.

Beispiele: Durchführung morgendlicher Bettgymnastik zur Kreislaufmobilisierung, Tragen von Stützstrümpfen, Unterstützung der Atemhilfsmuskulatur, Anwendung der „Lippenbremse“, Aufenthalt in gut gelüfteten Räumlichkeiten usw.

## Kategorie 5: „Schlaf und Ruhe“

Dieses Verhaltensmuster beschreibt die für die Patientinnen und Patienten üblichen Schlaf- und Ruhegewohnheiten. Zusätzlich werden alle Ein- und Durchschlafhilfen, von denen das Individuum Gebrauch macht, aufgeführt. In diesem Zusammenhang werden Schlafstörungen in ihrer Wechselwirkung mit beeinflussenden Faktoren erfaßt.

### Erläuterungen:

① Unter diesem Punkt werden die für die Befragten üblichen Schlafgewohnheiten erfaßt. Sie können bei den Patientinnen und Patienten, die bereits „Krankenhauserfahrungen“ haben, auch auf diese ausgeweitet werden. Mögliche Aspekte sind:

- Wie ist der Tages- und Nachtrhythmus ?
- Wieviele Stunden an Schlaf werden während der Nacht/am Tag angestrebt ?
- Wann ist der übliche Zeitpunkt des Schlafengehens/Aufstehens ?

② Hier können die Zeiträume erfaßt werden, in denen die Patientinnen und Patienten einen besonderen Ruhebedarf haben. Mögliche Angaben wären z.B.:

- „nach den Essenszeiten“ (wann/wie lange ?)
- „nachmittags von ... bis ... Uhr“

③ Schlafhilfen sind unterschiedliche Möglichkeiten, die zur Anwendung kommen, um das Ein- bzw. Durchschlafen zu ermöglichen. Sie können bei häufiger „Anwendung“ zu Schlafritualen werden, ohne die viele Betroffene nicht mehr auskommen. Mögliche Hilfen und Rituale wären z.B. „schlaffördernde“ Speisen und Getränke, Lesen, Fernsehen, entspannende Musik, kurze Spaziergänge, spezielle Bettenausstattung, zusätzliche Kissen/Lagerungshilfen usw..

④ Schlafstörungen sind „subjektiv empfundene bzw. objektiv beobachtbare Abweichungen vom normalen Schlaf in quantitativer bzw. qualitativer Hinsicht.“ (*Pschyrembel*, 1998)  
Beispiele: Einschlaf- bzw. Durchschlafstörungen, frühzeitiges Erwachen, unruhiger Schlaf (z.B. durch Myoklonien), Schlaflosigkeit (Insomnia), Alp- bzw. Angstträume, Schlafwandeln, Schlafapnoe, Schlafanfälle (Narkolepsie), Schnarchen usw.

Die durch die Betroffenen geäußerten Beschwerden können durch die Beobachtungen der Pflegekräfte ergänzt werden. Hier können folgende Zeichen eines Schlafdefizits hinweisend sein: Ringe unter den Augen, ständiges Gähnen, ausdrucksloses Gesicht usw.

⑤ Hier sollen Faktoren dokumentiert werden, die (nach Angaben der Betroffenen) einen negativen Einfluß auf den Schlaf haben. Dies könnten z.B. auch Erfahrungen aus früheren Krankenhausaufenthalten sein: Störende Sinnesreize wie Wärme/Kälte, Geräusche, offenes/geschlossenes Fenster, Matratze zu hart/zu weich usw.

## Kategorie 6: „Denken und Wahrnehmen (Kognition und Perzeption)“

Hier werden Muster der Sinneswahrnehmung und kognitive Prozesse beschrieben. Die Angemessenheit und Qualität der Sinne wie Sehen, Hören und Körpergefühl werden innerhalb dieser Kategorie (in Verbindung mit der Nutzung von Hilfsmitteln oder anderen Kompensationsmechanismen) beschrieben, wobei auch Schmerzzustände differenziert erfasst werden können.

„Kognitive, funktionelle Fähigkeiten und Prozesse wie Denken, Merken, Wissen, Erinnern, Entscheiden, Urteilen und Sprachvermögen werden darüber hinaus berücksichtigt.“  
(Gordon, 1998)

### Erläuterungen:

① Eine veränderte Bewußtseinslage sollte nach der folgenden Skala differenziert werden:

- Benommenheit ➡ Patientin/Patient zeigt verlangsamte, lückenhafte und unpräzise Reaktionen.
- Somnolenz ➡ Patientin/Patient ist schläfrig, aber durch äußere Reize (z.B. Anruf) jederzeit weckbar.
- Sopor ➡ Patientin/Patient befindet sich in einem tiefschlafähnlichem Zustand, reagiert selbst auf stärkste Reize (z.B. Rütteln oder Kneifen) nur mit Abwehrbewegungen oder stereo-typen Reaktionen (z.B. Grimassieren, Lallen, Murmeln).
- Koma ➡ Patientin/Patient zeigt auch auf stärkste Reize keine Reaktion.

