

**hochschule für angewandte wissenschaften hamburg**

Fachbereich Sozialpädagogik

**STUDIENGANG PFLEGE**

**Analyse der Organisationsbedingungen zur Einführung  
der Pflergetheorie von Dorothea Orem am Beispiel des  
Marienkrankenhauses Hamburg**

Diplomarbeit

Tag der Abgabe: 24. April 2006  
Vorgelegt von: Katja Möller  
Matrikelnummer 1678720  
Schönningstedter Straße 58  
21465 Reinbek

Betreuende Prüfende: Prof. Petra Weber  
Zweiter Prüfer: Prof. Dr. Peter Stratmeyer

## Inhaltsverzeichnis

---

<b>1</b>	<b>Einleitung .....</b>	<b>- 4 -</b>
<b>2</b>	<b>Pflegetheorien .....</b>	<b>- 6 -</b>
	2.1 Anfänge einer wissenschaftlichen Disziplin .....	- 6 -
	2.2 Entwicklung .....	- 7 -
	2.3 Definition.....	- 9 -
	2.4 Anwendung.....	- 11 -
<b>3</b>	<b>Die Pflegetheorie von Dorothea Orem.....</b>	<b>- 15 -</b>
	3.1 Entwicklung und Hauptannahmen .....	- 15 -
	3.2 Bestandteile.....	- 16 -
	3.2.1 Theorie der Selbstpflege.....	- 17 -
	3.2.2 Theorie des Selbstpflegedefizits.....	- 20 -
	3.2.3 Theorie des Pflegesystems .....	- 21 -
	3.3 Menschenbild und Gesundheitsverständnis .....	- 23 -
	3.4 Funktionen und Bedeutung der Theorie .....	- 24 -
<b>4</b>	<b>Organisationsbedingungen für die Einführung der Pflegetheorie in einem Krankenhaus.....</b>	<b>- 26 -</b>
	4.1 Allgemeine Organisationsbedingungen im Krankenhaus.....	- 26 -
	4.2 Allgemeine Bedingungen des Projektmanagements.....	- 28 -
	4.2.1 Projektziele.....	- 29 -
	4.2.2 Projektorganisation .....	- 30 -
	4.2.3 Projektplanung .....	- 33 -
	4.3 Der Pflegebereich .....	- 35 -
	4.3.1 Zuständigkeitsbereich der Pflege .....	- 35 -
	4.3.2 Pflegekompetenz .....	- 40 -
	4.3.3 Pflegeorganisation .....	- 42 -
	4.3.4 Kooperation und Koordination .....	- 46 -
<b>5</b>	<b>Ableich mit der Praxis.....</b>	<b>- 48 -</b>
	5.1 Vorstellung der Praxiseinrichtung.....	- 48 -
	5.2 Allgemeine Organisationsbedingungen im Krankenhaus.....	- 49 -

<b>5.3 Allgemeine Bedingungen des Projektmanagements.....</b>	<b>- 54 -</b>
5.3.1 Projektziele.....	- 54 -
5.3.2 Projektorganisation .....	- 56 -
5.3.3 Projektplanung .....	- 58 -
<b>5.4 Der Pflegebereich .....</b>	<b>- 59 -</b>
5.4.1 Zuständigkeitsbereich der Pflege .....	- 59 -
5.4.2 Pflegekompetenz .....	- 61 -
5.4.3 Pflegeorganisation .....	- 62 -
5.4.4 Kooperation und Koordination .....	- 63 -
<b>7 Schlussbetrachtung .....</b>	<b>- 68 -</b>
<b>8 Literaturverzeichnis:.....</b>	<b>- 70 -</b>
<b>9 Eidesstattliche Erklärung.....</b>	<b>- 72 -</b>
<b>10 Anhang .....</b>	<b>- 73 -</b>

## 1 Einleitung

Die Pflegetheorie von der aus Amerika stammenden Pflegetheoretikerin Dorothea Orem stellt die Fähigkeit eines Menschen für sich selbst zu sorgen in den Mittelpunkt.

Ihre allgemeine Theorie beinhaltet Entitäten und Beziehungen, die zur Organisation der Einstellungen von Pflegenden dienen.<sup>1</sup> Damit gilt ihre allgemeine Theorie als deskriptiv erklärend bezüglich der dominierenden Komponenten und Beziehungen von pflegerischen Praxissituationen.<sup>2</sup>

Das Marienkrankenhaus Hamburg hat sich zur Aufgabe gemacht, diese Pflegetheorie als handlungsleitende Basis für die pflegerische Praxis im Marienkrankenhaus einzuführen.

In dieser Arbeit sollen Bedingungen zur Einführung der Pflegetheorie von Dorothea Orem theoretisch analysiert und mit den praktischen Gegebenheiten im Marienkrankenhaus abgeglichen werden. Hieraus erfolgen Empfehlungen für die weitere Einführung der Theorie.

Wichtige Grundlage für die Erarbeitung ist die Prämisse, dass das Ziel der Einführung nicht beschränkt bleibt auf organisatorische Änderungen im Pflegeprozess, sondern auch Veränderungen in Einstellungen und Sichtweisen der am Versorgungsprozess beteiligten Mitarbeitern nach sich zieht.

Nicht alle Pflegenden sind überzeugt von der Nutzung einer theoretischen Grundlage für das pflegerische Handeln. Die Konsequenz der Ablehnung wäre jedoch eine Pflege, die weiterhin auf Tradition und Ritualen basiert oder abhängig von Theorien aus anderen Disziplinen ist.<sup>3</sup>

Um die Pflegetheorie in seinem kontextuellen Rahmen einordnen zu können, wird beginnend ein Überblick zur Entwicklung von Pflegetheorien gegeben und theoretische Auseinandersetzungen zur Definition und Anwendung von

---

<sup>1</sup> vgl. Orem, 1997, S. 184

<sup>2</sup> vgl. Orem, 1997, S. 183

<sup>3</sup> vgl. Hunink, 1997, S. 41

Pflgetheorien dargestellt. Die wesentlichen Bestandteile der Theorie sowie ihre Funktion und Bedeutung werden im Folgenden herausgearbeitet.

In der Analyse der Organisationsbedingungen werden theoretische Gedanken mit praktischen Erfordernissen verbunden.

Da die umfassende Einführung der Pflgetheorie ein äußerst umfangreiches Projekt darstellt, das nicht auf den pflegerischen Bereich begrenzt ist, sondern auch Auswirkungen auf andere am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen haben wird, werden zunächst die allgemeinen Organisationsbedingungen im Krankenhaus und notwendigen Bedingungen des Projektmanagements analysiert. Die Pflege wird betrachtet in Hinblick auf den Zuständigkeitsbereich der Pflege, der Pflegekompetenz, der für die umfassende Anwendung der Theorie erforderlichen Pflegeorganisation und der Kooperation und Koordination untereinander und mit anderen Berufsgruppen.

Aus dem „Abgleich mit der Praxis“ werden Empfehlungen für die weitere Einführung der Theorie im Marienkrankenhaus abgeleitet.

## 2 Pflgeetheorien

Jede Pflgeetheorie wurde innerhalb eines wissenschaftlichen, politischen und gesellschaftlichen Rahmens entwickelt, und spiegelt die Perspektive ihrer AutorIn wieder.

Um die Pflgeetheorie von Orem innerhalb ihres wissenschaftlichen Entstehungskontextes einordnen zu können, wird im ersten Kapitel ein Überblick über die Anfänge und Entwicklung der Pflgewissenschaft und deren Theorieentwicklung gegeben.

Die aktuelle Diskussion um die Begriffsbestimmung von „Pflgeetheorie“ wird kurz vorgestellt, und es wird auf die Anwendung von Pflgeetheorien eingegangen.

### 2.1 Anfänge einer wissenschaftlichen Disziplin

An der Schwelle zum 21. Jahrhundert hat sich die Pflgewissenschaft durch theoretische Ansätze und Forschung neu konstituiert. Sie entwickelt eine spezifische Perspektive und ist bestrebt ein eigenes Feld für sich in Anspruch zu nehmen.

Der Anfangspunkt der pflgetheoretischen Auseinandersetzung liegt im Jahre 1859 in England durch die Schriften von Florence Nightingale. Sie beschreibt die Pflge als helfende Hand zur Unterstützung der natürlichen Heilung. Ihre Schriften verweisen auf das Potential der Pflge als praktisches Arbeitsfeld, das theoretisch beschrieben werden kann.<sup>4</sup>

An verschiedenen Orten Europas wurde zu dieser Zeit versucht, aus der Pflge einen achtenswerten Beruf mit einem eigenen Wissensstand zu machen. Obwohl dieser Anfang das Wesen der Pflge beeinflusste, gab es in der Weiterentwicklung der theoretischen Gedanken einen Bruch. Sie wurden nach und nach durch das medizinische Modell ersetzt, das zur Grundlage der Pflgeausbildung in vielen Teilen der Welt wurde.<sup>5</sup>

Das biomedizinische Krankheitsverständnis ist durch eine dichotome Sichtweise geprägt, die das Körperlich-Organische vom Geistig-Seelischen trennt und dem

---

<sup>4</sup> vgl. Meleis, 1999, S. 64

<sup>5</sup> vgl. Meleis, 1997, S. 17

Körper Vorrang gewährt. Kennzeichnend ist das Streben nach Objektivität in der medizinischen Behandlung, die auf einzelne Körperteile bzw. Organe abzielt statt auf den Menschen als Ganzes. Der Unterricht an den Krankenpflegeschulen wurde durch Ärzte durchgeführt und der Verantwortungsbereich der Pflege lag in der Durchführung ärztlicher Anordnung.<sup>6</sup>

Die ersten pflegebezogenen Hochschulstudiengänge wurden Anfang des 20. Jahrhunderts in den USA gegründet. Sie bezogen sich jedoch zunächst auf Lehr- und Leitungsfunktionen und waren unter dem Dach von Nachbardisziplinen, wie der Erziehungswissenschaften und der Medizin, angesiedelt. Der Entwicklung einer pflegewissenschaftlichen Wissensbasis wurde zunächst wenig Beachtung geschenkt.<sup>7</sup>

Das biomedizinische Modell als Grundlage wurde jedoch mit der Zeit in Hinblick auf die eigenständigen Aufgaben der Pflege als unzureichend kritisiert.<sup>8</sup> PflegewissenschaftlerInnen begannen die Wissensbasis der Pflege von der Medizin zu lösen und einen eigenen Wissensstamm mit pflegespezifischen Inhalten aufzubauen. In dieser pflegewissenschaftlichen Wende setzte eine Phase der Theorieproduktion ein, mit dem Ziel, die Autonomisierung der Pflege in inhaltlicher Weise zu fördern.

## 2.2 Entwicklung

In einem komprimierten Zeitraum von 1966 – 1976 wurde die Mehrzahl der bekannten Pflegetheorien von einer relativ kleinen Gruppe von Pflegetheoretikerinnen veröffentlicht.

Kennzeichnend ist, dass einige der Theorien aus Fortschreibungen von Diplomarbeiten und Promotionen entstanden sind, ohne den in der Wissenschaft eigentlich üblichen langwierigen Prozess von Diskussionen und Diskursen durchlaufen zu haben.<sup>9</sup>

Im Laufe der Ablösung vom biomedizinischen Gedankengut als Grundlage des pflegerischen Gegenstandsbereichs ist ein ausgeprägter Rückgriff auf Theoreme

---

<sup>6</sup> vgl. Meleis, 1997, S. 17

<sup>7</sup> vgl. Moers / Schaeffer, 2003, S. 35

<sup>8</sup> vgl. Moers / Schaeffer, 2003, S. 36

<sup>9</sup> vgl. Moers / Schaeffer, 2003, S. 37

anderer Wissenschaftsdisziplinen, wie der Psychologie, Soziologie und Erziehungswissenschaften, erkennbar. Andere genuine Ansätze basieren auf theoretischen Erkenntnissen, die aus der Pflegepraxis selbst erhoben wurden. Drei unterschiedliche Entwicklungsansätze von Theorien werden unterschieden:

- Geborgte (borrowed) Theorieansätze
- Genuine Theorieansätze
- Weiterentwickelte Theorieansätze <sup>10</sup>

Um dem Anspruch der Entwicklung eines eigenen Wissenskorporus gerecht zu werden, versuchten viele der ersten Theoretikerinnen die Frage nach dem Gegenstand der Pflege zu beantworten. Sie entwickelten Theorieentwürfe großer Reichweite, die den gesamten Bereich der Pflege abdecken sollten. Die Kritik an diesen weitreichenden Theorien bezieht sich auf ihren normativen Charakter. Pflege wird raum- und zeitlos konzipiert, wandelnde gesellschaftliche Bedingungen werden kaum erörtert. Deshalb, so MOERS / SCHAEFFER, weisen viele dieser Theorien erhebliche Passungsprobleme auf und werden von der Pflegepraxis bis heute mit großer Skepsis aufgenommen.<sup>11</sup>

Dieses Streben nach einer allumfassenden Theorie, die das gesamte theoretische Wissen in ein widerspruchsfreies System zusammenfasst, mündete schließlich in der sogenannten Schulbildung. Statt einem produktiven Diskurs über die existenten Theorieentwürfe wurde weiterhin durch Detaillierung und didaktischer Aufarbeitung versucht, der einzelnen Theorie zu Akzeptanz als allein Gültiger zu verhelfen.

Es führte zu einer Stagnation in der Theoriediskussion, die erst durch die aufkommende Akzeptanz des theoretischen Pluralismus überwunden werden konnte. Er beinhaltet die Vorstellung, dass verschiedene im Widerstreit befindliche, teilweise überlappende Theorien in der Disziplin gleichzeitig einflussreich sein können. Es wird argumentiert, dass für die Analyse von Problemlagen der Rückgriff auf eine Vielzahl theoretischer Ansätze förderlich ist.<sup>12</sup>

---

<sup>10</sup> vgl. Moers / Schaeffer, 2003, S. 49

<sup>11</sup> vgl. Moers / Schaeffer, 2003, S. 50

<sup>12</sup> vgl. Hunink, 1997, S. 39

Um unter anderem die zurückliegende Entwicklung zu legitimieren, versuchten nun unterschiedliche TheoretikerInnen so genannte Metatheorien zu entwickeln. Durch die Erstellung von Klassifikationen versuchten sie die bestehenden Theorien zu einem letztendlich doch widerspruchsfreien Gebilde zusammenzufügen. So klassifiziert beispielsweise MARRINER-TOMEY Pflgetheorien unter den Gesichtspunkten humanistische Pflege, zwischenmenschliche Beziehungen, Systeme und Energiefelder.<sup>13</sup>

MELEIS hingegen differenziert Theorien mit dem Fokus auf Bedürfnisse, Interaktion und Pflegeergebnisse und ergänzt diese mit der humanistischen Betrachtung.<sup>14</sup>

Heute ist es allgemein üblich, Pflgetheorien in einer der Klassifikationen einzuordnen. Die Arbeit der Metatheoretikerinnen stellte jedoch nur eine Übergangsphase dar. Mit der Zeit drängten Fragen zu Praxisproblemen, die durch die bestehenden Theorien, aufgrund ihres hohen inhaltlichen Abstraktionsgrades, nicht beantwortet werden konnten.

In der folgenden Phase wurden überwiegend Theorien mittlerer und geringer Reichweite bzw. situationsspezifische Theorien entwickelt. Sie haben einen niedrigeren Abstraktionsgrad als Theorien großer Reichweite und geben Antworten auf spezifischere Fragen. Sie sind näher an der Realität, näher an der Praxis und von weniger globaler Natur als große Theorien. Kliniker können diese Theorien besser nutzen, weil sie Fragen aus der klinischen Praxis beantworten. Sie befassen sich mit grundlegenden Fragen, beispielsweise zum Umgang mit Symptomen, mit Unsicherheit oder Übergänge in andere Lebensabschnitte.<sup>15</sup>

## 2.3 Definition

Eine Theorie wird definiert als eine in sich stimmige, klare, systematische und geordnete Artikulation von Aussagen, die zur Beantwortung wichtiger Fragen einer Fachrichtung dargestellt werden.<sup>16</sup> Sie beinhaltet die systematische Beschreibung eines oder mehrerer Phänomene, die zusammengefasst und strukturiert werden,

---

<sup>13</sup> vgl. Marriner-Tomey, 1992

<sup>14</sup> vgl. Meleis, 1999

<sup>15</sup> vgl. Meleis, 1997, S. 35

<sup>16</sup> vgl. Meleis, 1997, S. 28

um ein größeres Verständnis für das Phänomen zu entwickeln. Theorien enthalten theoretische Begriffe, die mit den Phänomenen der Disziplin in Verbindung stehen.

Bezogen auf die Krankenpflege bedeutet dies, dass Pflge Theoretikerinnen das Verständnis von Krankenpflege verbessern, indem sie den Teil der Wirklichkeit, der für sie relevant ist, vereinfacht darstellen. Der Zweck von Pflge Theorien besteht demnach darin, die für die Disziplin Krankenpflege relevanten Phänomene zu beschreiben, zu erklären und gegebenenfalls vorauszusagen.<sup>17</sup>

Über diese recht allgemeine Definition herrscht weitestgehend Einigkeit in der wissenschaftlichen Diskussion. Bei gewissen Charakteristika von Pflge Theorien herrscht jedoch noch Unklarheit.

Für die Terminologie beispielsweise stellt sich die zentrale Frage, wie man den Theoriebegriff gegenüber anderen Begriffen der erkenntnistheoretischen Strukturen, wie Modellen oder theoretischem Rahmenwerk, abgrenzen soll.

FAWCETT hat hierzu Kriterien erarbeitet, mit deren Hilfe sich konzeptuelle Modelle von anderen Wissensstrukturen unterscheiden lassen. Sie beschreibt das Modell als eine abstrakte übergeordnete Struktur, die nur einige, aber umfassende Phänomene beschreibt. Eine Theorie ist aus ihrer Sicht spezifischer, konkreter und deutlicher auf ein Thema begrenzt.<sup>18</sup>

Nach KÄPPELI ist die Theorie eine abstrakte Aussage über verschiedene Konzepte der wahrnehmbaren Welt. Konzepte als abstrakte Begriffe für konkrete Phänomene können demnach als Elemente von Theorien betrachtet werden.<sup>19</sup> Ein Modell ist nach KÄPPELI nicht eine höhere Abstraktionsstufe der Theorie, sondern meist eine grafische Darstellung, die häufig beim Entwickeln einer Theorie verwendet wird.<sup>20</sup>

Andere Theoretikerinnen, so zum Beispiel MELEIS haben diese Diskussion als irrelevant verworfen. Sie argumentiert, dass der Versuch einer Abgrenzung der Theorie vom Modell nicht zu einer größeren Klarheit dieser Begriffe geführt hätte.<sup>21</sup>

---

<sup>17</sup> vgl. Käppeli, 1987, S. 43

<sup>18</sup> vgl. Fawcett, 1996, S. 41

<sup>19</sup> vgl. Käppeli, 1987, S. 43

<sup>20</sup> vgl. Käppeli, 1987, S. 44

<sup>21</sup> vgl. Meleis, 1999, S. 46

Eine weitere grundlegende Diskussion zur Definition von Pflgeetheorie bezieht sich auf den Sinn einer Theorie bzw. ihrem Ziel. Hier steht insbesondere die Bedeutung von Forschung und Praxis im Verhältnis zu Theorieentwicklung im Vordergrund. Auf der einen Seite soll eine Theorie an ihrer Brauchbarkeit für die Praxis gemessen werden. Dieser Aspekt stand vor allem am Anfang der Theorieentwicklung im Vordergrund, gewinnt aber in der heutigen Zeit wieder zunehmend an Gewicht. Auf der anderen Seite sollen wissenschaftliche Kriterien in der Beurteilung von Pflgeetheorien zur Anwendung kommen.

KÄPPELI wiederum kombiniert beide Perspektiven. Nach Ihren Aussagen beinhaltet eine gute Theorie eine adäquate Wiedergabe der Realität, jedoch mit einem gewissen Grad an Abstraktheit, so dass sie weitestgehend unabhängig ist von Zeit und Raum.<sup>22</sup>

## 2.4 Anwendung

In Abhängigkeit von verschiedenen Faktoren der Theorien, wie beispielsweise der Entwicklungsstufe, Reichweite und Ziele, die mit ihrer Entwicklung verbunden sind, lassen sich unterschiedlichste Anwendungsmöglichkeiten für Pflgeetheorien ableiten.

HUNINK stellt zusammenfassend sieben Funktionen für Pflgeetheorien zusammen.<sup>23</sup> Sie können nach seinen Ausführungen nützlich sein als:

### Bezugsrahmen

- Eine Pflgeetheorie kann für die Pflege als Bezugsrahmen oder Denkmuster funktionieren. Sie hilft zu charakterisieren, was Pflege ist, was Pflegenden tun und wie sie es tun. Die Abgrenzung der Pflege gegenüber anderen Berufsständen stellt einen wesentlichen Schritt zur Entwicklung einer Eigenständigkeit dar.

### Ordnung von Phänomenen

- Theorien können die komplexe Realität in eine bestimmte Ordnung bringen, indem sie Phänomene zueinander in Beziehung setzen. Eine Strukturierung von Phänomenen kann die Pflege in die Lage versetzen

---

<sup>22</sup> vgl. Käppeli, 1987, S. 43

<sup>23</sup> vgl. Hunink, 1997, S. 37ff.

zusammenhängende Phänomene zu erkennen und daraufhin zielbewusster zu handeln.

#### Ratgeber für die praktische Situation

- Theorien können als Ratgeber für die pflegerische Praxis fungieren. Wenn beispielsweise in der Pflege eines Patienten Prioritäten gesetzt werden müssen, kann eine Theorie nach kritischer Reflexion richtungweisend für die Entscheidung einer Pflegekraft sein. Die Pflegekraft kann dann auch auf der Grundlage der Theorie Rechenschaft für ihr Handeln ablegen.

#### Grundlage der Aus- und Weiterbildung

- Manche Theorien wurden nicht als Theorien an sich entwickelt, sondern entstanden ursprünglich aus der Entwicklung eines Curriculums für die Ausbildung von Pflegekräften. Die Theorie kann hier genutzt werden, um die Inhalte von Aus- und Weiterbildungen von Pflegekräften festzulegen und zu strukturieren.

#### Rahmen für die Pflegeforschung

- Eine Pflegetheorie kann für die Pflegeforschung richtungweisend sein, indem sie davor bewahrt, auf eine isolierte Datensammlung beschränkt zu bleiben. Aus Theorien abgeleitete Hypothesen können durch Pflegeforschung überprüft werden.

