

Pflegekonzept

Stationäres Hospiz Osnabrück

Inhaltsverzeichnis

Einleitung

I. Pflege theoretisches Rahmenkonzept

1. Pflegeverständnis
2. Pflegerischer Handlungsansatz und –strukturierung nach ABEDL

II. Pflegepragmatische Umsetzung im stationären Hospiz Osnabrück

1. Das Pflegesystem
2. Der ganzheitliche Pflegeprozess
 - a. Pflegebedarfserhebung, Pflegediagnose und –ziel
 - b. Pflegeplanung und Pflegedurchführung
 - c. Pflegeprozessevaluation
 - d. Pflegeprozessdokumentation
3. Der situative Pflegeansatz
4. Begleitung und Einbeziehung der Angehörigen
5. Versorgung von Verstorbenen
6. Qualitätssicherung und Arbeitsgrundlagen
7. Der ganzheitliche Pflegeprozess

Wenn wir von den Zugehörigen der Gäste sprechen sind deren Angehörigen, Freunde bzw. Bezugspersonen gemeint. Zudem sind unabhängig der gewählten Geschlechtsform immer beide Geschlechter gemeint.

Einleitung

Das Osnabrücker Hospiz sieht seine Aufgabe in der Versorgung und Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen (Gäste) sowie deren Zugehörigen. Unabhängig von allen Äußerlichkeiten, Geschlecht, gesellschaftlicher Stellung, Staatsangehörigkeit, Kultur, Religion sowie Weltanschauung, soll jeder Mensch, der das Hospiz aufsucht, spüren, dass er wertvoll und einzigartig ist. Unseren Gästen begegnen wir daher mit Achtung, Wertschätzung, Respekt, und Akzeptanz.

Alle Menschen sind geprägt durch ihre psychischen und körperlichen Bedürfnisse und deren individuelle Bedeutung in den einzelnen Lebensphasen. Unsere Rolle als Pflegende besteht darin, diese Bedürfnisse zu erfassen, die Ressourcen und Einschränkungen der Gäste zu erkennen und sie bei der Erfüllung ihrer Wünsche und Bedürfnisse zu unterstützen. Eingeschlossen in diesen ganzheitlichen Pflegeansatz ist die Linderung seelischer Nöte und physischer Symptome. Dabei folgen wir dem Palliative-Care-Ansatz, der die Erreichung einer bestmöglichen Lebensqualität für die Schwerkranken und ihren Zugehörigen durch pflegerische und psychosoziale Betreuung zum obersten Ziel erklärt.

Wir arbeiten eng mit den unterschiedlichen Hospizbereichen, ehrenamtlichen Mitarbeitern und externen Berufsgruppen (wie Ärzten und Therapeuten) zusammen.

Die Pflegemaßnahmen erfolgen nach evidenzbasierten Grundsätzen. Um unsere Pflege auf dem jeweils aktuellen Stand des Wissens anbieten zu können, ist es für uns selbstverständlich, neueste pflege- und sozialwissenschaftliche Erkenntnisse aus Forschung und Praxis in die Pflege und Betreuung der Betroffenen einfließen zu lassen. Ergänzt wird die evidenzbasierte Pflege vom umfangreichen Erfahrungswissen unserer Pflegenden.

I. Pflegetheoretisches Rahmenkonzept

Keines der derzeit gängigen, in der Regel Krankenhaus- oder Pflegeheimbezogenen Pflegemodelle, lässt sich unmittelbar auf die spezialisierte Arbeit im Hospiz übertragen. Hospize sind im Gegensatz zu anderen Pflegeeinrichtungen Lebensorte, die von Menschen aufgesucht werden, deren körperliche Genesung bis zur Gesundung nicht mehr im Zentrum der pflegerischen Maßnahmen steht. Gleichwohl ist die Zugrundelegung eines Pflegemodells im Rahmen der Hospizarbeit Grundlage für ein vereinheitlichtes, pflegerisches Vorgehen und -Verständnis der dort pflegenden Personen.