② Störungen der Orientierung können sowohl qualitativ (örtlich, zeitlich, zur Person, zur Situation) als auch quantitativ (z.B. eingeschränkt orientiert, vollständig desorientiert) beschrieben werden. Wenn durch Beobachtungen Hinweise auf eine Orientierungsstörung vorliegen, sollte gezielt nachgefragt werden.

③ Hinweise auf eine Gedächtnisstörung der Patientin/des Patienten sollten hier dokumentiert werden. Eine Störung hinsichtlich der Aufmerksamkeit und Konzentration kann z.B. in folgendem Verhalten deutlich werden:

- Patientin/Patient läßt sich leicht durch Geräusche vom Gespräch ablenken.
- Sie/er schaut während des Gespräches aus dem Fenster.
- Fragen müssen mehrfach gestellt werden, bis die/der Befragte sie versteht (das kann natürlich auch an einer Schwerhörigkeit liegen !!).
- Patientin/Patient hat im Laufe der Zeit zunehmend Schwierigkeiten, dem Gespräch zu folgen.
- Sie/er reagiert auf komplexe Fragestellungen verunsichert.

Die Dokumentation im Schreibfeld kann z.B. mit folgenden Ausdrücken erfolgen: „Leicht ablenkbar“, „unkonzentriert“, „schnell überfordert“.

## Kategorie 6: „Denken und Wahrnehmen (Kognition und Perzeption)“ (Forts.)

④ Beispiele für Abweichungen hinsichtlich des Urteilsvermögens sind:

- Unfähigkeit, Entscheidungen zu fällen
- Kritiklosigkeit
- enthemmtes Verhalten
- mangelnde Krankheitseinsicht
- fehlende Fähigkeit, Zusammenhänge zu erkennen

Veränderungen im Gedankenfluß können sehr vielfältiger Art sein. Die folgende Auflistung von zu beobachtenden Denkstörungen ist deshalb auch hier nicht vollständig:

- Verlangsamung des Denkens, Denkhemmung
- Perseveration (Haften an einem Gedanken)
- Gedankenabrisse
- Ideenflucht
- Abschweifen, assoziative Lockerung
- Zerfahrenheit, Sprunghaftigkeit
- Neologismen (Wortneuschöpfungen)
- Zwangsgedanken

⑤ An dieser Stelle soll nur vermerkt werden, ob Anzeichen für psychotisches Erleben (z.B. optische oder akustische Halluzinationen, Wahnideen) vorliegen. Falls eine differenzierte inhaltliche Dokumentation nötig erscheint, kann diese auf dem Schreibfeld am Ende des Anamnesebogens erfolgen.

⑥ Mögliche Einschränkungen des Sehvermögens sind: Doppelbilder, verschwommenes Sehen, Farbenblindheit, Gesichtsfeldausfälle, optische Wahrnehmungen wie Ringe, Ränder oder Lichtblitze, Fremdkörpergefühl im Auge, Akkomodationsstörungen, Ptose (Öffnung des Auges nicht möglich), Erblindung usw.

(alle Vermerke mit Angabe des betroffenen Auges !)

➡ Hilfsmittel/Bewältigungsstrategien: Brillen, Kontaktlinsen, Prothesen, Lupen, Blindenstock/-hund, Blindenschrift, Augen-Entspannungstraining usw.

⑦ Mögliche Einschränkungen des Hörvermögens sind: Schwerhörigkeit, Taubheit, Ohrgeräusche, Ohrpfropf usw.

(+ Angabe des betroffenen Ohres !)

➡ Hilfsmittel/Bewältigungsstrategien: Hörgeräte, Lippenlesen, Begleitung von Bezugsperson, regelmäßige Ohrspülung usw.



## Kategorie 6: „Denken und Wahrnehmen (Kognition und Perzeption)“ (Forts.)

⑧ Hier können Einschränkungen bezüglich des Körpergefühles und der Sensibilität dokumentiert werden: Veränderte Berührungswahrnehmung, gestörte Tiefensensibilität, Parästhesien („Ameisenlaufen“, pelziges Gefühl usw.), gestörte Temperaturempfindung, Störung des Schmerzempfindens, eingeschränkter Tastsinn, diffuses Mißbehagen, vollständiger Ausfall der Sensibilität usw.

(mit Angabe der betroffenen Körperpartie !)

➔ Hilfsmittel/Bewältigungsstrategien: „Igel“-Ball, Massageroller/-handschuh, Übungen zur Steigerung des Körperempfindens (z.B. Basale Stimulation, Feldenkrais-Methode) usw.

