

Projektarbeit des nephrologischen Fachweiterbildungskurses 5

Der Beginn des Pflegeprozesses zur ersten  
Hämodialyse ist zu spät

Verfasser: Petra Dörfler  
Kerstin Gerpheide  
Hedwig Kallsperger  
Claudia Kretschmar  
Karin Losbichler  
Marion Meier  
Mario Peuser  
Daniela Siebentritt  
Andrea Schmidtbauer

Kursleiter: Thomas Fernsehner

Traunstein, den 01.November 2006

**Der Beginn des Pflegeprozesses  
zur ersten Hämodialyse ist zu spät**



Der Schiffbruch, Henri-Edmond Cross

*" Wir sind verantwortlich*  
**" Wir sind verantwortlich**

*für das was wir tun,*  
**für das was wir tun,**

*aber auch für das*  
**aber auch für das**

**was wir nicht tun."**  
*was wir nicht tun."*

**Gliederung**

1. Einleitung	3
1.1. Nephrologische Pflegewirklichkeit	3
2. Materialsammlung und Forschungsmethode	5
2.1. Begriffsdefinitionen	5
2.1.1. Der Pflegeprozess	5
2.1.2. Informationssammlung bzw. Pflegeanamnese	6
2.3. Ein Blick in die Geschichte	9
2.4. Unsere Hypothese	12
2.5. Forschungsdesign	12
2.6. Ergebnisse	14
2.6.1. Auswertung und Interpretation der Patientenfragebögen	14
2.6.2. Auswertung und Interpretation der Pflegepersonalfragebögen	18
2.6.3. Auswertung und Interpretation der Ärztefragebögen	23
3. Zusammenfassung	29
4. Fazit und Diskussion	29
5. Ausblick	32
Literaturverzeichnis	35

## Vorwort

Traunstein, zwei lange kurze Jahre.

Eine große Anforderung, die im Rahmen der zweijährigen Fachweiterbildung Nephrologie des Klinikums Traunsteins an uns gestellt wurde, war eine gemeinsame Projektarbeit. Dies setzte bei allen Teilnehmern im Laufe der Monate viele Emotionen- nicht nur positive – frei. Es zeigte sich aber, dass ein Pflgethema, das die Professionalität in der Pflege unterstreichen soll, bei uns allen zusätzliche Energien mobilisierte, um dieses wichtige Ziel gemeinsam zu erreichen.

Wir Teilnehmer sind ein gutes Stück gemeinsamen Weges gegangen und sind uns sicher, dass sich unsere Pfade nie mehr ganz verlieren werden.

Ein herzliches Dankeschön-

dem Klinikum Traunstein, den engagierten Dozenten und Lehrer und -innen der Fort- und Weiterbildung für Ihre kompetente Unterstützung,  
unseren Familien und Partnern für viele Stunden Geduld, wenn wir mit unseren Gedanken wieder in den Tiefen des Pflegeprozesses gefangen waren,  
und an Kerstin, dein Einsatz war uns immer ein Vorbild.

Traunstein, im November 2006

## 1. Einleitung

### 1.1. Nephrologische Pflegewirklichkeit

Immer wieder erleben wir, die Pflegekräfte in den nephrologischen Einrichtungen, dass die Erstdialyse des nierenkranken Menschen zu einem Akutereignis für Patienten und Pflegekräfte wird. Häufig muss unter Zuhilfenahme eines Dialysekatheters mit der Behandlung begonnen werden, da eine AV-Fistel noch nicht vorhanden oder aber nur ungenügend ausgereift ist. Dabei ist der Beginn der Dialysebehandlung für den Patienten fast immer ein einschneidendes Ereignis.

*"Durch präventive Maßnahmen kann zu Beginn des neuen Lebensabschnittes mit der Dialyse den Patienten viel ihrer Angst und Verunsicherung genommen werden. Hinterher hat sich so viel verselbstständigt, dass eine Bewältigung der Probleme ohne fremde Hilfe nicht möglich ist"*<sup>1</sup>

Viele Patienten werden von der Diagnose "Dialysepflichtige Niereninsuffizienz" überrascht.

*„Das Erleben des Schwindens der Körperkräfte, der diffusen Ängste, verleugnende, beschwichtigende Gedankengänge: je nachdem, wie viel Zeit man hat, gelingt die Umstellung auf die unvermeidliche Realität eines Lebens mit Dialyse und den eingeschränkten Ressourcen schneller oder langsamer“*<sup>2</sup>

In der Literatur spricht man von einer späten Überweisung, wenn diese zum Nephrologen erst 3 Monaten vor Dialysebeginn erfolgt.

*"...bei 26% der Patienten ... erfolgt die Erstdialyse unter Notfallbedingungen... und ist vorgeschaltet mit einer sehr hohen Frühmortalität"*<sup>3</sup>

Im Rahmen der nephrologischen Fachweiterbildung des Klinikum Traunsteins, hat sich unser Weiterbildungskurs (2005/2007) eingehend mit dem Pflegeprozess in der Hämodialyse beschäftigt. Aus vielen intensiven und zum Teil sehr emotionalen Gesprächen zwischen den Weiterbildungsteilnehmern, die aus acht unterschiedlichen Zentren Südost-Bayerns zusammengelassen sind, entwickelte sich unser Thema.

Wie soll zukünftig unsere Arbeit zu beurteilen sein? Begnügen wir uns weiter nur mit dem An- und Abhängen unserer Hämodialysepatienten? Welche Aufgaben sollen wir erfüllen,

---

<sup>1</sup> Dipl.-Sozialarbeiterin Claßen M., Köln: Spektrum der nephrologischen Pflege, 01/2004

<sup>2</sup> Wirth-Junghöfer T.; Franz H.E. (Hrsg.), Ulm, In: Dialyse 2003,

<sup>3</sup> Ritz, Eberhard; Kühn, Karl Wilhelm; Küttemeyer, Heinrich; Deutsches Ärzteblatt 99, Ausgabe 39, 27.09.2002

wo Schwerpunkte setzen und wo ist unser Platz im multidisziplinären Team? Welche Möglichkeiten ergeben sich für Pflegekräfte im Professionalisierungsprozess aus der Umsetzung des Pflegeprozesses in der Hämodialyse? Macht der Pflegeprozess in der Hämodialyse überhaupt Sinn?

Aus den Diskussionen zum Thema Pflegeprozess ergab sich als gemeinsamer Konsens, dass die kompetente, professionelle und individuelle Betreuung der Hämodialysepatienten in der prädialytischen Phase von extrem wichtiger Bedeutung ist.

Damit die Patienten den Mut haben, Ängste und Nöte offen zu benennen und sie vor allem auch konstruktiv an der Krankheitsbewältigung mitarbeiten ist unserer Meinung nach der frühzeitige Kontakt zwischen uns, den Pflegekräften und den zukünftigen Hämodialysepatienten, zwingend erforderlich.

Viele theoretische Abhandlungen über die Möglichkeiten zur Umsetzung des Pflegeprozesses in der Hämodialyse wurden beschrieben. Doch es fehlen die Gedanken und Ansichten der betroffenen Patienten, des Pflegepersonals und der Ärzte über die professionelle, geplante und durchdachte Pflege.

Die hier vorliegende Facharbeit setzt sich mit dem Pflegeprozess vor der ersten Hämodialyse auseinander also mit dem Beginn des Pflegeprozesses.

Viele Fragen interessierten uns:

- Ist ein früher Kontakt zwischen dem zukünftigen Hämodialysepatient und der Fachpflegekraft überhaupt notwendig und gewünscht?
- Wie sind die Erfahrungen und die Ansprüche der einzelnen Betroffenen?
- Macht der Pflegeprozess in der Hämodialyse überhaupt Sinn?
- Beginnt der Pflegeprozess wirklich zu spät?
- Kann ein frühzeitiger Einstieg in den Pflegeprozess die Compliance der Patienten erhöhen?
- Kann dadurch die Qualität und damit die Effektivität der Hämodialysebehandlung gesteigert werden?
- Kann der Pflegeprozess uns in unserer tagtäglichen Pfllegetätigkeit unterstützen oder wird durch ihn nur zusätzliche Arbeit geschaffen?
- Reduziert sich unsere pflegerische Arbeit in der Hämodialyse wirklich nur auf das "An- und Abhängen"?

Mit dieser Projektarbeit wollten wir Antworten auf diese Fragen finden.

## 2. Materialsammlung und Forschungsmethode

### 2.1. Begriffsdefinitionen

#### 2.1.1. Der Pflegeprozess

Der Pflegeprozess ist eine Arbeitsmethode und geht davon aus, dass Pflege ein dynamischer Problemlösungs- und Beziehungsprozess<sup>4</sup> ist. Er besteht aus logisch aufeinander aufbauenden Phasen/Schritten<sup>5</sup>, die sich wechselseitig beeinflussen. Seinen Ursprung hat der Pflegeprozess in der Systemtheorie, der Kybernetik<sup>6</sup> und der Entscheidungstheorie<sup>7</sup>. In Deutschland gilt der Pflegeprozess als anerkannte fachliche Methode zur systematischen Beschreibung professioneller Pflege. Die konkrete Ausgestaltung der jeweiligen Schritte des Pflegeprozesses, wie z.B. die Festlegung der Pflegeziele, wird klientenbezogen anhand der pflegeinhaltlichen Orientierung gestaltet.

Die Schritte des Pflegeprozesses orientieren sich an den Problemen, Fähigkeiten und Ressourcen des Pflegebedürftigen und haben zum Ziel:

- Sicherheit für die Pflegebedürftigen im Pflegeverlauf herzustellen
- Den Pflegebedürftigen und seine Angehörigen in die Pflege mit einzubeziehen
- Die personelle und fachliche Kontinuität in der Durchführung pflegerischer Leistungen zu gewährleisten
- Die Qualität der Pflege- und Betreuungsleistung zu sichern
- Jederzeit die objektive Beurteilung der Pflegeleistung zu ermöglichen
- Den- innerbetrieblichen und interdisziplinären Informationsfluss für alle Prozessbeteiligten zu gewährleisten
- Leistungen transparent und nachvollziehbar darzustellen
- Den juristischen Nachweis der Pflegqualität im Sinne einer Beweissicherung zu führen.

Der Pflegeprozess ist ein abstraktes Problemlösungsverfahren bzw. ein offenes analytisches Handlungsmodell, welches durch die Anwendung in einer konkreten Pflegesituation zu

---

<sup>4</sup> Krohwinkel, M., Baden-Baden: Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexiekranken, Eine Studie zu Erfassung und Entwicklung ganzheitlich- rehabiliterender Prozesspflege, Nomos Verlagsgesellschaft, 1993, S.28

<sup>5</sup> Krohwinkel, M.: a.a. O.

