

Leitfaden zur Erstellung eines Betreuungsplans

SOLVEIGH LUDWIG, EMINE BABAC

Hintergrundinformationen zur Erstellung eines Betreuungsplans	1. Befunderhebung (Assessment)		3. Ziele	
	1.1 Ressourcen / Gesundheitszeichen	1.2 Risiken / Krankheitszeichen	3.1 Ziele der Frau / des Kindes / der Familie	3.2 Ziele der Hebamme
a) Klinische Ebene <ul style="list-style-type: none"> - medizinische Befunde - allgemeiner Gesundheitszustand - äußere Untersuchung - geburtshilfliche Untersuchung - Labor - anderes 				
b) Soziale Ebene <ul style="list-style-type: none"> - Art der Unterstützung / unterstützende Mitmenschen - Lebensstil (Beruf, Gewohnheiten, ...) - Wohnsituation - Wirtschaftliche Situation - anderes 				
c) Emotionale Ebene <ul style="list-style-type: none"> - Partnerschaft - Beziehung zum Kind - Beziehung zu weiteren Kindern - Beziehung zur Familie - Reaktionen bei Veränderungen - emotionales Öffnen oder Verschließen - anderes 				
2. Diagnose	5. Evaluation			
2.1 Zusammenschau der Befunde <ul style="list-style-type: none"> - Anamnese - Körperliche Untersuchung - Klinische Diagnose - Intuition 		2.2 Bedürfnisse der Frau / des Kindes / der Familie	Geeignete Outcomes bei der Frau / dem Kind / der Familie: <ul style="list-style-type: none"> - Förderung / Normalisierung physiologischer Prozesse - Nachlassen von Symptomen wie Angst, Leid, Schmerz - Zunahme an Lebensqualität - Steigerung der Selbstwirksamkeit - Stärkung Gesundheitskompetenz - Stärkung des Kohärenzsinns - Maß für Erfolg 	
4. Planung	6. Anmerkungen			
4.1 Aufklärung <ul style="list-style-type: none"> - Notwendige Informationen zur Entscheidungsfindung 		4.3 Interprofessionalität <ul style="list-style-type: none"> - Schnittstellen der interprofessionellen Zusammenarbeit ambulant / stationär - Gestaltung der intra- und interprofessionellen Zusammenarbeit 		<ul style="list-style-type: none"> - Verfügbare Evidenz - Werte und Normen - Rechtliche Dimensionen - Gesundheitspolitische Aspekte
4.2 Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"> - Wahl der Intervention - Schritte der Umsetzung (Implementation) 		4.4 Kommunikation <ul style="list-style-type: none"> - Konzepte / Theorien - fachkompetente Kommunikation mit Frauen, Geschwisterkindern und Bezugspersonen zur Unterstützung des Betreuungsprozesses - Entscheidungsfindungsmodell 		4.5 Dokumentation <ul style="list-style-type: none"> - fachgerechte und prozessorientierte Dokumentation von Maßnahmen - Qualitätskriterien der Dokumentation

Behandlungsplan für:

NAME:		ET:		GEBURTSDATUM DES KINDES:	
GEBURTSDATUM:		G/P:	/	AKTUELLER LEBENSTAG:	
		GESTATIONSALTER:			

RELEVANTE ANAMNESTISCHE DATEN (z.B. SCHWANGERSCHAFT, GEBURTSVERLAUF, BISHERIGER WOCHENBETTVERLAUF):

BETREUUNGS- UND BERATUNGSBEDARF, DER SICH AUS DEM GESPRÄCH BZW. DEN UNTERLAGEN ERGIBT:

RESSOURCEN, DIE SICH AUS DEM GESPRÄCH BZW. DEN UNTERLAGEN ERGEBEN:

ZIELE FÜR DIE WEITERE BETREUUNG:

GEPLANTE MAßNAHMEN:

Arbeitshilfen und Grundlagen

1. ABEDL nach Krohwinkel¹

Das Akronym ABEDL steht für „Aktivitäten, Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des Lebens“. Dieses Pflegemodell wurde von der deutschen Pflegewissenschaftlerin Monika Krohwinkel entwickelt und baut auf dem ursprünglichen AEDL-Modell auf. Im Fokus stehen dabei nicht nur körperliche Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen, sondern auch zwischenmenschliche Aspekte, insbesondere soziale Beziehungen, die seit 1999 offiziell in das Modell integriert sind.