⑨ Hier sollten Schmerzen anhand der folgenden Kriterien beschrieben werden: Lokalisation, Intensität (z.B. mäßig, stark, sehr stark), Qualität (z.B. stechend, klopfend, krampfartig, brennend), Verlaufsform (d.h. Beginn, Tendenz zur Verschlimmerung, tageszeitliche Unterschiede und ähnliches). Dazu können auch Aussagen der Patientin/des Patienten wortgetreu wiedergegeben werden. Außerdem sollten hier sämtliche zur Schmerzreduktion eingesetzten Medikamente dokumentiert werden (sowohl die von der Ärztin/dem Arzt verordneten, als auch jegliche Form der Selbstmedikation).

⑩ Andere Formen der primären Ausdrucksweise können z.B. Gebärden- bzw. Zeichensprache, Laute, Blicke, Kommunikationstafel und geschriebene Mitteilungen sein.

11 Als Sprachmuster bezeichnet man die Art und Weise, in der sich die Patientinnen und Patienten sprachlich artikulieren. Ein abweichendes Sprachmuster kann z.B. folgendermaßen beschrieben werden: Schnell/langsam, stotternd, zögernd, skandierend, murmelnd, monoton, verwaschen/undeutlich, abgehackt.

12 Hinweise auf ein verändertes Sprachverständnis (s.o.) können z.B. sein: Probleme, komplexe Fragestellungen zu verstehen; mangelndes Abstraktionsvermögen; häufiges Nachfragen; inadäquate Antworten auf Fragen. In dem Schreibfeld sollten dabei die entsprechenden Beobachtungen dokumentiert werden.

13 Eine Einschränkung der inhaltlichen Ausdrucksfähigkeit (bzw. des Sprachverständnisses → s. Punkt 13) kann u.a. in einer mangelnden Kenntnis der deutschen Sprache, einer Erkrankung oder verminderten kognitiven Fähigkeiten begründet sein. Sie kann sich z.B. äußern in Schwierigkeiten, die richtigen Worte zu finden; Problemen, Gedanken zu beenden; Unzulänglichkeiten bei der Äußerung von konkreten Wünschen und Bedürfnissen.

## Kategorie 7: „Selbstbild und Selbstkonzept“

Dieses Verhaltensmuster beinhaltet die Einstellung des Individuums zur eigenen Person/ Erscheinung und die Möglichkeiten der Persönlichkeitsentfaltung. Da existentielle Erfahrungen einen unmittelbaren Einfluß auf die Persönlichkeit und das Erleben der Betroffenen haben, werden diese - auch in ihren Auswirkungen auf das tägliche Leben - in diesem Bereich anamnestisch erfaßt.

### Erläuterungen:

① Diese rein subjektive Einschätzung aus Sicht der Patientinnen und Patienten kann meist nur schwer erfragt werden. Die Aufmerksamkeit der Pflegekraft sollte auf mögliche Äußerungen der Betroffenen gerichtet sein, die einen Aufschluß über mögliche Anpassungsschwierigkeiten geben können (z.B.: Kann die Patientin/der Patient eine positive Einstellung zu sich selbst aufrechterhalten?).

Mögliche Hinweise:

- Äußerung negativer Gefühle/Ängste vor Zurückweisung wegen z.B. der äußeren Erscheinung
- Äußerung von Sorgen wegen möglicher Veränderungen in der Lebensführung/im Lebensstil wegen z.B. körperlichen Veränderungen
- Äußerung von Scham- oder Schuldgefühlen
- Vernachlässigung oder Verbergen einzelner Körperteile

Im Schreibfeld können sowohl die wortgetreuen Aussagen der Betroffenen als auch z.B. die oben genannten Wahrnehmungen und Beobachtungen dokumentiert werden.

② Existenzfördernde Erfahrungen (Krohwinkel, 1993) (wie z.B. Wiedergewinnung von Unabhängigkeit, Zuversicht, Hoffnung, Freude, Vertrauen, Integration, Sicherheit, Wohlbefinden) können als individuelle Ressourcen betrachtet werden. Sie haben einen unmittelbaren Einfluß auf Pflege und Behandlung und können an verschiedenen Äußerungen erkannt werden.