<sup>6</sup> Vgl. Hampden- Turner, C., Weinheim und Basel: Modell des Menschen, Betz Verlag 1993, S.158-159;

Link, W.: Alltag mit Dementen, Schlütersche Verlagsgesellschaft, 2002, S. 18-19

<sup>7</sup> Vgl. Vester, F., München: Neuland des Denkens, 7.Auflage, Deutscher Taschenbuchverlag, 1991



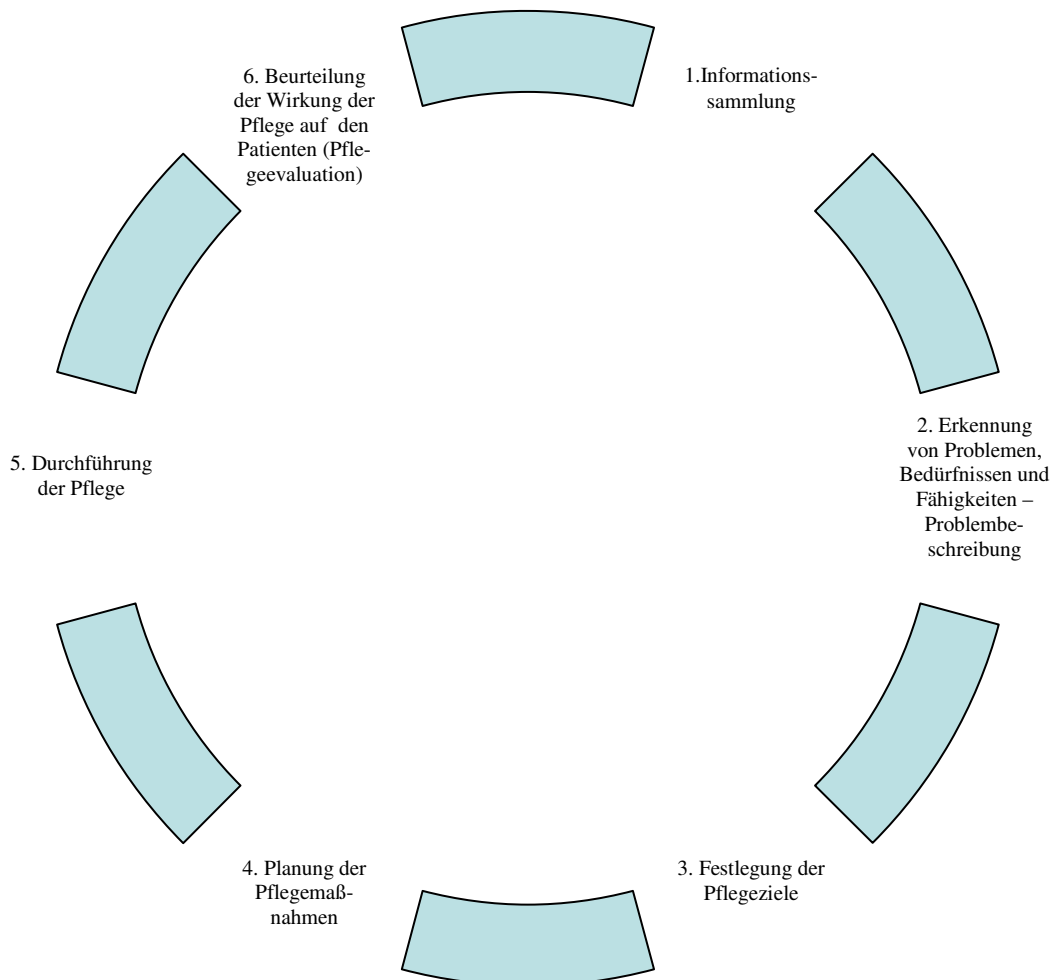
einem berufsspezifischen Prozess wird. Die Terminologie in bezug auf die einzelnen Phasen ist nicht einheitlich.

### 2.1.2. Informationssammlung bzw. Pflegeanamnese

Grundlage für den Pflegeprozess ist die Informationssammlung. Sie beinhaltet die Sammlung, Systematisierung und Dokumentation von pflege- und behandlungsrelevanten Daten, einschließlich biographischer Aspekte des zu betreuenden Patienten (und seiner Bezugsperson); relevante Bedürfnisse, Probleme, Fähigkeiten und Gewohnheiten des Patienten werden erfasst.

Alle folgenden Phasen des Pflegeprozesses sowie die Qualität der Pflege insgesamt, hängen von der Vollständigkeit und Verlässlichkeit dieser Situationseinschätzung ab.

Gängig sind 4-, 5- und 6-phasige Modelle. Das 6-phasige Modell ist in Deutschland am weitesten verbreitet. Es geht auf Fiechter und Meier<sup>8</sup> zurück und besteht aus folgenden Schritten:



<sup>8</sup> Fiechter, V.; Meier, M., Basel, Pflegeplanung, Recom Verlag 1998

Abbildung 1: Modifiziertes 6-Phasen –Modell nach Fiechter und Meier

Ziel dieses Modells ist es, über einen induktiven Prozess einen individuellen Pflegeplan zu erstellen<sup>9</sup>. Das Handeln im Sinne des Modells stellt hohe Anforderungen<sup>10</sup> an die Pflegenden, da der Patient als „Gegenstand“ der Pflege strukturiert wird. Notwendig sind analytische und kommunikative Fähigkeiten sowie soziale Kompetenz. Das Zusammenwirken dieser Kompetenzen und Fähigkeiten führt dazu, dass Pflegenden in der Interaktion mit den Pflegebedürftigen Pflegeprobleme benennen und beschreiben können.

## 2.2. Das Auge des Gesetzes

Der Pflegeprozess und seine Dokumentation hat innerhalb der gesetzlichen Grundlagen verschiedene Bezugspunkte. Normative Anforderungen ergeben sich aus dem

- Recht der Pflegeberufe
- Sozialversicherungsgesetz
- Ordnungsrecht
- Haftungsrecht

Der Gesetzgeber hat dem erheblichen Wandel, den die Pflege vollzogen hat, Rechnung getragen. Bereits im Jahre 1985 wurden im Krankenpflegegesetz (KrPflG) die einzelnen Bestandteile des Pflegeprozesses als Ausbildungsziele für Krankenschwestern/-Pfleger und Kinderkrankenschwestern/-Pfleger formuliert.

Im Krankenpflegegesetz vom 1. Januar 2004 sind die geplante Pflege und damit die Anwendung des Pflegeprozesses vom Gesetzgeber festgeschrieben.

Artikel 1, Abschnitt 2, § 3

*(1) Die Ausbildung für Personen nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 und 2 soll entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermitteln. Die Pflege im Sinne von Satz 1 ist dabei unter Einbeziehung präventiver, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physi-*

---

<sup>9</sup> Isfort, M.; Wiedner, F., Köln, Pflegequalität und Pflegeleitungen, 1. Bericht über die erste Phase des Projektes Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität, Schlütersche Verlagsgesellschaft Freiburg, 2001

<sup>10</sup>Just, A. In: Käppeli, S.: Pflegediagnostik unter der Lupe (2. Auflage)

*schen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen auszurichten. Dabei sind die unterschiedlichen Pflege- und Lebenssituationen sowie Lebensphasen und die Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Menschen zu berücksichtigen (Ausbildungsziel).*

*(2) Die Ausbildung für die Pflege nach Absatz 1 soll insbesondere dazu befähigen,*

*1. die folgenden Aufgaben eigenverantwortlich auszuführen:*

- a) Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege,*
- b) Evaluation der Pflege, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege,*
- c) Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit,*
- d) Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes,*

*2. die folgenden Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung auszuführen:*

- a) eigenständige Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen,*
- b) Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation,*

*3. c) Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen,*

*interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten und dabei multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen von Gesundheitsproblemen zu entwickeln.*

Weitere gesetzliche Bestimmungen SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch), Gesetzliche Krankenversicherung

Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477:

Nach

*§135a sind alle Einrichtungen des Gesundheitswesens zur Qualitätssicherung verpflichtet.*

*§137 ist das Pflegepersonal in Krankenhäusern verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen bezüglich der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse und zwar so, dass vergleichende Prüfungen ermöglicht werden.*

Und

*§80 SGB XI (Sozialgesetzbuch Elftes Buch, Soziale Pflegeversicherung, Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994 BGBl. I S. 1014) verlangt ausdrücklich die Sicherung und Überprüfung der Pflegequalität.*

Die rechtliche Verpflichtung zur Umsetzung des Pflegeprozesses beinhaltet für Fachpflegekräfte die Übernahme von mehr Verantwortung. Umso wichtiger ist die Umsetzung des Pflegeprozesses als selbstverständlichen Bestandteil der Pflegepraxis.

Die handschriftliche Dokumentation der Pflegehandlungen, die als Urkunde<sup>11</sup> rechtlichen Charakter erhält, kann insbesondere hinsichtlich der Beweisführung im Zivil- und Strafrecht sowie als Transparenz- und Qualitätssicherungsfunktion weitreichende Folgen nach sich ziehen.

### 2.3. Ein Blick in die Geschichte

Lange Zeit galt die Krankenpflege als Beruf aus Berufung, aus Nächstenliebe. Ein Beruf in der die neue Generation von der älteren Generation lernte. Pflege wurde nicht dokumentiert, man lernte aus der Erfahrung der „alten“ Schwestern. Gewonnene Pflegeerfahrungen wurden nicht wissenschaftlich untersucht, Sinn und Unsinn nicht überprüft oder gar dokumentiert. Unzufrieden mit dieser Entwicklung entstanden aber schon früh Pflege-theorien und Pflegemodelle.

In der Neuauflage des Standardwerkes in der Nephrologischen Pflege der EDTNA/ERCA, „Nephrologische Pflege- Der Pflegeprozess in der Praxis“ steht unter Pflege-theorien bzw. -modellen:

*„ Erste Entwürfe in den 50er Jahren (...) in den USA. Seither in unterschiedlichen Abstraktionsgraden und Denkrichtungen ausformulierte Theorien (...), die sich (...) um eine Systematisierung und wissenschaftliche Fundierung von Pflegewissen bemühen. Dieses war bislang fast ausschließlich mündlich als Tradition und Erfahrungswissen weiter gegeben worden. Die gesellschaftliche Dominanz der Medizin als Wissenschaft mit Ihrem prägenden Einfluss auf Denk- und Arbeitsstrukturen im Gesundheitswesen führte dazu, dass ursprüngliche wichtige Inhalte der Pflege von F.Nightingale (1820-1910) wie das Sorgen für eine saubere, hygienische Umgebung, Stärken der Selbstheilungskräfte, seelischer Beistand für Patienten u.a. (...) in den Hintergrund rückten, die Assistenzleistung bei der medizinischen Behandlung dagegen in den Vordergrund der Ausbildungs- und Tätigkeitsinhalte in den Pflegeberufen. Es entwickelte sich eine krankheitsorientierte Pflege bei einer bestimmten Erkrankung. Kompetenz wie Fürsorglichkeit, Freundlichkeit, galten als naturgegeben („weiblich“) und nicht speziell ausbildungsbedürftig. Die ersten Pflege-theoretikerinnen waren unzufrieden mit der vom einzelnen Menschen weg hin zur naturwissenschaftlichen*

---

<sup>11</sup> „Eine Urkunde ist eine verkörperte Gedankenäußerung, deren Aussteller erkennbar ist (§ 416 ZPO). Sie besitzt die Vermutung der Vollständigkeit und Richtigkeit, wenn sie vom Aussteller unterschrieben ist, m.a. der Richter ist an ihren Erklärungsinhalt gebunden. Die Urkunde ist damit das wohl stärkste Beweismittel.“ S. Streckel: Dokumentationspflicht. In: [www.wernerschnell.de/Rechtsalmanach](http://www.wernerschnell.de/Rechtsalmanach)

*Sicht auf die Krankheitsbilder reduzierten Sicht. Sie definierten den Gegenstandsbereich der Pflege, beschrieben die Phänomene, mit denen Pflege zu tun hat (...), dabei betrachteten sie den Pflegeprozess als Arbeitsinstrument“<sup>12</sup>*

Derzeit sind mehr als 30 Pflegemodelle bekannt.