#### Grundlage pflegerischer Qualitätssicherung

- Eine Theorie, die die erstrebenswerte oder notwendige Pflege in Form von Kriterien beschreibt, kann zur Qualitätsüberprüfung und -verbesserung genutzt werden, indem die Theorie als Standard gebraucht wird, an dem die Pflege gemessen werden kann.

#### Grundlage pflegerischer Ethik

- Letztendlich können die Erkenntnisse der Wissenschaft und Theorien als Richtlinien für die ethische Entscheidungsfindung in der pflegerischen Versorgung dienen.

Nach MELEIS besteht das Hauptziel einer Theorie darin, Erkenntnisse über pflegepraktische Situationen zu liefern und Forschung die Richtung zu weisen.<sup>24</sup>

Aus Pflgetheorien lassen sich Hypothesen für Forschungsarbeiten der Pflegewissenschaft ableiten. Durch die Erforschung wichtiger Probleme im Pflegebereich wiederum, kann der Wissenstand der Pflege vermehrt werden. Eine empirisch geprüfte Theorie kann der Pflegekraft als Werkzeug für den Pflegeprozess dienen, um durch zielorientierte Interventionen die Praxis effizienter und effektiver zu gestalten.

Die Sprache der Theorie kann der Praxis eine allgemein verständliche Basis für die Kommunikation geben, indem sie Phänomene definiert und gemeinsame Konzepte beschreibt und erklärt. Gut definierte und empirisch gesicherte Konzepte können nicht nur die Kommunikation zwischen den PraktikerInnen untereinander effektiver und effizienter gestalten, auch die Autonomie und Verantwortlichkeit des Berufsstandes wird gefördert. Durch eine, auf einer fundierten Argumentation aufgestellten, professionellen Pflege, die auf Pflegeforschung und Pflgetheorien basiert, bekommen Pflegende die Möglichkeit, eine klare und verantwortliche Position einzunehmen, indem sie erklären können, was sie tun, wie sie es tun und warum sie es tun.

Die Forschungstradition und Theorieentwicklung in Deutschland ist im internationalen Vergleich noch in einem frühen wissenschaftlichen Stadium. Gleichwohl zeigt sich ein großes Interesse an Theoriediskussionen durch viel verbreitete, deutschsprachige Übersetzungen von amerikanischen Pflgetheorien und erste kritisch-analytische Auseinandersetzungen mit bestehenden Theorien.<sup>25</sup>

Für die deutschsprachige Diskussion lassen sich einige Lehren aus den internationalen Diskussionen ableiten. MOERS / SCHAEFFER raten von einer „blinden Übernahme“ von amerikanischen Pflgetheorien ab, da man die dort enthaltenen Fehlentwicklungen in den ersten Entwicklungsphasen mit übernehmen würde. Sie empfehlen eine kritische Reflexion des bestehenden Theoriebestandes, eine frühzeitige Diskussion über die Art der benötigten

---

<sup>24</sup> vgl. Meleis, 1999, S. 54

<sup>25</sup> vgl. exemplarisch: Schaeffer / Moers / Steppe / Meleis, 1997; Mischo-Kelling / Wittneben, 1995

Theorien und eine enge Verknüpfung zwischen Theorie- und  
Forschungsentwicklung.<sup>26</sup>

---

<sup>26</sup> vgl. Moers / Schaeffer, 2003, S. 61

### **3 Die Pflegetheorie von Dorothea Orem**

In diesem Kapitel werden die Entwicklungsschritte der Theorie kurz skizziert und es wird ein Überblick zu den wichtigsten Aussagen, Grundannahmen und wesentlichen Bestandteile der Theorie gegeben.

#### **3.1 Entwicklung und Hauptannahmen**

Mit der Formalisierung des charakteristischen Gegenstands der Pflege begann Dorothea Orem 1958 offiziell ihre Arbeit zur Entwicklung ihrer Pflegetheorie. Als Beraterin des US-Ministeriums für Gesundheit, Erziehung und Wohlfahrt nahm sie an einem Projekt zur Entwicklung eines Curriculums für die Pflegeausbildung teil.<sup>27</sup>

Zu dieser Zeit beruhten die meisten Ausbildungsprogramme der Krankenpflege auf Modellen anderer Wissenschaftsdisziplinen, wie zum Beispiel der Biomedizin oder der Psychologie.<sup>28</sup> Deshalb bestand ihr erster Schritt zur Curriculumentwicklung darin, den relativ unstrukturierten Zustand des aktuellen Wissens in der Krankenpflege zu einer groben Konzeptualisierung der Pflege und ihrer Beziehungen zusammen zu führen.

Hierzu nahm sie keine Analyse der bereits bestehenden Aussagen über Pflege vor, sondern reflektierte ihre eigenen Erfahrungen in der Pflege. Die grundlegende Frage, welche zur Entwicklung ihrer umfassenden Theorie führte, lautete:

„Welche Bedingungen müssen bei einer Person vorliegen, wenn sie selbst oder ein Familienangehöriger, der zuständige Arzt oder eine Pflegekraft, die Entscheidung trifft, dass diese Person pflegerische Betreuung erhalten sollte?“<sup>29</sup>

Das Ziel ihrer weiteren Arbeit in Zusammenarbeit mit der *Nursing Development Conference Group*, einer freiwilligen Studiengruppe, lag in der konsequenten Weiterentwicklung der Pflege zu einer eigenständigen und wissensbasierten

---

<sup>27</sup> vgl. Orem, 1997, S. 472

<sup>28</sup> vgl. Meleis, 1997, S. 17

<sup>29</sup> vgl. Orem, 1997, S. 473

Disziplin im Gesundheitswesen.<sup>30</sup> 1971 wurde schließlich die erste Auflage ihres Buches „*Nursing: Concepts of Practice*“<sup>31</sup> veröffentlicht.

Einzelne Konzepte ihres Werkes wurden mit der Zeit weiterentwickelt, überarbeitet und verfeinert, so dass sich die aktuelle Fassung in der 5. Auflage befindet.

Die Entwicklung wurde begleitet von zahlreichen Forschungsarbeiten hinsichtlich der Validität und logischen Konstruktion ihrer Konzepte.

Die Theorie wurde in vielen Ausbildungsstätten als curriculare Grundlage verwendet und diente in zahlreichen Masterarbeiten und Promotionen als theoretische Grundlage.<sup>32</sup>

Ihrer allgemeinen Pflgetheorie liegen 5 Hauptannahmen<sup>33</sup> zugrunde, die in den frühen 70er Jahren formuliert wurden.

1. Menschen benötigen einen ständigen bewussten Austausch mit Anderen und ihrer Umwelt, damit sie leben und ihren Alltag bewältigen können.
2. Die Fähigkeit zu gezielten Handeln wird in Form des „für sich und andere sorgen“<sup>34</sup> deutlich.
3. Reifere, erwachsene Personen machen gelegentlich die Erfahrung, dass ihre Fähigkeit sich selber oder anderer Personen zu pflegen, eingeschränkt ist.
4. Menschen erforschen und entwickeln neue Möglichkeiten, sich selbst und andere zu pflegen.
5. Gruppen von Menschen übernehmen Aufgaben und zugewiesene Verantwortungen für die Betreuung von Mitgliedern, die Einschränkungen in der Selbstpflege erleben.

### **3.2 Bestandteile**

Orem ordnet die zentralen Konzepte der allgemeinen Pflgetheorie drei konstituierenden Teiltheorien zu. Sie stehen in Beziehung zueinander und können zu einem übergeordneten Bezugsrahmen zusammengefasst werden. Diese drei Theorien sind die Theorie der Selbstpflege, die Theorie des Selbstpflegedefizits

---

<sup>30</sup> vgl. Orem, 1997, S. 474

<sup>31</sup> vgl. Orem, 1997

<sup>32</sup> vgl. Bekel, 2003, S. 158

<sup>33</sup> vgl. Orem, 1997, S. 184

<sup>34</sup> vgl. Orem, 1997, S. 184

und die Theorie des Pflegesystems.<sup>35</sup> Alle drei Theorien haben den gemeinsamen Gedanken, dass die Menschen funktionieren und Leben, Gesundheit und Wohlbefinden aufrechterhalten, indem sie für sich selbst sorgen.<sup>36</sup>

### 3.2.1 Theorie der Selbstpflege

Die Theorie der **Selbstpflege / Dependenzpflege** ist die zentrale Komponente der beiden anderen Theorien und bildet den Kern der allgemeinen Pflgetheorie. Sie versucht Erklärungen über das Menschenbild abzugeben, sowie zu verdeutlichen, wie und warum Menschen sich selbst oder andere, die von ihnen abhängig sind, versorgen und pflegen.

Selbstpflege ist eine zielgerichtete, regulierende Aktivität von Einzelpersonen, die durchgeführt wird, um die eigene Entwicklung und Funktionen im Interesse von Leben, Gesundheit und Wohlbefinden aufrecht zu erhalten. Selbstpflege muß erlernt und kontinuierlich durchgeführt werden.<sup>37</sup>

Als Dependenzpflege werden Handlungen bezeichnet, wenn sie von verantwortlichen Erwachsenen für Säuglinge, Kinder oder für Erwachsene mit gesundheitlichen Einschränkungen ausgeführt werden.<sup>38</sup> Säuglinge oder Kinder beispielsweise können keine oder nur wenige ihrer Erfordernisse zur Erhaltung und Regulierung ihrer Funktionen erfüllen. Dependenzpflegende sind hier die Eltern, die ihre Kinder zum Beispiel bei der Nahrungsaufnahme unterstützen.

**Selbstpfleegerfordernisse** bezeichnen den spezifischen Bedarf an Handlungen und Verhalten, um menschliche Funktionsweisen und Entwicklungen zu erhalten und zu fördern. Sie beschreiben die beabsichtigten oder erwünschten Ergebnisse, die Ziele der Selbstpflege.<sup>39</sup>

Es werden drei Arten von Selbstpfleegerfordernissen unterschieden. Dies sind allgemeine, entwicklungsbedingte und gesundheitsbedingte Selbstpfleegerfordernisse.

---

<sup>35</sup> vgl. Orem, 1997, S. 187

<sup>36</sup> vgl. Orem, 1997, S. 112

<sup>37</sup> vgl. Orem, 1997, S. 188

<sup>38</sup> vgl. Orem, 1997, S. 9

<sup>39</sup> vgl. Orem, 1997, S. 208

### Allgemeine Selbstpfleegerfordernisse

Die allgemeinen Selbstpfleegerfordernisse beziehen sich auf die Deckung der grundlegenden Lebensprozesse, die Funktionalität und das allgemeine Wohlbefinden. Sie sind allen Menschen gemeinsam und dem jeweiligen Alter, Entwicklungsstadium und Umweltbedingungen angepasst.<sup>40</sup>

Dies sind:

1. Aufrechterhaltung einer ausreichenden Sauerstoffzufuhr.
2. Aufrechterhaltung einer ausreichenden Flüssigkeitszufuhr.
3. Aufrechterhaltung einer ausreichenden Zufuhr von Nahrungsmitteln.
4. Gewährleistung einer Versorgung in Verbindung mit Ausscheidungsprozessen und Exkrementen.
5. Aufrechterhaltung eines Gleichgewichts zwischen Aktivität und Ruhe.
6. Aufrechterhaltung eines Gleichgewichts zwischen Alleinsein und sozialer Interaktion.
7. Vorbeugung von Risiken für das Leben, das menschliche Funktionieren und das Wohlbefinden.
8. Förderung der menschlichen Funktionen und Entwicklungen innerhalb sozialer Gruppen in Übereinstimmung mit den menschlichen Potentialen, bekannten menschlichen Grenzen und dem Wunsch der Menschen, normal zu sein. Normalität bezieht sich darauf, was menschlich ist, sowie darauf, was in Übereinstimmung mit den genetischen und konstitutionellen Eigenschaften und Talenten von Individuen steht.<sup>41</sup>

### Entwicklungsbedingte Selbstpfleegerfordernisse

In den unterschiedlichen Stadien des Lebens, von der Geburt bis zum Tod, entwickelt sich jeder Mensch als individuelle, einzigartige Person in der Gesellschaft. Ebenfalls erfährt jeder Mensch im Laufe seines Lebens Bedingungen, die die Entwicklung negativ beeinflussen können. In bestimmten Lebensphasen, so etwa im Säuglingsalter und in der Kindheit können die Erfordernisse hinsichtlich der Entwicklung nur durch Eltern oder andere Personen erfüllt werden. Jeder spezifische Entwicklungsstand stellt daher auch spezifische Anforderungen an die Selbstpflege. Dies beinhaltet:

---

<sup>40</sup> vgl. Orem, 1997, S. 117

<sup>41</sup> vgl. Orem, 1997, S. 209

1. Die Gewährleistung der menschlichen Entwicklung in jeder Lebensphase vom Embryo bis zum Erwachsenen im Alter
2. Pflege im Zusammenhang mit Bedingungen, die die Entwicklung nachteilig beeinflussen können
3. Vermeidung von Auswirkungen solcher Bedingungen
4. Abmilderung oder Überwindung von eingeschränkten Möglichkeiten Wissen zu erwerben, Anpassungsproblemen, körperlichen oder geistigen Behinderungen, dem Verlust eines engen Familienmitglieds oder Freundes, unheilbarer Krankheit<sup>42</sup>

### Gesundheitsbedingte Selbstpfleegerfordernisse

Eine Verletzung, Krankheit oder Notwendigkeit einer medizinischen Diagnostik und Behandlung kann eine teilweise bis vollständige Abhängigkeit von Personen mit sich bringen. Der Patient wandelt seine Rolle als Selbstpflege-Handelnder zum Pflegeempfänger. Erfordernisse, die durch Gesundheitsstörungen hervorgerufen werden, können sein:

1. Inanspruchnahme von professioneller Hilfe
2. Sich informieren und Einblick gewinnen
3. Effektive Durchführung von vorgeschriebenen Maßnahmen zu Diagnose, Therapie und Genesung
4. Erkennen und behandeln möglicher Beschwerden und Nebenwirkungen der medizinischen Maßnahmen
5. Anpassung des Selbstbildes an die Gesundheitsstörungen
6. Mit den Folgen der Erkrankung leben zu lernen und sich dadurch persönlich weiter zu entwickeln und zu reifen<sup>43</sup>

Als **Grundlegende Bedingungsfaktoren** werden die internen oder externen Faktoren bezeichnet, die die Fähigkeit der Person beeinflussen, sich in der Selbstpflege zu engagieren, oder die die Art und den Umfang der erforderlichen Selbstpflege betreffen. Orem hat 10 bedingende Faktoren herausgearbeitet:

1. Alter
2. Geschlecht

---

<sup>42</sup> vgl. Orem, 1997, S. 214 f.

<sup>43</sup> vgl. Orem, 1997, S. 219 f.

3. Entwicklungsstand
4. Gesundheitszustand
5. Soziokulturelle Orientierung
6. Faktoren des Gesundheitspflegesystems; z.B. medizinische Diagnostik- und Behandlungsmodalitäten
7. Familiäre Systemfaktoren
8. Lebensstrukturen einschließlich der regelmäßigen Aktivitäten
9. Umweltfaktoren
10. Verfügbarkeit und Angemessenheit von Ressourcen<sup>44</sup>

Der **situative Selbstpflegebedarf** umfasst die Maßnahmen, die zur Erfüllung der gegenwärtigen oder zukünftigen Selbstpflegeerfordernisse von Einzelpersonen zu einem bestimmten Zeitpunkt notwendig sind.<sup>45</sup> Sie werden entsprechend bestehender Bedingungen und Umstände individuell spezifiziert.

Nachdem die einzelnen zu erfüllenden Selbstpflegeerfordernisse, in Abhängigkeit von menschlichen und umweltrelevanten Bedingungen, bestimmt wurden, wird ein Set von Handlungen zur Erfüllung dieser Erfordernisse zusammengestellt.<sup>46</sup>

Die **Selbstpflegekompetenz** ist eine komplexe, entwickelte Fähigkeit von Personen, um ihre eigene Entwicklung und Funktionen zu regulieren und zu kontrollieren.<sup>47</sup> Dies umfasst die Einschätzung der für sie bedeutenden Selbstpflegeerfordernisse und die Initiierung von Maßnahmen zur Erfüllung dieser Erfordernisse. Die Dependenzpflegekompetenz ist dementsprechend die entwickelte Fähigkeit von verantwortlichen Erwachsenen zur Ausübung der Aktivitäten für abhängige Personen.

### 3.2.2 Theorie des Selbstpflegedefizits

In verschiedenen Phasen des Lebens besitzen Menschen nicht die Fähigkeit, „... kontinuierlich das Ausmaß und die Qualität von Selbstpflege aufrecht zu erhalten, die für die Erhaltung von Leben und Gesundheit, für die Genesung von

---

<sup>44</sup> vgl. Orem, 1997, S. 221

<sup>45</sup> vgl. Orem, 1997, S. 13

<sup>46</sup> vgl. Orem, 1997, S. 223

<sup>47</sup> vgl. Orem, 1997, S. 476

Krankheiten oder Verletzungen oder für den Umgang mit ihren Auswirkungen situativ erforderlich sind.“<sup>48</sup>

Personen, deren Selbstpflege- oder Dependenzpflegekompetenz situativ nicht ausreichend ist, die also zur Erfüllung ihres situativen Selbstpflegebedarfs der Unterstützung durch professionell Pflegenden bedürfen, werden als legitime Patienten bezeichnet.<sup>49</sup>

Die Theorie des Selbstpflegedefizits gibt Erläuterungen über jene Personen ab, die einen Bedarf an professioneller Pflege aufweisen.

Selbstpflegedefizit oder Dependenzpflegedefizit bedeutet, dass ein konkreter situativer Selbstpflegebedarf die Handlungsfähigkeiten, die die individuelle Selbstpflege- oder Dependenzpflegekompetenz einer Einzelperson darstellen, übersteigt.<sup>50</sup>

Der Begriff Defizit soll in diesem Kontext nicht als menschliche Störung, sondern als Beziehung zwischen der Handlung, die eine Person bezüglich ihrer Selbstpflege bzw. Dependenzpflege ergreifen sollte und ihrer tatsächlichen Handlungsfähigkeit verstanden werden.<sup>51</sup>

### **3.2.3 Theorie des Pflegesystems**

Die Theorie des Pflegesystems beinhaltet die beiden zuvor genannten Theorien. Sie versucht zu beschreiben, was professionelle Pflege ist und was ihre Natur als helfende Profession ausmacht. Der Begriff System bezieht sich hierbei auf Personen, Handlungen oder Dinge mit ihren wechselseitigen Beziehungen. Pflege wird dabei als ein sich selbst organisierendes System verstanden.

Pflegesysteme sind geplante Handlungsreihen, die von Pflegenden in Verbindung mit dem Patienten und/oder seinen Angehörigen oder Freunden ausgeführt werden, um den situativen Selbstpflegebedarf des Patienten zu erfüllen.<sup>52</sup>

Durch ein effektives Pflegesystem werden die Verhaltensweisen von Pflegenden und von Patienten so koordiniert, dass angemessene pflegerische Ziele umgesetzt werden können.<sup>53</sup>

---

<sup>48</sup> Orem, 1997 S.58

<sup>49</sup> vgl. Orem, 1997, S. 475

<sup>50</sup> vgl. Orem, 1997, S. 13

<sup>51</sup> vgl. Orem, 1997, S. 193

<sup>52</sup> vgl. Evers, 1998, S. 113

<sup>53</sup> vgl. Orem, 1997, S. 303

Man unterscheidet drei Arten von Pflegesystemen<sup>54</sup>:

1. Das **vollständig kompensatorische Pflegesystem** beinhaltet, dass eine Pflegeperson die vollständige Unfähigkeit des Patienten, sein Selbstpflegeerfordernis zu erfüllen, kompensieren muss.
2. Das **teilweise kompensatorische Pflegesystem** beinhaltet, dass der Patient eingeschränkt fähig ist, seine Selbstpflegeerfordernisse durchzuführen. Die Pflegeperson kompensiert die eingeschränkten Kompetenzen durch ihre Pflegehandlungen.
3. Das **unterstützend – erzieherische Pflegesystem** beinhaltet, dass der Patient fähig ist, alle Selbstpflegemaßnahmen durchzuführen oder selbst durchführen könnte. Der Hilfsbedarf des Patienten besteht in der Entscheidungsfindung und dem Erlangen von Wissen und Kompetenzen. Die Pflege zielt hier auf die Beratung und Anleitung zu angemessenem Handeln eines Patienten.

Ein wesentliches Element der Theorie des Pflegesystems ist die **Pflegekompetenz**. Sie resultiert aus der Leitidee, dass Pflegende bestimmte Fähigkeiten brauchen, um effektive Pflege leisten zu können. Pflegekompetenz beinhaltet ein Set von durch Ausbildung und Weiterbildung entwickelten Handlungsfähigkeiten, die von Pflegenden in der Praxis für Personen mit gesundheitsbezogenen Selbstpflegedefiziten umgesetzt werden.<sup>55</sup>

Menschen, die in einem sozialen System zusammenleben, entwickeln bestimmte Methoden, um die Handlungseinschränkungen von Menschen zu überwinden oder zu kompensieren. Eine **Methode des Helfens** ist „... eine Serie von Handlungen, um die gesundheitsbedingten Einschränkungen von Menschen tatsächlich zu überwinden oder zu kompensieren, damit sie für sich selbst tätig werden, um ihr Funktionieren und ihre Entwicklung oder die der von ihnen Abhängigen zu regulieren.“<sup>56</sup>

---

<sup>54</sup> vgl. Orem, 1997, S. 332

<sup>55</sup> vgl. Orem, 1997, S. 270

<sup>56</sup> Orem, 1997, S. 16

OREM beschreibt mindestens fünf Methoden des Helfens<sup>57</sup>, die sie wie folgt klassifiziert:

1. Für andere handeln und agieren.
2. Führen und Anleiten.
3. Physische und psychologische Unterstützung geben.
4. Ein Umfeld errichten und erhalten, das die persönliche Entwicklung fördert.
5. Unterrichten.

Die Auswahl der Methode oder einem Set aus Methoden beruht auf dem Urteil von Pflegenden.

### **3.3 Menschenbild und Gesundheitsverständnis**

Orems Theorie beinhaltet ein zugrunde liegendes Menschenbild und Gesundheitsverständnis.

Orem beschreibt Menschen als ganzheitliche Wesen in Verbindung mit einerseits physiologischen Strukturen und andererseits interpersonalen und sozialen Aspekten. Personen durchlaufen in ihrem Leben einen Reifeprozess. Sie entwickeln sich dahin, ihre Fähigkeiten bezüglich der Selbst- bzw. Dependenzpflege weiterzuentwickeln und Verantwortung und Engagement für die eigenen Handlungen zu übernehmen.

