



Studiengang	Pflegemanagement
Fach	Pflegewissenschaft
Art der Leistung	Prüfungsleistung
Klausur-Knz.	PM-PWG-P11-011215
Datum	15.12.2001

Hinweise

Viele Fragen sind nach dem Schema „Finde die richtige Lösung aus angebotenen Lösungsalternativen“ konstruiert, so daß die gesuchte Lösung eindeutig feststellbar ist. Bei offenen Fragen ist es dagegen unmöglich, jede denkbare Lösung anzugeben. Um größtmögliche Gerechtigkeit zu erreichen, enthält diese Korrekturrichtlinie zu den offenen Fragen Musterlösungen (inklusive der Verteilung der Punkte auf Teilaufgaben).

Stoßen Sie bei der Korrektur auf eine hier nicht aufgeführte Lösung, die dennoch richtig ist, ist eine entsprechende Punktzahl zu vergeben. Die Punkte können in Halbpunkt - Schritten vergeben werden.

Um die Klausur zu bestehen, reichen 50% der insgesamt zu erreichenden Punktzahl (hier also 50 Punkte von 100 möglichen) aus.

Die differenzierte Bewertung in Noten nehmen Sie bitte nach folgendem Bewertungsschema vor:

NOTENSPIEGEL

Note	1,0	1,3	1,7	2,0	2,3	2,7	3,0	3,3	3,7	4,0	5,0
notw. Punkte	100-95	94,5-90	89,5-85	84,5-80	79,5-75	74,5-70	69,5-65	64,5-60	59,5-55	54,5-50	49,5-0

Lösung Komplex 1: Professional./Verwissenschaftlichung 25 Punkte

- a) Pflege im Nationalsozialismus:** (SB 2, S. 19 f) **6 Punkte max.**
- Begrüßung der Machtübernahme durch viele Pflegeverbände 3 Punkte
 - Gleichschaltung von Pflegeverbänden (nicht vollständig durchgeführt) 3 Punkte
 - Beteiligung einzelner an den NS-Mordaktionen an behinderten und psychisch kranken Menschen 3 Punkte
 - soweit bekannt: kein organisierter Widerstand aus der Pflege gegen das Euthanasieprogramm 3 Punkte
- b) Empfehlung der WHO:** (SB 2, S. 37) **3 Punkte**
- Hochqualifizierte generalistisch orientierte Krankenpflegekräfte (Ausbildungskonzept d. Generalist Nurse)
- c) Begriff „Behandlungspflege“** **6 Punkte max.**
- Der Begriff geht vermutlich auf einen Übersetzungsfehler zurück (im engl. „technical nursing“) SB 6, S. 7. 3 Punkte
 - Der Begriff umschreibt nach üblicher Auffassung (z. B. EICHORN) einen Tätigkeitskatalog, der von Pflegenden in einer dem Arzt assistierenden Funktion ausgeübt wird (SB 6, S. 7). Der Begriff suggeriert, dass nur in dem Bereich, in dem die Weisungsbefugnis des Arztes uneingeschränkt gilt, „behandelt“, sprich „therapiert“ wird. Der eigenständige therapeutische oder beratende Beitrag von Pflege wird damit tendenziell negiert. 3 Punkte
 - Der sozialrechtliche Begriff „Behandlungspflege“ wird eher mit der bloßen Durchführung von Verrichtungen assoziiert, als mit einer geplanten Pflege (Pflegeprozess). 3 Punkte
 - (ferner) Auftrennung in „Grund- und Behandlungspflege“ passt nicht zum „ganzheitlichen“ Ansatz der Pflege 1 Punkt
- d) Die 4 metaparadigmatischen Begriffe der Pflege nach F. sind:** (SB 3, S. 19 f.) **4 Punkte**
- Person 1 Punkt
 - Gesundheit 1 Punkt
 - Umgebung (Umwelt) 1 Punkt
 - Pflege 1 Punkt
- e) Argumente gegen Fawcetts Metaparadigma:** (SB 3, S. 22 ff.) **6 Punkte max.**
- Auf die Begriffe Person, Umwelt und Gesundheit hat die Disziplin Pflege mit Sicherheit keinen Alleinanspruch. 2 Punkte
 - Strittig ist, ob die 4 Begriffe alle für die Pflege wichtige Begriffe benennen (vermisst werden z. B. Sorge/Fürsorge und Wohlbefinden). 2 Punkte
 - F. benennt lediglich mögliche Oberbegriffe einer Taxonomie der Pflege, die aber gerade nicht mit Inhalten bzw. einer bestimmten Perspektive gefüllt sind. 2 Punkte
 - Strittig ist ferner, ob die Bezeichnung der Begriffe adäquat ist (z. B. Mensch oder Klient statt „Person“; auch das „Metaparadigma“ Pflege ist zur Kennzeichnung der Disziplin „Pflege“ wenig geeignet, da tautologisch). 2 Punkte