Beispiele:

- „Ich freue mich darauf, diese Dinge endlich wieder alleine durchführen zu können.“
- „Ich bin mir sicher, daß meine Angehörigen mich zu Hause gut betreuen werden.“
- „Es geht mir seit der Operation deutlich besser.“

## Kategorie 7: „Selbstbild und Selbstkonzept“ (Forts.)

③ Existenzgefährdende Erfahrungen (Krohwinkel, 1993) (wie z.B. Trauer, Gleichgültigkeit, Hoffnungslosigkeit, Ungewißheit, Machtlosigkeit, Gefühle der Wert- oder Nutzlosigkeit, Verlust von Unabhängigkeit, Enttäuschung, Mißtrauen, Isolation, Trennung, Sorgen, Angst oder Furcht) haben einen bedeutenden Einfluß auf den gesamten Pflege- und Behandlungsprozeß. Folgende Äußerungen/Hinweise können die Einschätzung erleichtern:

**Angst/Furcht:** Weinerlichkeit, Seufzen/Stöhnen, motorische Agitation (z.B. Händeringen oder „Nesteln“), Ruhelosigkeit, Zeichen der Sympathikusaktivierung (z.B. weite Pupillen, Kampf- oder Fluchtverhalten), Stimmtemor, Rückzugsverhalten, ständige Äußerung von Sorge um Gesundheit usw.

**Hoffnungslosigkeit/Machtlosigkeit:** Teilnahmslosigkeit, Initiativlosigkeit, Passivität, Apathie, Todesgedanken (nicht suizidal) usw.

Äußerungen: „Ich kann nicht mehr“ ; „Daran kann ich sowieso nichts ändern“ ; „Das hat doch sowieso alles keinen Sinn“ ; „Laßt mich doch einfach sterben“ ; usw.

**Mißtrauen/Enttäuschung:** Überhöhte Alarmbereitschaft, Ambivalenz, unangemessene Verteidigungshaltung, Geheimniskrämerei, inadäquate Verdächtigungen usw.

④ Das Erleben und Erfahren einer Beeinträchtigung kann von den Betroffenen als eine Bedrohung der persönlichen Integrität empfunden werden, die sie (meist) mit den ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zu beseitigen versuchen. Diese Maßnahmen müssen dabei nicht immer positive Auswirkungen haben und können durchaus zu Einschränkungen in der Lebensqualität führen. Unter diesem Punkt können diese individuell angewendeten Maßnahmen des Individuums - **bezogen auf die konkrete, existenzgefährdende Erfahrung** - dokumentiert werden (vgl. insbesondere Kategorie Nr. 10 „Umgang mit Streßsituationen“). Nach Lazarus gibt es vier Arten der Bewältigung:

- die **Informationssuche** („...dann muß ich über alles sorgfältig nachdenken, dann komme ich schon zu einer Lösung.“)
- die **direkte Aktion (Handlung)** („...dann lege ich erst richtig los.“)
- die **Aktionshemmung** (z.B. Kontaktvermeidung zu anderen Menschen; „...dann brauche ich zunächst einmal meine Ruhe und möchte allein sein.“)
- **intrapsychische Formen** der Bewältigung, wie z.B. Verleugnung, Rationalisierung, Projektion usw.

## Kategorie 8: „Rolle und Beziehung“

Die sozialen Netzwerke (Familie, Freunde usw.) sind ein integraler Bestandteil des Lebens. Aus diesem Grund ist es enorm wichtig, für die Patientinnen und Patienten wichtige Bezugspersonen zu erfassen und Wünsche hinsichtlich der Erteilung von Auskünften oder der Besuchsregelung zu berücksichtigen. „Die Befriedigung oder Störungen verschiedener Rollen in der Familie, bei der Arbeit oder in Bezug auf soziale Beziehungen und Verantwortlichkeiten werden ebenfalls berücksichtigt.“ (Gordon, 1998)

### Erläuterungen:

- ① Unter diesem Punkt können die Angaben der Patientinnen und Patienten bezüglich ihrer Bezugspersonen/Angehörigen (evtl. auch mit Angabe der Art und Intensität der Beziehung) dokumentiert werden: Ehefrau/-mann, Lebensgefährtin/-gefährte, Freund(in), Schwester/Bruder, Mutter/Vater, Nachbar(in), Enkeltochter/-sohn usw.
- ② Das Erteilen einer pflegerischen Auskunft bezieht sich auf die zuvor genannten bzw. aufgeführten Bezugspersonen/Angehörigen. Der Personenkreis, für den diese Aussage gilt, sollte zur Verdeutlichung gekennzeichnet (z.B. unterstrichen) werden.
- ③ Hier kann sowohl die jetzige, als auch die frühere bzw. erlernte berufliche Tätigkeit der Patientin/des Patienten dokumentiert werden. Die Berufsbiographie kann in bestimmten Situationen von Relevanz sein, denn gegebenenfalls wird die (frühere) berufliche Tätigkeit Auswirkungen auf den Gesundungsprozeß haben (z.B. veränderter Tag- und Nachtrhythmus durch Schichtarbeit; Patientinnen/Patienten, die sich als selbständig Erwerbstätige nicht die nötige Zeit und Ruhe zur Erholung und Rekonvaleszenz nehmen können).
- ④ Unter diesem Punkt können Äußerungen von Patientinnen und Patienten bezüglich bestehender oder drohender Probleme und Ressourcen im sozialen Umfeld dokumentiert werden. Hier kann auch erfaßt werden, ob die Patientin/der Patient eine Sozialarbeiterin/einen Sozialarbeiter in Anspruch nehmen möchte.