*„Voraussetzung aber für die Anwendung von Pflegemodellen ist die Durchführung des Krankenpflegeprozesses. Ohne ihn ist geplante Pflege nicht möglich. Zur geplanten Pflege sind wir gesetzlich verpflichtet“<sup>13</sup>*

Der Krankenpflegeprozess sollte eine systematische Darstellung der pflegerischen Handlungen mit und an dem Patienten sein. Ziel ist es dem Patienten die Möglichkeit zu geben über seine Ängste, Wünsche, Befürchtungen und Unklarheiten zu sprechen.

Seit 1980 fand ein Umdenken in Sachen Pflege statt. Während sich Pflege theoretiker und Pflegewissenschaftler in der Sache einig waren und ihre Konzepte weiter ausbauten, blieb in der Praxis weitgehend alles beim Alten.

Durch das 1985 verabschiedete Krankenpflegegesetz versuchte der Gesetzgeber dies zu verändern. Doch das Pferd wurde von hinten aufgezäumt; zwar wurde jetzt in der Ausbildung der Pflegeprozess und seine Umsetzung gelehrt und geprüft, in der Praxis gestaltet sich die Umsetzung jedoch bis heute als äußerst schwierig. Die strukturellen Rahmenbedingungen ermöglichen es nicht, professionelle Pflegeplanung einzusetzen und anzuwenden. Entweder es scheitert an Personal- und Materialausstattung, dem fehlenden Verständnis der Leitungen oder es stehen keine zeitlichen Spielräume zur Verfügung.

Im Januar 2004 wurde das veraltete Krankenpflegegesetz von 1985 neu überarbeitet und verabschiedet. Die Bundesrepublik Deutschland reagierte hiermit auf den wachsenden europäischen Druck, die deutsche Krankenpflege bildet verglichen mit anderen europäischen Ländern eher das Schlusslicht.

Immer noch ist das persönliche Engagement jeder einzelnen Pflegeperson gefragt. Doch die Überfrachtung der täglichen Arbeit mit pflegefremden Tätigkeiten, oftmals fehlender Information/ Kommunikation und fehlenden zeitlichen Ressourcen lassen wenig Platz für patientenspezifische Pflegeplanung. Hinzu kommt dann manchmal noch die fehlende Erfahrung einzelner Pflegepersonen. Eine weitere Umsetzungsschwierigkeit des Pflegeprozesses ergibt sich aus dem Aufbau gängiger elektronischer Dokumentationssysteme.

---

<sup>12</sup> EDTNA/ERCA, Nephrologische Pflege, Der Pflegeprozess in der Praxis, Stuttgart, 2. Auflage 2003, S.12

<sup>13</sup> EDTNA/ERCA, Nephrologische Pflege, Der Pflegeprozess in der Praxis, Stuttgart, 2. Auflage 2003, S.21

Im Laufe von 50 Jahren haben sich die Aufgabenfelder der Pflege in der Nephrologie grundlegend geändert.

Die Aufgaben der Pflege nephrologischer Patienten wurden wie folgt beschrieben:

- *Aufzeichnung der Ein- und Ausfuhr*
- *Kontrolle der Diät*
- *Stimulierung der Elimination von Stoffwechselprodukten durch den Gastrointestinaltrakt*
- *Vermeidung von Infektionen*
- *Verringerung der Muskelaktivität, um die Produktion von Stoffwechselprodukten zu verringern*
- *Sorge für Nachtruhe und Bequemlichkeit<sup>14</sup>*

Im weiteren Verlauf der Dialysegeschichte verlagerte sich der Schwerpunkt der Tätigkeit in den technischen Bereich: Vorbereitung des Dialysats, Funktionskontrolle der Maschinen und Materialien sowie Überwachung der Kapillaren und des Ultrafiltrats wurde zu Haupttätigkeiten. Von einem Pflegeprozess, wie oben beschrieben, konnte in dieser Phase des Wandels in der Pflege noch keine Rede sein.

Heute sehen wir uns einem Patientenstamm gegenüber das immer älter und multimorbider an die Hämodialyse kommt. Im Jahr 2000 waren ca.70% aller Dialysepatienten über 60 Jahre alt.

Sie stellen an das heutige nephrologische Pflegepersonal andere Anforderungen:

- *Grund (auch "direkt" - Pflege)- und Behandlungspflege gemäß dem Pflegeprozess*
- *verantwortliche Durchführung von ärztlich verordneter Therapie*
- *Auswertung von Patientenbeobachtung und Patientenbefunden*
- *Koordination der Behandlung im multidisziplinären Team*
- *Ausbildung neuer Pflegekräfte*
- *Anleitung und Überwachung von Hilfspersonal*
- *Information und psycho-soziale Betreuung von Patienten und Angehörigen (auch präterminal)*
- *Schulung und Training von Patienten und Angehörigen*

---

<sup>14</sup> EDTNA/ERCA, Nephrologische Pflege, Der Pflegeprozess in der Praxis, Stuttgart, 2. Auflage 2003, Seite 17

- *Qualitätsmanagement*
- *Die Übergänge zwischen ärztlichem und pflegerischem Handeln sind fließend; sie bedürfen weiterhin der Klärung<sup>15</sup>.*

## **2.4. Unsere Hypothese**

„Der Beginn des Pflegeprozesses zur ersten Hämodialyse ist zu spät“

Gerade in der Hämodialyse betreuen wir chronisch kranke Patienten mit einem erheblichen pflegerischen Aufwand über einen sehr langen Zeitraum. Hier macht ein geplanter, kontinuierlicher, dokumentierter und evaluierter Pflegeprozess wirklich Sinn. Es gibt kaum einen anderen Fachbereich in dem ein so langer intensiver Kontakt zwischen Patient und Pflegepersonal besteht. Der erste Kontakt zwischen dem Patienten und der Pflegekraft erfolgt meistens leider erst unmittelbar zur ersten Hämodialyse. Die Grundlage für einen geplanten Pflegeprozess muss aber die Erhebung einer Pflegeanamnese sein, die in der prädiagnostischen Phase gemeinsam mit dem Patienten erstellt werden sollte.

Dazu finden wir positive Vorbilder in der Peritoneal- und Heimhämodialyse. Durch den engen Kontakt in der Anlernphase mit der Fachpflegekraft haben diese Patienten einen denkbar besseren Einstieg in ihre Dialysepflichtigkeit als die Hämodialysepatienten.

Wie sind die Meinungen, Vorstellungen und Wünsche der Patienten, der Kollegen und der Ärzte zu unserer Behauptung, dass der Beginn des Pflegeprozesses zur ersten Hämodialyse zu spät ist?

Um diesen Fragen eine wissenschaftliche Grundlage zu geben und mögliche Antworten zu finden haben wir „Der Beginn des Pflegeprozesses zur ersten Hämodialyse ist zu spät“ als Thema für unsere Facharbeit gewählt.

## **2.5. Forschungsdesign**

Zur Untersuchung unserer Hypothese haben wir uns für den qualitativen Forschungsprozess entschieden.

Es wurde je ein standardisierter Fragebogen für Patienten, Pflegepersonal und Ärzte von den Teilnehmern entwickelt und in den Dialysezentren der Fachweiterbildungsteilnehmer verteilt (Privatdialysepraxen, KfH Zentren und Krankenhausdialysen).

---

<sup>15</sup> EDTNA/ERCA, Nephrologische Pflege, Der Pflegeprozess in der Praxis, Stuttgart, 2. Auflage 2003, Seite 17

Wir haben uns für eine Mischung aus Multiple-Choice-Fragen und Fragen zur freien Antwortformulierung entschieden.

#### Fragebögen Patienten:

- Ausgeteilt in 9 Dialysezentren der Kursteilnehmer des Fachweiterbildungskurses
- Verteilt an 462 Patienten
- Rücklauf von 275 Fragebögen, davon 46 ohne Angabe von Geschlecht, Alter und Jahren an der Dialyse. (Rücklaufquote: 59,5%)

#### Fragebögen Pflegekräfte:

- Ausgeteilt in 9 Dialysezentren der Kursteilnehmer des Fachweiterbildungskurses
- Ausgeteilt auf dem 12. Chiemgauer Dialyseseminar
- Verteilt an 207 nephrologische Pflegekräfte
- Rücklauf von 142 Fragebögen (Rücklaufquote: 68,6%)

#### Fragebögen Nephrologen:

- Ausgeteilt in 9 Dialysezentren der Kursteilnehmer des Fachweiterbildungskurses
- und zusätzlich 15 Dialysezentren in Bayern angeschrieben
- Rücklauf von 28 Bögen

Die Fragebögen wurden ohne persönliche Daten ausgewertet.

Der Schwerpunkt unserer Befragung lag darin, zu erfahren wie Pflegeprozess und der Beginn des Pflegeprozesses in den drei unterschiedlichen Gruppen gesehen und gewichtet wird.

Wir wollten ermitteln welche Aufgaben von der jeweiligen Gruppe schwerpunktmäßig dem Nephrologischen Personal zugeschrieben werden.

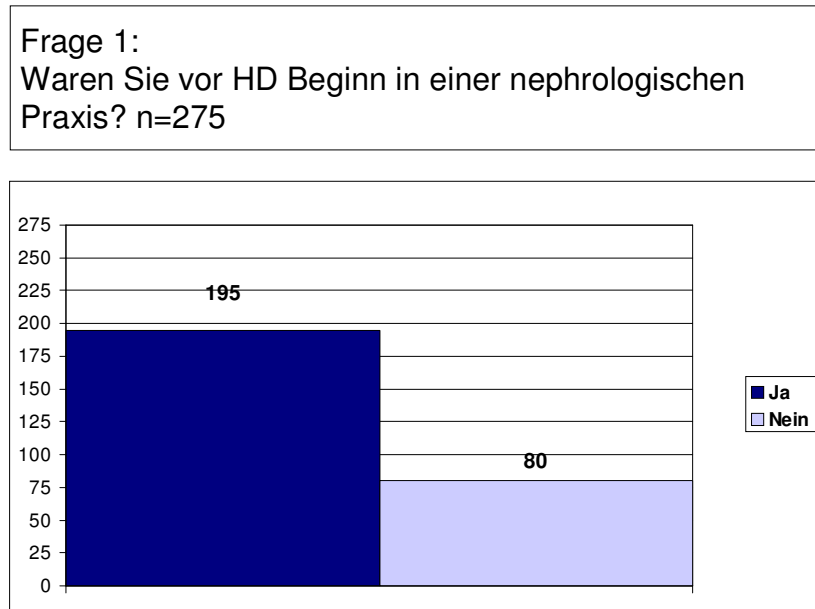
Am Ende jedes Fragebogens stand Platz für einen persönlichen Kommentar zur Verfügung.

Wir haben zur Unterstützung unserer These nur die relevantesten Fragen und deren Ergebnisse ausgewertet und interpretiert. Im Anhang unserer Arbeit finden sich die kompletten Fragen und deren Ergebnisse.