Derzeit beziehen sich die Rahmenvereinbarungen der stationären Hospize auf das Pflegemodell der Fördernden Prozesspflege von Monika Krohwinkel. Es basiert auf anerkannten konzeptionellen Pflegemodellen unter anderem von Rogers, Orem, Henderson, Roper, Loagen, Juchli und der Maslowschen Bedürfnispyramide.

Das Pflegemodell lässt eine unterschiedliche Gewichtung der einzelnen Bereiche zu, daher ziehen wir dieses Pflegemodell als Grundlage unserer Arbeit heran. Um den speziellen Anforderungen in der Hospizpflege gerecht werden zu können, haben wir das Modell entsprechend angepasst bzw. weiterentwickelt.

Wir können unser Pflegekonzept nicht als "fertiges Papier" betrachten, sondern müssen unser Tun hinterfragen, das Konzept fortwährend kritisch überprüfen und immer wieder den veränderten Gegebenheiten anpassen.

1. Pflegeverständnis

Das Pflegemodell nach Krohwinkel orientiert sich an den Aktivitäten, Beziehungen und existentiellen Erfahrungen des Lebens. Es hat die Erhaltung bzw. die Entwicklung von Unabhängigkeit und Wohlbefinden des Menschen zum Ziel. Das Modell zeigt die Bedeutung von fördernder Prozesspflege, bei der die individuelle Lebensgeschichte und die Lebenssituation sowie die Förderung und Fähigkeit des Menschen im Zentrum stehen. Zudem räumt sie neben der traditionellen Pflege der psychosozialen Ebene eine besondere Bedeutung ein. Damit beschreibt sie ein ganzheitliches Pflegeverständnis, das sich auf den psychischen, körperlichen und sozialen Bereich des Schwerkranken auswirkt.

Näher dargelegt wird der Aspekt der Ganzheitlichkeit anhand von vier Merkmalen:

- Mensch
- Gesundheit/Krankheit/Wohlbefinden
- Umgebung
- Pflege

Der Mensch:

Dabei bezieht sie sich sowohl auf die zu Pflegenden als auch auf die Pflegepersonen. Zunächst einmal steht der Mensch mit all seinen Bedürfnissen, Sorgen und Ängsten im Mittelpunkt der pflegerischen Betrachtung.

Gleichermaßen wird der Ansatz vertreten, dass jeder Mensch unter Wahrung seiner Würde und Selbstbestimmung alle Möglichkeiten und Kompetenzen hat, eigenständige Entscheidungen im Hinblick auf seine ganzheitlich/individuell angelegte Betreuung zu treffen und damit aktiv seine Versorgung mit zu gestalten.

Die Autonomie der Schwerkranken wird im Rahmen der pflegerischen und psychosozialen Tätigkeit jederzeit respektiert und unterstützt.

Die Umgebung:

Mensch und Umgebung sind offene wechselseitig beeinflussbare Systeme. Teil der sozialen „Umgebung“ sind in erster Linie andere Menschen, etwa Angehörige, Freunde und Bekannte des Erkrankten, die bereits vor dem Hospizaufenthalt des Betroffenen mit den Themen Abschied, Tod und Trauer konfrontiert sind.

Um den Nöten der Zugehörigen angemessen begegnen zu können wird das Pflegepersonal begleitend, beratend, informierend und vermittelnd tätig. Auch werden die Zugehörigen in die Pflegebetreuung mit einbezogen, sofern sie und die Gäste dieses wünschen.

Gesundheit/Krankheit/Wohlbefinden:

Ist ein fortlaufender Prozess aus dem Ressourcen und Defizite hervorgehen. Wohlbefinden und Unabhängigkeit sind subjektiv empfundene Teile der Gesundheit.

Im Rahmen der Hospizpflege steht das Erhalten und Wiedererlangen der Ressourcen nicht im Vordergrund. Die Pflege orientiert sich immer an den aktuellen Gegebenheiten und Wünschen der Gäste.