**Probleme ➡** Finanzielle Probleme, Arbeitslosigkeit, schulische Probleme, Eltern-Kind-Trennung, pflegebedürftige Angehörige, andere Verantwortlichkeiten, die nicht (mehr) erfüllt werden können (z.B. Versorgung von Kindern, Regelung der Arbeitssituation, Versorgung der Wohnung/Haushaltsführung oder von Haustieren), Bezugspersonen haben unzureichende oder keine Möglichkeiten, die Patientin/den Patienten zu besuchen usw.

## Kategorie 8: „Rolle und Beziehung“ (Forts.)

④ (Forts.) Unter diesem Punkt können auch Aussagen/Hinweise auf labile Beziehungen aufgeführt werden:

- Patientin/Patient bringt Konflikte oder Ärger mit Angehörigen oder Freunden zum Ausdruck
- Sie/er äußert Verlust von wichtigen Bezugspersonen
- Sie/er äußert, keine Kontakte (mehr) zu haben oder haben zu wollen
- Die/der Betroffene verbalisiert das Gefühl der Einsamkeit oder Zurückweisung durch andere Personen
- Die Patientin/der Patient gibt Hinweise auf abweichendes Sozialverhalten (z.B. erhöhte Gewaltbereitschaft in der Familie)

**Ressourcen** ➡ Betreuerin/Betreuer (s. auch „Angaben zur Person und Hintergrundinformationen“), Haushaltshilfe, vorhandene pflegerische Infrastruktur in der häuslichen Umgebung (z.B. „Gemeindeschwester“, Sozialstation), Partner(in), Kinder, Freunde vor Ort, Nachbarn usw.

*Wenn die „personellen Ressourcen“ sich mit dem oben (unter „Bezugspersonen/Angehörige“) aufgeführten Personenkreis decken, so reicht der Hinweis auf die Möglichkeit der Bereitschaft oder Fähigkeit zur Hilfeleistung.*

## Kategorie 9: „Sexualität und Fortpflanzung (Reproduktion)“

Innerhalb dieses oftmals tabuisierten Bereiches werden subjektiv durch die Patientinnen und Patienten wahrgenommene Probleme und Einschränkungen im Sexual(er)leben erfaßt. Die jeweilige Entwicklungsstufe der Frau wird im Zusammenhang mit elementaren Lebensvorgängen wie Schwangerschaften und Geburten beurteilt.

### **Erläuterungen:**

*Nur wenn aufgrund der (Einweisungs-)diagnose oder durch Wahrnehmung und Beobachtung Hinweise auf mögliche Probleme vorliegen, sollte evtl. nachgefragt werden, ob z.B. Kinderwunsch besteht, ob über Einschränkungen informiert wurde und ob die möglichen Einschränkungen in Zukunft Probleme bereiten könnten !*

Hinweise könnten z.B. sein:

- Geäußerte Sorgen über mögliche bevorstehende/zukünftige Einschränkungen
- Angaben über bestehende Schwierigkeiten, Einschränkungen oder Veränderungen im Sexualverhalten bzw. -erleben
- Sexuelle Sorgen werden durch Sarkasmus, Humor oder abschätzige Bemerkungen überdeckt

① Sexuelle Störungen beschreiben einen Zustand, der eine Veränderung der sexuellen Funktion darstellt, die als unbefriedigend, nicht lohnenswert oder unangemessen empfunden wird. In diesem Zusammenhang können auch Verhaltensänderungen hinweisend sein (z.B. distanzloses und/oder enthemmtes Verhalten, offene oder versteckte sexuelle Anspielungen, Exhibitionismus).

Folgende Beispiele könnten hier aufgeführt werden: Erektile Dysfunktion, Ejakulationsstörungen, Libidobeeinträchtigungen, Schmerzen beim Verkehr, unerfüllter Kinderwunsch, (vermuteter) Verlust der sexuellen Attraktivität durch bspw. Krankheit oder Unfall (z.B. nach Ablatio mammae), Menstruationsbeschwerden (z.B. Hyper-/Hypomenorrhö, Amenorrhö, Menorrhagie, Poly-/Oligomenorrhö, Dysmenorrhö), klimakterische Beschwerden usw.

② Hier kann nicht nur die Anzahl der Schwangerschaften/Geburten angegeben werden, sondern auch eine qualitative Beschreibung über den Schwangerschafts-, Geburts- und Wochenbettverlauf sowie das Stillen erfolgen.