Lösung Komplex 2: Pflegeprozeß und -dokumentation 25 Punkte

- a) Die Formulierung des Feinziels „P. schläft besser“ ist unter dem Gesichtspunkt einer möglichst objektiven und überprüfbaren Pflegeplanung problematisch,** **3 Punkte max.**

weil:	
– Es ist nicht angegeben, was dafür ein Beobachungskriterium sein soll.	3 Punkte
– Es ist kein Termin angegeben (SB 9, S. 15)	1 Punkt
b) Alternative Formulierungen:	3 Punkte
– Der Patient <u>erklärt</u> , besser geschlafen zu haben. [ggf. Hinweis auf → Termin]	3 Punkte
– Patient erzielt auf Schlafragebogen X eine Punktzahl von y. [ggf. Hinweis auf → Termin] (Voraussetzung: Einsatz eines Schlaf-Assessmentbogen) (SB 9, S. 15)	3 Punkte
c) Vorteile einer auf „objektivierten“ und „überprüfbaren“ Beobachtungen beruhenden Pflegeprozessplanung	6 Punkte max.
– Nur wenn auf objektivierte und überprüfbare Beobachtungen abgestellt wird, lässt sich überhaupt planen (kann überhaupt von „Pflegeprozessplanung“ die Rede sein). Denn	3 Punkte
1. ist Evaluation ein unverzichtbarer Bestandteil des Planungsprozesses und	
2. Kann in der Evaluationsphase nur etwas überprüft werden, was in der Planungsphase als Ziel formuliert worden ist.	
– Eine auf „objektivierten“ und „überprüfbaren“ Beobachtungen beruhenden Pflegeprozessplanung trägt dazu bei, der rechtlichen Anforderung nach „Nachvollziehbarkeit“ der Pflegedokumentation zu erhöhen	2 Punkte
Nachteil:	3 Punkte
Es ist nicht gesagt, dass die leicht zu „objektivierenden“ und zu „überprüfenden“ Beobachtungen die wesentlichen Probleme und Ressourcen des Patienten erfassen. Zwar können auch „weiche“ subjektive Phänomene (wie „schlechter Schlaf“ objektiviert werden; siehe Antwort zu Frage b), trotzdem besteht zumindest die Gefahr, dass der Fokus der Aufmerksamkeit ausschließlich den „harten“ Phänomenen geschenkt wird, während relevante „weiche“ Phänomene zuwenig Beachtung finden.	
Anmerkung:	
Keine Punkte für allgemeine Einwände gegen Pflegeprozessplanung, wie „zu großer Zeitaufwand“ etc.	0 Punkte
d) Pflegediagnosetypen nach NANDA sind (SB 7, S. 50-52)	5 Punkte
– aktuelle Pflegediagnosen	1 Punkt
– Risiko- bzw. Hoch-Risikodiagnosen	1 Punkt
– potentielle Pflegediagnosen	1 Punkt
– Wohlbefindensdiagnosen (Wellness-Diagnosen)	1 Punkt
– Syndrom-Pflegediagnosen	1 Punkt
e) Eine NANDA-Pflegediagnose ist (Folgerung aus→ SB 7, S. 50-52)	2 Punkte
– Akute Verwirrtheit beeinflusst durch ungewohnte Umgebung	
f) Begründung (Folgerung aus→ SB 7, S. 50-52)	6 Punkte
– Tägliche Tracheotomiepflege aufgrund von Schleimbildung → Pflegemaßnahme	3 Punkte
– Herzinfarkt → Medizinische Diagnose	3 Punkte