Pflege:

Vorhandene Fähigkeiten sollen erhalten oder gefördert werden. Um ein größtmögliches Maß an Unabhängigkeit und Wohlbefinden zu erreichen.

In der Hospizkultur wird in diesem Zusammenhang meist von der Lebensqualität gesprochen. Sie ist ebenso wie das Wohlbefinden beeinflusst von der Erfüllung der physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Wünsche und Bedürfnisse.

Vor diesem Hintergrund ist es nur verständlich, dass der Würde sowie der Selbstbestimmung in der Hospizpflege eine so essenzielle Bedeutung zukommt; hat deren Wahrung doch unmittelbaren Einfluss auf die individuell empfundene Lebensqualität.

2. Pflegerischer Handlungsansatz und -strukturierung nach ABEDL

Im Mittelpunkt der pflegerischen Handlung steht die Bedürfniserfüllung der Schwerkranken. Krohwinkel unterteilt die Bedürfnisse in verschiedene Bereiche **A B E DL**:

- **A**ktivitäten
- **B**eziehungen
- existenzielle **E**rfahrungen
- **d**es täglichen **L**ebens

In die Bereiche „des täglichen Lebens“ fallen im Wesentlichen Mobilität, Körperhygiene, Ernährung sowie die sozialen Aspekte der Kommunikation und Kontaktpflege.

Innerhalb dieses Ansatzes richtet sich der generelle Pflegebedarf danach, ob jemand aus den vorgenannten Bereichen keinen, gelegentlichen, häufigen oder ständigen Hilfebedarf hat. Somit erhalten die einzelnen Aspekte der ABEDL eine stark bedarfsorientierte Gewichtung.

Das ABEDL-Modell, hilft den Pflegeplanungsprozess zu strukturieren. Es sieht in seiner Grundform 13 ABEDL vor, die es auf den Pflegebedarf im Hospiz inhaltlich anzupassen und zu ergänzen gilt:

- Kommunizieren können
- Sich bewegen können
- Vitale Funktionen des Körpers aufrechterhalten können
- Sich pflegen können
- Essen und trinken können
- Ausscheiden können
- Sich kleiden können
- Ruhen und schlafen können
- Sich beschäftigen können
- Sich als Mann/Frau fühlen können
- Für Sicherheit in der Umgebung sorgen können
- Soziale Bereiche des Lebens sichern können
- Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können

Im Kern können sechs Bedürfnisbereiche des täglichen Lebens besonders herausgearbeitet werden nach denen die pflegerische Prozessplanung im stationären Hospiz gegliedert wird:

1. Körperliche Bedürfnisse

sich pflegen, ausscheiden, ruhen und schlafen,

2. Aufrechterhaltung der (vitalen) Funktionen

In diesem Bereich ist nicht die Herz/Kreislauf Funktion gemeint, sondern die umfassende Symptomkontrolle: frei sein von belastenden körperlichen Symptomen wie Schmerzen, Übelkeit, Atemnot, etc.

3. Ernährung

essen und trinken

4. Mobilität

sich kleiden, sich bewegen

5. Psychosoziale Bedürfnisse

soziale Bereiche sichern und gestalten, kommunizieren können, mit existenziellen Erfahrungen umgehen, sich beschäftigen, sich als Mann oder Frau fühlen

Der Umgang mit den „existenziellen Erfahrungen“ des Gastes spielt eine wichtige Rolle für die Hospizpflege. Hierzu gehören insbesondere der Umgang mit:

- Verlust von Unabhängigkeit
- Sorge und Angst
- Misstrauen und Ungewissheit
- Trennung und Isolation
- Hoffnungslosigkeit
- Krankheit, Pflegebedürftigkeit
- Sterben
- Trauer
- Vertrauen, Sicherheit, Geborgenheit
- Kulturgebundene Erfahrungen (Weltanschauung, Religion, Spiritualität)
- persönliche Biographie

6. Versorgung des Verstorbenen

Umsetzung der vom Schwerkranken gewünschten Pflege nach dessen Versterben, Unterstützung und Begleitung der Zugehörigen