Hierbei können auch Probleme, die in einem ursächlichen Zusammenhang zu Schwangerschaft und Geburt stehen, beschrieben werden: Mißglückte Schwangerschaften (z.B. Aborte), Wochenbettdepressionen, Wundheilungsstörungen (z.B. im Bereich des Dammschnittes), Stillhindernisse (z.B. durch Infektionskrankheiten oder Medikamenteneinnahme) usw.

## Kategorie 10: „Bewältigungsverhalten (Coping) und Streßtoleranz“

Jedes Individuum muß sich im täglichen Leben den verschiedensten Herausforderungen stellen. Ein Krankenhausaufenthalt stellt diesbezüglich meist eine große Belastung für die Betroffenen dar und kann - gerade im Zusammenhang mit z.T. erheblichen Leidenszuständen - massiven Streß hervorrufen. Da die Art und Weise des Verhaltens in diesen Situationen erheblich variieren kann, sollte bei Bedarf eine individuelle anamnestiche Einschätzung in diesem Bereich erfolgen.

### Erläuterungen:

① Hier sollten Probleme und Sorgen der Patientin/des Patienten dokumentiert werden, welche die Zeit nach der Entlassung betreffen. Beispiele sind:

- Keine ambulante Pflege/Haushaltshilfe verfügbar
- Schwierigkeiten bei der Bewilligung oder Auswahl einer Anschlußheilbehandlung
- Nötige Umbaumaßnahmen/Wohnraumanpassung im häuslichen Umfeld
- Bedenken, ob ein Leben in der eigenen Wohnung weiterhin möglich ist
- Psychologische Betreuung bei schlechter Prognose

② In diesem Schreibfeld können Hinweise auf ein erhöhtes Suizid- bzw. Aggressionspotential erfaßt werden. Dabei sollte die zutreffende Fragestellung unterstrichen werden. Während die Anzeichen eines erhöhten Aggressionspotentials bis auf Einzelfälle sehr offensichtlich sind und deshalb hier nicht näher erläutert werden, gibt es statt ganz eindeutigen Aussagen hinsichtlich einer Suizidabsicht meist lediglich verschlüsselte Andeutungen. Diese zu erkennen und richtig einzuschätzen, bedarf viel Einfühlungsvermögen und ist ein wichtiges Element pflegerischer Tätigkeit. Mögliche Äußerungen:

- „Ich will mich nicht mehr quälen müssen.“
- „Es interessiert sowieso keinen mehr, was mit mir geschieht.“
- „Ich bin es doch gar nicht wert, weiter zu leben.“
- „Das Beste wäre, wenn ich nicht mehr da wäre.“
- „Ich bin für meine Angehörigen doch nur ein Klotz am Bein.“
- „Am liebsten wäre mir, wenn ich nur noch schlafen würde.“

Darüber hinaus sind selbstverständlich auch Informationen über frühere Suizidversuche oder selbstschädigendes Verhalten von Bedeutung für die Einschätzung einer akuten Suizidgefahr. Falls Anzeichen für eine Suizidgefährdung vorliegen, kann konkret nachgefragt werden. Das kann z.B. auf folgende Art und Weise erfolgen:

- „Haben Sie schon einmal daran gedacht, sich das Leben zu nehmen/Ihrem Leben ein Ende zu setzen?“
- „...einfach Schluß zu machen?“

## Kategorie 10: „Bewältigungsverhalten (Coping) und Streßtoleranz“ (Forts.)

③ Da die Einschätzung „Was ist Streß ?“ individuell sehr verschieden ist, erfolgt hier die rein subjektive Einschätzung der Patientin/des Patienten, ob

- sie/er sich im Alltag gestreßt fühlt                      und
- in welchen Situationen/bei welchen Anlässen dies der Fall ist ?

Diese Einschätzung kann - natürlich ohne wertende Einschränkung der Pflegekraft - in diesem Bereich des Anamnesebogens dokumentiert werden.

④ Hier können Aussagen der Patientin/des Patienten zu deren/dessen Strategien zum allgemeinen Umgang mit bzw. in Streßsituationen erfaßt werden.

*Bewältigungsverhalten im Rahmen aktueller Konflikte sollte je nach Schwerpunkt in den Kategorien 7 oder 8 aufgenommen werden.*

Mögliche Angaben der Betroffenen wären:

- „Wenn ich Streß habe, muß mir nur einer quer kommen, schon fahre ich aus der Haut.“
- „Bei Problemen rede ich immer zuerst mit meiner Frau/Freundin / meinem Mann/Freund.“
- „In Streßsituationen will ich immer mit dem Kopf durch die Wand.“
- „Wenn es stressig wird, möchte ich am liebsten weglaufen.“
- „Nur cool bleiben, dann erledigt sich vieles von selbst.“

Derartige Äußerungen können im Schreibfeld wörtlich wiedergegeben werden, ansonsten sollte die/der Pflegende versuchen, sie kurz in Allgemeinbegriffen zusammenzufassen (z.B. „sehr reizbar“, „braucht Gespräch“, „läßt sich nicht aus der Ruhe bringen“).