Den Begriff „Gesundheit“ erweitert Orem von der rein physiologischen, materiellen Sichtweise um die Aspekte des interpersonalen und sozialen Lebens.<sup>58</sup> Wohlbefinden grenzt sie von Gesundheit ab. Wohlbefinden beinhaltet nach ihren Aussagen „die individuell wahrgenommenen Bedingungen der Existenz“<sup>59</sup> und entsteht durch Erfahrungen wie Freude, Zufriedenheit oder Glücklichein. Gesundheit und Wohlbefinden stehen nach OREM in engem Zusammenhang.

Selbstpflege definiert Orem als „Ausführung von Aktivitäten, die einzelne Menschen in ihrem eigenen Interesse für das Erhalten ihres Lebens und Wohlbefindens sowie ihrer Gesundheit initiieren und vollbringen.“<sup>60</sup>

Professionelle Pflege wird dann erforderlich, wenn zur Erhaltung der kontinuierlichen Selbst- bzw. Dependenzpflege die Verwendung von speziellen

---

<sup>57</sup> vgl. Orem, 1997, S. 16

<sup>58</sup> vgl. Orem, 1997, S. 104

<sup>59</sup> Orem, 1997, S. 109

<sup>60</sup> Orem, 1997, S. 112

Techniken und die Anwendung von spezialisiertem Wissen notwendig sind.<sup>61</sup> Die Aufgabe der Pflegenden besteht darin, Pflege in Übereinstimmung mit den Erfordernissen zu leisten, die Menschen bei der verantwortlichen Übernahme ihrer gesundheitsbezogenen Selbstpflege haben.

### **3.4 Funktionen und Bedeutung der Theorie**

Orem bezeichnet ihre Theorie als allgemeine Theorie der Pflege. Eine allgemeine Theorie ist nach ihren Aussagen deskriptiv erklärend in Bezug auf die dominierenden Komponenten eines Praxisfeldes. Sie geben der Praxis eine Struktur für die Organisation von Wissen<sup>62</sup> und schaffen einen Rahmen von Entitäten, die zur Organisation der Einstellungen von Pflegenden dienen.<sup>63</sup>

Sie schreibt ihrer allgemeinen Theorie der Pflege acht Funktionen zu.<sup>64</sup> Diese Funktionen sind:

- Verständnis vom Menschen aus der Perspektive der Pflege darlegen.
- Den spezifischen Fokus bzw. den charakteristischen Gegenstand der Pflege beschreiben.
- Ein sprachliches System und Schlüsselkonzepte für die Pflege als Wissensbereich und Praxisbereich darlegen.
- Grenzen der Pflege aufzeigen.
- Perspektiven für die Erforschung der Pflege aufzeigen und übereinstimmende Merkmale von Pflegesituationen herausbilden.
- Verbindungen zu anderen Berufsgruppen und zum gesellschaftlichen Alltagsleben aufzeigen.
- Grundlagenbildung eines pflegerischen Denk- und Kommunikationsstils.
- Zur Konstituierung des Wissens in der scientific community der Pflege beitragen.

Orem spricht mit ihrem Werk nicht nur die Ausbildung von Pflegenden an, ihre allgemeine Pflgeetheorie kann als leitend für die Pflegepraxis bezeichnet werden. Ihre Pflegesysteme bieten einen Rahmen für die Pflege, der auf dem Umfang und

---

<sup>61</sup> vgl. Orem, 1997, S. 59

<sup>62</sup> vgl. Orem, 1997, S. 183

<sup>63</sup> vgl. Orem, 1997, S. 185

<sup>64</sup> vgl. Bekel, 2003, S. 160

der Art der benötigten Pflgetätigkeit beruht. Die Abstraktheit der Begrifflichkeiten wird als eines der Gründe bezeichnet, warum die Verbreitung in der praktischen Pflege zunächst jedoch eher zögerlich voran ging.

Von verschiedenen Metatheoretikerinnen wird Orems Theorie unterschiedlich eingestuft, als Systemtheorie, Interaktionsmodell oder Entwicklungsmodell.<sup>65</sup>

Meleis hingegen ordnet die Theorie den Bedürfnismodellen zu. Sie sieht den paradigmatischen Ursprung bei der Bedürfnistheorie von Henderson. Ihre 14 Bedürfnisse stimmen weitgehend mit den allgemeinen Selbstpfleegerfordernissen nach Orem überein, die durch die entwicklungsbedingten und gesundheitsbedingten Selbstpfleegerfordernissen erweitert wurden. Die Besonderheit von Orems Theorie liegt nach Meleis in der Erwartung an die Fähigkeit einer Person, die Selbstpflege durchzuführen.<sup>66</sup> Wenngleich Orem die Ähnlichkeit zur Pflgetheorie von Henderson anerkennt, so verneint sie ausdrücklich die Vermutung, dass sie ihren theoretischen Rahmen daraus abgeleitet hat.

Die große Akzeptanz der Theorie zeigt sich in der Nutzung in unterschiedlichsten Bereichen der pflegerischen Versorgung. Sie wurde unter anderem angewendet in der pflegerischen Versorgung von chronisch Kranken, in der Psychiatrie, in der Akut- und Intensivkrankenpflege, in Pflegeheimen und in der Gemeindekrankenpflege.<sup>67</sup>

Die Grenzen in Bezug auf die Praxisnutzung liegen nach Meleis in der Krankheitsorientierung der Theorie. Die Theorie baut auf einer Beziehung zwischen einem erwachsenen, kranken Menschen und der Pflegeperson auf. Für Prävention und Gesundheitsförderung ist sie aus diesem Grund weniger geeignet.<sup>68</sup>

---

<sup>65</sup> vgl. Meleis, 1999, S. 615

<sup>66</sup> vgl. Meleis, 1999, S. 616

<sup>67</sup> vgl. Meleis, 1999, S. 618

<sup>68</sup> vgl. Meleis, 1999, S. 619

## **4 Organisationsbedingungen für die Einführung der Pflegetheorie in einem Krankenhaus**

In diesem Abschnitt der Arbeit werden die Organisationsbedingungen für die Einführung der Pflegetheorie von Orem analysiert.

Die Bedingungen werden zunächst allgemein auf dem Hintergrund der Einführung der Pflegetheorie in einem Krankenhaus erarbeitet. Diese werden dann im folgenden Kapitel mit den bestehenden Bedingungen im Marienkrankenhaus in Verbindung gesetzt.

Das Vorhaben, die pflegerische Versorgung im Krankenhaus an dem theoretischen Bezugsrahmen von Orem auszurichten, erfordert Änderungen, die für ein zielgerichtetes Vorgehen durch ein Projektmanagement begleitet werden sollten. Die Bedingungen für eine effektive Projektarbeit zur Einführung der Theorie werden ausführlich dargestellt.

Der pflegerische Bereich wird in Hinblick auf den Zuständigkeitsbereich der Pflege, der Pflegekompetenz, der Organisationsform und der Kooperation der Pflegenden untereinander und mit den am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen analysiert.

### **4.1 Allgemeine Organisationsbedingungen im Krankenhaus**

Die Kernaufgabe der Krankenhausleitung besteht darin, den Prozess der Leistungserstellung im Krankenhaus zu steuern. Ein wichtiger Faktor für das Gelingen ist dabei die Fähigkeit der Leitung, in ihren Entscheidungen den Blick für das Ganze im Sinne der Erfüllung der Unternehmensziele zu bewahren und die unternehmerische Planung daran auszurichten.<sup>69</sup>

In der Praxis muss jedoch festgestellt werden, dass sich viele umfassende Organisationsveränderungen in der Krankenpflege nach einiger Zeit wieder

---

<sup>69</sup> vgl. Pantenburg, 2000, S. 118

aufösen, weil sie nicht in eine, die Gesamtorganisation umfassende, Planung eingebettet wurden.<sup>70</sup>

Orem stellt in ihrer Theorie den Mensch in den Mittelpunkt. Damit werden die Prozesse auf die Versorgung des Patienten ausgerichtet und nicht auf die isoliert betrachteten Interessen der einzelnen Berufsgruppen. Die Einführung der Pflgeetheorie von Orem erfordert demnach umfassende organisatorische Änderungen, die nicht nur auf den pflegerischen Bereich begrenzt sind.

Ihr zugrunde gelegtes Menschenbild und Gesundheitsverständnis sollte nicht nur als grundlegende Basis für Pflegekräfte, sondern auch für alle anderen Gesundheitsberufe anerkannt werden, denn auch Ärzte oder Physiotherapeuten helfen Menschen bei Aspekten der Selbstpflege.<sup>71</sup>

Gemeinsame Wert- und Normvorstellungen in der Organisation, sowie die von den Mitgliedern entwickelten Denk- und Verhaltensweisen spiegeln sich in der Unternehmenskultur wieder.<sup>72</sup> Organisationsbezogene Hintergründe und Entwicklungen der Organisation sowie die Präsenz von trägerschaftlichen Motiven und Zielen nehmen Einfluss auf die Werte und Einstellungen der Mitarbeiter.

Die Auseinandersetzung mit der eigenen Unternehmenskultur erfolgt durch die Krankenhausphilosophie.<sup>73</sup> Die Ausgestaltung der Krankenhausphilosophie erfolgt wiederum durch das Krankenhausleitbild. Es wird ein Bild vom Krankenhausbetrieb mit seinen angestrebten Zielen und Verhaltensweisen erstellt. Dort spiegeln sich die grundlegenden Werte und das handlungsleitende Menschenbild wieder. Das Leitbild stellt das oberste Wertesystem des Krankenhauses dar und dient als Richtschnur für laufende Entscheidungen und Handlungen in der Arbeit.<sup>74</sup>

Die Auseinandersetzung mit der Krankenhausphilosophie und Erstellung eines Leitbildes unter Berücksichtigung der Inhalte der Pflgeetheorie von Orem, wie das Menschenbild und ihr Verständnis von Gesundheit und Wohlbefinden können Handlungsbedarf in der Unternehmenskultur aufdecken.

---

<sup>70</sup> vgl. Stratmeyer, 2002, S. 10

<sup>71</sup> vgl. Meleis, 1999, S. 617

<sup>72</sup> vgl. Gudera, 2000, S.185

<sup>73</sup> vgl. Gudera, 2000, S.188

<sup>74</sup> vgl. Gudera, 2000, S.189

Besondere Bedeutung für die Gestaltung der Unternehmenskultur kommt dabei der Identifikation der Unternehmensführung und Führungskräfte der Organisation mit der Krankenhausphilosophie zu. Die von ihnen vorgelebten Wert- und Zielvorstellungen haben entscheidenden Einfluss auf die sozialen Normen im ganzen Unternehmen und lassen den Mitarbeitern beispielhaft deren Verwirklichung wahrnehmen.<sup>75</sup>

#### **Für eine umfassende Einführung der Pflegetheorie bedeutet dies:**

- Die Einführung der Pflegetheorie wurde in eine die Gesamtorganisation umfassende Planung eingebettet.
- Alle an der Patientenversorgung beteiligten Gesundheitsberufe werden in die Einführung der Pflegetheorie integriert.
- Die zentralen Aspekte der Pflegetheorie spiegeln sich im Krankenhausleitbild wieder.
- Die Unternehmensführung und Führungskräfte in der Organisation identifizieren sich mit den Wert- und Zielvorstellungen, die sich aus der Einführung der Pflegetheorie von Orem ergeben und richten ihr Handeln danach aus.

## **4.2 Allgemeine Bedingungen des Projektmanagements**

Bei einer systematischen Einführung der Pflegetheorie nach Dorothea Orem handelt es sich um ein Projekt, das auf einen langen Zeitraum ausgerichtet ist.

Ein Projekt ist ein zielorientiertes, zeitlich eingegrenztes, neuartiges Vorhaben, das ein hohes Maß an Komplexität aufweist und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erfordert.<sup>76</sup> Es wird eine Veränderung der Leistungen oder Strukturen im Betrieb mit einem definierten Ergebnis angestrebt. Das Projektmanagement hat das Ziel, laufende Projekte zielgerichtet und effizient zu gestalten.<sup>77</sup> Dies beinhaltet als wichtige Bestandteile die Aufstellung von projektbezogenen Zielen, die Projektorganisation und die Projektplanung.

---

<sup>75</sup> vgl. Gudera, 2000, S. 190

<sup>76</sup> vgl. Vahs, 2003, S. 183

<sup>77</sup> vgl. Vahs, 2003, S. 183

#### 4.2.1 Projektziele

Um ein Vorhaben effektiv umsetzen zu können, werden Ziele aufgestellt. Ziele werden definiert als „angestrebte Zustände (SOLL- Zustände), die durch die Auswahl und die Umsetzung geeigneter Handlungsalternativen erreicht werden sollen.“<sup>78</sup>

In der Zielformulierung werden die Vorstellungen vom Soll-Zustand präzisiert. Zunächst werden Ziele für das Gesamtkonzept erstellt. Dann werden hieraus abgeleitete spezifische Ziele für Unter- und Teilsysteme erstellt.<sup>79</sup> Diese sollen möglichst operational formuliert werden. Sie sollen also den Zielinhalt, den zeitlichen Bezug sowie das Ausmaß des angestrebten Zustandes beschreiben.<sup>80</sup> Dabei können Ziele in einem Unternehmen unterschiedliche Bedeutungen haben. Nach SCHULTE-ZURHAUSEN<sup>81</sup> können sie dienen

- zur **Orientierung** bei der Bearbeitung von Problemlagen, denn unklare Zielsetzungen ermöglichen keine gezielte Lösungssuche.
- als **Entscheidungshilfe** zur Auswahl der besten Lösung. Auf der Grundlage von konkreten Zielen können Problemlösungen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit beurteilt werden.
- zur **Motivation** von Handelnden. Klare, realistische Ziele, die von den Mitarbeitern getragen werden, können motiviertes Handeln erzeugen.
- als Grundlage für die **Koordination** einzelner Aktivitäten. Gemeinsame Zielsetzungen sind eine Grundlage für koordiniertes Handeln im Unternehmen.
- als Soll-Vorgabe für die **Kontrolle** der Ergebnisse. Der Erfolg oder Misserfolg einer Maßnahme im Unternehmen kann an dem Grad der Zielerreichung beurteilt werden.
- zur **Information**. Sowohl Mitarbeiter als auch externe Personen können anhand der in einem Unternehmen aufgestellten Ziele den Zweck des organisatorischen Handelns erkennen.

---

<sup>78</sup> vgl. Vahs, 2003, S. 10

<sup>79</sup> vgl. Schulte-Zurhausen, 2002, S. 357

<sup>80</sup> vgl. Trill, 2000, S. 175

<sup>81</sup> vgl. Schulte-Zurhausen, 2002, S. 358

Der Zielformulierung im Unternehmen kommt eine tragende Rolle zu. Die Zielformulierung in einem Unternehmen hat den Zweck, neue Zielideen zu finden, diese mit den bestehenden Zielvorstellungen systematisch zu strukturieren, Zielkonflikte zu beseitigen und schließlich Ziele verbindlich festzulegen.<sup>82</sup>

Die Ziele für die Einführung der Pflegelehre nach Orem sollten deshalb nicht nachträglich zur Rechtfertigung schon ausgeführter Handlungen formuliert werden. Sie sollten mit entsprechender Sorgfalt ausgewählt, formuliert und von den betreffenden Mitgliedern akzeptiert werden.

**Für eine umfassende Einführung der Pflegelehre bedeutet dies:**

- Es wurde ein Zielsystem mit Zielen für das Gesamtkonzept und daraus abgeleiteten Teilzielen erstellt.
- Die aufgestellten Projektziele stehen mit den Unternehmenszielen im Einklang.

#### **4.2.2 Projektorganisation**

Unter Projektorganisation sind „alle Regelungen zur Abwicklung von Projekten“<sup>83</sup> zu verstehen. Darunter sind zum Beispiel die Organisationsform, die Auswahl der Projektbeteiligten mit Aufgaben und Kompetenzzuordnungen, sowie der Prozess der organisatorischen Gestaltung zu nennen.

Im weiteren Verlauf werden einige ausgewählte leitungs- und prozessorganisatorische Aspekte hinsichtlich der Einführung der Pflegelehre von Orem behandelt.

Bezüglich der Projektorganisation lassen sich mehrere Formen unterscheiden. Zu nennen sind hier im Wesentlichen die reine Projektorganisation, die Stabs-Projektorganisation und die Matrix-Projektorganisation.<sup>84</sup> Die Unterschiede bestehen im Wesentlichen im Umfang der Weisungs- und Entscheidungsbefugnisse des Projektleiters. Bei der reinen Projektorganisation arbeiten die am Projekt beteiligten Mitarbeiter vollamtlich am Projekt und sind dem Projektleiter direkt unterstellt. Bei der Stabs-Projektorganisation wird die

---

<sup>82</sup> vgl. Schulte-Zurhausen, 2002, S. 358

<sup>83</sup> Schulte-Zurhausen, 2002, S. 391

<sup>84</sup> vgl. Schulte-Zurhausen, 2002, S. 307ff.

bestehende Hierarchie um die Stabstelle des Projektkoordinators erweitert. Sie besitzt streng genommen weder Weisungsbefugnis- noch ein Mitentscheidungsrecht. Ihre Aufgabe liegt in der Koordination der Projektabwicklung durch Terminüberwachung, Kostenkontrolle und sonstiger Projektverfolgung. Bei der Matrixprojektorganisation übernimmt die Projektleitung die Verantwortung für das Projekt. Sie delegiert die Verantwortung von Teilaufgaben an die am Projekt beteiligten Abteilungen. Die Projektmitarbeiter in den Abteilungen bleiben disziplinarisch dem jeweiligen Linienvorgesetzten unterstellt.<sup>85</sup> In der Praxis wird über die geeignete Projektorganisation im Allgemeinen vom Auftraggeber und Projektmanager gemeinsam entschieden.

Welche Organisationsform für die Einführung der Pflegetheorie angemessen ist, hängt von unterschiedlichen Faktoren ab. Hierzu sind beispielsweise die Art, Größe und Dauer der Projektplanung sowie die im Krankenhaus bestehende Organisationsstruktur und die bereits bestehenden Erfahrungen mit Projekten zu nennen.<sup>86</sup>

Ein wichtiger Faktor bei der Projektarbeit ist die Koordinierung der einzelnen Vorgänge im Projekt. Eine optimale Koordination bei ganzheitlicher Sicht des Projekts und ständiger Abstimmung zwischen den einzelnen Stellen verringert sowohl die Projektdauer als auch den Koordinationsaufwand.<sup>87</sup> Hierfür wird im Krankenhaus eine Projektverantwortlichkeit installiert, deren Aufgabe in der Leitung und Koordination des Projekts besteht.

Diese Aufgabe kann intern durch einen Mitarbeiter besetzt werden oder durch einen externen Berater erfolgen. Für seine Aufgabe ist der Projektleiter mit bestimmten Kompetenzen und Verantwortlichkeiten auszustatten. Er sollte über die finanziellen Mittel für das Projekt entscheiden können und projektbezogen über Weisungsbefugnisse und Informationsrecht gegenüber den Projektmitarbeitern verfügen. Er ist für die zielgerichtete und ordnungsgemäße Abwicklung des Projekts zuständig und für eine laufende Berichterstattung gegenüber dem Auftraggeber verantwortlich.<sup>88</sup>

---

<sup>85</sup> vgl. Schulte-Zurhausen, 2002, S. 307ff.

<sup>86</sup> vgl. Vahs, S. 190

<sup>87</sup> Schulte-Zurhausen, S. 306

<sup>88</sup> vgl. Vahs, 2003, S. 185

Bei der Projektbearbeitung können bei Bedarf externe Berater hinzugezogen werden. Dies ist vor allem dann zu empfehlen, wenn im Unternehmen die nötigen fachlichen Kenntnisse oder methodischen Qualifikationen nicht ausreichend verfügbar sind. Es sollte für die Einführung der Pflgeetheorie im Krankenhaus überprüft werden, ob die notwendigen Kenntnisse insbesondere zu den Inhalten der Pflgeetheorie im Krankenhaus vorhanden oder potentiell verfügbar sind. Externe Berater können außerdem ihre Erfahrungen aus anderen ähnlichen Projekten einbringen und die häufig vorhandene Betriebsblindheit aufbrechen. Sie können als Projektleiter eingesetzt werden oder als Sachverständige für bestimmte Teilbereiche hinzugezogen werden.<sup>89</sup>

In vielen Fällen hängt die Lösung von organisatorischen Problemen letztendlich vom Gehalt und Wert der verfügbaren Informationen ab.<sup>90</sup> „Informationen sind zweckgerichtetes Wissen.“<sup>91</sup> Sie bilden die Grundlage für unternehmerische Entscheidungen und verknüpfen die Prozesse in der Organisation miteinander.<sup>92</sup>

Um in einem Krankenhaus Entscheidungen zur Organisationsgestaltung treffen zu können, ist es wichtig, dass die betreffenden Personen über alle entscheidungsrelevanten Informationen verfügen. Das objektiv ermittelte Maß an Informationen richtet sich jeweils nach dem sachlich gerechtfertigten Bedarf an entscheidungs- und handlungsrelevanten Wissen.<sup>93</sup>

Die von dem Projekt betroffenen Mitglieder der Organisation sollten rechtzeitig über die Projektziele und den Projektinhalt informiert werden. Es sollte festgelegt und entschieden werden, welche Informationen an die jeweiligen Mitarbeiter übermittelt werden.

#### **Für eine umfassende Einführung der Pflgeetheorie bedeutet dies:**

- Es wurde eine angemessene Organisationsform für das Projekt implementiert.
- Es hat eine Entscheidung für die Projektleitung und eventuelle externe Beratung stattgefunden.

---

<sup>89</sup> vgl. Schulte-Zurhausen, 2002, S. 402

<sup>90</sup> vgl. Vahs, 2003, S. 409

<sup>91</sup> Vahs, 2003, S. 210

<sup>92</sup> vgl. Vahs, 2003, S. 210

<sup>93</sup> vgl. Vahs, 2003, S. 409

- Die Beteiligten verfügen über das entscheidungs- und handlungsrelevante Wissen zum Projekt

### 4.2.3 Projektplanung

Zu Beginn einer organisatorischen Gestaltungsmaßnahme muss ein Anstoß erfolgen. Maßgeblich hierfür ist, dass bei denjenigen Stellen, die für die Mittelzuweisung verantwortlich sind, ein Problem mit einer gewissen Bedeutung erkannt wird, aus dem ein konkretes Problemlösungshandeln hervorgeht.<sup>94</sup>

Um sich über die Art und den Umfang des bestehenden Problems Klarheit zu verschaffen, wird empfohlen, eine Vorstudie durchzuführen. In relativ kurzer Zeit und mit geringem Aufwand kann hier eine erste Planung zum Zwecke der Entscheidungsfindung durchgeführt werden. In der Vorstudie erfolgen eine Problemeingrenzung, die Erarbeitung eines groben Zielsystems mit alternativen Lösungsprinzipien und eine abschließende Entscheidung über das Rahmenkonzept.<sup>95</sup> Hat diese Entscheidung stattgefunden, wird das Projekt durch einen **Projektauftrag** offiziell eingeleitet.