Lösung Komplex 3: Wissenschaftstheorie	25 Punkte
---	------------------

a) Definition des Begriffs „Wissenschaft“ (SB 1, S. 25 f.)	4 Punkte
(1) <i>Soziokultureller Wissenschaftsbegriff:</i>	
Aufzählung:	

- W. „als Disziplin“, das heißt: 1 Punkte
- Gruppe der Menschen, die Wissenschaft betreiben (die „Scientific Community“), 1 Punkte
- die Institutionen (und die apparative Ausstattung), 1 Punkte
- die Methoden 1 Punkte
- (2) Der *operative Wissenschaftsbegriff* bezeichnet.. oder
- die spezifische Tätigkeit der Menschen im Wissenschaftsbetrieb, 3 Punkte
- mit anderen Worten: die regelgeleitete Tätigkeit des Wissenschaftlers 3 Punkte
- also in erster Linie das Forschen (Grundlagenforschung und angewandte Forschung) 1 Punkt
- zur Produktion von neuem Wissen und zur Veränderung der Praxis.
- (3) Der *propositionale oder Aussagenbegriff von Wissenschaft* versteht Wissenschaft, oder
- als ein System von Aussagen (über einen spezifischen Bereich), 1 Punkte
- ...die untereinander in einem Begründungszusammenhang stehen 2 Punkt
- ...und sich orientieren am Postulat der objektiven erkenntnistheoretischen Wahrheit. 1 Punkt
- b) Mindestanforderung an eine Theorie (Mini-Theorie) (SB 3, S. 9) 6 Punkte**
- Menge *miteinander verknüpfter Aussagen*, 3 Punkt
- von denen sich eine nicht leere Teilmenge auf *prüfbare Zusammenhänge* zwischen empirischen Phänomenen bezieht. 3 Punkte
- c) Mikroebene von Pflegewissenschaft: (SB 1, S. 19) 9 Punkte max.**
- (1) **Auf der Mikroebene von Pflegewissenschaft** werden *Fragen interpersonaler Handlungs- und Gestaltungsprozesse* thematisiert 3 Punkte
- (2) **Dimensionen der Mikroebene:**
- *Kommunikative Dimension*: Definitionen der Eingriffssituation und der Interventionsziele als individueller Aushandlungsprozeß. 3 Punkte
- *Taktile Dimension*: Pflegerische Berührung als therapeutisches Anregungspotential. 3 Punkte
- *Rehabilitative Dimension*: Defizitausgleich, Aufrechterhaltung von Potentialen, Aktivierung von Kompetenzen sowie Unterstützung bei Selbstversorgungsabläufen unter Ein-schluß informeller Hilfestrukturen (Familie, Freunde, nachbarschaftliche Helfer) und Prävention. 3 Punkte
- d) Deduktion: (SB 1, S. 35) 6 Punkte**
- Eine wissenschaftliche Methode, 1 Punkt
- bei der das Besondere aus dem Allgemeinen abgeleitet wird. 3 Punkte
- Stimmigkeit des Beispiels 2 Punkte