## 2.6. Ergebnisse

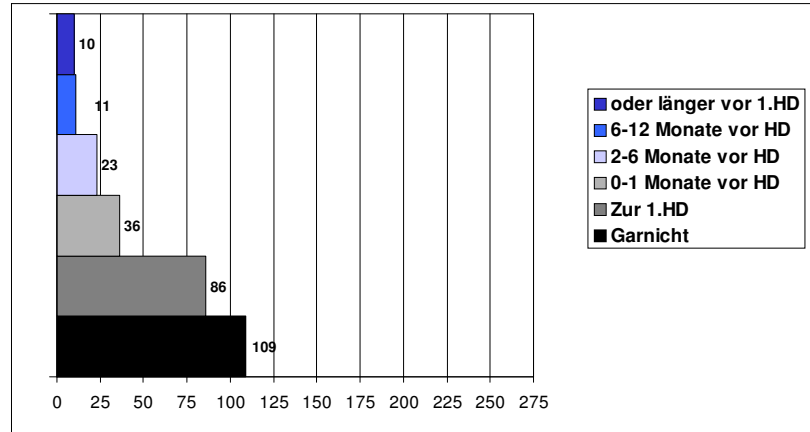
### 2.6.1. Auswertung und Interpretation der Patientenfragebögen



1. November 2006

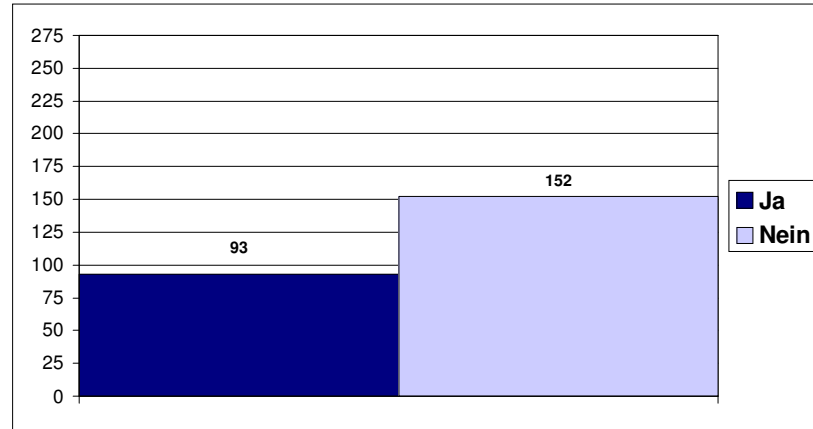
Anhand der ausgewerteten Fragebögen zeigte es sich, dass ca. 71% der befragten Dialysepatienten vor ihrer Dialysepflichtigkeit in einer nephrologischen Praxis behandelt wurden. In Frage 3 ist eindeutig zu erkennen dass bei 71% der Patienten kein Informationsgespräch mit einer Pflegekraft bis zum Zeitpunkt der ersten Hämodialyse stattgefunden hat. Aus den Bemerkungen und Kommentaren der Fragebögen war aber ersichtlich, dass sich die Mehrzahl der Patienten eine aufklärende Beratung mit einer Pflegekraft gewünscht hätte. (Siehe Zitate).

Frage 3:  
Wann fand ein Informationsgespräch mit einer  
Pflegekraft vor der 1.HD statt? n=275



1. November 2006

Frage 4 :  
Wurde Ihr/e Ehepartner/Familie in dieses  
Informationsgespräch eingebunden?n=275  
(30 Patienten antworteten auf diese Frage nicht)



1. November 2006

Bei 34% der Patienten wurden die Angehörigen in dieses Gespräch eingebunden bei 55% der Patienten nicht. Aus den formulierten Wünschen der Patienten wird klar, dass die Teilnahme von Angehörigen bei den Informationsgesprächen gewünscht bzw. für sie von großer Bedeutung gewesen wäre. Dies lässt vermuten, dass das angegebene Gespräch ein von der Pflegekraft ungeplantes Gespräch war, denn wie aus der Frage 3 zu entnehmen ist, fand ein Gespräch erst bei der ersten oder den darauf folgenden Hämodialysebehandlungen statt.

In der Frage 8 gaben wir den Patienten die Möglichkeit ihre Anmerkungen, Wünsche und Kritik frei zu formulieren:

*„Es sollte ein „Schnuppertag“ vor der 1. Dialyse stattfinden, damit man ein Bild von dem Ganzen bekommt, damit die Angst nicht so immens groß ist, wenn man „Blutwäsche“ hört. Sich mit den bereits „Dialysepatienten“ austauschen kann und Fragen stellen kann, die einen beschäftigen! Sonst kommt man sich so ins kalte Wasser geschmissen vor.“*

*„Ärzte müssten den „Mut“ aufbringen Ihre Patienten schon frühzeitig mal in die Dialysestation „Schnuppern“ zu lassen. Und auch mal darüber zu sprechen in welchen Gesundheitszustand die zukünftigen Bettnachbarn sein können ( Mein Schock waren die Amputationen, Blindheit u.ä. der anderen bei meiner 1. Dialyse). Hilft ja vielleicht auch den eigenen Dialysebeginn richtiger einzuschätzen.“*

*„Ich hätte mir kein Informationsgespräch mit einer Schwester vor der ersten Dialyse gewünscht, da ich von meinem Arzt informiert wurde. Ich wollte mich bis zur letzten Sekunde nur so weit wie nötig mit der Dialyse auseinandersetzen.“*

*„Am schlimmsten habe ich es empfunden, nichts über die Ernährung zu wissen. Die erste Zeit stand ich oft weinend vor dem Kühlschrank. Im Krankenhaus hatte mich eine sog. Ernährungsberaterin total falsch beraten. Schön wäre es auch, wenn man einfach vor der 1. Dialyse mehr beraten werden würde, und mit einem Familienangehörigen zusammen wäre es noch besser! Auch mit einem anderen „Dialysepatienten“ sich austauschen zu können, wäre toll.“*

*„Vorschlag: Mehr die Ehepartner einbeziehen, zu mindest in der Startphase. Sonst bleiben alle Erklärungen betr. Trinkmenge und Lebensmittel auf der Strecke (insbesondere bei älteren Herren, die weder einkaufen, noch kochen müssen!) es entsteht evtl. Verständnis für den Partner!“*

*„Kritik:Eigentlich keine. Ich sehe viele Patienten, die viele Jahre an der Dialyse hängen und keine Ahnung haben, was diese Maschine eigentlich macht und was das Gerede mit Phosphat und Co. eigentlich soll. Pflegekräfte können nur auf Fragen erklärend antworten. Und in meiner Station kümmern sich einige Schwestern sehr intensiv um die Patienten. Ob immer mit Erfolg sei dahingestellt.“*

*„Anregung: Vieles schon lange vor der 1. Dialyse in der nephrologischen Praxis erklären und aufklären!“*

*„Ab welchem Zeitpunkt? Von dem Augenblick an, da feststeht, dass die Dialyse unausweichlich ist. Selbst wenn es noch Monate dauern sollte. Je aufgeklärter der Patient desto weniger beängstigend und geheimnisvoll sind die Dialysegeräte, die Punktion und der ganze Dialyseablauf“*

*„So früh wie möglich“*

*„Bei der OP des Shunts, ein ¾ Jahr vor der ersten Dialyse wäre ein solches Informationsgespräch sehr hilfreich gewesen“*

*„Eine neue Sichtweise, die unbedingt eingeführt werden sollte und die diesen Lebensabschnitt sehr erleichtern würde“*

*„Alle Mitarbeiter sind meist sehr freundlich, allerdings professionell sind die meisten mit wenig Erfahrung. Mehr Erfahrung sowie Verantwortung wäre sicherlich besser für uns alle“*

Die Ergebnisse der Antworten weisen eindeutig in die gleiche Richtung, sodass wir daraus wieder neue Fragen formulierten:

Wünscht der zuständige Arzt die frühzeitigen Informationsgespräche mit einer Pflegekraft nicht?

Warum sind die Pflegekräfte nicht in die prädialytische Betreuung der Patienten einbezogen?

Fühlen sich die Pflegekräfte nicht zuständig?

Sind die Pflegekräfte nicht qualifiziert und kompetent genug?

Haben wir Pflegekräfte tatsächlich so wenig Zeit?

Ist einfach noch niemand auf die Idee gekommen?

Antworten auf diese Fragen erhoffen wir uns bei der Auswertung der Pflegepersonal- und Ärztefragebögen.

Zusätzlich stellt sich die Frage, ob das Problem nicht bei den Patienten selber liegt?

Fühlen sie sich überfordert mit der Diagnose „Dialysepflichtigkeit“?

Wollen sie ihre Krankheit nicht wahrhaben und, sich erst dann mit ihr auseinandersetzen, wenn es gar nicht mehr anders geht?

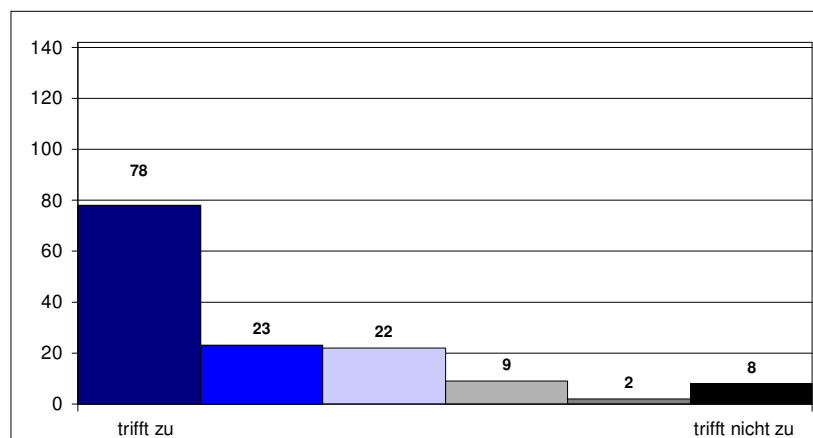
Wissen die Patienten eigentlich was ein Pflegeprozess ist?

Oder wissen die Patienten gar nicht was die moderne Gesundheits- und Krankenpflege für sie leisten könnte und müsste?

Aus den angeführten Zitaten ergibt sich, dass die Patienten hoffen, ihre Selbstbestimmung im Umgang mit ihrer Erkrankung beizubehalten. Durch umfangreiche Informationen könnten sie aber schneller den vollen Umfang, den die Dialysepflichtigkeit mit sich bringt, erfassen. Ängste der Patienten und ihrer Angehörigen könnten, durch frühzeitig erhaltenes Wissen über die Erkrankung und ihrer Auswirkung auf das persönliche Umfeld, minimiert werden. Damit hätten sie die Möglichkeit, sich aktiv an der Gestaltung ihrer Behandlung zu beteiligen und den Verlauf ihrer Erkrankung positiv zu beeinflussen. Tatsache ist dennoch, dass die Patienten die Aufklärungspflicht immer noch auf Seiten der Ärzte sehen, die eigentlich pflegerischen Aufgaben sehen sie in der Durchführung der Hämodialysebehandlung und der Betreuung während der Behandlung. Welche positive Bedeutung, die prädialytische Betreuung und im weiteren Verlauf die Anwendung des Pflegeprozesses durch eine Pflegekraft, für sie hätte, können die befragten Patienten nur erahnen und äußern dieses in ihren Anmerkungen.

### 2.6.2. Auswertung und Interpretation der Pflegepersonalfragebögen

Frage 1:  
Finden Sie, dass die These „ Der Beginn des Pflegeprozesses zur ersten Hämodialyse ist zu spät!“ zutrifft? N=142

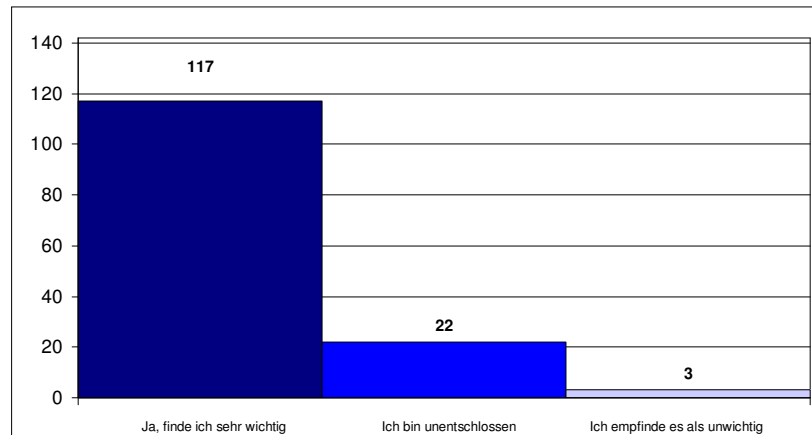


1. November 2006

Wie eindeutig aus der Grafik der 1. Frage ersichtlich ist, sind mehr als 55% aller Befragten

Pflegekräfte der Meinung der Beginn des Pflegeprozesses zur 1. Hämodialyse ist zu spät.