„Die Projektplanung beinhaltet die vorausschauende Festlegung der zukünftigen Projektdurchführung bezüglich der Aktivitäten, Termine und Ressourcen.“<sup>96</sup> Es werden die Tätigkeiten strukturiert, die zur Zielerreichung dienen.

Ausgehend von einer klaren, eindeutigen Definition des Projektes, werden die Ziele des Projektes dargestellt. Es werden Tätigkeiten zur Erreichung der Projektziele geplant und Projektaufgaben zugeordnet.

Dabei ist bei großen und komplexen organisatorischen Veränderungen eine schrittweise Einführung mit mehreren Teilprojekten zweckmäßig.<sup>97</sup> Die gesamten Teilprojekte zur Einführung der Pflgeetheorie werden durch die Projektorganisation so koordiniert, dass sie ein gemeinsames Gefüge bilden.

Bei einem Organisationsprojekt, das in mehrere Teilprojekte untergliedert ist, sollte für jedes einzelne Projekt ein eigener Projektauftrag formuliert werden. Der Projektleiter sollte den Projektauftrag präzise formulieren. Dieser sollte Angaben zur Aufgabenstellung, den damit verbundenen Zielen, zum Problemfeld in dem die

---

<sup>94</sup> vgl. Vahs, 2003, S. 310

<sup>95</sup> vgl. Vahs, 2003, S. 312

<sup>96</sup> Schulte-Zurhausen, 2002, S. 409

<sup>97</sup> vgl. Vahs, 2003, S. 314

Veränderung vorgenommen werden soll und zu den Rahmenbedingungen beinhalten. Die Rahmenbedingungen umfassen unter anderem die Festlegung der Kompetenzen des Projektleiters, Nennung der Projektmitarbeiter und Grad ihrer Freistellung für die Projektarbeit, Zeitangaben zum Beginn, geplantes Ende und Zwischenterminen und das eingeplante Budget.<sup>98</sup>

Durch eine klare Planung der Vorgehensweise im Projekt mit abgrenzbaren und überschaubaren Teilaufgaben, kann durch eine laufende Kontrolle und Steuerung bei Planabweichungen eingegriffen und somit das Risiko eines Fehlschlages deutlich verringert werden.<sup>99</sup>

Im Rahmen der Projektkontrolle wird der IST-Zustand der Projektdurchführung festgestellt und mit dem SOLL-Zustand verglichen. So können bei Abweichungen frühzeitig Korrekturmaßnahmen eingeleitet werden.

Elemente der Projektkontrolle sind vornehmlich die Ergebnisse der einzelnen Teilaufgaben, der Projektfortschritt und die Entwicklung der Kosten. Diese können je nach Kontrollgröße periodisch oder ereignisgebunden kontrolliert werden.<sup>100</sup> Bei Planabweichungen müssen Maßnahmen zur Beseitigung der eingetretenen SOLL-IST-Abweichungen durchgeführt werden. Wichtig sind hierbei die Analyse der Ursachen und die Auswirkungen auf den weiteren Projektablauf. Sind Störungen durch Maßnahmen der Projektsteuerung nicht zu beseitigen, so ist eine Planänderung vorzunehmen.<sup>101</sup>

### **Für eine umfassende Einführung der Pflegetheorie bedeutet dies:**

- Es wurde eine Entscheidung zur Einführung der Pflegetheorie auf der Grundlage einer Problemstellung getroffen.
- Es wurde ein Projektplan aufgestellt.
- Es wurden Regelungen zur Projektkontrolle und -steuerung festgelegt.

---

<sup>98</sup> vgl. Schulte-Zurhausen, 2002, S. 410f.

<sup>99</sup> vgl. Schulte-Zurhausen, 2002, S. 381

<sup>100</sup> vgl. Schulte-Zurhausen, 2002, S. 441

<sup>101</sup> vgl. Schulte-Zurhausen, 2002, S. 448

## 4.3 Der Pflegebereich

In diesem Kapitel wird der Fokus auf den Pflegebereich im Krankenhaus gelegt. Es werden Angaben zum Zuständigkeitsbereich der Pflege, zur erforderlichen Pflegekompetenz und der Organisationsform gemacht. Aussagen zur Kooperation und Koordination mit den anderen am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen werden aus der Theorie abgeleitet.

### 4.3.1 Zuständigkeitsbereich der Pflege

Wie bereits im ersten Kapitel aufgezeigt wurde, werden Pflgetheorien für unterschiedliche Funktionen entwickelt und angewendet.

In diesem Kontext steht die Theorie als Bezugsrahmen für die Pflegepraxis im Vordergrund. Sie kann den Pflegenden helfen, den Gegenstandsbereich der Pflege zu charakterisieren. Indem Theorien die komplexe Realität der Pflege in eine bestimmte Ordnung bringen, können Pflegenden in die Lage versetzt werden, Zusammenhänge von Phänomenen zu erkennen und auf einer strukturierten Basis zielbewusster zu handeln.

Auch OREM hat sich bei der Entwicklung ihrer Theorie die Aufgabe gestellt, den charakteristischen Gegenstand der Pflege zu beschreiben und die Grenzen der Pflege aufzuzeigen. Ihre Pflgetheorie wird als deskriptive Erklärung dessen verstanden, was Pflege ist, und kann von Pflegenden als Richtlinie für die Praxis genutzt werden.<sup>102</sup>

Sie kritisiert die bestehende lexikographische Definition von Pflege, da sie „keine adäquate Definition des spezialisierten Gesundheitsdienstes Pflege“<sup>103</sup> liefert.

Sie stellt folgende Definition von Pflege (1956) auf:

„Pflege ist eine Kunst, durch die der Pflegenden, also derjenige, der Pflege praktiziert, Personen mit Einschränkungen spezielle Unterstützung gewährleistet, sofern mehr als eine gewöhnliche Unterstützung notwendig ist, um den täglichen Erfordernissen zur Selbstpflege zu entsprechen und um auf intelligente Weise an der medizinischen Versorgung teilzunehmen, die sie durch Ärzte erhalten. Die Kunst der Pflege wird praktiziert, indem für die Person mit der Einschränkung

---

<sup>102</sup> vgl. Orem, 1997, S. 12

<sup>103</sup> Orem, 1997, S. 7

„etwas getan wird“, indem man „ihr hilft, selbst etwas für sich zu tun“ und/oder indem man „ihr hilft zu erlernen, wie sie selbst etwas für sich tun kann“. Pflege wird auch praktiziert, indem man einer kompetenten Person aus der Familie des Patienten oder einem Freund des Patienten hilft zu lernen, „wie man etwas für den Patienten tun kann“. Einen Patienten zu pflegen ist somit eine praktische und didaktische Kunstfertigkeit.“<sup>104</sup>

OREMS Definition von Pflege umfasst sowohl Aspekte der Pflegenden, als auch derjenigen, die Pflege benötigen und sagt etwas über ihre wechselseitige Beziehung aus. Sie definiert die Pflege als eine Kunst mit praktischen und didaktischen Merkmalen und beschreibt die Methoden des Helfens, die Pflegende anwenden.

Unter Selbstpflege versteht Orem die Regulation der eigenen menschlichen Funktionen und Entwicklungen, die für den Erhalt des Lebens, der Gesundheit und des Wohlbefindens notwendig sind.<sup>105</sup> Selbstpflege beinhaltet die Aktivitäten, die eine Person zum Erhalt ihrer Gesundheit initiiert und vollbringt. Unter Selbstpflegetdefizit versteht OREM die Unfähigkeit einer Person, kontinuierlich die eigene Selbstpflege aufrecht zu erhalten. Demnach liegt der Handlungsauftrag der Pflege im Bereich der Fähigkeitsstörungen von Menschen. Der Aufgabenbereich der Medizin hingegen befindet sich primär in der Behandlung von körperlichen Schädigungen eines Individuums.

Den Begriff Gesundheit erweitert OREM von der rein körperlichen Perspektive um die psychologischen, interpersonalen und sozialen Aspekte des Lebens.<sup>106</sup>

Eine Methode des Helfens definiert sie als „eine Serie von Handlungen, um die gesundheitsbedingte Einschränkung von Menschen tatsächlich zu überwinden oder zu kompensieren, damit sie für sich selbst tätig werden, um ihr Funktionieren und ihre Entwicklung oder die der von ihnen Abhängigen zu regulieren.“<sup>107</sup>

Orem beschreibt 5 Methoden des Helfens, die Pflegende anwenden, um die Einschränkungen von anderen Personen zu kompensieren oder zu überwinden. Dies sind:

---

<sup>104</sup> Orem, 1997, S. 7

<sup>105</sup> vgl. Orem, 1997, S. 103

<sup>106</sup> vgl. Orem, 1997, S. 103

<sup>107</sup> Orem, 1997, S.16

1. „Für andere handeln und agieren.
2. Führen und Anleiten.
3. physische und psychologische Unterstützung geben.
4. Ein Umfeld errichten und erhalten, das die persönliche Entwicklung fördert.
5. Unterrichten.“<sup>108</sup>

Pflegekräfte bedienen sich dabei „gebündelter Aktionen“<sup>109</sup>. Das bedeutet, dass die unterschiedlichen Handlungen koordiniert, gleichzeitig durchgeführt oder verknüpft werden müssen. Dafür muss die Person ein Bewusstsein für die Situation entwickeln.

**Für andere handeln und agieren** ist eine Methode, die vom Pflegenden verlangt, seine Handlungen auf die Realisierung spezieller Ziele des Patienten auszurichten. Häufig wird diese Methode angewendet, wenn ein wissenschaftlich begründetes Wissen und spezialisierte Techniken für die Durchführung von Pflegehandlungen erforderlich sind.<sup>110</sup>

Die Methode der **Führung und Anleitung** wird angewendet, wenn Personen entweder eine Wahl treffen müssen oder eine professionelle Führung oder Aufsicht in einem Handlungsverlauf notwendig ist. Die Anleitung muss dann sinnvoll und begründet sein und in Form von Vorschlägen oder Richtlinien erfolgen.<sup>111</sup>

Die **unterstützende Methode** ist dann berechtigt, wenn der Patient mit unangenehmen oder schmerzhaften Situationen konfrontiert ist, um ihn vor Versagen zu schützen und ihm zu helfen, Dinge ohne übermäßigen Stress zu bewältigen. Dafür muss der Pflegende einschätzen können, was der Patient tun oder ertragen kann und wann eingegriffen werden muss. Dies erfordert Klugheit und Verständnis vom Pflegenden.<sup>112</sup>

**Ein für die Entwicklung günstiges Umfeld schaffen**, kann sowohl psychosoziale als auch materielle Aspekte beinhalten. Unter der Berücksichtigung des spezifischen Bedarfs des Patienten und der angestrebten Veränderungen in

---

<sup>108</sup> Orem, 1997, S. 16

<sup>109</sup> Meleis, 1999, S. 609

<sup>110</sup> vgl. Orem, 1997, S. 17

<sup>111</sup> vgl. Orem, 1997, S. 18

<sup>112</sup> vgl. Orem, 1997, S. 18

seinem Gesundheitszustand werden Ressourcen zur Verfügung gestellt, die ihn motivieren, sich angemessene Ziele zu setzen und zu realisieren. Die Effektivität dieser Methode hängt nach OREM „in hohem Maße von der Kreativität des Helfers ab sowie von seinem Verständnis und Wissen über die Menschen und seinem Respekt ihnen gegenüber“.<sup>113</sup>

Die Methode des **Unterrichtens** wird angewendet, wenn Menschen ein bestimmtes Wissen erlangen müssen oder sich bestimmte Fähigkeiten aneignen müssen, um ihren Selbstpflegebedarf zu erfüllen. Diese Methode erfordert vom Pflegenden eine angemessene erzieherische Erfahrung. Er muss den Wissensstand, den Hintergrund und die Erfahrungen des Patienten berücksichtigen und mit einbeziehen, was der Patient denkt und empfindet. Durchgeführt werden kann diese Methode mit dem einzelnen Patienten oder in Form des Gruppenunterrichts.<sup>114</sup>

Die Konzeptualisierung der Pflege nach OREM ist von dynamischer Form. Pflegende treten in personale Situationen ein, um Unterstützung in Form von Pflege zu leisten, nicht jedoch, um allen spezifischen Erfordernissen von Personen gerecht zu werden. Dennoch erbringen sie bei Bedarf auch gewöhnliche Hilfsmassnahmen, wie das Besorgen von Zeitschriften oder die Weiterleitung von Informationen für den Patienten. Pflegende überschreiten dabei nicht die Grenzen anderer helfender Dienstleistungen und leisten keine Tätigkeiten, für die sie nicht qualifiziert sind. In diesem Falle helfen sie Menschen bei der Sicherstellung notwendiger Unterstützung durch andere spezialisierte Dienste.<sup>115</sup>

In einer Liste, die Orem 1976 erstellt hat und 1994 das letzte mal überarbeitet hat, beschreibt sie folgende Tätigkeiten von Pflegenden<sup>116</sup>:

- Aufbauen und Aufrechterhalten von interaktiven Beziehungen mit Patienten oder Dependenzpflegenden.
- Bestimmung von Art und Umfang sofortiger und kontinuierlicher Pflege.

---

<sup>113</sup> Orem, 1997, S. 20

<sup>114</sup> vgl. Orem, 1997, S. 21

<sup>115</sup> vgl. Orem, 1997, S. 22

<sup>116</sup> vgl. Orem, 1997, S. 8

- Bestimmen, Planen und Aufrechterhalten von Systemen pflegerischer Versorgung.
- Kontrollieren der Qualität pflegerischer Versorgung im Hinblick auf die angestrebten und erreichten Ergebnisse.
- Koordination der Pflege.
- Koordination der verschiedenen Versorgungssysteme mit der Pflege.
- Entlassen der Personen aus der Betreuung durch Pflegende, mit oder ohne weitere Beratung durch Pflegende.

Pflegende arbeiten im Falle des Bestehens eines Dependenzpflegesystems mit den Dependenzpflege-Handelnden zusammen. Dann kann auch eine Form von Pflegeberatung erforderlich sein, um die Beziehungen zwischen den an der Pflege Beteiligten zu erleichtern oder um einen Dependenzpflege-Handelnden bei spezifischen pflegerelevanten Fragen zu unterstützen.<sup>117</sup>

Nach OREM müssen Pflegende den Bereich und die Grenzen der Pflege verstehen und erhalten. Gleichzeitig sollen sie ihre pflegerischen Aktivitäten mit den anderen im Gesundheitsdienst tätigen Berufsgruppen koordinieren.<sup>118</sup> Das bedeutet, dass Pflegekräfte beispielsweise nicht als Schreibkräfte, Empfangspersonal oder zum Transport von Patienten eingesetzt werden sollen. Es sei denn, während des Transports ist eine pflegerische Betreuung notwendig. Pflegende sollen nach ihren Aussagen pflegeorientiert und somit patientenorientiert tätig sein.<sup>119</sup>

#### **Für eine umfassende Einführung der Pflgetheorie bedeutet dies:**

- Pflegende wenden in der Pflegepraxis die Methoden des Helfens strukturiert und patientenorientiert an.
- Dependenzpflege-Handelnde werden in den Pflegeprozess einbezogen.
- Die Tätigkeit der Pflegenden richtet sich auf ihren pflegeeigenen Aufgabenbereich.

---

<sup>117</sup> vgl. Orem, 1997, S. 439

<sup>118</sup> vgl. Orem, 1997, S. 438

<sup>119</sup> vgl. Orem, 1997, S. 438

### 4.3.2 Pflegekompetenz

Die wichtigste Aufgabe von Pflegenden besteht nach Orem darin, „Pfleger in Übereinstimmung mit den Erfordernissen zu leisten, die Menschen bei der Übernahme von Verantwortung, Umsetzung und Organisation ihrer gesundheitsbezogenen Selbstpflege haben.“<sup>120</sup>

Der Begriff der Pflegekompetenz entstand auf der Grundlage der Idee, dass Pfleger in bestimmten Situationen bestimmte Fähigkeiten brauchen, um effektive Pflege leisten zu können. Pflegekompetenz wird dabei als Potential angesehen, dass Pfleger durch Ausbildung, Weiterbildung und durch Erfahrungen in der Pflegepraxis erlangen. Pflegekompetenz ist ein Set von Fähigkeiten, die von Pflegenden in Zusammenarbeit mit Personen, die einen rechtmäßigen Pflegebedarf haben, durchgeführt wird.<sup>121</sup>

OREM gibt Vorschläge bezüglich wünschenswerter Charakteristika von Pflegenden, die sie in drei Kategorien unterteilt. Dies sind:

- Soziale
- Interpersonale und
- Technologische Charakteristika.<sup>122</sup>

Unter **sozialen** Charakteristika versteht sie beispielsweise ausreichende soziale Fähigkeiten, insbesondere Kommunikationsfähigkeiten, die Kenntnis und das Verständnis von kulturellen Unterschieden zwischen verschiedenen Personengruppen, die respektvolle Akzeptanz der eigenen Person und anderer sowie die verantwortliche Übernahme der Pflege von Individuen.<sup>123</sup>

**Interpersonale** Charakteristika beinhalten zum Beispiel die ausreichende Information über die psychosozialen Dimensionen eines Individuums, die Kenntnis von Bedingungen, die zur Entwicklung von helfenden Beziehungen notwendig sind und das Interesse an der Wahrnehmung und Lösung von menschlichen Problemen.<sup>124</sup>

---

<sup>120</sup> Orem, 1997, S. 71

<sup>121</sup> vgl. Orem, 1997, S. 271

<sup>122</sup> vgl. Orem, 1997, S. 272

<sup>123</sup> vgl. Orem, 1997, S. 272

<sup>124</sup> vgl. Orem, 1997, S. 272f.

Die **technologischen** Charakteristika letztendlich beinhalten die Techniken zur Gestaltung des Pflegeprozesses, Pflegediagnose und –verordnung, die Erfahrung mit der Anwendung verlässlicher Techniken in der Pflegepraxis und die Auswertung der Ergebnisse. Dies beinhaltet auch die spezialisierte Aus- und Weiterbildung im eigenen Bereich der Pflegepraxis.<sup>125</sup>

Pflegekompetenz hängt nach OREM von folgenden Faktoren ab<sup>126</sup>:

- Vorbildung
- Orientierung an der Praxis
- Beherrschung praxisrelevanter Techniken
- Fähigkeit Andere zu akzeptieren, mit ihnen zu arbeiten und sie zu betreuen

Für die kompetente Erfüllung ihrer Aufgabe ist es erforderlich, dass die Pflegenden sich ein strukturiertes Wissen aneignen. Durch die Pflegewissenschaft wird pflegerelevantes Wissen kontinuierlich für die Praxis formuliert und bestätigt, so dass es für Pflegenden erforderlich ist, sich regelmäßig neue Wissensstände anzueignen und somit ihre eigene Wissensbasis zu erweitern. Andernfalls berufen sich Pflegenden ohne Pflegewissen auf ihren „gesunden Menschenverstand“. Dieses Wissen leitet sich jedoch nicht aus den Erkenntnissen der Pflegewissenschaft ab.<sup>127</sup>

Pflegenden sind in einer Position, in der sie über Wissen aus vielen Bereichen verfügen müssen, um in die Lage versetzt zu werden, Patienten in Richtung eines ganzheitlichen Gesundheitszustands zu bringen.<sup>128</sup> Der spezialisierte Gesundheitsdienst Pflege erfordert abgeleitet aus den Methoden des Helfens von Pflegenden nicht nur ein wissenschaftlich begründetes Wissen und praktische Techniken, sondern auch Aspekte wie Verständnis und Respekt gegenüber dem Menschen, Klugheit, Kreativität und erzieherische Erfahrung.

Der Bedarf an Pflegekompetenz variiert innerhalb einer bestimmten Bandbreite. In praktischen Pflegesituationen richtet sich die erforderliche Pflegekompetenz jeweils nach Art und Umfang des patientenbezogenen Bedarfs an Pflege.

---

<sup>125</sup> vgl. Orem, 1997, S. 273f.

<sup>126</sup> vgl. Chinn / Kramer, 1995, S. 193

<sup>127</sup> vgl. Orem, 1997, S. 6

<sup>128</sup> vgl. Orem, 1997, S. 105

Manchmal werden Pflegekräfte gebraucht, die sich auf bestimmte Bereiche der Pflegepraxis spezialisiert haben. Deshalb sollten die in der Praxis tätigen Pflegekräfte selbst beurteilen und reflektieren können, wann ihre pflegerischen Fähigkeiten bei der pflegerischen Unterstützung des Patienten nicht mehr angemessen sind.<sup>129</sup>

**Für eine umfassende Einführung der Pflgetheorie bedeutet dies:**

- Es besteht ein Fort- und Weiterbildungswesen im Krankenhaus, das sich nach den spezifischen Anforderungen und Bedürfnissen der Pflegenden richtet.
- Es gibt Pflegenden die sich auf bestimmte Bereiche der Pflegepraxis spezialisiert haben. Dieses spezialisierte Wissen wird bedarfsbezogen eingesetzt.

**4.3.3 Pflegeorganisation**

Die Ablauforganisation der Pflege richtet sich nach der Gestaltung des Pflegeprozesses.

Der Pflegeprozess ist ein Problemlösungsprozess, der den Pflegekräften hilft, Entscheidungen in Form von Pflegediagnosen für den Patienten zu treffen. Die Pflgetheorie fungiert als Rahmen für die Erstellung und Nutzung von Instrumenten innerhalb des Pflegeprozesses.

Prozess wird nach OREM „im Sinne einer kontinuierlichen und regelmäßigen Sequenz von zielorientierten, bewusst durchgeführten Handlungen einer bestimmten Art verstanden, die auf bestimmte Art und Weise durchgeführt wird“.<sup>130</sup>

Der Pflegeprozess nach Orem wird untergliedert in diagnostische, verordnende, regulatorische bzw. behandlungsbezogene Verfahren und Kontrollverfahren.<sup>131</sup> Als Verfahren wird hier die Gesamtheit der professionellen Vorgehensweisen von Pflegenden bezeichnet. Die einzelnen Verfahren werden im Folgenden erläutert.