Das ABEDL-Modell zählt zu den bedeutendsten Pflegekonzepten im deutschsprachigen Raum. Die 13 ABEDL-Bereiche bilden die Grundlage zur Beurteilung von Ressourcen, Fähigkeiten und Einschränkungen und unterstützen eine strukturierte Pflegeanamnese sowie eine systematische Pflegeplanung, vor allem im Zusammenhang mit der Pflegedokumentation.

Definition: ABEDL ist die Abkürzung für „Aktivitäten, soziale Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des Lebens“ und bezeichnet ein von Monika Krohwinkel entwickeltes Pflegemodell zur systematischen Erfassung individueller Pflegebedarfe.

Zielsetzung: Ziel des Modells ist eine ganzheitliche Begleitung pflegebedürftiger Menschen, die Förderung ihrer Selbstständigkeit sowie die strukturierte und personenzentrierte Umsetzung pflegerischer Maßnahmen.

Struktur: Das Modell umfasst 13 Lebensbereiche, welche körperliche, soziale und emotionale Dimensionen berücksichtigen und als Basis für Pflegeplanung und Pflegedokumentation dienen.

Weiterentwicklung: ABEDL stellt eine Erweiterung des ursprünglichen AEDL-Modells dar, indem soziale Beziehungen ergänzt und existenzielle Erfahrungen wie Angst, Verlusterlebnisse oder Sinnfragen stärker einbezogen werden.

Anwendungsbereich: Das ABEDL-Modell findet vor allem in der stationären und ambulanten Pflege Anwendung. In der praktischen Pflegedokumentation nutzen viele Pflegeeinrichtungen inzwischen jedoch die strukturierte Informationssammlung (SIS).

(Quelle: <https://www.telekonnekt.de/artikel/abedl>)

¹ Fördernde Prozesspflege nach Krohwinkel 1993

ABEDL ²		DIAGNOSE	PROGNOSE	ZIELE
A = AKTIVITÄTEN DES TÄGLICHEN LEBENS (ATL)	<i>Kommunizieren</i>			
	<i>Sich bewegen</i>			
	<i>Vitale Funktionen des Lebens</i>			
	<i>Essen und trinken</i>			
	<i>Ausscheiden</i>			
	<i>Sich pflegen</i>			
	<i>Sich kleiden</i>			
	<i>Ruhen und Schlafen, sich entspannen</i>			
	<i>Sich beschäftigen, lernen, entwickeln</i>			
	<i>Sexualität erleben</i>			
	<i>Für eine sichere Umgebung sorgen</i>			
B = SOZIALE BEZIEHUNGEN	<i>Beziehungen sichern und gestalten</i>			
EDL = EXISTENZIELLE ERFAHRUNGEN DES LEBENS	<i>Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen</i>			

2. PDCA-Zyklus ("Demingkreis")

Der PDCA-Zyklus, auch Demingkreis, Deming-Rad oder Shewhart Cycle genannt, ist ein Prozess zur Verbesserung in Organisationen. Er besteht aus drei oder vier wiederholenden Phasen. PDCA steht für „Plan – Do – Check – Act“, auf Deutsch „Planen – Umsetzen – Überprüfen – Handeln“. Der Prozess stammt aus der Qualitätssicherung. Er wurde vom US-amerikanischen Physiker Walter Andrew Shewhart entwickelt. Ziel war ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess Qualität und hat das Qualitätsmanagement maßgeblich beeinflusst.

Im Rahmen des Assessments, der Planung und Implementierung sowie der Evaluation von Maßnahmen ist der aus dem Qualitätsmanagement stammende PDCA-Zyklus ein zentrales Instrument. Mit dessen Hilfe kann eine kontinuierliche Überprüfung stattfinden, ob die Maßnahme erfolgreich umgesetzt werden konnte und ob die Ziele erreicht wurden. Dies gewährleistet einen stetigen Verbesserungsprozess.