## Kategorie 11: „Werte und Überzeugungen“

Werte und Überzeugungen steuern unser Verhalten und prägen - bewußt oder unbewußt - jede unserer Handlungen. Wir halten diesen Bereich für sehr bedeutend, denken jedoch, daß eine Einschätzung in der Aufnahmesituation kaum möglich ist. **Dies bedeutet nicht, daß diese Werte und Überzeugungen nicht im weiteren Pflegeverlauf erfaßt und dokumentiert werden können.**

Sinnvoll erscheint uns die konkrete Formulierung von Wünschen hinsichtlich religiöser oder kultureller Gewohnheiten, da diese für die weitere Pflegeprozeßplanung handlungsleitend sein können. Desweiteren werden in diesem Bereich alle aktuellen oder potentiellen Konflikte bezüglich Pflege und Behandlung berücksichtigt.

### Erläuterung:

① Wünsche könnten in diesem Bereich z.B. folgende sein: Besuch des Gottesdienstes, Betreuung durch einen Seelsorger, Ablegen der Beichte, tägliches Beten, Einhalten der Fastenzeit usw.

Hier kann es sinnvoll sein, konkrete Angaben über den Zeitpunkt und die Häufigkeit der geäußerten Bedürfnisse zu dokumentieren. Außerdem können in diesem Schreibfeld bestehende oder potentielle Glaubenskonflikte/ethische Konflikte, die im Rahmen von Pflege und Behandlung auftreten können, erfaßt werden. Beispiele:

- drohender Bruch religiöser bzw. kulturell bedingter Tabus (z.B. Eingriffe in die Intimsphäre, Bluttransfusionen/Organtransplantationen, lebensverlängernde Maßnahmen)
- Frage nach dem Sinn des Lebens bei irreversibler Erkrankung, Behinderung oder schlechter Prognose
- Ausdruck von Wut/Zorn oder Zweifel an der eigenen Religion/dem eigenen Glauben (z.B. „Wenn es Gott gibt, warum hilft er mir dann nicht?“)
- offensichtliche Ablehnung sonst üblicher religiöser Praktiken
- verzweifelte Suche nach spiritueller/religiöser Unterstützung

## Hinweis zu „Zusammenfassende Problembeschreibung“

In diesem Schreibfeld kann sowohl eine zusammenfassende Problembeschreibung als auch eine kurze Darstellung der Aufnahmesituation erfolgen (z.B. besondere Störfaktoren und Auffälligkeiten). Zudem können ergänzende Eintragungen zu Bereichen erfolgen, in denen das Schreibfeld nicht ausgereicht hat (bitte jeweiligen Querverweis vermerken).

## Die Arbeitsgruppe „Pflegeanamnese“

| <b>Name</b>            | <b>Station</b>                     | <b>Tel. (dienstl.)</b> |
|------------------------|------------------------------------|------------------------|
| Bott, Uwe              | Chirurgie - KVC                    | 99 - 44360             |
| Brehmer, Petra         | Fort- und Weiterbildungszentrum    | - 44787                |
| Cramer, Elke           | Neurologie - Station Männer        | - 45328                |
| Flemmer, Gunhild       | Fort- und Weiterbildungszentrum    | - 44787                |
| Jäger, Torsten         | Krankenpflegeschule                | - 40455                |
| Jansenberger, Renate   | Med. Klinik II - Infektionsstation | - 42674                |
| Lotz, Markus           | Innerbetriebliche Fortbildung      | - 40084                |
| Otte, Monika           | Kinderkrankenpflegeschule          | - 43527                |
| Rau, Stephan           | Chirurgie - UCH                    | - 44634                |
| Rodemeier-Jäger, Gerda | Frauenklinik                       | - 45130                |
| Schäfer, Hartmut       | Med. Klinik II - Privat A          | - 42355                |
| Schiffmann, Thomas     | (ehemals) Psychiatrie - Station 4  |                        |
| Schleenbecker, Regine  | Frauenklinik - Wochenstation I     | - 45145                |
| Winkler, Isolde        | Neurochirurgie - Station 22        | - 45522                |
| Wolff, Alexandra       | Chirurgie - UCH                    | - 44633                |