---

<sup>129</sup> vgl. Orem, 1997, S. 314

<sup>130</sup> Orem, 1997, S. 292

<sup>131</sup> vgl. Orem, 1997, S. 292

Bei der **Pflegediagnose und -verordnung** geht es zunächst darum, eine angemessene Datenbasis zu schaffen, auf deren Grundlage der Pflegende geeignete Entscheidungen und Urteile darüber treffen kann, ob eine Person professioneller Pflege bedarf. Es werden Informationen über den Patienten auf unterschiedliche Arten gesammelt. Dies beinhaltet auch die Beobachtung und Sammlung von subjektiven Informationen des Patienten. Diagnostische Verfahren befassen sich mit der Beschreibung gegebener Sachverhalte und mit der Erklärung von kausalen Zusammenhängen.<sup>132</sup> Die erworbenen Daten sollen die Einschätzung aller grundlegenden Bedingungsfaktoren, die Bestimmung des situativen Selbstpflegebedarfs, die Analyse der Selbstpflegekompetenz und die Bestimmung des Selbstpflegedefizits ermöglichen.<sup>133</sup>

Im Rahmen der verordnenden Verfahren wird in Übereinstimmung von Patient, verantwortlicher Pflegekraft und anderer relevanter Personen festgelegt, welche Maßnahmen mit welchen Ergebnissen durchgeführt werden sollen und welche Rolle der Patient, die Pflegende und Dependenz-Pflegende im Handlungsablauf einnehmen sollen.<sup>134</sup>

Bei der Informationssammlung und der Pflegeverordnung können geeignete Instrumente, die den Anforderungen der Pflegetheorie gerecht werden, zur Unterstützung dienen.

Die **Regulations- und Behandlungsverfahren** werden durchgeführt, um pflegerische Ergebnisse für die Personen in legitimen Pflegesituationen zu erzielen. Der Pflegende initiiert hier die festgelegten Handlungen und führt sie durch. Diese Handlungen können regelmäßig oder kontinuierlich erforderlich sein und werden von den Pflegenden in Kooperation mit dem Patienten und Dependenzpflegehandelnden ausgeführt.

Die Umsetzung eines effektiven Pflegesystems kann Möglichkeiten schaffen, die Verhaltensweisen von Pflegenden und Patienten so zu koordinieren, dass angemessene pflegerische Ziele umgesetzt werden können.<sup>135</sup> Die Pflegenden können durch ihre Aktivitäten den Patienten helfen, ihren situativen Selbstpflegebedarf zu erfüllen.

---

<sup>132</sup> vgl. Bekel, 2003, S. 167

<sup>133</sup> vgl. Orem, 1997, S. 294

<sup>134</sup> vgl. Orem, 1997, S. 296

<sup>135</sup> vgl. Orem, 1997, S. 303

Im Rahmen der **Kontrollverfahren** werden Beobachtungen und Beurteilungen durchgeführt, um zu entscheiden, ob die festgelegten Pflegemaßnahmen für den Patienten regelmäßig oder kontinuierlich durchgeführt wurden, ob die geplanten Maßnahmen noch gültig sind, in Übereinstimmung mit dem Zustand des Patienten stehen und ob die aufgestellten Ergebnisse erzielt wurden. Kontrollverfahren können situationsbezogen, in bestimmten Intervallen sowie vor der Entlassung aus der Pflege oder Überweisung in einen anderen pflegerischen Dienst erfolgen.

Die Aufstellung eines Pflegesystems erfordert die Präsenz von Pflegenden, die den Patienten und seinen spezifischen Bedarf an Pflege kennen. Sie bestimmen die besonderen Erfordernisse eines Patienten, gestalten die Systeme zur pflegerischen Betreuung und übernehmen eine dauerhafte Verantwortung für die Pflege des Patienten.<sup>136</sup>

Pflegende und Patient bauen optimalerweise während des Aufenthalts des Patienten im Krankenhaus eine Beziehung gegenseitigen Respekts und Vertrauens auf. Dabei legt die Pflegende die Häufigkeit sowie Art und Umfang der Kontakte mit den Patienten und deren Familien fest, die notwendig für die Bestimmung und Erfüllung der pflegerischen Erfordernisse sind.<sup>137</sup>

Die zuständige Pflegekraft gestaltet demnach den Pflegeprozess eigenverantwortlich. Sie ist für die Planung, Realisierung und Kontrolle im Pflegeprozess zuständig. Sie koordiniert die pflegerische Versorgung des Patienten, wenn die Pflege durch verschiedene Personen ausgeführt wird. Darüber hinaus ist sie für die Koordination des gesamten Versorgungsprozesses des Patienten im Krankenhaus zuständig. Sie entlässt den Patienten aus der pflegerischen Betreuung und organisiert bei Bedarf die weitere Beratung des Patienten oder der pflegenden Angehörigen.

Bei der Umsetzung der Pflege können die Pflegekräfte alleine oder gemeinsam mit Hilfskräften tätig sein. OREM legt in ihrem Werk keine bestimmte

---

<sup>136</sup> vgl. Orem, 1997, S. 65

<sup>137</sup> vgl. Orem, 1997, S. 63

Pflegeorganisationsform fest. Sie beschreibt jedoch zwei Arten von pflegerischen Teams.<sup>138</sup>

In dem einen Pflgeteam übernimmt eine besonders qualifizierte Pflegekraft die Führungsrolle. Die anderen Pflegekräfte sind auf gehobenem Niveau qualifiziert, besitzen jedoch als Berufseinsteiger noch wenig Pflegeerfahrung. Unter Anleitung und Anweisung der Pflegeexpertin können sie weitere pflegerische Erfahrung sammeln, indem sie in stetig komplexere Pflegesituationen eingeführt werden. Diese Struktur eines Pflgeteams ist dann erforderlich, wenn der Pflegebedarf der Patienten sehr komplex ist, und wenn die ausgebildeten Pflegekräfte die Möglichkeit erhalten sollen, ein ausgeprägtes Maß an Praxisfähigkeit zu erlangen.

In der zweiten Art von Pflgeteam verfügt die in der Führungsrolle tätige Pflegekraft über ein umfangreiches Wissen und Erfahrung mit Patienten, die bestimmte Formen von Selbstpflgedefiziten aufweisen. Andere Pflegekräfte, die mit ihr zusammen arbeiten, sind weniger qualifiziert und übernehmen eher ausführende Tätigkeiten. Die pflegediagnostischen und –verordnenden Verfahren stehen unter primärer Verantwortung der leitenden Pflegekraft. Die anderen Pflegekräfte sind in die kontinuierliche Gewährleistung der festgelegten Pflegemaßnahmen integriert. Dieses Pflgeteam ist dann zweckmäßig, wenn die Pflegeanforderungen der Patienten für einen bestimmten Zeitraum vorhersehbar sind.

OREM stellt diese beiden Arten von Teams unter der Prämisse vor, dass in Pflegeeinrichtungen Pflegekräfte mit unterschiedlichen Qualifikationsniveaus tätig sind, wie es in den USA der Fall ist.

**Für eine umfassende Einführung der Pflegetheorie bedeutet dies:**

- Der Pflegeprozess ist nach den aufgestellten Verfahren von OREM ausgerichtet.
- Es besteht eine Verantwortlichkeit von Pflegekräften im Pflegeprozess.
- Die Ausgestaltung der Pflegeorganisationsform richtet sich nach den spezifischen Pflegeanforderungen der Patienten im Pflegebereich.

---

<sup>138</sup> vgl. Orem, 1997, S 440f.

#### 4.3.4 Kooperation und Koordination

Kooperieren bedeutet nach Orem, „bei der Umsetzung gemeinsamer Ziele zusammenzuarbeiten. In einer Situation, die eine Kooperation oder gemeinsame Handlungen von Personen erfordern, müssen diese zusammen handeln, um ein gemeinsames Ziel zu erreichen, und sie müssen ihre Bemühungen aufeinander abstimmen, so dass die Handlungen miteinander harmonisieren und zur Zielerreichung beitragen.“<sup>139</sup>

Ein organisiertes Gesundheitsteam nach Orem entsteht durch gemeinsame Ziele, kooperative Beziehungen und koordinierte Aktivitäten. In einem organisiertem Team besteht eine Gruppenidentität, die einzelnen Rollen und Fähigkeiten der Beteiligten werden respektiert und jedes einzelne Gruppenmitglied sieht seine Rolle in Verbindung mit der Umsetzung von geplanten Gesundheitsergebnissen für den Patienten. Diese Organisation eines Teams erfordert nach Orem Zeit und spezielle Anstrengungen von Seiten aller Beteiligten.<sup>140</sup>

OREM stellt in ihrer Theorie den Mensch in den Mittelpunkt. Damit werden die Prozesse auf die Versorgung des Patienten ausgerichtet und nicht auf die isoliert betrachteten Interessen der einzelnen Berufsgruppen. Sie weist die medizinische Perspektive nicht zurück, sondern integriert sie eher. Sie möchte die Pflegepraxis auf der medizinischen Perspektive aufbauen.<sup>141</sup>

Die Fachsprache der Gesundheitswissenschaften erleichtert nach ihren Aussagen die Kommunikation zwischen den einzelnen Disziplinen untereinander. Deshalb müssen bestimmte Begriffe, die spezifisch für einen Gesundheitsberuf sind möglicherweise für andere Berufsgruppen transparent gemacht werden.

Die konzeptuellen Begrifflichkeiten der Pflgetheorie nach D. Orem können für die pflegerische Arbeit als Kommunikationsgrundlage dienen. Aus diesem Grunde sollten sie den anderen am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen verdeutlicht werden.

---

<sup>139</sup> Orem, 1997, S. 317

<sup>140</sup> vgl. Orem, 1997, S. 372

<sup>141</sup> vgl. Meleis, 1999, S. 617

**Für eine umfassende Einführung der Pflegetheorie bedeutet dies:**

- Es bestehen Anstrengungen aller Beteiligten zur Entwicklung bzw. Aufrechterhaltung eines organisierten Gesundheitsteams mit gemeinsamen Zielen, kooperativen Beziehungen und koordinierten Aktivitäten.
- Die konzeptuellen Begrifflichkeiten der Pflegetheorie nach Orem sind für die anderen am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen transparent.

## **5 Abgleich mit der Praxis**

In diesem Kapitel sollen die erarbeiteten Bedingungen zur Einführung der Pflgeetheorie von Orem mit der Praxis abgeglichen werden.

Die nach jedem Kapitel zusammenfassend aufgestellten Bezüge zur Praxis werden mit der tatsächlichen Situation im Marienkrankenhaus verglichen.

Bevor mit dem eigentlichen Abgleich begonnen wird, wird die Praxiseinrichtung Marienkrankenhaus kurz vorgestellt.

Die Informationen für den Abgleich der Praxis wurden herangezogen aus Analysen von bestehenden Dokumenten im Marienkrankenhaus, Gesprächen mit Mitgliedern der Unternehmensleitung und eigenen Erfahrungen im Rahmen von Tätigkeiten im Marienkrankenhaus.

### **5.1 Vorstellung der Praxiseinrichtung**

Das Marienkrankenhaus hat die Rechtsform einer gemeinnützigen GmbH und wird unter unternehmerischen Gesichtspunkten geführt. Die Anteilseigner sind die römisch-katholischen Kirchengemeinden in Hamburg sowie das Erzbistum Hamburg.

Als ein Haus der Schwerpunktversorgung verfügt es über zehn klinische Fachabteilungen mit mehreren Ambulanzen und Instituten. Mit 561 Betten versorgt das Marienkrankenhaus jährlich 22.000 stationäre und 30.000 ambulante Patienten.<sup>142</sup>

Die Pflegedirektorin, der ärztliche Direktor und der kaufmännische Direktor stellen die kollegiale Leitung des Krankenhauses dar. Übergeordnet befindet sich die Geschäftsführung.

Die institutionelle Ausgestaltung im Krankenhaus erfolgt nach der klassischen berufsständischen Versäulung mit dem Leitungsgremium, bestehend aus dem ärztlichen Direktor, dem Verwaltungsdirektor, der Pflegedirektorin und der Oberin.<sup>143</sup> Durch diese Struktur der Krankenhausleitung soll die interdisziplinäre Koordination des Krankenhauses gefördert werden und die Sachkompetenz des Leitungsgremiums aufgewertet werden. Den einzelnen Gremiumsmitgliedern

---

<sup>142</sup> vgl. Strukturierter Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2004, S. 2

<sup>143</sup> vgl. Organigramm des Kath. Marienkrankenhauses gGmbH (Anhang 1)

werden Aufgabengebiete für den jeweiligen Bereich zugeordnet. Darüber hinaus treffen sie die gesamten unternehmerischen Entscheidungen, sofern sie nicht dem Träger vorbehalten sind.

Strategische und grundsätzliche Themen werden in den Krankenhausleitungen besprochen und zur Entscheidung gestellt. Anwesende sind der Geschäftsführer und die Krankenhausleitung.

Der Pflegedirektion im Marienkrankenhaus werden 5 Stabstellen zugeordnet. Diese sind die Stabstellen Qualitätsmanagement (Pflege), EDV-Pflege, Pflegecontrolling, Wundmanagement und Praxisanleitung.<sup>144</sup>

Die Bereichsleitungen übernehmen die Leitung der klinischen Bereiche. Sie treffen für die Mitarbeiter in dem jeweiligen Bereich alle wichtigen Entscheidungen im Rahmen der ihnen zugewiesenen Kompetenzen.<sup>145</sup> Die Bereichsleitungen arbeiten sehr eng mit den jeweiligen Chefärzten zusammen. Dieses äußert sich beispielsweise durch die gemeinsame jährliche Zielplanung für die Kliniken.

Nachgeordnete Stellen der Bereichsleitung sind die Pflegefachleitungen und Fachbeauftragten im Pflegebereich. Sie leisten Unterstützung bei der Umsetzung von pflegefachlichen und organisatorischen Aufgaben.<sup>146</sup>

Im weiteren Verlauf werden die zusammengefassten Bedingungen zur umfassenden Einführung der Pflgetheorie mit den bestehenden Bedingungen im Marienkrankenhaus in Verbindung gesetzt.

## 5.2 Allgemeine Organisationsbedingungen im Krankenhaus

- **Die Einführung der Pflgetheorie wurde in eine die Gesamtorganisation umfassende Planung eingebettet.**

Die Leitung des Marienkrankenhauses zielt darauf hin, die Konzeption ihres Hauses in Richtung eines Gesundheitszentrums auszubauen. Im Qualitätsbericht heißt es hierzu:

---

<sup>144</sup> vgl. Stellenbeschreibung Bereichsleitung (Anhang 2)

<sup>145</sup> vgl. Organigramm -Pflegebereich- des Kath. Marienkrankenhauses gGmbH (Anhang 3)

<sup>146</sup> vgl. Stellenbeschreibungen Pflegefachleitung / Fachbeauftragte/r im Pflegebereich (Anhang 4 und 5)

„Wir werden auch zukünftig unsere Position als ein über die Grenzen Hamburgs bekanntes Gesundheitszentrum auf- und ausbauen, indem gesunde und kranke Menschen in jeder Lebensphase individuelle und umfassende Behandlung, Betreuung und Beratung von hoher Qualität erfahren.“<sup>147</sup> Als Beispiele für die Entwicklung zu einem Gesundheitszentrum sind die erfolgreiche Angliederung eines ambulanten Pflegedienstes als Tochterunternehmen, die Hausbesuche der physikalischen Therapeuten nach dem Krankenhausaufenthalt und der Verkauf von Sanitätsartikeln über das Marienkrankenhaus zu nennen.<sup>148</sup>

Des Weiteren wird nach Aussagen der Pflegedirektorin hinsichtlich der wirtschaftlichen Problematik, die sich im Gesundheitssektor einstellt, die Zukunft für das Marienkrankenhaus voraussichtlich so aussehen, dass weniger examinierte Pflegekräfte und mehr Hilfskräfte beschäftigt werden. Es wird eine Mischung aus sehr gut qualifizierten examinierten Pflegekräften und Pflegehilfskräften geben.<sup>149</sup>

Diese Problematiken bzw. Herausforderungen führten zur kritischen Reflexion der pflegetheoretischen Grundlage im Marienkrankenhaus durch die Pflegedirektorin. Die bisherige pflegetheoretische Grundlage setzte sich aus Konzepten der Pflegetheorien von Juchli und Rooper zusammen.<sup>150</sup> Diese Theorien sind nach ihren Aussagen jedoch nicht mehr zeitgemäß, da sie relativ starr sind.

Nach intensiver Auseinandersetzung mit der Pflegetheorie von D. Orem durch die Pflegedirektorin wurde eine Entscheidung für diese Theorie getroffen. Die Theorie bildet nach ihren Aussagen die gesamte Bandbreite der Pflege ab, während des Krankenhausaufenthalts und darüber hinaus.<sup>151</sup>

---

<sup>147</sup> Strukturiertes Qualitätsbericht, S. 2

<sup>148</sup> vgl. Gesprächsprotokoll Geschäftsführer (Anhang 8)

<sup>149</sup> vgl. Gesprächsprotokoll Pflegedirektorin (Anhang 6)

<sup>150</sup> vgl. Gesprächsprotokoll Pflegedirektorin (Anhang 6)

<sup>151</sup> vgl. Gesprächsprotokoll Pflegedirektorin (Anhang 6)

➤ **Alle an der Patientenversorgung beteiligten Gesundheitsberufe werden in die Einführung der Pflegetheorie integriert.**

Das Projekt zur Einführung der Pflegetheorie von Orem wurde vor circa zwei Jahren in der Krankenhausleitungssitzung von der Pflegedirektorin zur Entscheidung gestellt.<sup>152</sup>

Es hat eine Begründung zum Nutzen der Pflegetheorie stattgefunden. Diese bezog sich auf Vorstellungen zur Umsetzungsplanung in Bezug auf die zukünftige Organisationsform der Pflege. Es wird eine ressourcenorientierte und patientenorientierte Gestaltung der Pflegeorganisation angestrebt.<sup>153</sup> Die Mitglieder der Krankenhausleitung haben nach eigenen Aussagen zum jetzigen Zeitpunkt noch wenige Informationen zu Inhalten der Theorie und Auswirkungen der Einführung der Theorie auf andere Bereiche der Patientenversorgung, beispielsweise auf den ärztlichen Bereich erhalten.<sup>154</sup> In der Krankenhausleitung wurde über die Einführung der Theorie im pflegerischen Bereich einvernehmlich entschieden.

Die finanziellen Ressourcen für die Einführung der Pflegetheorie werden aus dem Budget des Pflegebereichs eingesetzt. Über Einzelprojekte zur Einführung der Theorie, die Schnittstellen mit anderen Gesundheitsberufsgruppen betreffen, wird gemeinsam entschieden.<sup>155</sup>

Auch Informationsveranstaltungen zur Pflegetheorie sind hauptsächlich für den pflegerischen Bereich durchgeführt worden. Bereits im Sommer 2004 wurden Informationsveranstaltungen für die Pflegekräfte der chirurgischen Kliniken durchgeführt. Seit Juni 2005 arbeitet in diesem Bereich eine Projektgruppe an der Entwicklung und Erprobung von Instrumenten für den Pflegeprozess nach Orem. Zur direkten Einführung der Instrumente in den Kliniken wurden Anfang März 2006 Auffrischkurse zu Inhalten und Umsetzung der theoretischen Konzepte gehalten. Praxisanleitungen zur Implementierung der entwickelten Instrumente sind geplant.

---

<sup>152</sup> vgl. Gesprächsprotokoll Direktor der Verwaltung (Anhang 7)

<sup>153</sup> vgl. Gesprächsprotokoll Direktor der Verwaltung (Anhang 7)

<sup>154</sup> vgl. Gesprächsprotokoll Direktor der Verwaltung (Anhang 7)

<sup>155</sup> vgl. Gesprächsprotokoll Pflegedirektorin (Anhang 6)

➤ **Die Grundgedanken der Pflegetheorie spiegeln sich im Krankenhausleitbild wieder.**

Den Grundstein für das Marienkrankenhaus legten vor über 140 Jahren die Schwestern des Ordens vom heiligen Karl Borromäus. Sie legten ein Gelübde ab, „sich jederzeit jedem, der fremder Hilfe bedarf, in Barmherzigkeit zuzuwenden.“<sup>156</sup> Abgeleitet von diesem Versprechen lautet der formulierte Leitgedanke des Hauses:

„In den Tagen des Krankseins möchten wir unseren Patienten umfassende Hilfe leisten.“<sup>157</sup>

Auf der Grundlage dieses Fundaments hat sich das Marienkrankenhaus zu einem modernen medizinischen Dienstleistungsunternehmen weiterentwickelt.

Ein Auszug aus dem Leitbild lautet:

„Im Mittelpunkt unseres Handelns steht der Patient. Diesen Versorgen wir mit Kompetenz und Nächstenliebe.“<sup>158</sup>

Im Leitbild werden die Strategien dargestellt, die genutzt werden, um dieses Ziel zu erreichen. Hierunter befinden sich Aussagen mit Aspekten wie Verantwortung, Qualitätsmanagement, Motivation, Öffentlichkeitsarbeit, Leistungsförderung und Wirtschaftlichkeit.

Außerdem wird das Grundverständnis im Einsatz für den Patienten dargestellt. Die Mitarbeiter des Marienkrankenhauses verstehen ihren Einsatz demnach:

- Fortschrittlich
- Human
- Verlässlich und
- Wertschätzend.

Angesprochen wird hier eine ganzheitliche Behandlung mit dem Ziel einer umfassenden körperlichen und seelischen Genesung. Im Leitbild werden sowohl Patienten als auch deren Angehörige angesprochen.

Letztendlich wird der Umgang miteinander dargestellt unter den Aspekten:

---

<sup>156</sup> Strukturiertes Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2004, S. 2

<sup>157</sup> Strukturiertes Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2004, S. 2

<sup>158</sup> Das Leitbild des Marienkrankenhauses

- Was gefördert und gefordert wird,
- Wie sich in der Arbeit begegnet wird und
- Wie man sich gegenseitig motiviert.

Es werden hier unter anderem Aspekte, wie die Bereitschaft, sich fort- und weiterzubilden, fachliche und soziale Kompetenz, Teamfähigkeit und Flexibilität, Kooperation und Partnerschaftlichkeit sowie Eigenverantwortung und Selbständigkeit aufgeführt.

Das Leitbild wird an vielen zentralen Stellen im Marienkrankenhaus ausgehängt. Es besteht eine Leitbildkommission, die das Leitbild regelmäßig aktualisiert.<sup>159</sup>

Es lassen sich einzelne Aspekte der Theorie im Leitbild erkennen, wie beispielsweise die Einbeziehung der Angehörigen, die ganzheitliche Behandlung des Patienten sowie die Teamfähigkeit und Kooperation der Mitarbeiter. Es ist jedoch keine explizite Ausrichtung des Leitbildes an der Pflgeetheorie erkennbar.