² Beispiel in: Jakob, A., Adlberger, E., Ikhlör, P.O. (2016): Assessment einer Gebärenden durchführen. In: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften Berner Fachhochschule (Hrsg.): Skills für Hebammen 2. Geburt. Bern: hep-verlag. S. 11 – 36.

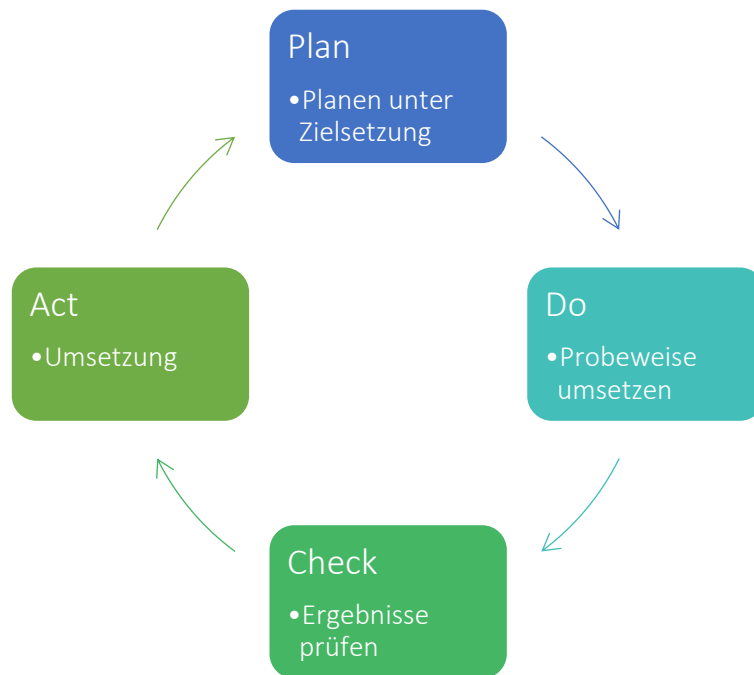


Abbildung 1 PDCA-Zyklus

In der Anwendung des PDCA-Zyklus ist die Formulierung von Zielen wichtig. Ein Hilfsmittel hierbei sind die SMART-Kriterien oder SWOT-Analyse:

S	Spezifisch	Ziele sind präzise und eindeutig formuliert
M	Messbar	die Zielerreichung ist messbar
A	Akzeptiert	die Ziele werden vom Empfänger akzeptiert
R	Realistisch	es ist realistisch, dass das Ziel erreicht werden kann
T	Terminiert	es gibt eine zeitliche Vorgabe, bis wann das Ziel erreicht ist

Tabelle 1 SMART-Analyse nach P. Drucker

S	Strengths	Stärken
W	Weaknesses	Schwächen
O	Opportunities	Chancen
T	Threats	Risiken

Tabelle 2 SWOT-Analyse nach Harvard Business School

Weitere Informationen Selow, M. (2014): QM in der Freiberuflichkeit | Teil 2 Wandel gestalten. Deutsche Hebammenzeitschrift 04/2014.

3. Clinical Reasoning oder klinischer Entscheidungsfindungsprozess

„Clinical Reasoning (CR) ist das Denken und die Reflexion der Handelnden in Medizin, Pflege und Therapie.“ (Definition nach Jones³). Es ist die Grundlage jedes Betreuungsprozesses aus Assessment, Planung, Implementation und Evaluation.

In der Vorbereitung einer klinischen Situation wird auf Grundlage der vorhandenen Informationen zur zukünftigen Situation diese analysiert und vorbereitet (**prospektives Clinical Reasoning**).

³ In: Wolfs, A. (2022): Systemisch-konstruktivistisches Clinical Reasoning. Berlin: Springer.