II. Pflegepraktische Umsetzung im stationären Hospiz Osnabrück

1. Das Pflegesystem

Im Rahmen der Hospizpflege spielt die Vertrauens- und Beziehungsebene zwischen dem Gast (und Zugehörigen) und den Pflegenden eine wesentliche Rolle. Hiervon ausgehend wurde die (auch von Krohwinkel empfohlene) Organisationsform der „primären bzw. kontinuierlichen Bezugspflege“ (KB) eingeführt. Mitte der 1960er wurde sie unter dem Begriff „Primary Nursing“ in den USA entwickelt. Eine verantwortliche Pflegeperson (KB) ist für einen Hospizgast von der Aufnahme bis nach dessen Versterben (oder Entlassung) zuständig. In Abwesenheit der KB sorgt die Co KB für eine konstante Vertretungsregelung.

Ziel dieses Systems ist eine kontinuierliche, verlässliche und vertrauensfördernde Betreuung der Gäste. Demzufolge kann sich eine Pflegebeziehung zwischen Hospizgast und Pflegenden entwickeln, die von Vertrauen und Wertschätzung geprägt ist. In diesem Beziehungsgefüge können Handlungspläne gemeinsam entwickelt und Pflegemaßnahmen miteinander abgestimmt

werden. Selbstbestimmung und Autonomie des Hospizgastes werden gewahrt und seine Bedürfnisse und Wünsche finden in der Pflegeplanung eine optimale Berücksichtigung.

Parallel sorgt das Pflegesystem der kontinuierlichen Bezugspflege für eine Verbesserung der Pflegequalität und zudem für einen reibungslosen und effizienteren Versorgungsprozess. Denn die Bezugspflegeperson koordiniert und verantwortet den gesamten Pflegeprozess des ihr anvertrauten Hospizgastes; darunter fallen die Aufnahme/Anamnese, die Pflegeplanung und Durchführung, die Pflegedokumentation, die bedarfsgerechte Koordination mit weiteren Berufsgruppen und sie ist erster Ansprechpartner bei auftretenden Fragen.

2. Der ganzheitliche Pflegeprozess

Der Pflegeprozess gliedert sich in vier Phasen.