- **Die Unternehmensführung und Leitungskräfte in der Organisation identifizieren sich mit den Wert- und Zielvorstellungen, die sich aus der Einführung der Pflgeetheorie nach Orem ergeben und richten ihr Handeln daran aus.**

Wie oben bereits erwähnt, verfügt die Geschäftsführung und Unternehmensleitung derzeit noch über wenige Informationen zur Theorie.

Auf der Ebene der Bereichsleitungen, Pflegefachleitungen und Fachbeauftragten wurden Informationen vorwiegend in den chirurgischen Kliniken übermittelt, da in diesem Bereich Projekte zur Einführung der Theorie in Zusammenarbeit mit der HAW Hamburg stattgefunden haben. Die Bereichsleitungen der weiteren Kliniken im Marienkrankenhaus wurden über Verlauf und Ergebnisse dieser Projekte in Form von Präsentationen informiert.

Zum Juni 2004 wurden die Pflegeziele des Marienkrankenhauses<sup>160</sup> in Anlehnung an das Leitbild und die Pflgeetheorie von Orem überarbeitet. Leitgedanke der Pflegeziele im Marienkrankenhaus ist die „Professionelle Pflege mit Herz“. Hierzu werden drei Unterziele mit dazugehörigen Handlungen beschrieben. Das erste

---

<sup>159</sup> vgl. Gesprächsprotokoll Geschäftsführer (Anhang 8)

<sup>160</sup> vgl. Pflegeziele des Marienkrankenhauses (Anhang 9)

Ziel, die Förderung und Erhaltung der größtmöglichen Gesundheit und Selbständigkeit der anvertrauten Patienten, beinhaltet beispielsweise unter anderem die Ausrichtung an den individuellen Bedürfnissen und Ressourcen der Patienten und die gemeinsame Planung des Pflegeprozesses mit dem Patienten. Auch Zusammenarbeit zwischen Patienten, ihren Angehörigen und allen an der Behandlung und Betreuung beteiligten Mitarbeitern soll unterstützt und gefördert werden. Die Angehörigen der Patienten werden gerne in die Planung und Gestaltung des Pflegeprozesses einbezogen und in der Durchführung von Pflegemaßnahmen angeleitet.

Dieses, durch eine Arbeitsgruppe erstellte Pflegeleitbild, beinhaltet demnach aus der Pflegetheorie abgeleitete Zielvorstellungen, die mit dem Leitbild des Marienkrankenhauses in Verbindung gesetzt wurden.

Die Unternehmensführung sowie die Leitungskräfte können sich zum gegebenen Zeitpunkt nur begrenzt mit den Inhalten der Theorie und damit verbunden Wert- und Zielvorstellungen identifizieren, da die derzeit vorhandenen pflegetheoretischen Kenntnisse hierzu noch nicht ausreichend sind.

## **5.3 Allgemeine Bedingungen des Projektmanagements**

### **5.3.1 Projektziele**

- **Es wurde ein Zielsystem mit Zielen für das Gesamtkonzept und daraus abgeleiteten Teilzielen erstellt.**

Die stufenweise Einführung des Pflegekonzepts der Pflegetheorie von Orem wurde in der qualitativen Zielplanung der Pflegedirektion festgehalten.<sup>161</sup> Verbunden hiermit wird hiermit eine Intensivierung der Patientenorientierung durch noch individuellere Ausrichtung der Pflegeplanung an den Bedürfnissen und Möglichkeiten des Patienten und seines Umfelds. Hiermit wurde ein Ziel für das Gesamtkonzept aufgestellt. Dieses Ziel wird angestrebt für das Jahr 2007.

Im chirurgischen Bereich wird an der Erreichung dieses Ziels durch einzelne Teilaufgaben gearbeitet.

---

<sup>161</sup> vgl. Gesprächsprotokoll Pflegedirektorin (Anhang 6)

Es wurden durch eine Projektgruppe bereits Instrumente zur Dokumentation des Pflegeprozesses nach Orem erstellt, die nach offizieller Freigabe durch die Krankenhausleitung in Zukunft stufenweise in den chirurgischen Kliniken eingeführt werden sollen.

Von der Unternehmensleitung ausgehend bestehen derzeit für die Einführung der Pflge Theorie noch keine konkret formulierten Teilziele, nach denen die Bemühungen und Projekte zur Umsetzung der theoriebasierten Pflege ausgerichtet werden können.

➤ **Die aufgestellten Projektziele stehen mit den Unternehmenszielen im Einklang.**

Das Zielplanungssystem besteht aus mehreren Ebenen.<sup>162</sup> Es wird zunächst die Mission des Marienkrankenhauses dargestellt. Dies beinhaltet die Grundlage für das gemeinsame Handeln im Marienkrankenhaus. Es beruht auf der christlichen Tradition und beinhaltet die Versorgung des im Mittelpunkt stehenden Patienten mit Kompetenz und Nächstenliebe. Von der Mission abgeleitet werden die Vision und das Leitbild des Marienkrankenhauses. In der Vision werden die allgemeinen strategischen Zielvorstellungen dargestellt. Dies beinhaltet beispielsweise die Weiterentwicklung „zu einem modernen medizinischen Dienstleistungsunternehmen, das auch künftig einen führenden Platz in der Hamburger Gesundheitslandschaft behaupten soll.“<sup>163</sup> Es wird der weitere Auf- und Ausbau des Angebots zu einem Gesundheitszentrum dargestellt und Aussagen zum Umgang mit Mitarbeitern, Finanzen und zur Ausbildung gemacht.

Abgeleitet aus diesen Bestandteilen des Zielplanungssystems, Mission, Vision und Leitbild, werden Strategien aufgestellt und in vier Bereiche untergliedert. Diese sind Patienten und Partner, Mitarbeiter, Prozesse und Finanzen.

Aus den Strategien werden strategische und operative Ziele innerhalb der Krankenhausleitung und in den klinischen Abteilungen abgeleitet, die anhand von spezifizierten Kennzahlen gemessen werden können.

---

<sup>162</sup> vgl. Zielplanung MK 2005 (Anhang 10)

<sup>163</sup> Vision (Anhang 11)

Die Entscheidung für die Pflgeetheorie von Orem hat, wie bereits in Kapitel 5.2 aufgezeigt, auf der Grundlage einer kritischen Reflexion der pflgetheoretischen Grundlage im Marienkrankenhaus im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung des Hauses zu einem Gesundheitszentrum, stattgefunden. Die Theorie bildet nach Aussagen der Pflegedirektion die gesamte Bandbreite der Pflge ab. Die Einführung der Pflgeetheorie steht deshalb in einem direkten Zusammenhang mit diesem strategischen Unternehmensziel.

### 5.3.2 Projektorganisation

- **Es wurde eine angemessene Organisationsform für das Projekt implementiert.**

Für das Projekt zur Einführung der Pflgeetheorie ist derzeit noch keine offizielle Projektorganisation festgesetzt worden. Die bisherigen Projektschritte erfolgten im chirurgischen Bereich unter Leitung der zuständigen Bereichsleitung. Eine regelmäßige Information und Absprache mit der Pflegedienstleitung hat stattgefunden. Für die Zukunft ist die Implementierung einer Projektkoordination durch die Qualitätsmanagerin Pflge vorgesehen.<sup>164</sup> Sie leitet Informationen an die Pflegedienstleitung als Projektverantwortliche weiter. Für die organisatorische Einführung in den einzelnen Bereichen sollen nach Aussagen der Pflegedirektorin die Bereichsleitungen zuständig sein, da die Umsetzung in den Bereichen individuell ausgestaltet werden muss. Die Pflgekräfte in den einzelnen Bereichen sollen am Einführungsprozess beteiligt werden.

- **Es hat eine Entscheidung für die Projektleitung und eventuelle externe Beratung stattgefunden.**

Die allgemeine Projektleitung im Marienkrankenhaus wird nach eigenen Aussagen die Pflegedirektorin übernehmen. Für die Einführung in den Bereichen werden die jeweiligen Bereichsleitungen zuständig sein. Die Koordination der unterschiedlichen Projekte in den Bereichen wird von der Qualitätsmanagerin Pflge übernommen.<sup>165</sup>

---

<sup>164</sup> vgl. Gesprächsprotokoll Pflegedirektorin (Anhang 6)

<sup>165</sup> vgl. Gesprächsprotokoll Pflegedirektorin (Anhang 6)

Das Marienkrankenhaus ist Mitglied im „Deutschen Netzwerk Selbstpflegedefizit-Theorie (SPDT) e.V.“. Der Verein fördert durch regelmäßige Versammlungen, Öffentlichkeitsarbeit, überinstitutionellem Austausch und Hospitationen die Schaffung eines nationalen Kommunikationsnetzwerkes für Pflegende und Pflegeinstitutionen, die ein aktives Interesse an der Theorie haben.<sup>166</sup>

Durch die Teilnahme an den regelmäßigen Versammlungen findet ein Austausch mit anderen Einrichtungen statt.

In den chirurgischen Kliniken wurden seit 2004 zwei studentische Projekte bezüglich der Einführung der Theorie erfolgreich durchgeführt. Die Moderation der Projektgruppe in den chirurgischen Kliniken erfolgte von Juni 2005 bis Februar 2006 durch Frau Prof. Weber, Professorin an der HAW Hamburg und eine Studentin der HAW.

➤ **Die Beteiligten verfügen über das entscheidungs- und handlungsrelevante Wissen zum Projekt**

Im Rahmen der Entscheidungsfindung zur Einführung der Pflgetheorie in der Krankenhausleitungssitzung hat eine Begründung zum Nutzen der Pflgetheorie stattgefunden. Diese Informationen bezogen sich auf die zukünftig geplante Gestaltung einer ressourcenorientierten und patientenorientierten Organisationsform der Pflege. Es wurden nur wenige Informationen zu Inhalten der Theorie vermittelt. Auf Schnittstellen und möglichen Auswirkungen auf andere Bereiche, etwa der medizinischen Behandlung, wurde nicht eingegangen.<sup>167</sup>

In den chirurgischen Kliniken wurde bereits nach einer einführenden Schulung im Juni und Juli 2004 eine zweite wiederholende zweistündige Informationsveranstaltung für alle Pflegekräfte zur Pflgetheorie durchgeführt. In den weiteren Kliniken des Marienkrankenhauses haben derzeit noch keine Informationsveranstaltungen stattgefunden. Die Bereichsleitungen wurden über Verlauf und Ergebnisse der Projekte im chirurgischen Bereich informiert.

Nach Aussagen der Pflegedirektorin ist eine individuell mitarbeiterbezogene Information bzw. Schulung geplant. Vorrangiges Ziel soll hierbei nicht die Kenntnis der einzelnen Bestandteile der Theorie, sondern die Umsetzung der theoretischen Konzepte in der praktischen Arbeit sein.

---

<sup>166</sup> Satzung Deutsches Netzwerk Selbstpflegedefizit-Theorie, S.1

<sup>167</sup> vgl. Gesprächsprotokoll Direktor der Verwaltung (Anhang 7)

### 5.3.3 Projektplanung

- **Das Projekt wurde durch einen Projektauftrag auf der Grundlage einer Problemstellung offiziell eingeleitet.**

Auslösend für die Reflexion der bestehenden pflegetheoretischen Grundlage im Marienkrankenhaus ist, nach Aussagen der Pflegedirektorin, die geplante Entwicklung des Marienkrankenhauses zu einem Gesundheitszentrum und die bevorstehende wirtschaftliche Problematik im Gesundheitssektor. Das Projekt zur Einführung der Pflegetheorie von Orem wurde nach umfassender Auseinandersetzung mit der Pflegetheorie durch die Pflegedienstleitung initiiert.

Nach ihren Aussagen ist die Theorie von Orem auf alle pflegerrelevanten Bereiche in der Zukunftsplanung des Marienkrankenhauses als pflegetheoretische Grundlage zu übertragen.

Ausgehend von der wirtschaftlichen Problematik werden die Anforderungen an die Effektivität der Patientenbetreuung steigen. Nach Aussagen der Pflegedirektorin werden sich im Marienkrankenhaus Änderungen in der Qualifikation des pflegerischen Personals ergeben. Es werden weniger examinierte Pflegekräfte und mehr pflegerische Hilfskräfte beschäftigt sein. Die Pflegetheorie soll für die sich hieraus ergebenden organisatorischen Veränderungen des pflegerischen Versorgungsprozesses leitend sein.

Die stufenweise Einführung des Pflegekonzepts von Orem ist Teil der qualitativen Zielplanung der Pflegedirektion. Verbunden wird hiermit eine Intensivierung der Patientenorientierung durch eine noch individuellere Ausrichtung der Pflegeplanung an den Bedürfnissen und Möglichkeiten des Patienten und seines Umfeldes.<sup>168</sup>

- **Es wurde ein Projektplan aufgestellt.**

Ein Projektplan zur Festlegung der Aktivitäten, Termine und zugrunde gelegten Ressourcen mit einer Projektdefinition wurde derzeit noch nicht erstellt. Die Erstellung eines Projektplans mit dazugehörigem Zielsystem und daraus ergebenden Teilaufgaben für die systematische Einführung der Theorie soll demnächst erstellt werden.<sup>169</sup>

---

<sup>168</sup> vgl. Gesprächsprotokoll Pflegedirektorin (Anhang 6)

<sup>169</sup> vgl. Gesprächsprotokoll Pflegedirektorin (Anhang 6)

➤ **Es wurden Regelungen zur Projektkontrolle und -steuerung festgelegt.**

Die Koordination für das Projekt soll durch das Qualitätsmanagement Pflege übernommen werden. Von hier wird die Projektkontrolle und –steuerung des Gesamtprojekts erfolgen. Informationen werden an die Pflegedirektorin als Projektverantwortliche weitergeleitet.

Für die organisatorische Einführung der Pflegetheorie in den einzelnen Bereichen sollen die zuständigen Bereichsleitungen verantwortlich sein.<sup>170</sup>

## **5.4 Der Pflegebereich**

### **5.4.1 Zuständigkeitsbereich der Pflege**

➤ **Pflegende wenden in der Pflegepraxis die Methoden des Helfens strukturiert und patientenorientiert an.**

Pflegende wenden die Methoden des Helfens in unterschiedlicher Ausprägung an. Um eine strukturierte Koordination und patientenorientierte Durchführung der einzelnen Methoden zu erreichen, wird eine Pflegeplanung<sup>171</sup> im Marienkrankenhaus erarbeitet. Die derzeit bestehende Pflegeplanung ist nicht auf der pflegetheoretischen Grundlage von Orem verfasst worden.

In der Pflegeplanung werden die durchgeführten Pflegemaßnahmen dokumentiert. In den fünf Kategorien Körperpflege, Ausscheidung, Mobilität, Atmung und Prä-/Post-Operative Pflege sind Angaben zur Pflegesituation und Pflegemaßnahmen vorgegeben. Als pflegewissenschaftliche Grundlage werden die zugehörigen Kapitel des Lehrbuchs „Pflege Heute – Lehrbuch und Atlas für Pflegeberufe“ aufgeführt oder hausinterne Verfahrensanweisungen zugrunde gelegt. Ein Planungsdatum kann für die jeweilige Maßnahme eingetragen werden. Die Durchführung von aufgeführten Maßnahmen wird von der jeweiligen Pflegenden durch ein Namenskürzel dokumentiert. Es können in einem vorgegebenen Freiraum weitere erforderliche Pflegemaßnahmen dokumentiert werden.

Die aufgeführten Pflegemaßnahmen beziehen sich vorwiegend auf die Übernahme von pflegerischen Handlungen für den Patienten. Es bestehen keine

---

<sup>170</sup> vgl. Gesprächsprotokoll Pflegedirektorin (Anhang 6)

<sup>171</sup> vgl. Pflegeplanung

expliziten Vorgaben, die sich auf weitere Methoden wie beispielsweise „Führen und Anleiten“ oder „Unterrichten“ beziehen.

Eine Projektgruppe, hauptsächlich bestehend aus Pflegenden der chirurgischen Kliniken des Marienkrankenhauses, hat neue Instrumente zur Gestaltung des Pflegeprozesses nach der Theorie von Orem entwickelt und erprobt. Diese Instrumente setzen sich zusammen aus Dokumenten zur Pflegeanamnese und Pflegeplanung nach Orem sowie einem Dokument zur Evaluation des Pflegeprozesses. Die Ergebnisse liegen der Pflegedirektion vor.<sup>172</sup>

Zur Einführung der Pflegetheorie fand in den chirurgischen Kliniken eine wiederholende Informationsveranstaltung für die pflegerischen Mitarbeiter zu den wesentlichen Konzepten der Pflegetheorie nach Orem statt.

➤ **Dependenzpflege-Handelnde werden in den Pflegeprozess einbezogen.**

Angehörige von Patienten sind häufig in der Rolle als Dependenzpflegende tätig. Im Leitbild des Marienkrankenhauses werden Angehörige mit einbezogen. Die Wünsche und Bedürfnisse werden ebenso wie die der Patienten im Auge behalten.<sup>173</sup>

Auch die pflegerischen Ziele des Marienkrankenhauses beinhalten die Einbeziehung der Angehörigen in die Planung und Gestaltung des Pflegeprozesses und die Anleitung von Angehörigen zur Durchführung von Pflegemaßnahmen.<sup>174</sup>

➤ **Die Tätigkeit der Pflegenden richtet sich auf ihren pflegeeigenen Aufgabenbereich.**

Durch den Einsatz von StationsassistentInnen soll das pflegerische und medizinische Personal entlastet werden. StationsassistentInnen übernehmen administrative und funktionelle Tätigkeiten, deren Ausführung keine speziellen medizinischen oder pflegerischen Fachkenntnisse erfordert. Dies beinhaltet unter anderem die Begrüßung und Information des Patienten zum Stationsablauf bei der Aufnahme, die Koordination von Untersuchungs- und Behandlungsterminen

---

<sup>172</sup> vgl. Ergebnisse und Erkenntnisse der Projektgruppe zur Einführung der Pflegetheorie von D. Orem (Anhang 13)

<sup>173</sup> vgl. Das Leitbild des Marienkrankenhauses

<sup>174</sup> vgl. Die Pflegeziele des Marienkrankenhauses (Anhang 9)

oder die Kontaktvermittlung zu weiterführenden beratenden Stellen und Dienstleistern in Absprache mit dem examinierten Krankenpflegepersonal. Weitere betriebsbezogene Tätigkeiten sind zum Beispiel die Vorbereitung, Pflege und Nachbereitung von Dokumentationsunterlagen und der Telefonservice.<sup>175</sup>

Für den Transport von Patienten zu diagnostischen Maßnahmen oder Behandlungsmaßnahmen wurde ein Patiententransportdienst eingerichtet.

Durch diese Entlastung erhalten die Pflegenden die Möglichkeit, sich stärker auf den Kernbereich ihrer Arbeit, der pflegerischen Betreuung der Patienten zu konzentrieren.

#### 5.4.2 Pflegekompetenz

- **Es besteht ein systematisches Fort- und Weiterbildungswesen im Krankenhaus, das sich nach den spezifischen Anforderungen und Bedürfnissen der Pflegenden richtet.**

Im Marienkrankenhaus erfolgt eine systematische Personalentwicklung. Diese wird geplant durch Maßnahmen, wie die Erstellung eines innerbetrieblichen Fortbildungskataloges, dessen Veranstaltungen allen Mitarbeitern offen stehen und die Durchführung von Mitarbeitergesprächen und –beurteilungen zur Identifizierung von Fortbildungswünschen und –erfordernissen.<sup>176</sup>

Für den Pflegebereich werden, außer den für alle Mitarbeiter offen stehenden Fortbildungen, spezielle Fortbildungen angeboten. Diese betreffen zum Beispiel die spezielle Pflege in der Chirurgie oder die Anästhesiepflege.<sup>177</sup>

Fort- und Weiterbildungswünsche von Mitarbeitern werden unterstützt durch die Bereitstellung eines Fortbildungsbudgets und die Freistellung der Mitarbeiter.<sup>178</sup>

- **Es gibt Pflegende die sich auf bestimmte Bereiche der Pflegepraxis spezialisiert haben. Dieses spezialisierte Wissen wird bedarfsbezogen eingesetzt.**

Spezialisierungen von Pflegekräften werden im Marienkrankenhaus bedarfsbezogen durch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen unterstützt. Als

---

<sup>175</sup> vgl. Stellenbeschreibung StationsassistentInnen (Anhang 14)

<sup>176</sup> vgl. Qualitätsbericht Kath. Marienkrankenhaus / SAMA Cert GmbH, S. 72

<sup>177</sup> vgl. Qualitätsbericht Kath. Marienkrankenhaus / SAMA Cert GmbH, S. 73

<sup>178</sup> vgl. Qualitätsbericht Kath. Marienkrankenhaus / SAMA Cert GmbH, S. 73

spezialisierte Pflegekräfte sind zum Beispiel die Mitarbeiter des modernen Wundmanagements und die Trainer für Kinästhetik und Basale Stimulation im Marienkrankenhaus einzuordnen.

Im Rahmen der Einführung der Pflgeetheorie besuchen zwei pflegerische Mitarbeiter des Marienkrankenhauses die Weiterbildung zur PflgediagnostikerIn im Fallmanagement am „Institut für Pflgediagnostik und Praxisforschung GbR.“<sup>179</sup>

Im Zentrum des Handlungsfeldes der PflgediagnostikerInnen steht die Wahl des optimalen Versorgungsverfahrens für den jeweiligen Patienten. Als Bezugsrahmen für die Weiterbildung wurde die Pflgeetheorie von Orem ausgewählt.<sup>180</sup>

### 5.4.3 Pflegeorganisation

- **Der Pflegeprozess ist nach den aufgestellten Verfahren im Pflegeprozess nach OREM ausgerichtet.**

Die Projektgruppe zur Einführung der Pflgeetheorie von Orem in den chirurgischen Kliniken des Marienkrankenhauses hat in monatlich zweistündigen Treffen, die im Juni 2005 begannen, Instrumente zur Gestaltung des Pflegeprozesses nach den von Orem aufgestellten Verfahren zu entwickeln und zu erproben. Zusätzlich haben sie Empfehlungen für flankierende Maßnahmen zur Umsetzung der Theorie im Marienkrankenhaus ausgesprochen. Die Ergebnisse und Erkenntnisse liegen der Pflegedirektion vor.