In der Situation selbst werden die Gegebenheiten (un)bewusst wahrgenommen und bewertet. Im Nachgang einer Situation werden Handlungen und Entscheidungen sowie deren zugrundeliegender Denkprozesse analysiert und reflektiert und damit nachbereitet (**retrospektives Clinical Reasoning**) sowie die eigenen Erfahrungen in zukünftige ähnliche Situationen prospektiv übertragen (siehe Abb.1)⁴, im Sinne „Was ist als nächstes in diesem Fall zu tun? Was würde ich zukünftig anders machen?“.

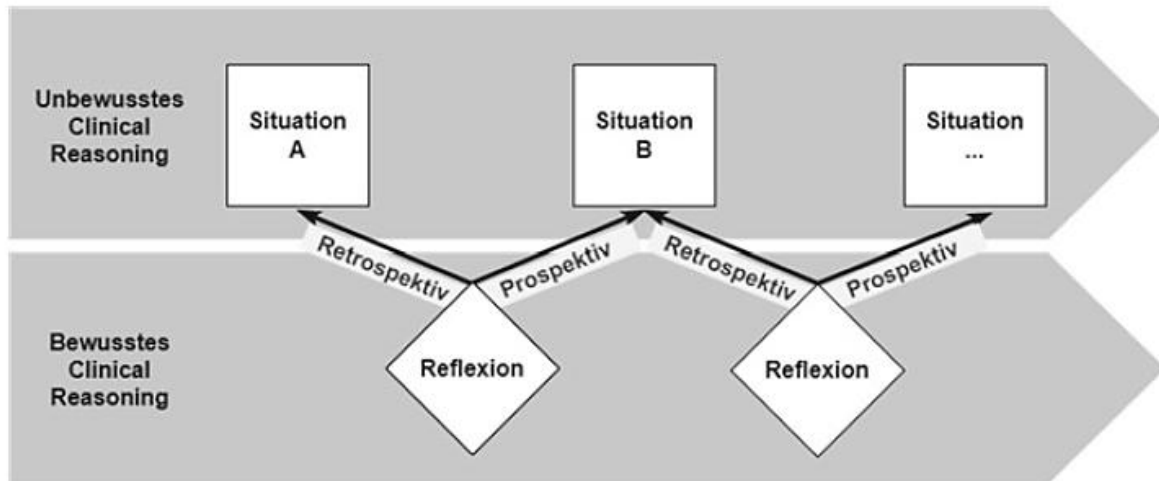


Abbildung 2 Quelle: Wolfs, A. (2022), S. 5

In der Reflexion sind passende Dimensionen zu wählen, wie etwa:

- biomedizinisches Wissen (Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie, Krankheitslehre etc.)
- Wahrnehmung und Bewertung von Ressourcen und Belastungen
- Interaktions- und Kommunikationsprozess intra- und interdisziplinär sowie mit der Frau*/Familie
- Wahrnehmung und Beachtung von Normen und Werten der Beteiligten
- interne Evidenz bzw. Intuition bestehend aus Erfahrung und internes teilweise (un)bewusstes Wissen
- externe Evidenz bzw. Datenlage

Es werden zwei Vorgehensweisen des Denkens im CR unterschieden:

1. hypothetisch-deduktiv:

- ☐ Äußerungen und Symptome einer Person werden mit dem vorhandenen klinischen Wissen zahlreicher Krankheitsbilder abgeglichen, als Hinweiszeichen auf eine Diagnose bewertet und systematisch überprüft bis die Diagnose feststeht. (Bild: Die Schichten einer Zwiebel abtragen, bis der Kern, die Diagnose, freiliegt.)
- ☐ auch systematisches bzw. rationalistisches Modell genannt

2. intuitiv-humanistisch:

- ☐ Erfahrungen tragen zu einem internen Wissen bei, was im Entscheidungsfindungsprozess intuitiv herangezogen werden kann.
- ☐ Auf dem umgekehrten Weg findet ein **Mustererkennen** statt. Symptome werden anhand von Vorerfahrungen eingeordnet, eine Diagnose gestellt und mit vorausschauendem Denken überprüft („forward reasoning“), es wird also die Diagnose in der Zwiebel erkannt, ohne Schichten freilegen zu müssen.
- ☐ auch phänomenologisches Modell genannt