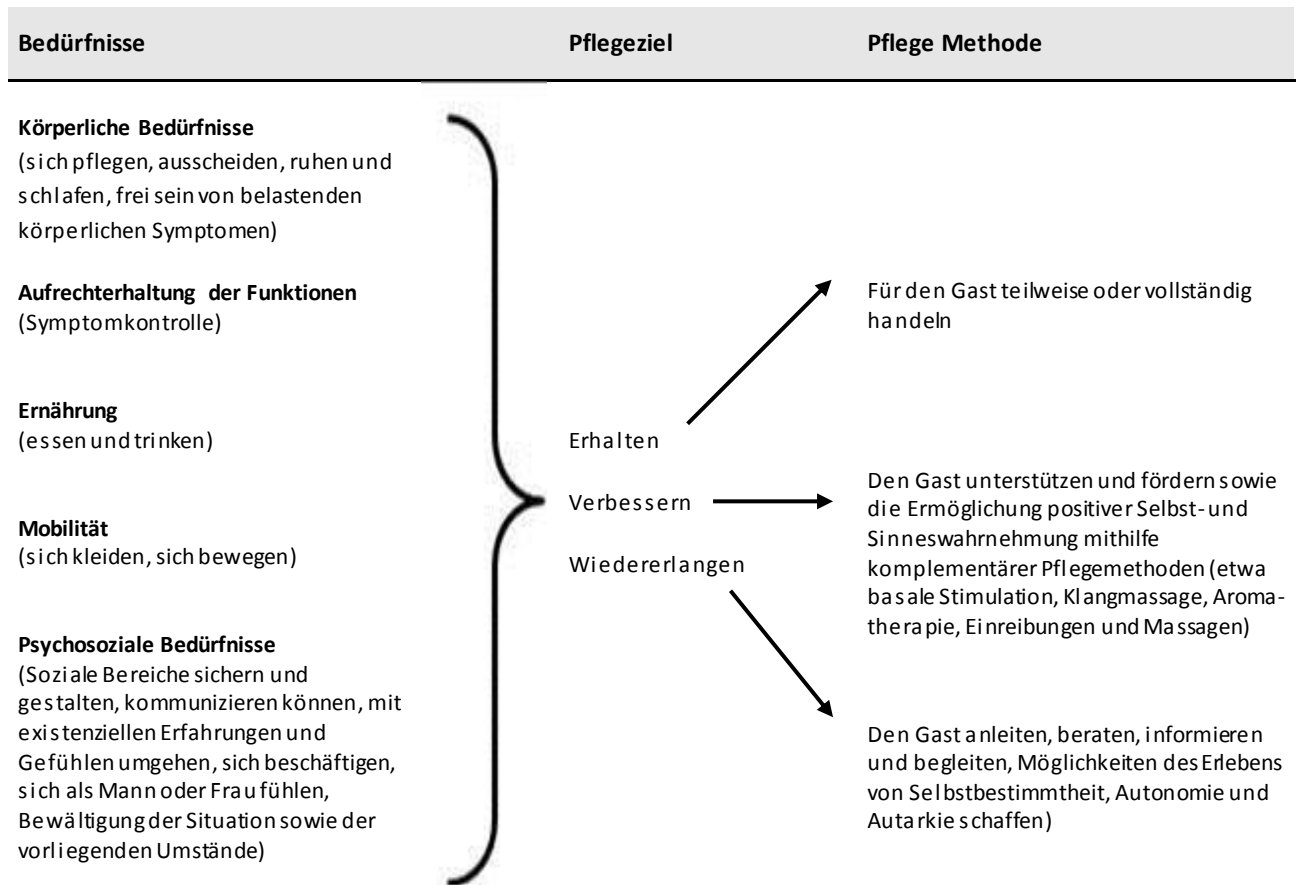
a. Pflegebedarfserhebung (Aufnahme, Anamnese), Pflegediagnose und -ziel

Diese erste Phase ist von besonderer Wichtigkeit; sie bildet das Fundament des gesamten Hospizaufenthaltes. Die Pflegebedarfserhebung erfolgt ganzheitlich, stets vor dem Hintergrund der unter Ziffer I. Punkt 2. näher beschriebenen Bedürfnisseebenen. Erfasst werden neben den personenbezogenen Daten alle Informationen zur Krankengeschichte, zum individuellen Krankheitserleben, zu den Lebens- und Pflegegewohnheiten, zu den Lebensumständen einschließlich der Biographie und der sozialen Situation des Gastes sowie zum spirituellen Hintergrund. Auch konkrete vom Gast geäußerte Wünsche hinsichtlich des Sterbeprozesses werden erfragt.

Die Informationssammlung ist fortlaufend. Sie beginnt mit dem Erstkontakt und erfolgt während der gesamten Aufenthaltsdauer des Gastes. Erhoben werden die Daten mittels Gespräch mit dem Gast, den Zugehörigen, per Beobachtung/Wahrnehmung und anhand der vorhandenen Dokumente. Die gewonnenen Erkenntnisse werden sodann – möglichst gemeinsam mit dem Gast - in Bedürfnisse übersetzt, die es im Rahmen der Pflege zu erfüllen gilt, um die Lebensqualität und damit das Wohlbefinden des Hospizgastes zu erhalten, zu verbessern oder gar wieder herzustellen (Pflegediagnose und -ziel). Da sich die Bedürfnisse des Gastes täglich ändern können ist es ein fortlaufender Prozess.

b. Pflegeplanung und -durchführung

Die Pflegeplanung bezieht sich auf die Beschreibung der Methoden pflegerischer Hilfeleistung zur Erfüllung der erarbeiteten Pflegeziele, während die Pflegedurchführung die praktische Umsetzung der Pflegeplanung beschreibt.