Die Ergebnisse beinhalten ein Dokument zur Erstellung einer umfangreichen Pflegeanamnese, die es ermöglicht, in der darauf folgenden Pflegeplanung individuelle Ziele im Pflegeprozess gemeinsam mit dem Patienten aufzustellen und Maßnahmen zu planen. Unterstützt durch ein von der Projektgruppe erstelltes Dokument soll in regelmäßigen Abständen und nach Bedarf eine Evaluation der Pflegeplanung erfolgen.<sup>181</sup>

Während der Erstellung von Pflegeanamnese und Pflegeplanung gemeinsam mit dem Patienten soll dieser umfangreich zum Versorgungs- und

---

<sup>179</sup> vgl. PflgediagnostikerInnen im Fallmanagement

<sup>180</sup> vgl. Aufgabenfelder der Pflgediagnostiker/innen

<sup>181</sup> vgl. Ergebnisse und Erkenntnisse der Projektgruppe zur Einführung der Pflgeetheorie von D. Orem (Anhang 13)

Behandlungsprozess informiert werden und Dependenzpflege-Handelnde aktiv in den Pflegeprozess mit einbezogen werden.<sup>182</sup>

➤ **Es besteht eine Verantwortlichkeit von Pflegekräften im Pflegeprozess.**

Die Pflegeorganisation im Marienkrankenhaus erfolgt in den jeweiligen Kliniken sehr unterschiedlich. Im chirurgischen Bereich ist eine bereichspflegerische Organisationsform zu beobachten. In anderen Bereichen sind auch funktionspflegerische Aspekte in der Pflegeorganisation zu erkennen.

Ausgehend von Aussagen der Pflegedirektorin wird die zukünftige Ausgestaltung des pflegerischen Organisationssystems in den einzelnen pflegerischen Bereichen individuell vorgenommen. Dabei sind auch Elemente der Funktionspflege denkbar. Dies kann abhängig sein vom pflegerischen Aufwand der Patienten in den Bereichen und der Anzahl der dort tätigen Pflegekräfte.

Auch in der Qualifikation der Pflegekräfte wird es Unterschiede geben. Dreijährig examinierte Pflegekräfte mit bestimmten Fort- und Weiterbildungen zum Beispiel in der Pflegediagnostik werden voraussichtlich Hauptverantwortliche für die Planung des Pflegeprozesses sein. Pflegehilfskräfte können dann vor allem ausführende Tätigkeiten in der Pflege übernehmen. Die organisatorische Ausgestaltung in den jeweiligen Bereichen wird jedoch spezifisch vorgenommen.

#### **5.4.4 Kooperation und Koordination**

➤ **Es bestehen Anstrengungen aller Beteiligten zur Entwicklung bzw. Aufrechterhaltung eines organisierten Gesundheitsteams mit gemeinsamen Zielen, kooperativen Beziehungen und koordinierten Aktivitäten.**

Ausgehend von den Leitungsebenen im Marienkrankenhaus sind Anstrengungen zur Entwicklung und Aufrechterhaltung eines organisierten Teams zu erkennen. Hierunter ist zum Beispiel die gemeinsame Zielplanung von pflegerischer Bereichsleitung und jeweiligem Chefarzt für die Kliniken zu nennen.

---

<sup>182</sup> vgl. Ergebnisse und Erkenntnisse der Projektgruppe zur Einführung der Pflegetheorie von D. Orem (Anhang 13)

Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit wird weiterhin gefördert durch gemeinsame Projektarbeit und einen innerbetrieblichen Fortbildungskatalog, dessen Veranstaltungen allen Mitarbeitern offen stehen.<sup>183</sup>

An der Behandlung des Patienten wird beispielsweise in Form von berufsübergreifenden Visiten eng zusammen gearbeitet. Hier nehmen bei Bedarf neben Ärzten und Pflegekräften auch weitere Therapeuten teil.<sup>184</sup>

- **Die konzeptuellen Begrifflichkeiten der Pflgetheorie nach Orem sind für die anderen am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen transparent.**

Die Informationsveranstaltungen zur Pflgetheorie in den chirurgischen Kliniken sind für die Pflegenden in diesem Bereich ausgerichtet. Bisherige Projektergebnisse wurden in den MK News, dem monatlich erscheinenden hausinternen Informationsblatt, veröffentlicht. Nach Aussagen der Pflegedirektorin sollen Informationsveranstaltungen oder Schulungen zur Theorie mitarbeiterbezogen durchgeführt werden, da nicht jeder Mitarbeiter die einzelnen Konzepte der Theorie umfassend kennen muss.

---

<sup>183</sup> vgl. Qualitätsbericht Kath. Marienkrankenhaus / SAMA Cert GmbH, S. 70

<sup>184</sup> vgl. Qualitätsbericht Kath. Marienkrankenhaus / SAMA Cert GmbH, S. 71

## **6 Empfehlungen**

Nachdem ein Vergleich der erarbeiteten Organisationsbedingungen zur Einführung der Theorie in einem Krankenhaus mit dem derzeitigen Stand und den Gegebenheiten im Marienkrankenhaus stattgefunden hat, sollen nun einige abgeleitete Empfehlungen für die weitere Einführung der Pflge Theorie von Orem im Marienkrankenhaus gegeben werden.

Zunächst einmal ist festzustellen, dass es eine Entscheidung zur Durchführung des Projektes in der Krankenhausleitung gegeben hat und bereits seit einiger Zeit einzelne Teilprojekte zur Einführung der Theorie durchgeführt wurden.

Ziel wird es in der zukünftigen Arbeit sein, die weiteren Schritte durch koordinierte Projektarbeit zu systematisieren.

Hierzu wird es zunächst wichtig sein, eine funktionierende, am Projekt orientierte Projektorganisationsform aufzustellen. Dabei muss eine sinnvolle Koordinierung von einzelnen Teilprojekten, wie es für die Bereiche vorgesehen ist, garantiert werden, um Überschneidungen oder konkurrierende und indifferente Aktivitäten zu vermeiden. Zusätzlich zu bereichsbezogenen Projekten können bereichsübergreifende Projekte geplant werden.

Im Weiteren sollte ein konkreter Projektplan zur vorausschauenden Festlegung der zukünftigen Projektdurchführung aufgestellt werden. Grundlegend für den Projektplan sind eine klare und eindeutige Definition des Projekts und die Aufstellung eines Zielsystems.

Bei der Aufstellung der Ziele ist auf eine systematische Entwicklung und Strukturierung der Ziele zu achten. Sie sollten mit der Mission, Vision und dem Leitbild des Marienkrankenhauses in Einklang stehen und von den unterschiedlichen Berufsgruppen akzeptiert werden. Bei der Aufstellung der Ziele ist deshalb entsprechende Sorgfalt geboten. An der Entwicklung der Projektziele können auch andere Berufsgruppen beteiligt werden, wie zum Beispiel die Berufsgruppe der Ärzte oder Physiotherapeuten, da Orem's zugrunde gelegtes

Menschenbild, wie bereits in Kapitel 4.1 erläutert, als Basis für alle Gesundheitsberufe anerkannt werden sollte.

Es ist wichtig, dass die einzelnen Beteiligten das entscheidungsrelevante Wissen zur Theorie besitzen. Die reibungslose Abwicklung von Prozessen in Organisationen hängt in einem starken Maße von der Gestaltung der Informations- und Kommunikationsbeziehungen ab.<sup>185</sup> Es ist hierbei nicht nur bedeutend, dass über die Inhalte der Theorie informiert wird, es sollte auch umfassend über die Auswirkungen auf die Praxis kommuniziert werden.

Die Informierung der Beteiligten kann auf unterschiedliche Weise erfolgen. Es kann zum einen Literatur zur Verfügung gestellt werden, zum anderen können auch gezielte Informationsveranstaltungen stattfinden.

Das hierfür notwendige Wissen kann entweder durch externe Fort- und Weiterbildungen bereitgestellt werden, durch eine theoretische Auseinandersetzung mit der Theorie erfolgen oder durch eine externe Beratung eingeholt werden. Der Vorteil einer externen Beratung liegt darin, dass die so genannte „Betriebsblindheit“ aufgelöst wird.<sup>186</sup>

Begründet aus der Komplexität der Theorie kann durch umfassende Kommunikation das Verständnis für die Inhalte der Theorie vertieft werden. Empfehlenswert sind aus diesem Grunde auch systematische Wiederholungen und Auffrischungen der Informationen, denn die Beteiligten müssen die Grundstruktur der umfassenden Konzepte kennen und verinnerlichen, ehe diese Konzepte ihnen helfen können, ihre Aufmerksamkeit, ihr Interesse und ihr Streben auf die Reflexion und Weiterentwicklung der Pflegepraxis zu lenken.<sup>187</sup>

Insbesondere die Pflegenden sollen befähigt werden, den besonderen Beitrag der Pflege am Versorgungsprozess gegenüber den anderen Gesundheitsberufen zu kommunizieren.<sup>188</sup> Aus diesem Grunde sollten die Pflegenden an der Arbeit zu einzelnen Projekten beteiligt werden.

Teilprojekte oder -aufgaben zur Einführung der Theorie werden aus den aufgestellten Projektzielen abgeleitet. Mögliche Ansatzpunkte könnten hier sein:

---

<sup>185</sup> vgl. Vahs, 2003, S.210

<sup>186</sup> vgl. Willke, 1996, S. 205

<sup>187</sup> Mischo-Kelling / Wittneben, 1995, S.90

<sup>188</sup> vgl. Orem, 1997, S. 372

- Orientierung des Pflegeprozesses an den aufgestellten Verfahren von Orem
- Entwicklung eines Pflegesystems mit einer dauerhaften Verantwortung von Pflegenden für ihre Patienten
- Förderung von Kooperation und Koordination im interdisziplinären Team
- Strukturierte Umsetzung der Methoden des Helfens, zum Beispiel durch die Institutionalisierung von Angehörigen- und Patientenschulungen
- Systematische Einbeziehung von Dependenzpflege-Handelnden in den Pflegeprozess

Unterstützend für eine dauerhaft erfolgreiche Einführung der Theorie ist, dass die Interventionen aus der Sicht der Mitarbeiter entworfen und implementiert werden. Sie können zwar von Beratern angestoßen, moderiert und begleitet werden, sollen aber durch die Organisation selbst geleistet werden.

## **7 Schlussbetrachtung**

In der Schlussbetrachtung sollen die Inhalte und Erkenntnisse der Arbeit zusammenfassend dargestellt und kritisch gewürdigt werden.

In dieser Arbeit geht es um die Anwendung einer Pflgetheorie als Bezugsrahmen für das pflegerische Handeln.

HUNINK unterscheidet unterschiedliche Stufen in der Anwendung von Theorie.<sup>189</sup> Dies geht vom Hörensagen, über Vertrautheit, der Teilnutzung bis zur optimalen Anwendung, in der fast die gesamte Theorie innerhalb der Organisation als Rahmen für das pflegerische Handeln eingesetzt und richtungweisend für die Pflegepraxis ist.

Wie in dieser Arbeit gezeigt, stellt die Einführung der Pflgetheorie nach Orem eine äußerst umfassende Aufgabe dar, welche durch systematische Projektarbeit koordiniert werden sollte. In diesem Zusammenhang wurden nach den allgemeinen Organisationsbedingungen im Krankenhaus Elemente des Projektmanagements analysiert.

Im Pflegebereich wurde der Fokus auf den Zuständigkeitsbereich der Pflege, der Pflegekompetenz, der Pflegeorganisation und Kooperation und Koordination der Pflegenden untereinander und mit anderen Berufsgruppen gesetzt.

Bei der Umsetzung von Pflgetheorien gilt jedoch zu bedenken, dass eine kritische Einschätzung von Theorien grundsätzlich wünschenswert ist.

Denn Theorien geben immer nur eine Reduktion der Wirklichkeit ab. Sie wurden aus einer bestimmten Perspektive heraus entwickelt, und sind deshalb immer nur nützlich in Hinblick auf das, was sie unter einer bestimmten Perspektive hervorheben. Deshalb sollte man bei der Anwendung einer Theorie nie mehr erwarten, als sie zu erreichen beabsichtigt.

Das wichtigste Ziel scheint die Überzeugung der Mitarbeiter für die Inhalte der Theorie zu sein. Sie müssen von der Theorie überzeugt sein und ihr pflegerisches Handeln daran ausrichten.

---

<sup>189</sup> Hunink, 1997, S. 55 f.

Enden möchte ich mit einem Zitat von Goethe:

**„Wer die Menschen behandelt wie sie sind,  
macht sie schlechter.  
Wer sie aber behandelt wie sie sein könnten,  
macht sie besser.“**

## 8 Literaturverzeichnis:

Aufgabenfelder der Pflegediagnostiker/innen;

<http://www.ifpps.de/download/Flyer%20ifpps.pdf> (Stand 08.04.06)

Bekel, G.: Orem – Die Selbstpflegedefizittheorie als Erkenntnisprogramm für die Pflege als Praxiswissenschaft in Brandenburg H. / Dorschner S. (Hrsg.): Pflegewissenschaft 1 – Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegewissenschaft, Verlag Huber; Bern 2003

Bekel, G.: Systemdynamische Organisationsentwicklung in der Pflege durch die strategische Umsetzung theoriebasierter Pflegediagnostik in PR-INTERNET 10/02; <http://www.printernet.info/show.asp?id0343> (Stand 12.03.06)

Chinn, P.L. / Kramer, M.K.: Pflegetheorie – Konzepte – Kontext – Kritik, Ullstein Mosby; Berlin 1996

Das Leitbild des Marienkrankenhauses;

<http://www.marienkrankenhaus.org/downloads/Leitbild.pdf> (Stand 10.04.06)

Evers, G.: Die Selbstpflegedefizit-Theorie von Dorothea Orem in Osterbrink, J. (Hrsg.): Erster internationaler Pflegetheorienkongreß Nürnberg, Verlag Hans Huber; Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 1998

Fawcett, J.: Pflegemodelle im Überblick, Verlag Hans Huber; Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 1996

Gudera, M.: Unternehmenskultur in Eichhorn, P. / Seelos, H.J. / Graf Schulenburg, J.-M.: Krankenhausmanagement, Urban & Fischer Verlag; München, Jena 2000

Hunink, G.: Pflegetheorien – Elemente und Evaluation, Eicanos Verlag; Bocholt 1997

Käppeli, S.: Konzepte, Theorien und Modelle – wo liegt der Unterschied in Krankenpflege, Bern 1/87, S. 43f.

Kirkevold, M.: Pflegetheorien, Urban und Schwarzenberg; München, Wien, Baltimore 1997

Marriner-Tomey, A.: Pflegetheoretikerinnen und ihr Werk, RECOM-Verlag; Basel 1992

Meleis, A.I.: Die Theorieentwicklung der Pflege in den USA in Schaeffer, D. / Moers, M. / Steppe, H. / Meleis A.I. (Hrsg.): Pflegetheorien – Beispiele aus den USA, Verlag Hans Huber; Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 1997

Meleis, A.I.: Pflegetheorie – Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege, Verlag Hans Huber; Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 1999

Mischo-Kelling, M. / Wittneben, K.: Pflegebildung und Pflgetheorien, Urban und Schwarzenberg; München, Wien, Baltimore 1995

Moers, M. / Schaeffer, D.: Pflgetheorien in Rennen-Allhoff, B. / Schaeffer, D. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft, Juventa Verlag; Weinheim, München 2003

Orem, D.E.: Strukturkonzepte der Pflegepraxis, Ullstein Mosby; Berlin, Wiesbaden 1997

Pantenburg, S.: Unternehmensmanagement aus institutioneller Sicht in Eichhorn, P. / Seelos, H.J. / Graf Schulenburg, J.-M.: Krankenhausmanagement, Urban & Fischer Verlag; München, Jena 2000

Pflegediagnostiker/innen im Fallmanagement, <http://www.ifpps.de/wb.html> (Stand 08.04.06)

Qualitätsbericht Kath. Marienkrankenhaus / SAMA Cert GmbH, [http://www.ktq.de/ktq\\_qualitätsberichte/ktq\\_images/qbt\\_316.pdf](http://www.ktq.de/ktq_qualitätsberichte/ktq_images/qbt_316.pdf) (Stand 08.04.06)

Satzung Deutsches Netzwerk Selbstpflegedefizit-Theorie; <http://www.spdt.de/satzung.pdf> (Stand 08.04.06)

Schaeffer, D. / Moers, M. / Steppe, H. / Meleis A.I. (Hrsg.): Pflgetheorien – Beispiele aus den USA, Verlag Hans Huber; Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 1997

Schulte-Zurhausen, M.: Organisation, 3. Auflage, Vahlen; München 2002

Stratmeyer, P.: Das patientenorientierte Krankenhaus – Eine Einführung in das System Krankenhaus und die Perspektiven für die Kooperation zwischen Pflege und Medizin, Juventa Verlag; Weinheim, München 2002

Strukturierter Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2004, [http://www.marienkrankenhaus.org/downloads/Gesetzl\\_Qualitaetsbericht.pdf](http://www.marienkrankenhaus.org/downloads/Gesetzl_Qualitaetsbericht.pdf) (Stand 10.04.06)

Trill, R.: Krankenhaus-Management – Aktionsfelder und Erfolgspotentiale, 2. erweiterte und überarbeitete Auflage, Luchterhand Verlag; Neuwied, Kriftel 2000

Vahs, D.: Organisation – Einführung in die Organsiationstheorie und –praxis, 4. Auflage, Schaeffer-Poeschel Verlag, Stuttgart 2003

Willke, H.: Systemtheorie II: Interventionstheorie, 2. Auflage, Lucius und Lucius; Stuttgart 1996

## **9 Eidesstattliche Erklärung**

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

.....  
Katja Möller

## **10 Anhang**

- Anhang 1** Organigramm des Kath. Marienkrankenhauses gGmbH
- Anhang 2** Stellenbeschreibung Bereichsleitung
- Anhang 3** Organigramm – Pflegebereich – des Kath. Marienkrankenhauses gGmbH
- Anhang 4** Stellenbeschreibung Pflegefachleitung
- Anhang 5** Stellenbeschreibung Fachbeauftragte/r im Pflegebereich
- Anhang 6** Gesprächsprotokoll Pflegedirektorin
- Anhang 7** Gesprächsprotokoll Direktor der Verwaltung
- Anhang 8** Gesprächsprotokoll Geschäftsführer
- Anhang 9** Die Pflegeziele des Marienkrankenhauses
- Anhang 10** Zielplanung MK 2005
- Anhang 11** Vision
- Anhang 12** Pflegeplanung
- Anhang 13** Ergebnisse und Erkenntnisse der Projektgruppe zur Einführung der Pflgetheorie von D. Orem
- Anhang 14** Stellenbeschreibung StationsassistentInnen

# Anhang 1

## Organigramm des Kath. Marienkrankenhauses gGmbH

Quelle: Internes Dokument des Kath. Marienkrankenhauses gGmbH

# Anhang 2

## Stellenbeschreibung Bereichsleitung

Quelle: Internes Dokument des Kath. Marienkrankenhaus gGmbH

# Anhang 3

## Organigramm – Pflegebereich – des Kath. Marienkrankenhauses gGmbH

Quelle: Internes Dokument des Kath. Marienkrankenhauses gGmbH

# Anhang 4

## Stellenbeschreibung Pflegefachleitung

Quelle: Internes Dokument des Kath. Marienkrankenhauses gGmbH

# Anhang 5

## Stellenbeschreibung Fachbeauftragte/r im Pflegebereich

Quelle: Internes Dokument des Kath. Marienkrankenhauses gGmbH

# Anhang 6

Gesprächsprotokoll Pflegedirektorin

**Datum:** 23. Januar 2006  
**Dauer:** 09.30 – 10.15 Uhr  
**Thema:** Einführung der Pflege Theorie von D. Orem  
**Anwesende:** Frau Leske, Pflegedirektorin des Marienkrankenhauses, Katja Möller  
**Protokollführerin:** Katja Möller

### **Wie ist die Idee für das Projekt entstanden? Gab es ein auslösendes Problem?**

- Die Idee für die Einführung der Pflege Theorie nach D. Orem ergab sich aus der Beschäftigung mit Orem's Konzepten durch die Pflegedirektorin Frau Leske.
- In Zukunft wird eine Wandlung des Marienkrankenhauses in Richtung Gesundheitszentrum stattfinden. Die Pflege Theorie von Orem hat dabei den Vorteil, dass sie die gesamte Bandbreite der Pflege abdeckt. Die Theorie ist dabei in sich flexibel.
- In Hinblick auf die wirtschaftliche Problematik des Gesundheitssektors, wird die Zukunft nach Aussagen von Frau Leske so aussehen, dass weniger examinierte Pflegekräfte und mehr Hilfskräfte im Marienkrankenhaus beschäftigt werden. Es wird eine Mischung aus sehr gut qualifizierten examinierten Pflegekräften und Hilfskräften geben.
- Diese Problematiken bzw. Aufgabenstellungen führten zur kritischen Reflexion über die derzeitige pflege theoretische Grundlage im Marienkrankenhaus und zur Entscheidung für die Pflege Theorie von Orem.

### **Gibt es einen Projektplan? Soll einer entwickelt werden?**

- Ein Projektplan soll demnächst erstellt werden.

### **Wer übernimmt die Projektleitung / Verantwortung für das Projekt?**

- Frau Otto, Qualitätsmanagerin im Marienkrankenhaus wird die Koordination des Projektes übernehmen und Informationen an Frau Leske (Projektverantwortliche) weiterleiten. Für die organisatorische Einführung der Pflege Theorie in den einzelnen Bereichen werden die Bereichsleitungen verantwortlich sein.

### **Wie sieht der Plan für die weitere Einführung aus? Organisatorische Projektplanung**

- Verbunden mit der Einführung des Pflegekonzepts der Pflege Theorie von Orem wird die Patientenorientierung durch noch individuellere Ausrichtung der Pflegeplanung an den Bedürfnissen und Möglichkeiten des Patienten und seines Umfelds intensiviert.
- Dieses Ziel wurde in der strategischen Zielplanung der Pflegedirektion festgehalten. Eine stufenweise Einführung ist bis 2007 geplant.

- Die Bereichsleitungen übernehmen die Einführung in den Bereichen, da die organisatorische Umsetzung spezifisch für die Bereiche ausgestaltet werden muss. Koordiniert wird die Einführung durch Frau Otto.
- Es werden einzelne Teilprojekte schrittweise durchgeführt um die betroffenen Mitarbeiter nicht zu überfordern. Die Mitarbeiter (Pflegekräfte) sollen am Einführungsprozess beteiligt werden.

#### **Auf welchen Zeitraum ist das Projekt ausgelegt?**

- Der Zeitraum für die Einführung der Pflegetheorie ist auf mindestens 5 Jahre ausgelegt.