Lösung Komplex 4: Pflegemodelle und -theorien

25 Punkte

- a) Kriterien zur Ermittlung der kulturellen Kongruenz sind: (SB 3, S. 32 f.) 6 Punkte max.**
- Führt das Modell zu pflegerischen Aktivitäten, welche den mehrheitlichen Erwartungen von Pflegekräften und Rezipienten entsprechen? (Alternativen: Reflektiert die Theorie die Wirklichkeit des Lesers, so wie dieser sie auffasst? Ist das Ziel der Theorie nachweisbar auch das Ziel der Pflege? Ist die der Theorie zugrundeliegende Auffassung über Menschen, die Pflege und die Umgebung mit der Weltanschauung der Pflege vereinbar?) 2 Punkte
- Entspricht das Menschenbild und die Definition der Pflege im Pflegemodell den Ansichten relevanter Pflegeorganisationen? (Oder: Basiert die Theorie auf allgemeinen 2 Punkte

- Wertvorstellungen, wie sie z. B in professionellen Kodizes formuliert werden?)
- Ist das Pflegemodell vom traditionellen Wissenschaftsideal der Wertfreiheit geprägt? 2 Punkte
 - Ist das Pflegemodell stark von einer Religion geprägt? Handelt es sich um in der Gesellschaft dominante Werte und Vorstellungen oder um Minderheitenpositionen (religiöse Minderheiten, Esoterisches)? 2 Punkte
 - Inwieweit ist das Modell für die transkulturelle Pflege geeignet? 2 Punkte
- b) Orems Begriff Selbstpfleegerfordernis:** (SB 4, S 11 f) **4 Punkte**
- Der Begriff hat bei Orem unterschiedliche Bedeutungen (→ c), nämlich: 1 Punkt
 - Ziele der Selbstpflege (Bsp. Gewährleistung einer ausreichende Aufnahme von Flüssigkeit) 1 Punkt
 - zum Ausdruck gebrachte Einsichten hinsichtlich für oder von Individuen auszuführender (Selbstpflege-) Handlungen 1 Punkt
 - die erforderlichen Handlungen selber 1 Punkt
- c) Orem unterscheidet grob drei Arten von Selbstpfleegerfordernissen, nämlich:** **6 Punkte**
- Allgemeine Selbstpfleegerfordernisse [universal self-care requisites] 2 Punkte
 - Entwicklungsbezogene Selbstpfleegerfordernisse [developmental self-care requisites] 2 Punkte
 - Gesundheitsbezogene Selbstpfleegerfordernisse bzw. genauer: „auf gesundheitliche Abweichungen bezogene Selbstpfleegerfordernisse“ [health deviation self-care requisite] (SB 4, S. 12) 2 Punkte
- d) Einwände** **6 Punkte max.**
- Der Begriff hat bei Orem unterschiedliche Bedeutungen (unscharf definiert) 3 Punkte
 - Wenn mit dem Begriff „Selbstpfleegerfordernisse“ Handlungen gemeint sind, verschwimmen die Grenzen zum Begriff *therapeutischer Selbstpflegebedarf*. 3 Punkte
 - Wenn mit dem Begriff *Ziele* gemeint sind, *fragt sich*, warum Orem überhaupt einen neuen Begriff eingeführt hat und nicht gleich bei einfachen Wendungen wie „Ziele der Selbstpflege“ oder einfach „Handlungsziele“ geblieben ist (SB 4, S. 31 f.) 3 Punkte
- e) Folgende Aussage zu WITTNEBEN ist richtig:** (SB 6, S. 13 ff.) **1 Punkt**
- WITTNEBEN grenzt medizinisch-therapeutische Orientierungen aus ihrem Modell nicht aus.
- f) Aussage ist richtig weil:** **2 Punkte max.**
- medizinisch-therapeutische Orientierungen im heuristischen Modell enthalten sind, nämlich als „Symptom- und Krankheitsorientierung“; (SB 6, S. 15) 2 Punkte
 - weil WITTNEBEN medizinisch-therapeutische Orientierungen explizit integrieren wollte. 2 Punkte