⁴ Loh, A., Simon, D., Niebling, W. et al. Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Z Allg. Med. 81, 550–560 (2005). <https://doi.org/10.1007/BF03652169>

Erst mit viel praktischer Erfahrung ist Mustererkennung möglich. Auf dem Niveau einer/-s Expert*in kann eine Hebamme die Erfahrung in einer Betreuung sofort in ihr theoretisches Wissen einbetten und persönliche Kontextfaktoren, das individuelle Erleben der Frau sowie auch strukturelle Krankheitszeichen, also körperliche, psychische und soziale Aspekte gleichzeitig wahrnehmen und deuten. So werden manuelle Fertigkeiten, soziale Kompetenz und Schnelligkeit im Denken und Handeln erreicht.

Der Prozess des Clinical Reasoning besteht mehreren Schritten, je nachdem ob eine Diagnose gestellt oder eine Maßnahme geplant werden soll, für deren Umsetzung anschließend ein Entscheidungsfindungsprozess benötigt wird (spezifiziert für die Hebammenarbeit durch Jefford & Jomeen 2019, siehe Abb. 2-4):



Abbildung 3 Jefford & Jomeen 2019, eigene Darstellung: Emine Babac

Clinical Reasoning nach Jefford & Jomeen 2019:

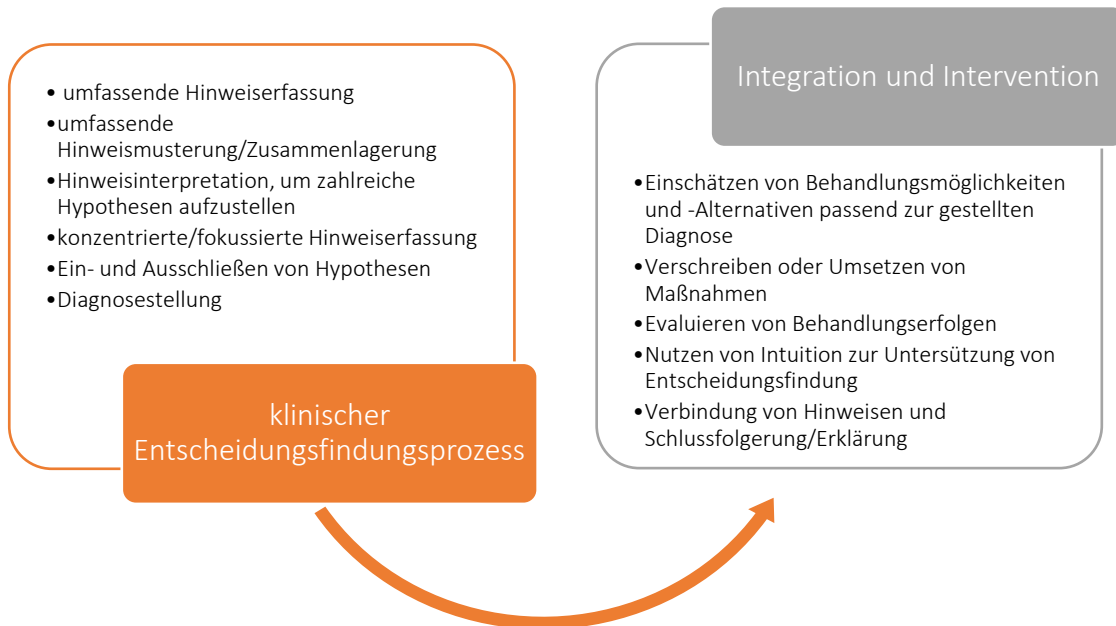


Abbildung 4 Jefford & Jomeen 2019, eigene Darstellung: Emine Babac

Clinical Reasoning in der Hebammenarbeit bzw. Midwifery Reasoning geht über das medizinische Modell hinaus und schließt die Hebammenphilosophie⁵ mit ein:

Clinical Reasoning in midwifery practice nach Jefford & Jomeen 2019:

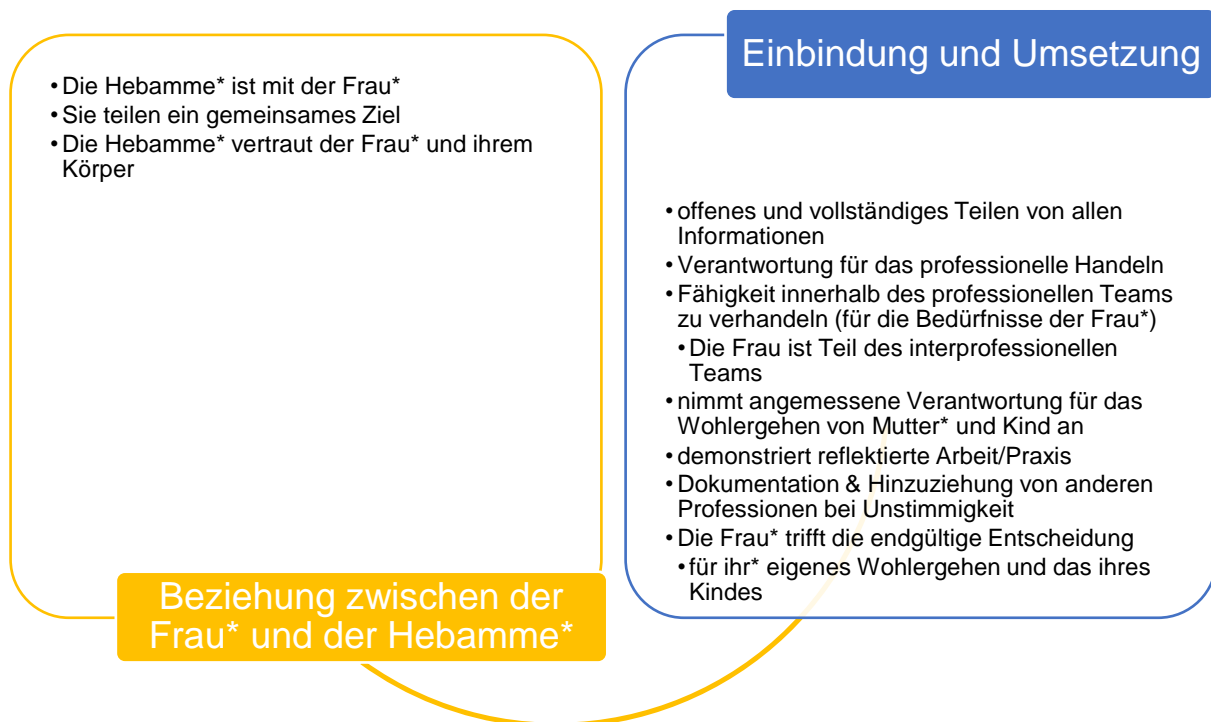


Abbildung 5 Jefford & Jomeen 2019, eigene Darstellung: Emine Babac

⁵ Quelle: ICM <https://internationalmidwives.org/category/philosophy/> & <https://internationalmidwives.org/resources/philosophy-and-model-of-midwifery-care/>

Weitere Informationen zum Clinical Reasoning in:

- Dölken, M. (2006). Clinical Reasoning–Untersuchen und Behandeln als Prozess. *Manuelle Medizin*, 44(3), 198-203.
- Higgs, J., Jensen, G. M., Loftus, S., Trede, F. V., & Grace, S. (Eds.). (2024). *Clinical Reasoning in the Health Professions E-Book: Clinical Reasoning in the Health Professions*. Elsevier Health Sciences.
- Jefford, E., & Jomeen, J. (Eds.). (2019). *Empowering decision-making in midwifery: a global perspective*. London: Routledge. Doi: <https://doi.org/10.4324/9780429398179>
- Raynor, M. D., Marshall, J. E., & Sullivan, A. (2005). *Decision-making in Midwifery Practice*. Elsevier Health Sciences.
- Wolfs, A. Systemisch-konstruktivistisches Clinical Reasoning. Berlin: Springer.