Während der praktischen Pflege wird sowohl die Wirkung der Pflegemaßnahme als auch die Reaktion des Gasts beobachtet. Ggf. wird die Maßnahme bereits während der Pflegehandlung modifiziert und neu priorisiert; mit entsprechender Anpassung des Pflegeplans.

c. Pflegeprozessevaluation

Der Pflegeprozess wird täglich anhand der Pflegedokumentation evaluiert. Hier wird überprüft, ob die Wirkung der Maßnahmen sowie die Zielsetzungen noch angemessen sind. Bei begründeten Abweichungen werden die gewählten Pflegemethoden und -ziele überdacht und die Ursachen hinterfragt. Abweichungen führen dazu, dass die Planung den neuen Umständen angepasst wird. So unterliegt der Pflegeprozess einer ständigen Bewertung und Weiterentwicklung.

d. Pflegeprozessdokumentation

Der gesamte Pflegeprozess wird durch die Pflegedokumentation erfasst und kontinuierlich aktualisiert. Zur Dokumentation im stationären Hospiz Osnabrück gehören:

Dokumentationsbestandteile	Dokumentationsinhalt im Überblick
Organisationsstammblatt	personenbezogene Daten des Gastes, Kontakt Daten des behandelnden Arztes, Angaben zum Kostenträger der Pflegeleistungen und zur Pflegestufe, Angaben zum Bewilligungszeitraum des Hospizaufenthaltes, Aufnahme- und Versterbe Datum.
Pflegestammblatt	Kontakt Daten von Angehörigen und Bezugspersonen des Gastes, Angaben religiösen/kulturellen Zugehörigkeit, Angaben zu bestehenden rechtlichen Vollmachten und Verfügungen, Angaben zu ärztlichen Diagnosen und begleitenden Therapien, Angaben zu Pflegewünschen nach dem Versterben, Informationen zum Bewusstseinszustand und zur Kommunikationsfähigkeit des Gastes bei Aufnahme.
Bogen zum Pflegebedarf mit ganzheitlicher Anamnese, Sozialbogen	Angaben zum Pflegebedarf und zu den Ressourcen des Gastes, Angaben zum individuellen Krankheitserleben, Angaben zu den Lebens- und Pflegegewohnheiten, Angaben zu den Lebensumständen einschließlich der Biographie und der Familiensituation des Gastes (Genogramm), Angaben zum psychischen Befinden des Gastes sowie zum spirituellen Hintergrund.
Pflegeplanungs- und Durchführungsnachweis	Synthese der Pflegebedarfserhebung Angaben zu den Bedürfnissebenen des täglichen Lebens Angaben zu den Pflegemaßnahmen
Bogen zur internen Abstimmung mit der Bezugspflegeperson (KB/Co KB).	Pflegerelevante Anfragen und Informationen an die KB oder Pflegeanordnungen von der KB an Pflegekollegen
Bogen zu ärztlichen Verordnungen	Angaben zur Regel- und Bedarfsmedikation Angaben zur medizinischen Behandlungspflege
Pflegebericht	Angaben zu Angemessenheit der Pflegemaßnahmen Angaben zum aktuellen Befinden des Gastes, zum aktuellen Krankheits- und Symptomerleben zum Krankheitsverlauf

Die Dokumentation erfolgt in kurzen, knappen Sätzen mit Blick für die wesentlichen Kernaussagen. Die Beschreibungen sind exakt und sachlich vorzunehmen.

3. Der situative Pflegeansatz

Hospizpflege ist die Versorgung eines Schwerkranken in seiner letzten Lebensphase. Der weitere Krankheitsverlauf ist häufig unvorhersehbar. Die schweren, weit fortgeschrittenen

Krankheitsbilder bedingen, dass es während des Hospizaufenthaltes nicht selten für Gäste und Zugehörige zu bedrohlich wirkenden Situationen und rasch wechselnden Symptombildern kommt. Doch nicht nur medizinische oder pflegerische, sondern auch psychosoziale Bedürfnisse sowie spirituelle Aspekte können eine mitunter veränderte Priorität für den Betroffenen zeigen. Wir passen die Pflege immer wieder den veränderten Situationen an. Dieses erfordert von den Pflegenden Gegenwärtigkeit, Aufmerksamkeit und Achtsamkeit, aber auch die Fähigkeit, sich flexibel auf neue Situationen einstellen und das eigene Handeln entsprechend hinterfragen und anpassen zu können (situative Pflege).