#### **Gibt es schon eine Planung zu den finanziellen / personellen und materiellen Ressourcen, die für das Projekt bereitgestellt werden??**

- Die finanziellen Ressourcen kommen aus dem Budget der Pflege. Es wird aus diesem Budget ein Betrag für das Projekt eingeplant.

#### **Hat eine Information der Krankenhausleitung stattgefunden? Ist es geplant?**

- Die Krankenhausleitung wurde über das Projekt informiert. Diese Informationen beziehen sich nicht auf Inhalte der Pflegetheorie, sondern betreffen die organisatorischen Auswirkungen in der Pflege, welche sich aus der Einführung ergeben werden.
- Umfangreichere Informationen und gemeinsame Entscheidungen werden bei Projekten, die Schnittstellen betreffen, zwischen den einzelnen Berufsgruppen Pflege / Medizin / Verwaltung vorgenommen.
- Es geht nach Aussagen von Frau Leske nicht darum, die anderen Berufsgruppen von der Theorie zu überzeugen, sondern in Bezug auf Teilprojekte zur Einführung der Theorie Akzeptanz zu fördern und Überzeugung zu leisten.

#### **Gibt es Überlegungen dazu welche Mitarbeiter zu welchem Zeitpunkt über das Projektvorhaben informiert werden? (Pfleger/Bereichsleitungen/KH-Leitung)**

- Informationen / Schulungen der Mitarbeiter sollen individuell mitarbeiterbezogen durchgeführt werden, denn nicht jeder Mitarbeiter muss die einzelnen Konzepte der Theorie tief greifend kennen. Vielmehr soll die Theorie im Marienkrankenhaus gelebt werden.

#### **Wird sich eine Veränderung im Zuständigkeitsbereich / Arbeitsfeld der Pflege ergeben? Wie sieht dieser aus?**

- In Zukunft werden mehr ärztliche Tätigkeiten an die Pflege delegiert. Hierzu laufen schon verschieden Projekte.  
*Beispiel:* I.V.-Injektion – Pfleger erhalten nach einer Fortbildung die von den Ärzten delegierte Durchführungsverantwortung für das Spritzen von i.v.-Injektionen. Die Anordnungsverantwortung bleibt bei den Ärzten.
- Das Entlassungsmanagement wird im Marienkrankenhaus im Wesentlichen vom Sozialdienst übernommen, da diese die fachliche Kompetenz für sozialrechtliche Fragen besitzen.
- Es bestehen Ideen zu Projekten bezüglich „Patienten- und Angehörigenberatungen“

### **Welche Veränderungen werden sich in der Pflegeorganisation ergeben?**

- Frau Leske favorisiert für die Zukunft nicht das Modell der (reinen) Bereichspflege.
- Es soll eine Mischung aus 3-jährig-examinierten Pflegekräften mit bestimmten Fort- oder Weiterbildungen (Pflegediagnostik/ Schmerzmanagement/ Wundmanagement) und Pflegehilfskräften geben. 3-jährig-examinierte Pflegekräfte werden Hauptverantwortliche für die Planung des Pflegeprozesses sein. Hilfskräfte werden vor allem ausführende Tätigkeiten übernehmen. Die spezifische Ausgestaltung des pflegerischen Organisationssystems wird in den einzelnen Bereichen individuell vorgenommen. In Abteilungen, in denen nur wenige Pflegekräfte tätig sind, ist auf der ausführenden Ebene auch ein System mit Elementen der Funktionspflege denkbar.

### **Gibt es eine Änderung in der Kooperation / Koordination mit den anderen Berufsgruppen?**

- Es geht nicht darum, sich voneinander abzugrenzen, sondern um gegenseitige Information und das Treffen von gemeinsamen Entscheidungen.

### **Wird die gesamte Krankenhausleitung in Entscheidungen zur Umsetzung der Pflegetheorie einbezogen, oder ist es ein pflegeeigenes Projekt?**

- Die Realisierung der Strategien bezüglich der Pflegetheorie umfasst den pflegerischen und ärztlichen Bereich. Dementsprechend werden über Projekte die Schnittstellen zwischen den Berufsgruppen gemeinsam entschieden. Wichtig ist hier von Seiten der Pflege Überzeugungsarbeit zu leisten.

# Anhang 7

Gesprächsprotokoll Direktor der Verwaltung

**Datum:** 23. Januar 2006  
**Dauer:** 11.00 – 11.30 Uhr  
**Thema:** Einführung der Pflgeetheorie von D. Orem  
**Anwesende:** Herr Werther, Direktor der Verwaltung im Marienkrankenhaus;  
Katja Möller  
**Protokollführerin:** Katja Möller

### **Haben Sie schon Informationen über das Projekt / die Pflgeetheorie erhalten?**

- Herr Werther hat bisher wenige Informationen zu Inhalten der Theorie und Auswirkungen zur Einführung der Theorie auf andere Bereiche erhalten.
- Die Informationen zur Umsetzungsplanung beziehen sich auf die zukünftig geplante Organisationsform der Pflge in Richtung „Primary Nursing“, eine ressourcenorientierte und patientenorientierte Gestaltung der Pflgeorganisation.

### **Die Einführung der Theorie wird Auswirkungen auf andere Bereiche haben. (Evt. beispielsweise Koordination des Patientenaufenthaltes durch die Pflge / Multiprofessionelle Fallbesprechungen) Können Sie sich solche berufsübergreifenden Projekte für das Marienkrankenhaus vorstellen?**

- Es laufen viele berufsgruppenübergreifende Projekte im Marienkrankenhaus.
- Schnittstellen bezüglich der Einführung der Pflgeetheorie werden gesehen in der Ressourcenorientierung und im Entlassungsmanagement (der administrative Teil der Angehörigenberatung zum Entlassungsmanagement wird vom Sozialdienst übernommen).
- Fortbildungsmaßnahmen im MK werden berufsgruppenübergreifend geplant.

### **Welche Ziele hat das Marienkrankenhaus? Auftrag des Marienkrankenhauses?**

- Herr Werther stellt das Zielplanungssystem des MK vor. Strategische Ziele werden durch Kennziffern überprüft. Die operative Planung erfolgt in der Jahresplanung.
- Die Zielplanungen in den einzelnen Kliniken werden zwischen den Bereichsleitungen und Chefärzten der Kliniken vereinbart.

### **Worin besteht der Aufgabenbereich der Pflge im Gesamtversorgungsprozess?**

- Die Realisierung der strategischen Ziele liegt vorwiegend im Aufgabenbereich der Ärzte und der Pflge.

### **Hat die Pflege einen eigenen Verantwortungsbereich?**

- In Bezug auf den bevorstehenden Ärztemangel werden mehr Tätigkeiten an die Pflege (und andere Berufsgruppen, wie ArzthelferInnen) delegiert um die Ärzte in Zukunft mehr zu entlasten.

### **Wie ist die Koordination / Kooperation der Berufsgruppen im Marienkrankenhaus untereinander?**

- Es wird in der Krankenhausleitung ein großer Schwerpunkt auf die Koordination der Bereiche gelegt durch beispielsweise gemeinsame Projekte, gemeinsame Zielplanungen in den Kliniken oder die Erstellung eines gemeinsamen Fortbildungsprogramms.
- In der Medizinischen Klinik des MK werden beispielsweise multiprofessionelle Fallbesprechungen durchgeführt.

### **Könnten Sie sich vorstellen, dass die Pflege während des Patientenaufenthaltes die Koordination der Versorgung übernimmt?**

- Die Pflege übernimmt hierbei schon einen großen Bereich. Herr Werther nennt in diesem Zusammenhang die Entwicklung von Behandlungspfaden. In den Behandlungspfaden wird festgehalten welche Zuständigkeit die Pflege im Versorgungsprozess einnehmen wird.

### **Wie wird die Finanzierung des Projektes zur Einführung der Pflegelehre eingeplant?**

- Das Budget für die Einführung der Pflegelehre wird aus dem Pflegebudget eingeplant. Dieses liegt in der Verantwortung von Frau Leske.
- Gemeinsame Budgetentscheidungen finden in der Krankenhausleitung auf der Ebene von berufsgruppenübergreifenden Projekten und sehr kostenintensiven Projekten statt.

### **Wie ist die Entscheidungsfindung in der Krankenhausleitung ausgestaltet?**

- Bei Projekten die nur einen Bereich (Pflege) betreffen, wird die Krankenhausleitung informiert. Bei übergreifenden Projekten findet eine gemeinsame Entscheidungsfindung statt.

# Anhang 8

Gesprächsprotokoll Geschäftsführer

**Datum:** 30. Januar 2006  
**Dauer:** 11.00 – 11.30 Uhr  
**Thema:** Einführung der Pflgetheorie von D. Orem  
**Anwesende:** Herr Koch, Geschäftsführer des Marienkrankenhauses, Katja Möller  
**Protokollführerin:** Katja Möller

### **Über welche Informationen verfügen Sie zur Theorie und zum Projektstand?**

- Herr Koch verfügt über sehr grobe Informationen zur Pflgetheorie von D. Orem. Vor circa 1 ½ - 2 Jahren wurde die Einführung der Pflgetheorie in der Krankenhausleitungssitzung von Frau Leske zur Entscheidung gestellt. Hier hat eine inhaltliche Begründung zum Nutzen der Theorie stattgefunden.

### **Könnten Sie mir erklären, wie die Entscheidungsfindung in der Krankenhausleitung stattfindet?**

- Wichtige strategische und grundsätzliche Themen werden in der Krankenhausleitungssitzung besprochen. Die KH-Leitung setzt sich aus den 5 Mitgliedern Geschäftsführer, Pflegedirektor, ärztlicher Direktor, Direktor der Verwaltung und Sr. Oberin Ansgara zusammen.
- Es wird zunächst von einem der Leitungsmitglieder ein Problem dargestellt. Bei Themen, die nicht für alle transparent sind, findet eine kurze Information zur Thematik statt. Es werden einvernehmliche Entscheidungen angestrebt.
- Auch das Zielsystem des Marienkrankenhauses wird in der Krankenhausleitung, in Zusammenarbeit mit dem Qualitätsmanagement, entwickelt. Bei der Entwicklung des QM-Systems im Marienkrankenhaus hat die Pflege eine dominierende Rolle eingenommen.

### **Können Sie den eigenen Aufgabenbereich der Pflege im Marienkrankenhaus umreißen? (Z.B. Verantwortlich für das Entlassungsmanagement/ Beratung von Angehörigen/ Koordination der Versorgung) Welchen Stellenwert hat die Pflege im MK?**

- In der historischen Entwicklung des Marienkrankenhauses hat die Pflege immer eine dominierende Rolle gespielt. Das MK wurde durch Ordensschwestern gegründet.
- Das Marienkrankenhaus unterscheidet sich von anderen Krankenhäusern durch die Zugewandtheit der Pflegenden.
- Die Basis des Erfolges des Marienkrankenhauses: „Es etwas anders, etwas menschenwürdiger, etwas netter zu machen als andere Krankenhäuser.“ Es wird Wert gelegt auf eine sehr gute fachliche Qualifikation der Pflegekräfte, gemeinsam mit dem Gefühl von menschlicher Nähe im Beruf, sich einlassen auf den Patienten; Pflegekräfte die ihren Beruf noch ein Stück weit als Berufung sehen.

### **Wird es in der Zukunft einen Wandel im Marienkrankenhaus und damit verbunden der Pflege geben? Inwiefern?**

- Das Zielsystem eines Krankenhauses ist einem permanenten Wandel unterzogen. Aufgabe ist es das Zielsystem immer wieder in die Moderne zu übersetzen, dabei aber die Grundstrukturen, das innere Verständnis (warum tut man was, wie tut man was) zu erhalten.
- Es wird ein Wandel des Marienkrankenhauses zu einem Gesundheitszentrum angestrebt.  
Beispiele hierfür sind die Angliederung eines ambulanten Pflegedienstes, die Hausbesuche der physikalischen Therapeuten und der Verkauf von Sanitätsartikeln.
- Die Herausforderung besteht darin, die ganz ursprünglichen Ziele beizubehalten. Die Ziele „Menschennähe“, dem Menschen bestmöglich zu helfen, in ein Gesamtumfeld Gesundheitszentrum hineinzusetzen.
- Der Wandlungsprozess der Pflege im Marienkrankenhaus ist deutlicher als im ärztlichen Bereich. Der ärztliche Bereich ist stark auf die stat. Versorgung fixiert, Pflege hingegen hat beispielsweise die Überleitung in die häusliche Pflege durch den ambulanten Pflegedienst übernommen.

### **Wie wird das Leitbild im Marienkrankenhaus umgesetzt?**

- Die Leitbildkommission aktualisiert regelmäßig das Leitbild. Es findet eine regelmäßige Überprüfung des Leitbildes dadurch statt, dass es an vielen zentralen Stellen im Marienkrankenhaus ausgehängt wird, und somit täglich von den Mitarbeitern gelesen werden kann.
- Leitlinien müssen nach Aussagen von Herrn Koch etwas anspruchsvoll formuliert werden. Sie müssen eine gewisse Realitätsnähe haben jedoch auch eine Zielsetzung beinhalten.

# Anhang 9

## Die Pflegeziele des Marienkrankenhauses

Quelle: Internes Dokument des Kath. Marienkrankenhauses gGmbH

# Anhang 10

## Zielplanung MK 2005

Quelle: Internes Dokument des Kath. Marienkrankenhauses gGmbH

# Anhang 11

## Vision

Quelle: Internes Dokument des Kath. Marienkrankenhauses gGmbH

# Anhang 12

## Pflegeplanung

Quelle: Internes Dokument des Kath. Marienkrankenhauses gGmbH

# Anhang 13

Ergebnisse und Erkenntnisse der Projektgruppe zur  
Einführung der Pflgeetheorie von D. Orem

Quelle: Internes Dokument des Kath. Marienkrankenhaus gGmbH



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg  
Hamburg University of Applied Sciences

## Ergebnisse und Erkenntnisse der Projektgruppe zur Einführung der Pflorgetheorie von D. Orem



## Inhalte der Abschlusspräsentation

- Kernaussagen der Theorie von D. Orem
- Ziele der Projektgruppe
- Arbeitsweise in der Projektgruppe
- Ergebnisse
  - Formulare
  - EDV-Umsetzung
- Erkenntnisse
- Empfehlungen
- Abschlussrunde

Kernaussagen der Theorie von D. Orem



## Theoriebestandteile

- Theorie der Selbstpflege/ Dependenzpflege
- Theorie des Selbstpflegedefizits
- Theorie des Pflegesystems

Kernaussagen der Theorie von D. Orem



## Selbstpflege/ Dependenzpflege

- Selbstpflege ist eine regulierende Funktion, die von Menschen **bewusst** ausgeführt wird.
- Selbstpflege dient dazu, Funktionsfähigkeit und Entwicklung aufrecht zu erhalten.
- Dependenzpflege wird von zuständigen Erwachsenen für Kinder oder für Erwachsene mit gesundheitlichen Einschränkungen geleistet.

Kernaussagen der Theorie von D. Orem



## Selbstpflegeerfordernis

- Das Selbstpflegeerfordernis bezeichnet den **spezifischen** Bedarf von Menschen zur Aufrechterhaltung von Funktionsfähigkeit und Entwicklung.
- Selbstpflegeerfordernisse lassen sich klassifizieren in:
  - allgemeine Selbstpflegeerfordernisse
  - entwicklungsbedingte Selbstpflegeerfordernisse
  - gesundheitsbedingte Selbstpflegeerfordernisse

Kernaussagen der Theorie von D. Orem



## Selbstpflegekompetenz

- ist die komplexe, erworbene Fähigkeit einer Person, die kontinuierlichen Erfordernisse der Sorge/Pflege für sich selbst zu erfüllen.
- wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst:
  - Entwicklungsstand
  - Gesundheitszustand
  - Faktoren, die auf die Erziehung Einfluss nehmen
  - Individuelle Lebenserfahrungen, die den Menschen geprägt haben.
- Das Ungleichgewicht zwischen Selbstpflegekompetenz und Selbstpflegebedarf kennzeichnet den Zustand des **legitimen Patienten**.



## Situativer Selbstpflegebedarf

- umfasst die Maßnahmen, die zur Erfüllung der gegenwärtigen oder zukünftigen Selbstpflegetherfordernisse von Einzelpersonen zu einem bestimmten Zeitpunkt notwendig sind.



## Grundlegende Bedingungsfaktoren

- Lebensstrukturen eines Individuums
- Bestimmte Rolle des Individuums: Mann, Frau oder Kind
- Alter
- Geschlecht
- Entwicklungsstand des Individuums
- Gesundheitszustand des Individuums
- Faktoren des Gesundheits- oder Gesundheitspflegesystems
- Faktoren des Familiensystems
- Soziokulturelle Faktoren (spirituelle Faktoren)
- Verfügbarkeit von Ressourcen und Umweltfaktoren



## Selbstpflagedefizit

- liegt dann vor, wenn ein konkreter situativer Selbstpflegebedarf die Potenziale oder Fähigkeiten zur individuellen Selbstpflege oder Dependenzpflege einer Einzelperson, übersteigt.



## Pflegekompetenz

- beinhaltet, dass Pflegende unter bestimmten Umständen und Bedingungen bestimmte erworbene Fähigkeiten besitzen, um effektive Pflege zu leisten
- wird verstanden als die Fähigkeit, den Erfordernissen anderer Menschen entsprechend handeln zu können
- wird zum Wohle anderer entwickelt und ausgeübt, während die Selbstpflegekompetenz dem eigenen Nutzen dient.



## Selbstpflegekompetenz und Selbstpflegebedarf

- Selbstpflegebedarf = Selbstpflegekompetenz



kein Handlungsauftrag für die Pflege

- Selbstpflegebedarf > Selbstpflegekompetenz



Handlungsauftrag für die Pflege



## Pflegesysteme

- entstehen durch die bewusst ausgeführten Handlungen der Pflegenden und der Patienten.
- definieren die Beziehungen und Aktivitäten der Beteiligten in einer Pflegesituation.
- 3 Pflegesysteme:
  - vollständig kompensatorisch
  - teilweise kompensatorisch
  - unterstützend - erzieherisch

## Ziele der Projektgruppe

- Es werden Instrumente zur Gestaltung des Pflegeprozesses nach der Theorie von D. Orem entwickelt und erprobt.
- Es werden Empfehlungen für begleitende Maßnahmen zur Umsetzung der Theorie ausgesprochen.

## Arbeitsweise in der Projektgruppe

- Aneignung der Theorie (Vortrag, Texte)
- Erarbeitung des Pflegeprozesses nach D. Orem
- Ableitung von Anforderungen an eine Pflegeanamnese nach D. Orem
- Entwurf eines Leitfadens zur Pflegeanamnese
- Erprobung an einem Patienten je TeilnehmerIn der Projektgruppe
- Austausch von Erfahrungen und Erkenntnissen
- Überarbeitung des Instrumentes
- Erprobung an einem konstruierten „Fallbeispiel“

## Arbeitsweise in der Projektgruppe

- Entwurf eines Instrumentes zur Pflegeplanung
- Erprobung an einem Patienten je TeilnehmerIn der Projektgruppe
- Austausch von Erfahrungen und Erkenntnissen
- Überarbeitung des Instrumentes
- Erprobung an einem konstruierten „Fallbeispiel“
- Erarbeitung von Anforderungen an die Evaluation und Entwurf eines Instrumentes

## Nutzen einer theoretischen Orientierung für das

- Im Marienkrankenhaus gibt es ein nachvollziehbares Selbstverständnis der Pflege
- Pflegekräfte arbeiten an gleichen Zielen orientiert
- Patienten können – unabhängig von der konkreten Pflegekraft – wissen, was sie an pflegerischer Unterstützung erwarten können.
- Die Theorie bildet eine begriffliche Grundlage für die pflegefachliche Kommunikation.

## Formular Pflegeanamnese

Daten zur Person	
Kleiner Aufkleber	Aufnahmediagnose: .....
Nationalität / Sprache: <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> anderes, und zwar .....	Bezugsperson ( Lebenspartner / Angehörige / Betreuer): Name, Adresse, Telefon, Erreichbarkeit
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet, seit .....	Religion: <input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> .....
Lebens- / Wohnsituation: <input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> in Ehe/Partnerschaft lebend <input type="checkbox"/> anderes, und zwar .....	Derzeitiger oder ehemals ausgeübter Beruf: .....
Häusliche Umgebung: (z.B. Haus oder Wohnung, Etage, Fahrstuhl) ..... .....	Freizeitaktivitäten / Hobbys: .....
Anzahl der Kinder: .....	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Betreuung über: <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/> Vermögenssorge
	Patientenverfügung vorhanden: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Aufbewahrungsort: .....

## Formular Pflegeanamnese

Daten zur Person	
<b>Pflegerische Versorgung</b> <input type="checkbox"/> Pflegestufe <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Härtefall	<b>Entlassungsplanung</b> Voraussichtlich am: .....
<b>Pflegerische Versorgung im häuslichen Bereich:</b> <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Dependenzpflege durch: ....., seit .....	Entlassung wohn: .....
Art der Hilfeleistungen: .....	Notwendige Nachsorge: .....
Dependenzpflegekompetenz (wo/wie erworben?): .....	<input type="checkbox"/> Pflegeberichtl. notwendig. <input type="checkbox"/> Information an Sozialdienst: .....
<input type="checkbox"/> professionelle Pflege durch ....., seit .....	am: .....
Art der Hilfeleistungen: .....	







## Klärungsbedarfe

- Spezifizierung der Patienten bei denen ein umfassendes Anamnesegespräch nach Orem durchgeführt werden soll (z.B. abhängig von Liegedauer, voraussichtlichem Pflegeaufwand, Diagnose...).
- Erstellung einer Legende mit beispielhaften Fragen und Problemlagen für die Selbstpflegeerfordernisse



## Empfehlungen

- Es sollten alle Pflegekräfte befähigt werden, den Pflegeprozess nach Orem zu gestalten.
- Für die Einführung ist eine Praxisbegleitung notwendig
- da andere Berufsgruppen das Konzept mit tragen sollten, sollten diese informiert / geschult werden.
- Vermehrte Einbeziehung von Angehörigen in den Pflegeprozess
- Anpassung der EDV - gestützten Pflegedokumentation an den Pflegeprozess nach Orem .
- Ganzheitliche Gestaltung des Pflegeorganisationssystems (Bezugspflege)
- Erhöhte Dienstplankontinuität



## Abschlussrunde

Was die Projektarbeit für mich bedeutet  
hat...

Fragen ???  
Anmerkungen !!!



## Abschluss

Vielen Dank  
und  
einen schönen Feierabend !

# Anhang 14

## Stellenbeschreibung StationsassistentInnen

Quelle: Internes Dokument des Kath. Marienkrankenhauses gGmbH