4. Ethische Aspekte der informierten Entscheidung („informed consent“)

In der ärztlichen Tätigkeit beinhaltet die Voraussetzung, dass eine Entscheidung nach ethischen Kriterien getroffen werden kann, eine umfassende Aufklärung über Maßnahmen und mögliche Folgen und die Berücksichtigung der Wünsche, Ziele und Wertvorstellungen des Patienten im Entscheidungsprozess. Das gilt auch für Hebammen. Um die Autonomie der Person zu wahren, ist Vertraulichkeit und Aufrichtigkeit wichtig aufseiten desjenigen, der über einen Wissensvorsprung verfügt.⁶ In der Hebammenarbeit ist das beobachtende Abwarten („watchful waiting“) eine originäre Vorgehensweise⁷.

Ist eine diagnostische Maßnahme vorgesehen, sollte über die Möglichkeit falsch-positiver und falsch-negativer Befunde und deren Folgen aufgeklärt werden – soweit dies bekannt ist. Es besteht das „Recht auf Wissen“ und das „Recht auf Nichtwissen“. Das bedeutet, dass eine Person zu jedem Zeitpunkt entscheiden kann, ob sie etwas wissen möchte und dementsprechend Untersuchungen durchführen lassen will, oder nicht⁸.

1. Alle diejenigen Fakten und Informationen müssen vermittelt werden, die benötigt werden, um sich für oder gegen etwas zu entscheiden.
2. Informationen, die aus medizinischer Sicht relevant für eine Entscheidung sind, müssen vermittelt werden.
3. Es muss kein umfassendes Verständnis über das Vermittelte vorliegen, die Grundaufklärung muss jedoch so erfolgen, dass ein grundlegendes Verständnis generiert wurde und beide Seiten die Entscheidung als informierte Zustimmung ansehen.

Die Person soll verstehen: Worum geht es, welche Folgen kann es für mich haben?

5. Shared decision making

S	Seek your patient's participation.	Assessment
H	Help your patient explore and compare treatment options.	Assessment
A	Asses your patient's values and preferences.	Planning
R	Reach a decision with your patient.	Implementation / Intervention
E	Evaluate your patient's decision.	Evaluation

Tabelle 3 Quelle: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/share-approach_factsheet.pdf

Shared decision-making (SDM; zu Deutsch: partizipative Entscheidungsfindung) ist ein medizinische Entscheidungsfindungsmodell, bei der beide Partner aktiv und verantwortlich an Entscheidungsprozessen beteiligt sind, in Abgrenzung zum paternalistischen Modell, in welchem der Arzt/die Ärztin entscheidet

⁶ Jütte, R. (2018): Arzt und Ethos: Aufklärung und „informed consent“. Deutsches Ärzteblatt 2018;115(27-28). <https://www.aerzteblatt.de/archiv/198935/Arzt-und-Ethos-Aufklaerung-und-informed-consent>

⁷ Keller S. Auch Abwarten ist aktiv. DHZ 2023;12

⁸ Loh, A., Simon, D., Niebling, W. et al. Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Z Allg Med 81, 550–560 (2005). <https://doi.org/10.1007/BF03652169>

und dem Informationsmodell, bei dem die Ärztin/der Arzt als Expert*in alle Informationen über (diagnostische oder) therapeutische Alternativen gibt und der/die Patient*in selbst entscheidet⁹. SDM ist immer dann möglich, wenn es mindestens zwei gleichwertige Wahlmöglichkeiten gibt, die sich hinsichtlich der Konsequenzen aber sehr unterscheiden, z.B. Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik.