Frage 2 :  
Ist es Ihnen wichtig, dass ein Pflegeprozess vor der  
ersten Hämodialyse stattfindet? n=142



1. November 2006

Sogar 82% empfinden es als sehr wichtig, dass die nephrologische Pflege der Dialysepatienten vor der 1. Hämodialyse anhand geplanter Pflegeschritte weitmöglichst optimiert werden soll. Wir gehen also in Anbetracht der Fragen 1 und 2 davon aus, dass der Pflegeprozess vor Dialysebeginn in der Praxis gar nicht bzw. zu spät angewandt wird, also erst wenn der Patient bereits einige Zeit dialysiert wird. Warum ist das so?

Durch immer mehr Arbeitspensum und daraus resultierenden Zeitmangel ist der Arbeitsalltag schon belastend genug. So ist es in vielen Zentren heutzutage üblich, dass eine Pflegekraft sechs Patienten zu betreuen hat. Hierbei ist zu betonen, dass der Patientenstamm in der Hämodialyse immer älter und multimorbider wird.

Frei geantwortet hat leider nur ein Viertel der Pflegepersonen.

Zitate aus den Fragebögen:

*„Ich finde den Pflegeprozess sehr wichtig, doch woher soll ich die Zeit dazu nehmen.“*

*„Es mangelt an Infomaterial“*

*„Die Progredienz der Krankheit kann verlangsamt werden“*

*„Pflegedokumentation ist zu aufwendig“*

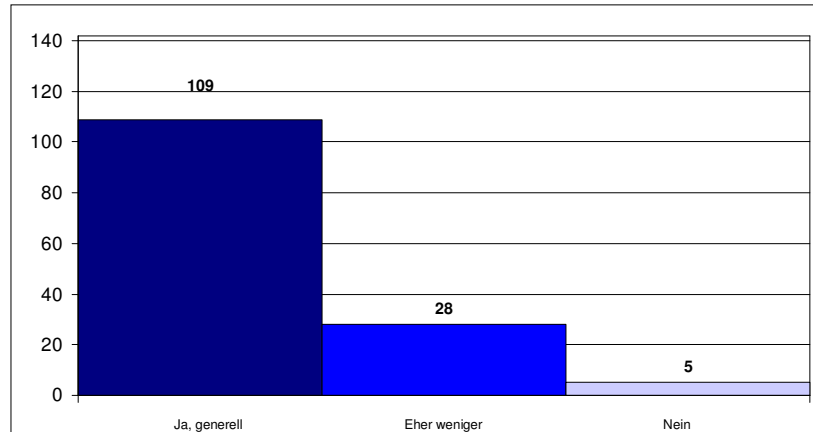
*„Ich wünsche mir konstruktive 3er Gespräche zwischen Patient, Arzt und Pflegekraft“*

*„Dies ist ein interessantes und spannendes Projekt...“*

*„Ärzte und Verwaltung stehen mit Forderungen im Vordergrund“*

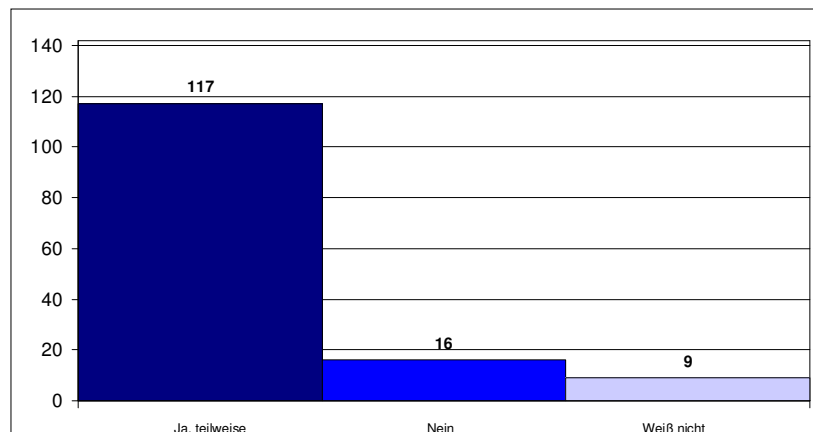
*„Der Pflegeprozess fehlt noch ganz, dabei ist die Dokumentation immer wichtiger.“*

Frage 4 :  
Sollte vom Patienten eine Pflegeanamnese in der  
prä-dialytischen Phase erstellt werden? n=142



1. November 2006

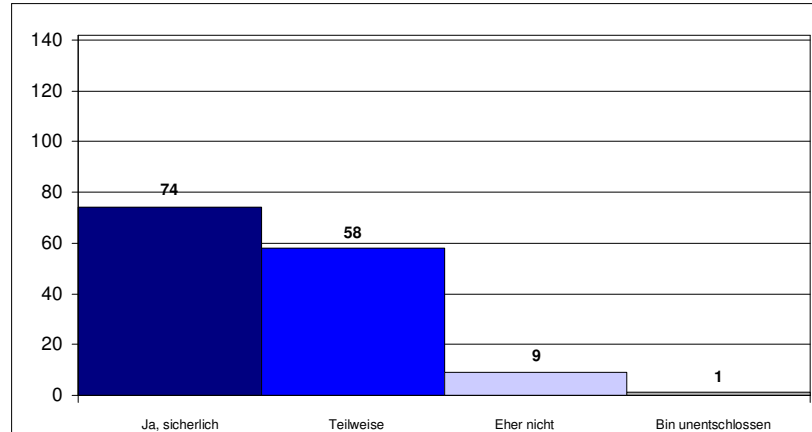
Frage 4a :  
Wenn ja, würde die Pflegeanamnese Sie in Ihrer  
täglichen Arbeit unterstützen? n=142



1. November 2006

Hier zeigt sich, dass eine große Mehrheit (77%) des Pflegepersonals eine Pflegeanamnese in der prä-dialytischen Phase wünscht und 78% der Befragten sehen diese als Unterstützung für Ihre tägliche Arbeit an. Dies wird aber in der Praxis kaum umgesetzt. Grund hierfür ist möglicherweise die mangelnde Unterstützung durch die Vorgesetzten und Verantwortlichen.

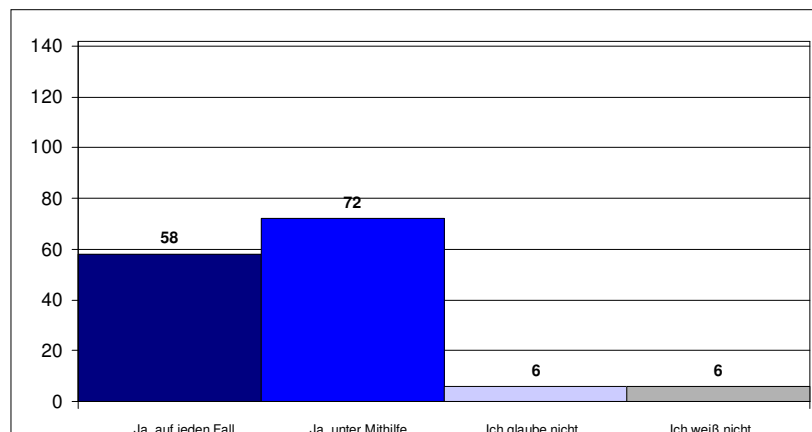
Frage 4b :  
Würde dies eine Qualitätsverbesserung hervorrufen?  
n=142



1. November 2006

Auf die Frage nach der dadurch verbesserten Qualität, waren immerhin 52% der Befragten davon überzeugt das eine Pflegeanamnese eine Qualitätsverbesserung bringen würde, 41% erwarteten zumindestens eine teilweise Verbesserung. Unentschlossen war nur eine Pflegekraft und 6% der Pflegekräfte vermuteten, dass keine Qualitätsverbesserung zu erwarten ist. Die Erwartung einer Verbesserung der Qualität, zumindestens zum Teil, damit der Sicherung der Qualität war bei einer großen Mehrheit vorhanden.

Frage 4c :  
Fühlen Sie sich ausreichend qualifiziert eine  
Pflegeanamnese zu erstellen ? n=142

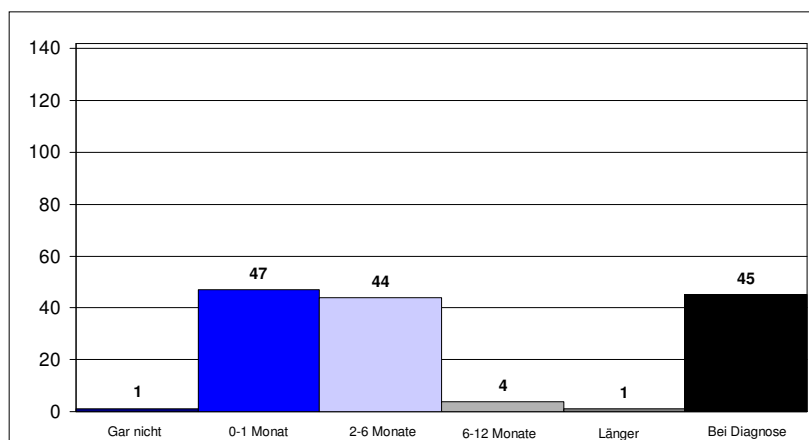


1. November 2006



Mehr als ein Drittel der Pflegekräfte halten sich für ausreichend qualifiziert, selbstverantwortlich eine Pflegeanamnese zu erstellen. Insgesamt trauen sich sogar 91% der Befragten eine Anamnese zu, davon unter Mithilfe 55% und 44% eigenverantwortlich. Nur 8% der Befragten äußerten sich unentschlossen (4%) bzw. glauben eher nicht(4%), dass sie eine Pflegeanamnese erstellen könnten.

Frage 8:  
Wann sollte der Pflegeprozess vor der ersten  
Hämodialyse beginnen? n=142



1. November 2006

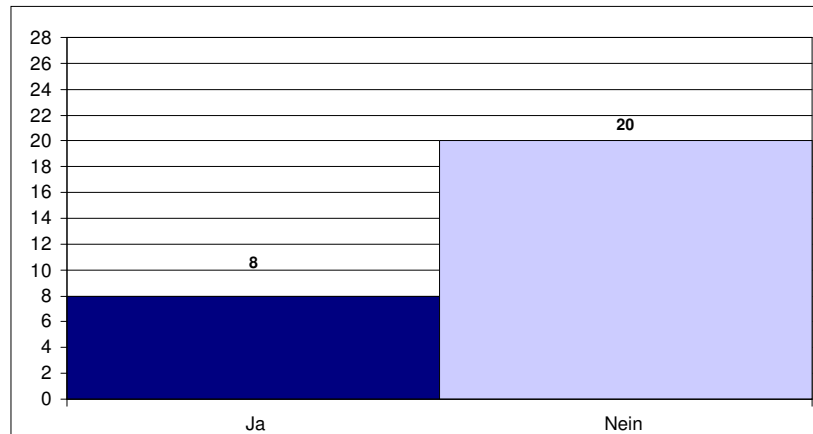
Einig sind sich 99% der Pflegekräfte, dass der Pflegeprozess mit dem Erstellen einer Pflegeanamnese weit vor der 1. Hämodialyse beginnen soll. Nur eine Pflegeperson ist der Meinung, dass der Pflegeprozess nicht vor der ersten Hämodialysebehandlung beginnen soll. Scheinbar gestaltet sich die Umsetzung der gesetzlichen Vorschriften mit der Einführung des Pflegeprozesses in die Praxis als sehr schwierig bzw. nicht durchführbar.