Leitung der Arbeitsgruppe: Markus Lotz

## Literaturverzeichnis

- Alfaro-LeFevre, Rosalinda. 1998. *Applying Nursing Process. A Step-By-Step Guide*. 4 th Edition. Philadelphia ; New York: Lippincott.
- Ancoli-Israel, Sonia. 1997. *Schlaf und Schlafstörungen*. [Übers.: Astrid Wieland]. Berlin ; Wiesbaden: Ullstein Mosby.
- Arets, Jos et al.. 1997. *Professionelle Pflege. Theoretische und praktische Grundlagen*. Band 1. 2. Aufl.. Bocholt: Eicanos.
- Arns, Wolfgang; Kurt-Alphons Jochheim; Helmut Remschmidt. 1983. *Neurologie und Psychiatrie für Krankenpflegeberufe*. 5., überarb. Aufl.. Stuttgart ; New York: Thieme.
- Brockhaus. 1998. *Der Brockhaus in 15 Bänden*. Band 5. Leipzig ; Mannheim: Brockhaus.
- Budnik, Birgit. 1997. *Pflegeplanung leicht gemacht*. 1. Aufl.. Lübeck [usw.]: Gustav Fischer.
- Carpenito, L.J.. 1993. *Nursing Diagnosis*. 5 th Edition. Philadelphia: Lippincott, S. 995-1005.
- Dahmer, Jürgen. 1988. *Anamnese und Befund. Grundlagen klinischer Diagnostik*. 6., völlig überarb. Aufl.. Stuttgart: Thieme.
- Doenges, Marilynn E.; Mary Frances Moorhouse. 1994. *Pflegediagnosen und Maßnahmen*. [Übers.: Annina Hännny]. 2., ergänzte Aufl.. Bern [usw.]: Huber.
- Goethe, Johann Wolfgang. zit. in: Motylewski, Inge. *Das Erstgespräch zwischen Pflegeperson und Patient. Ein Indikator für das Pflegeverständnis*. Abschlußarbeit im Rahmen des Weiterbildungslehrganges „Pflegefachseminar“. Hamburg: 1995.
- Gordon, Marjory. 1998 [1994]. *Handbuch Pflegediagnosen*. [Hrsg. u. übers.: Jürgen Georg]. Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Hessisches Ministerium für Umwelt, Energie, Jugend, Familie und Gesundheit. 1997. *Empfehlung des Fachbeirats Pflege zur Ausgestaltung, Weiterentwicklung und Einführung einer Pflege- und Behandlungsdokumentation in den ambulanten und stationären Einrichtungen in der Altenpflege und Krankenpflege in Hessen*. In: Staatsanzeiger für das Land Hessen, Nr. 2/1998, S. 194-195.
- Hoffmann-La Roche AG (Hrsg.). 1993. *Roche-Lexikon Medizin*. 3., neubearb. Aufl.. München ; Wien ; Baltimore: Urban und Schwarzenberg.
- Juchli, Liliane. 1994. *Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits-und Krankenpflege*. 7., neu bearb. Aufl.. Stuttgart ; New York: Thieme.
- Krohwinkel, Monika et al.. 1993. *Der Pflegeprozeß am Beispiel von Apoplexiekranken. Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung Ganzheitlich-Rehabilitierender Prozeßpflege*.

Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 16. Baden-Baden: Nomos.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.). 1996. *Resident Assessment Instrument (RAI). System zur Klientenbeurteilung und Dokumentation. Trainings-Manual und Abklärungshilfen*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Lazarus, R.S.; R. Launier. zit. in: Maria Mischo-Kelling; Henning Zeidler (Hrsg.). *Innere Medizin und Krankenpflege*. 2., überarb. Aufl.. München ; Wien ; Baltimore: Urban und Schwarzberg, 1992, S. 25.

Lyke, Evelyn Merchant. 1992. *Assessing for nursing diagnosis. A human needs approach*. Philadelphia [usw.]: Lippincott.

McCaffery, Margo; Alexandra Beebe; Jane Latham. 1997. *Schmerz. Ein Handbuch für die Pflegepraxis*. [Übers.: Ute Villwock]. Berlin ; Wiesbaden: Ullstein Mosby.

McFarland, Gertrude; Elizabeth A. McFarlane. 1993. *Nursing diagnosis & intervention. Planning for patient care*. 2. Edition. St. Louis [usw.]: Mosby.

Pschyrembel. 1998. *Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch*. 258., neu bearb. Aufl.. Berlin: de Gruyter.

Roper, Nancy; Winifried W. Logan; Alison J. Thierney. 1993. *Die Elemente der Krankenpflege. Ein Pflegemodell, das auf einem Lebensmodell beruht*. 4., überarb. Aufl.. Basel: Recom.

Schäffler, Arne et al.. 1997. *Pflege heute. Lehrbuch und Atlas für die Pflegeberufe*. 1. Aufl.. Lübeck [usw.]: Gustav Fischer.

Sitzmann, Franz (Hrsg.). 1995. *Pflegehandbuch Herdecke*. 2., korrigierte Aufl.. Berlin [usw.]: Springer, S. 11-26.

Tschudin, Verena. 1988. *Ethik in der Krankenpflege*. [Übers.: Christina Andina]. Basel: Recom.