Die Schritte im Gespräch zur partizipativen Entscheidungsfindung in Anlehnung an Elwyn et al. sind (aus Bieber et al. 2016), siehe auch in¹⁰:

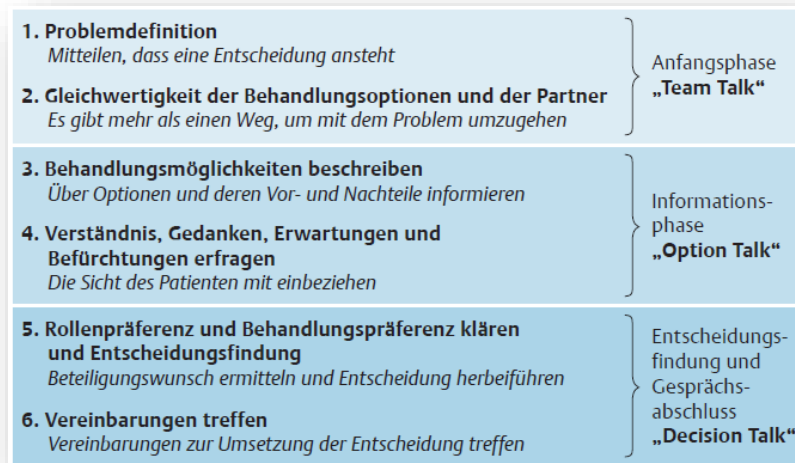


Abbildung 6 Three-Talk Modell in Anlehnung an Elwyn et. al aus Bieber et al. (2016)

Entwickelt wurde die Gesprächsführung zur partizipativen Entscheidungsfindung von Glyn Elwyn und Team in verschiedenen Schritten. Da Gespräche im Rahmen des SDM selten linear verlaufen wurde der zunächst sehr linear dargestellte Prozess revidiert.

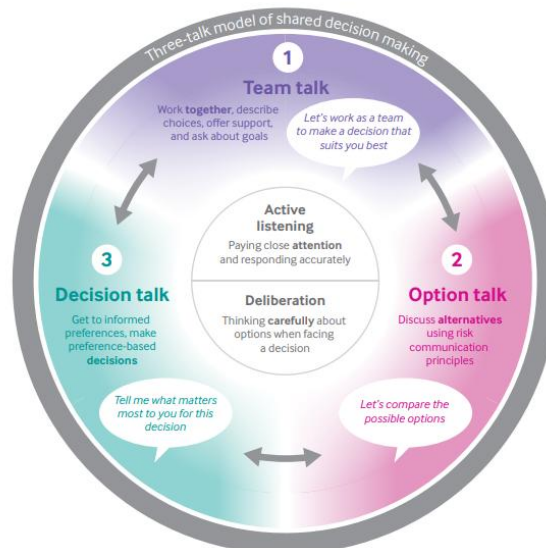


Abbildung 7 Three-talk Modell Nach Elwyn et al. 2017¹¹

⁹ Bieber, C. et al. (2016): Partizipative Entscheidungsfindung (PEF). Psychother Psych Med 2016; 66: 195–207

¹⁰ Weber, H., Enseleit, I., Josuks, H., Rode, S., Heun, S., Holtel, M., ... & Stapenhorst, K. (2023) *Shared Decision Making – Partizipative Entscheidungsfindung*. Arbeitshilfe Bessere Kommunikation #10. Herausgeber: Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. GQMG

¹¹ Elwyn, G., Durand, M. A., Song, J., Aarts, J., Barr, P. J., Berger, Z., ... & Van der Weijden, T. (2017). A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *bmj*, 359.

Weiterführende Informationen zu “Informed consent“ und Shared Decision-Making

„Patient als Partner“: Portal für Patient*innen, Ärzt*innen und andere Gesundheitsberufe sowie Wissenschaftler, um Partizipative Entscheidungsfindung zu fördern

Quelle: <https://www.patient-als-partner.de/>

Projekt „Share To Care“ des UKSH: Entscheidungshilfen, die Patient*innen darin unterstützt, alle wichtigen Informationen zu erhalten und gemeinsam mit den Behandler*innen eine informierte Entscheidung zu treffen.

Quelle: <https://www.uksh.de/sdm/Entscheidungshilfen/Wie+sieht+so+eine+Entscheidungshilfe+aus.html>