Gründe hierfür könnten sein:

- fehlende Unterstützung und Akzeptanz der Führungs- und Leitungspersonen
- falsche Vorstellungen der Führungs- und Leitungspersonen über Pflege Tätigkeiten
- fehlende Unterstützung und Begleitung bei der Umsetzung und Etablierung des Pflegeprozesses
- häufiger Zeitmangel durch pflegefremde Tätigkeiten
- fehlendes Know-how
- fehlende Dokumentationshilfen und EDV- Programme
- Teilweise fehlendes Selbstbewusstsein der Pflegekräfte, den Pflegeprozess in der Praxis um- und durchzusetzen

### 2.6.3. Auswertung und Interpretation der Ärztefragebögen

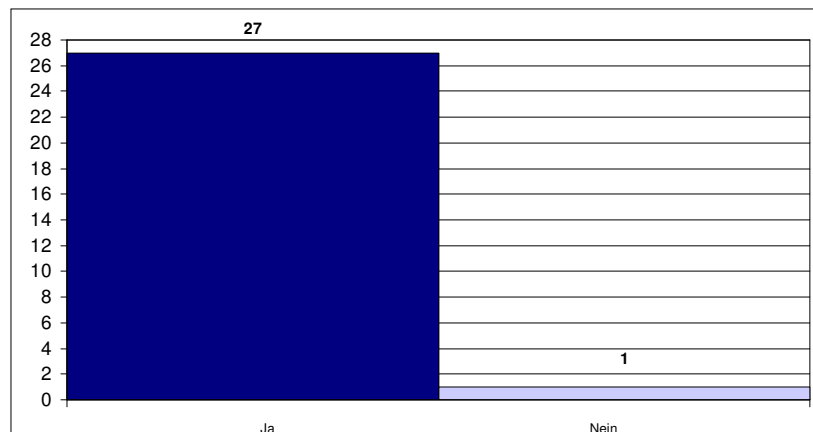
Frage 1:  
Beginnt Ihrer Meinung nach der Pflegeprozess  
frühzeitig genug? n=28



1. November 2006

71% der Nephrologen finden den Beginn des Pflegeprozesses ebenfalls zu spät. Damit unterstützen sie unsere These und es fragt sich warum wir in der Praxis immer noch kaum Zugriff auf den präterminalen Patienten haben?

Frage 2 :  
Halten Sie ein Beratungsgespräch durch eine  
nephrologische Pflegekraft vor der Erstdialyse für  
sinnvoll?n=28



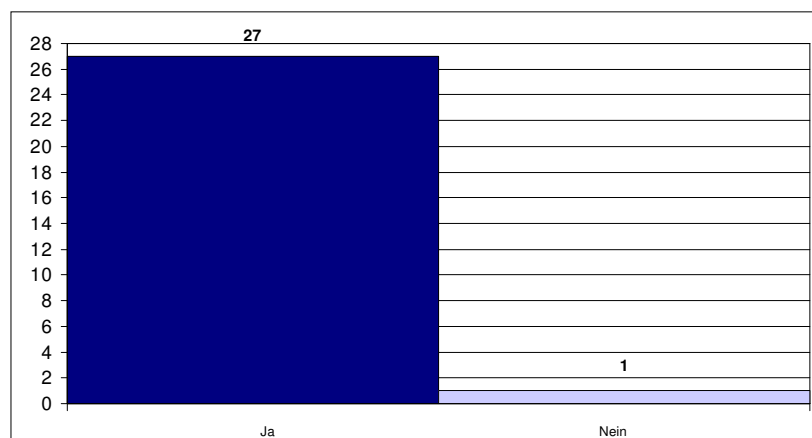
1. November 2006

Nach diesem positivem Ergebnis stellt sich für uns nicht mehr die Frage, ob wir, die Pflegekräfte, den Pflegeprozess und das prädialytische Informationsgespräch einführen, sondern wie wir es schnellst möglich umsetzen können. Den Ärzten ist bewusst, welche Vor-

teile die Mitarbeit einer Pflegekraft für den Patienten in der prä-dialytischen Phase bringt und auch sie selbst bei ihrer Arbeit unterstützen würden. Die befragten Nephrologen sind überzeugt, dass die prä-dialytische Aufklärung des Patienten mit zusätzlich pflegerischen Aspekten von Seiten einer Pflegekraft optimal wäre.

Mehrere, frühzeitige Gespräche mit einer qualifizierten Pflegekraft könnten für die Bewältigung der Situation „Dialysepflichtigkeit“ eine wichtige Hilfe sein.

Frage 7 :  
Könnte Ihre Arbeit durch einen frühzeitigen Beginn des Pflegeprozesses entlastet, bzw. unterstützt werden? n=28

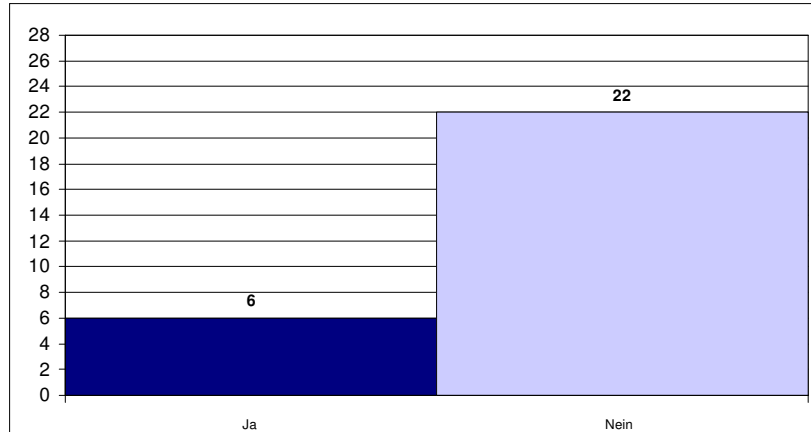


1. November 2006

Es für die befragten Ärzte unübersehbar, welchen wesentlichen Zeitvorteil sie durch den frühzeitigen Beginn des Pflegeprozesses bei ihren medizinischen Aufgaben haben.

Das Ergebnis dieser Frage ist eindeutig und zeigt uns, das wir uns endlich professionalisieren und unseren Pflegeauftrag erfüllen müssen. Wir sollten nicht mehr lang über das „Wie“ und das „Wann“ diskutieren, sondern unseren Platz im Gesundheitswesen einnehmen und ausfüllen, so wie er uns schon lange zusteht. Als Gesundheitspfleger/innen Seite an Seite mit den Ärzten für den Patienten.

Frage 8 :  
Wird in Ihrer Einrichtung von jedem Patienten vor  
Dialysebeginn eine Pflegeanamnese durch eine  
Pflegerperson erhoben? n=28

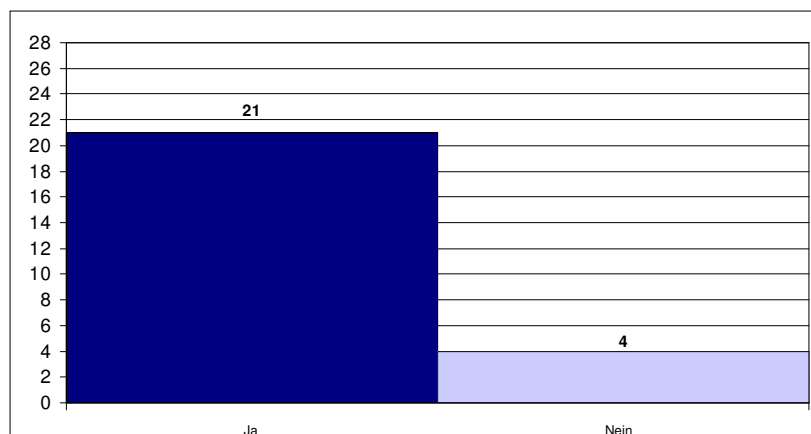


1. November 2006

Obwohl eine überwältigende Mehrheit der befragten Zentren (27 von 28) die Pflegeanamnese als wichtig erachtet und die Vorteile erkennt, wird in vielen (Zentren 22 von 28) kein derartiger Prozess durchgeführt.

Der größte Patientenanteil wird erst zu Dialysebeginn in den Dialysezentren beim Pflegepersonal vorgestellt. Somit bleibt kaum Raum und Zeit eine ausführliche Pflegeanamnese anzufertigen. Es scheinen in diesen Zentren augenscheinlich kaum pflegerrelevante Probleme vorhanden zu sein und somit den pflegerischen Ressourcen wenig Bedeutung ge-

Frage 9:  
Zeigen nephrologische Patienten und deren Angehörige  
Interesse an frühzeitiger Aufklärung und  
Beratung? n=28 (3 Nephrologen antworteten nicht)

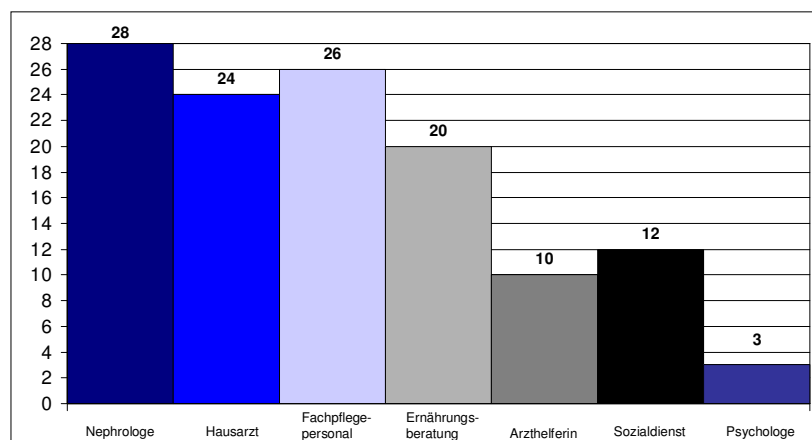


1. November 2006

schenkt.

Die Patienten zeigen ihm Gespräch mit dem Nephrologen deutlich Interesse an frühzeitiger Aufklärung (21 von 25) und Beratung. Diese Aufklärungsgespräche sollten sehr umfangreich sein, da sie nicht nur die Behandlung an sich betreffen, sondern auch pflegerische und soziale Aspekte nicht ausschließen dürfen. An dem hohen Anteil der Patienten und deren Angehörigen, die ausführliche Aufklärungsgespräche wünschen, ist zu erkennen, dass sich Patienten und Angehörige der Eigenverantwortung Ihrer Behandlung stellen wollen.

Frage 10:  
Wer sollte Ihrer Meinung in die prädialytische Betreuung des Patienten eingebunden sein? n=28

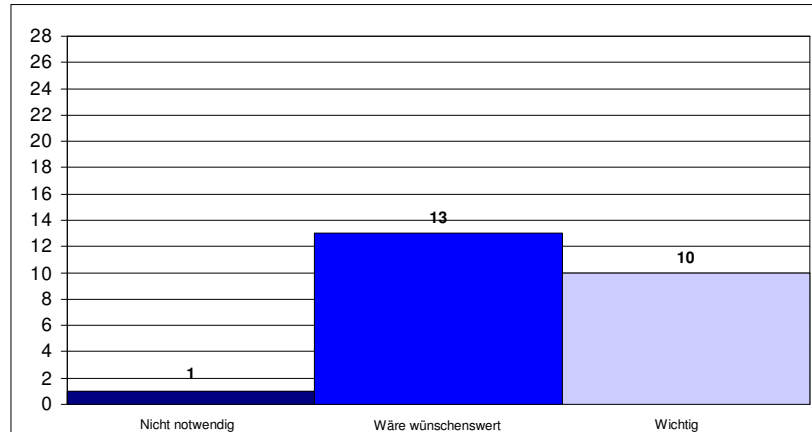


1. November 2006

Bei der Frage, wer sich nach der Meinung der Ärzte mit der Betreuung der prädialytischen Patienten befassen soll, ergab sich ein interessantes Ergebnis und damit ist für uns die Frage 10 zur Schlüsselfrage unserer Projektarbeit geworden! Wenn man davon ausgeht, dass das Ergebnis der 28 befragten Ärzte die allgemeine Meinung der Nephrologen widerspiegelt, dann können wir in Zukunft unsere pflegerische Verantwortung umfassend und qualitätsorientiert nachkommen und den Pflegeprozess zu Beginn der Hämodialyse zu Gunsten der Patienten ausbauen.

Obwohl es kaum eine Dialyse gibt, in der die nephrologische Ambulanz mit Pflegekräften besetzt ist und wir die Patienten tatsächlich erst kurz vor oder zur ersten Hämodialyse kennen lernen, wird dies von einer Mehrheit der befragten Nephrologen (26 von 28) gewünscht. Damit äußern die befragten Nephrologen klar den Wunsch, dass sich die Pflegekräfte an der Betreuung und Aufklärung des prädialytischen Patienten zu beteiligen.

Frage 11:  
Wie wichtig wäre Ihnen die Erarbeitung eines Projektes, die den Patienten optimal auf die Dialysebehandlung vorbereitet? n=28 (4 Nephrologen antworteten nicht)



1. November 2006

82% aller befragten Ärzte haben sich positiv zur Erstellung eines prädialytischen Konzepts geäußert.

Dabei stellt sich die Frage, was mögliche Beweggründe der Ärzte dafür sein könnten. Wie aus anderen Fragen hervorgeht, gibt es in den seltensten Fällen eine prädialytische Aufklärung durch eine Fachpflegekraft.

Wir als Pflegepersonen gehen aber davon aus, dass der Arzt die Notwendigkeit erkennt, den Patienten vor seiner ersten Hämodialyse einer Fachpflegekraft vorzustellen, und dabei auch seine eigenen Vorteile sieht.

Es wäre für ihn eine enorme Arbeitserleichterung, wenn er sich auf seine medizinische Aufklärung konzentrieren kann und die pflegerischen Themen den Pflegekräften überlässt. Somit hätte der Arzt im Endeffekt mehr Zeit für die medizinische Betreuung des Patienten gewonnen.

Der spannendste Teil der Ärztefragebögen war die Antworten der Nephrologen auf die Frage:

„Wie ist Ihre persönliche Meinung dazu, dass der Pflegeprozess im nephrologischen Bereich, in Zukunft immer mehr gefordert wird?“

Alle Ärzte haben diese Frage beantwortet, die Antworten haben uns viel Hoffnung auf eine weitere konstruktive Zusammenarbeit in der Zukunft gemacht.

Hier nun einige Zitate:

„Eine optimale Betreuung eines Dialysepatienten ist nur im Team möglich, deshalb ist eine Aufwertung der Kompetenzen des Pflegepersonals in jeder Hinsicht sinnvoll“

*„Damit sich der Patient ohne Ängste selbstständig für ein Dialyseverfahren rechtzeitig entscheiden kann sind wir wohl gezwungne ihn intensiv zu informieren, zu führen und Angst zunehmen. Als wichtigen fachlich-emotionalen Bezugspunkt kann die Dialyseschwester/ -pfleger hier viel bewegen“*

*„1. Wenn es dem Patient dient, ist es sinnvoll*

*2. Die Inhalt des Pflegeprozesses müssten an Beispielen den Ärzten erläutert werden (z.B. im Rahmen einer Fortbildung)“*

*„Ich meine, dass im pflegerischen Bereich neue Prioritäten gesetzt werden müssen und das eine klassische Dialyseschwester, die nach dem Punktieren sich eine Zigarette anzündet ausstirbt“*

*„Das Anforderungsprofil an Fachpflegekräfte sollte weiter ausgebaut werden. Das ist selbstverständlich nur mit angemessener Vergütung, insbesondere im Vergleich zu weniger Qualifizierten, akzeptabel. Wissenschaftliches Arbeiten im Alltag sollten durch finanzielle Anreize gefördert werden. Bereitschaft zur Übernahme von mehr Verantwortung/ Eigenständigkeit sollte gefördert werden. Der Pflegeberuf in Fachweiterbildungen erfordert eine Abstufung in Sachen Verantwortlichkeit, aber auch eine entsprechende Bezahlung!!...Zumindest eine Bevorzugung. Zum Beispiel Anrecht auf Weiterbildung mit Kostenübernahme, Sonderurlaub, Freistellung für wissenschaftliche Arbeiten, Hospitationen auch im Ausland/ Übersee“*

*„Durch den zunehmenden Altersanteil und die Multimorbidität der Kranken einerseits und die knapper werdenden finanziellen Ressourcen andererseits wird eine bessere Verzahnung von Arzt und Pflegepersonal zukünftig notwendiger werden“*

*„Bei zunehmendem Alter unserer Dialysepatienten wird sicher der Pflegebereich mehr gebraucht und gefordert werden. Vor allem, wenn wir (Pflegekräfte und Ärzte) in der Nephrologie und Dialyse uns nicht nur als „Blutwäscher“ in einem Dialysefließbandprojekt sehen wollen (und gesehen werden wollen)“*

*„1. Weitere Spezialisierung des nephrologischen Teams:*

*a. Assistenz für Routine-Dialyse*

*b. Fachpflegekraft für- Ernährung- Sport- Soziales- Shunt/Katheterpflege- Wundmanagement*

*c. Gesundheits- und Krankenschwester nur noch als Vorbereitung zur Fachpflegekraft*

*2. Ausdehnung auf Prädialyse und Transplantations-Phase“*

### **3. Zusammenfassung**

Unsere Hypothese „Der Beginn des Pflegeprozesses zur ersten Hämodialyse ist zu spät!“ ist nach der Auswertung der Fragebögen verifiziert. Noch ist er jedoch eine Zukunftsvision. Nach allen Untersuchungen kommen wir zu dem Ergebnis, dass unsere Hypothese nicht nur bestätigt wurde, sondern sogar ergänzt werden kann:

„Der Pflegeprozess in der Hämodialyse findet nicht zu spät statt, -es findet noch gar kein Pflegeprozess in der gesetzlich, fachlich und wissenschaftlich geforderten Form in der Hämodialyse statt!“

Jeder, der von uns befragten Gruppen (Patienten, Pflegepersonal und Ärzte) begrüßt überwiegend bzw. fordert sogar den frühzeitigen Beginn des Pflegeprozesses bei Patienten im prädialytischen Stadium.

Um dies zu ändern, sehen wir für uns Pflegekräfte eine Aufgabe bzw. einen klaren Auftrag:

**„Die Einbeziehung der Fachpflegekräfte in die Nephrologische Ambulanz“**

### **4. Fazit und Diskussion**

Bis heute wurde das Ziel, den frühzeitigen Beginn des Pflegeprozess in der Hämodialyse umzusetzen und theoretisch gute Konzepte in der Praxis zu verwirklichen, nicht erreicht.

Wir sind zu folgenden Ergebnissen und Schlussfolgerungen gekommen:

- Wir, die Pflegekräfte haben keinen oder noch zuwenig Zugriff auf die Patienten in der prädialytischen Phase
- Alle Befragten (Patienten, Pflegekräfte und Ärzte) würden sich einen frühzeitigen Kontakt zwischen Patient und Pflegekraft in der prädialytischen Phase wünschen



- Durch den fehlenden Kontakt (Patient-Pflegekraft) kann die geforderte Informationssammlung als erste Phase im Pflegeprozesses nicht stattfinden und damit auch kein Pflegeprozess
- Die Weiterbildung zur nephrologischen Fachpflegekraft ist für Pflegekräfte in der Dialyse eine zwingend notwendige Grundlage und Voraussetzung um den Pflegeprozess einzuführen und umzusetzen
- Fähigkeiten- wie Eigenständigkeit und der Wille zur Übernahme von Eigenverantwortung müssen Voraussetzungen für das Berufsbild der nephrologischen Fachpflegekraft sein
- Die nephrologische Pflegepraxis braucht Unterstützung und Begleitung in der Umsetzung des Pflegeprozesses in der Hämodialyse
- Institutionen bzw. Trägerschaften der Dialyseeinrichtungen müssen sich in Sachen neues Berufsbild „Gesundheits- und Krankenpflege“ umorientieren
- Das theoretische Wissen über den Pflegeprozess ist zum Teil bei den beteiligten Gruppen unvollständig
- Die Verantwortungsbereiche in der Hämodialyse sollten klar abgegrenzt werden
- Veraltete Strukturen in der Praxis müssen abgeschafft werden
- Entbürokratisierung
- Eine gelungene Umsetzung des Pflegeprozesses ist bis heute eine Vision. Versuche den Pflegeprozess in die Praxis umzusetzen führten oft zu einer unübersehbaren Formularvielfalt und dadurch zu einer überfordernden Dokumentation
- Ein großes Problem ist immer noch das Fehlen praktischer, allgemein anerkannter elektronischer Dokumentationssysteme
- Die Gesundheits- bzw. Krankenpflegeausbildung in der heutigen Form ist mit der vorgegebenen Zielsetzung nicht vereinbar und bildet keine ausreichende Grundlage für die moderne Pflege in der Hämodialyse.

Klar ist, dass die Umsetzung des Pflegeprozesses viel Engagement von allen Beteiligten erfordert. Vor allem dem Pflegepersonal und den Ärzten muss der Sinn und Zweck des Pflegeprozesses einleuchtend sein. Wenn diese nicht überzeugt sind, dass dies ein Gewinn für den Patienten und somit auch für ihre Arbeit ist, wird der Pflegeprozess in seiner professionellen Form, immer Theorie bleiben. Der Pflegeprozess muss aus Überzeugung angewandt werden und nicht nur weil dieser gesetzlich gefordert ist. Jede einzelne Pflegeperson ist vermutlich davon überzeugt, dass ihre eigene, subjektiven Vorgehensweise profes-

sionell ist. Im Rahmen des Qualitätsmanagements ist die fehlende Standardisierung und fehlende Dokumentation heutzutage absolut nicht mehr vertretbar!

Die Aussage einer befragten Pflegekraft: "Der Pflegeprozess findet nur in den Köpfen statt!", sollte der Vergangenheit angehören.

Jahrelang haben wir unsere Aufgaben in der nephrologischen Pflege mit pflegefremden Tätigkeiten überfrachtet. Es wird Zeit sich wieder auf die pflegerischen Aufgaben zurückzubedenken. Es gibt viele Tätigkeiten die wir delegieren könnten, das multidisziplinäre Team bietet große Möglichkeiten dazu. Wir müssen die Chance nutzen und pflegefremde Tätigkeiten an hierfür qualifizierte Teammitarbeiter abzugeben.

Unser Auftrag ist klar: Der Aufbau einer nephrologischen Ambulanz unter Einbeziehung der Pflegekräfte wird von allen Beteiligten gefordert und gewünscht. Das Problem scheint im „wie“ zu liegen. Vergleicht man die Bundesrepublik Deutschland mit anderen europäischen Staaten, dann bewegen wir uns in Deutschland pflegerisch immer noch im tiefsten Mittelalter. In den internationalen Publikationen geht es um eine Selbstständigkeit in der nephrologischen Pflege von der wir in Deutschland noch träumen.

Uns stellten sich am Ende unserer Projektarbeit die Fragen:

Warum ist die Umsetzung des Pflegeprozesses so schwierig?

Welche Hilfe braucht die Praxis bei der Umsetzung des Pflegeprozesses?

Die Ergebnisse unserer Diskussionen sind im folgenden zusammengefasst:

- Die hierarchischen Strukturen im Gesundheitswesen müssen überdacht werden
- Pflege-theoretiker, Pflegepraktiker und Pflegewissenschaftler sollten sich mit Systematisierungen beschäftigen und Schulungen anbieten
- Gespräche mit politisch Verantwortlichen müssen die grundsätzlichen Problematiken in der Krankenpflege an der Basis aufdecken, Prozesse und Verfahren überdenken und grundlegend ändern
- Die Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegekraft, wie sie, in der heutigen Form durchgeführt wird, ist nicht mehr zeitgemäß und wird dem Anspruch Pflegekräfte zur Eigenverantwortung und Eigenständigkeit auszubilden, nicht mehr gerecht
- Die Einführung des Qualitätsmanagement unterstützt die Gesundheits- und Krankenpflege in der Einführung und der Umsetzung des Pflegeprozesses
- Projekte wie „Fit für Dialyse“ sind gute Ansätze, doch eine notwendige prä-dialytische Informationssammlung und ein frühzeitiger Beziehungsaufbau zu den Pflegekräften ist dadurch nicht möglich

## 5. Ausblick

Damit eine erfolgreiche Umsetzung des Pflegeprozesses und seine Dokumentation gelingt müssen wesentliche Voraussetzungen und Rahmenbedingungen in der Hämodialyse erfüllt sein.

Das SGB XI legt ein Managementmodell zu Grunde, das besonders die Funktion der verantwortlichen Fachpflegekraft hervorhebt. In der Praxis ist deshalb eine deutliche Akzentuierung der Leitungsaufgaben in Richtung Management, Organisation, Anleitung, Moderation und Überprüfung erforderlich. Deshalb ist die Qualifizierung durch eine zweijährige Fachweiterbildung in der nephrologischen Pflege unerlässlich, nur dadurch erhält die Pflege das notwendige Know-how.

Zusätzlich ist eine der wichtigste Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung des Pflegeprozesses, der uneingeschränkte Wille der Führungskräfte der Dialyseeinrichtung, Pflegeleistungen auf der Grundlage des Pflegeprozesses zu erbringen. Ihre Vorstellungen darüber, wie die Pflegequalität sein soll, müssen als Zielformulierungen im Pflegeleitbild erstellt werden und mit dem Pflegekonzept übereinstimmen. Das gewählte Pflegesystem und die Methoden zur Umsetzung sind für alle Mitarbeiter verbindlich festzulegen. Veraltete und verkrustete Vorstellungen der Pflegedienstleitungen sollten der Vergangenheit angehören und Sätze wie: "Das haben wir immer schon so gemacht" verschwinden hoffentlich bald.

Die personellen Ressourcen, die Arbeitsplanung und -organisation, die Kommunikationsstrukturen und nicht zuletzt das Führungsverhalten der Verantwortlichen müssen im Einklang mit den Schritten des Pflegeprozesses sein. Modernes Pflegemanagement heißt, dass Führungspositionen nicht durch Nachrücken vergeben werden, sondern mit qualifizierten Fachkräften besetzt werden.

Einrichtungsinterne Prozesse sind zu überdenken, ggf, neu zu definieren und festzuschreiben. Die Implementierung eines Qualitätsmanagements und die Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen wie Qualitätszirkelarbeit zur kontinuierlichen Verbesserung aller Prozesse, das Erarbeiten von Stellenbeschreibungen und Standards und die Durchführung von Pflegevisiten und Fallbesprechungen, ist unerlässlich.

Die nephrologische Ambulanz ist nicht nur ein Betätigungsfeld im Rahmen der Betreuung von Heimhämodialyse- oder Peritonealdialysepatienten. Eine regelmäßige Sprechstunde für prädialytische Patienten durch eine nephrologische Fachpflegekraft, an die der Nephrologe verpflichtend überweist, wäre ein Schritt in die richtige Richtung. Hier kann die, für

einen kontinuierlichen Pflegeprozess so wichtige, Informationssammlung erstellt werden. Begleitung durch die prädialytische Phase mit Ernährungsberatung, Medikamentenbesprechung, Shuntmonitoring und vieles mehr könnten die Patienten positiv auf das Nierenersatzverfahren vorbereiten, ja sogar im Idealfall den Beginn der Hämodialyse hinauszögern. Durch diesen positiven Start können wir bei dem Patienten bestehende Ängste abbauen und ihn konstruktiv an seinem Krankheitsverlauf mitarbeiten lassen. Damit reduziert sich die pflegerische Intervention nicht mehr nur noch auf das „An- und Abhängen“ sondern eine kompetente und professionelle pflegerische Betreuung wird hierdurch erst möglich.

Die erfolgreiche und kreative Gestaltung des Pflegeprozesses stellt aber auch einige Erwartungen an die Pflegenden. So sind vor allem eine positive Einstellung zum Menschen, aber auch soziale Kompetenzen wie Kommunikations- und Konfliktfähigkeit, Einfühlungsvermögen und Teamfähigkeit sowie Grundlagenwissen und Können wesentliche Voraussetzungen.

Der Stand des pflegerischen Wissens, Berufsrecht, Sozialversicherungsrecht und Haftungsrecht belegen, dass der Pflegeprozess und seine Dokumentation zum unveräußerlichen Handwerkszeug fachpflegerischer Kompetenz gehören und aus dem Hämodialysealltag nicht wegzudenken sind. Wird schon in der nephrologischen Ambulanz frühzeitig gemeinsam mit dem Patienten eine Pflegeanamnese erstellt, so können im weiteren Krankheitsverlauf mit dem Patienten, Ressourcen erarbeitet und herausgefunden werden und in regelmäßigen Pflegevisiten die Entwicklungen und Veränderungen überprüft werden.

### **Nephrologische Fachpflegekräfte können viel mehr als sie in der Praxis umsetzen dürfen.**

Es war uns in unserer Facharbeit erst einmal grundsätzlich wichtig, den Bedarf nach einer professioneller Pflege zu ermitteln und die Meinung der Betroffenen zu erfahren. Wir glauben dies ist uns gelungen und wir haben den Zweiflern und Kritikern bewiesen, durch alle beteiligten Gruppen bestätigt, dass der heutige „gängige“ Beginn der Hämodialyse nicht mehr zeitgemäß ist.

Wir hoffen, wir können das Ergebnis dieser Projektarbeit einem großen Publikum zugänglich machen, damit es die Verantwortlichen in den Berufsverbänden, Ärzte, Patienten, Verantwortliche in den Dialysevereinen und die Pflegedienstleitungen wachrüttelt. Wir wünschen uns, dass ebenso viele Diskussionen angeregt werden, wie dies in unserer kleinen Gruppe der Fall war, doch das dies in einer breiteren Öffentlichkeit geschieht.

Uns hat diese Arbeit viel Spaß gemacht, aber auch klar vor Augen geführt wie weit wir heute noch von unserem eigentlichen Betätigungsfeld entfernt sind. Wir würden uns wünschen, wenn sich zukünftige nephrologische Fachweiterbildungen weiter mit diesem Thema beschäftigen würden. Projekte zur praktischen Umsetzung des Pflegeprozesses in der Hämodialyse, Projektarbeiten vor Ort mit nephrologischen Fachpflegekräften und die Ausarbeitung einheitlicher Pflegedokumentationsstrukturen müssten jetzt folgen.

Die ambulante Pflege mit ihren Dokumentationsstrukturen, Projekte wie „Fit für Dialyse“ und die Einführung einer Pflegevisite sind gute Vorbilder bzw. Anfänge.

Doch uns erscheint eine pflegerische Betreuung der Patienten schon in der prädialytischen Phase der richtige Weg zu sein, um erstens eine optimale Betreuung der zukünftigen Hämodialysepatienten zu erreichen und zweitens eine hervorragende Möglichkeit zu haben, den Pflegeprozess in der Hämodialyse überhaupt und wenn, frühzeitig ein- und durchzuführen.

Dies, anfänglich sehr trocken erscheinende Thema hat uns Teilnehmern der Fachweiterbildungsstätte Traunstein einen großen Horizont eröffnet. Wir hoffen, wir können mit unserem jetzigen Wissen vor Ort engagiert um die Umsetzung des Pflegeprozesses kämpfen und den jeweiligen Beteiligten und Verantwortlichen die dringende Notwendigkeit klarmachen. Für uns ist der Pflegeprozess kein langweiliges, arbeitintensives oder störendes theoretisches Modell mehr. Es ist unsere Zukunft, unsere Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit in unserem Beruf unter Beweis zu stellen und Standards für eine qualifizierte Pflege zu schaffen.

**Weg von pflegefremden Tätigkeiten und**  
**medizinischen Hilfstätigkeiten und hin zu einer -**  
**professionellen und kompetenten Gesundheits- und**  
**Krankenpflege in der Hämodialyse**  
**durch den**  
**frühzeitigen Beginn des Pflegeprozesses**

## Literaturverzeichnis

Claßen, Monika, Dipl.-Sozialarbeiterin, In: Spektrum der nephrologischen Pflege, 01/2004

EDTNA/ERCA, Nephrologische Pflege, Der Pflegeprozess in der Praxis, Stuttgart, 2. Auflage 2003

Fiechter, V.; Meier, M.: Pflegeplanung, Recom Verlag Basel 1998

Hampden- Turner, C.: Modell des Menschen, Betz Verlag, Weinheim und Basel 1993

Isfort, M.; Weidner, F.: Pflegequalität und Pflegeleitungen. !. Bericht über die erste Phase des Projektes Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität. Schlütersche Verlagsgesellschaft Freiburg, Köln 2001

Just, A. In: Käppeli, S.: Pflegediagnostik unter der Lupe (2. Auflage)

Krohwinkel, M.: Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexie kranken; eine Studie zur Erfassung und Entwicklung ganzheitlich- rehabilierender Prozesspflege.  
Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden, 1993

Ritz, Eberhard; Kühn, Karl-Wilhelm; Küttemeyer, Heinrich

In: Deutsches Ärzteblatt 99,27.9.2002

Vester, F.: Neuland des Denkens, 7.Auflage, Deutscher Taschenbuchverlag, München 1991

S. Streckel: Dokumentationspflicht. In: [www.wernerschnell.de/Rechtsalmanach](http://www.wernerschnell.de/Rechtsalmanach) „Eine Urkunde ist eine verkörperte Gedankenäußerung, deren Aussteller erkennbar ist (§ 416 ZPO). Sie besitzt die Vermutung der Vollständigkeit und Richtigkeit, wenn sie vom Aussteller unterschrieben ist, m.a. der Richter ist an ihren Erklärungsinhalt gebunden. Die Urkunde ist damit das wohl stärkste Beweismittel.“

Anhang