Daraus resultiert eine Pflege, die sich trotz des sich oftmals schnell ändernden Bedürfnisbildes nicht auf eine reine Krisenintervention beschränkt. Vorausschauendes, prophylaktisch pflegerisches Handeln steht im Vordergrund, das zudem ein hohes Maß an Kreativität und Flexibilität voraussetzt. Denn eine Pflegekultur, die sich auf die häufig wandelnden Symptome und Bedürfnisse schwerstkranker und sterbender Menschen konzentriert, erfordert ideenreiche Denk- und Handlungsansätze sowie umfangreiches Fach- und Erfahrungswissen.

Anamnese, Pflegeziel und –planung unterliegen vor diesem Hintergrund einer ständigen Evaluation und Aktualisierung.

4. Begleitung und Einbeziehung der Zugehörigen

Wir stehen den Zugehörigen in pflegerischen und psychosozialen Anliegen beratend und begleitend zur Seite. In enger Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern anderer Professionen unterstützen wir sie in emotional und seelisch belastenden Situationen, bieten Gespräche und Raum für Trauer und Abschied. Zudem werden die Zugehörigen in den hospizlichen Pflege- und Betreuungsprozess einbezogen, sofern die Gäste sowie die Zugehörigen dies wünschen. Sie können sich an der Pflege beteiligen oder den Tagesablauf mitgestalten, um gemeinsam mit dem Gast ein Stück Alltag zu erleben.

Durch die Integration des sozialen Umfeldes wird dem Gast Sicherheit und Geborgenheit vermittelt, was sich positiv auf die individuell empfundene Lebensqualität auswirken kann. Auch erleben die Zugehörigen ihre Einbeziehung als unterstützend, da ihnen hierdurch ein Weg aus ihrer häufig empfundenen Hilflosigkeit und Ohnmacht aufgezeigt wird. Die Einbeziehung ermöglicht Nähe, Gemeinsamkeit und Gespräche. Abschied nehmen und der Trauerprozess erfahren so eine bestmögliche Unterstützung.

5. Versorgung von Verstorbenen

Unsere Verantwortung für die Gäste endet erst, wenn sie das Hospiz verlassen haben. Ihnen auch im Tod mit Respekt und Achtsamkeit zu begegnen ist uns ein wichtiges Anliegen. Dabei respektieren wir die Wünsche und Vorstellungen des Gastes und der Zugehörigen zum Ablauf der Versorgung nach seinem Versterben.

Häufig spielen folgende Anliegen eine Rolle:

- Aufbahrung in einer bestimmten Kleidung
- kulturelle und spirituelle Rituale (Waschungen, Musik, Duft, Kerzen, etc.)
- Raum und Ruhe für individuelle Verabschiedung im Zimmer
- besondere Abschieds- oder Erinnerungsrituale

- gewünschter Zugehörigenbesuch nach Versterben
- Einsargung in Anwesenheit der Angehörigen
- Mitgaben von Fotos, Gegenständen etc. in den Sarg
- Räumung des Hospizzimmers durch die Angehörigen

6. Qualitätssicherung und Arbeitsgrundlagen

Zur „Fördernden Prozesspflege“ gehört ein funktionierendes System der Qualitätsentwicklung und Pflegekonzeption. Das Osnabrücker Hospiz verfügt über ein Qualitätsmanagement System nach dem GAB Verfahren. Die hierbei zur Anwendung kommenden Handlungsleitlinien und Konzepte sind für alle Mitarbeitenden jederzeit einsehbar und handlungsweisend. Sie werden in regelmäßigen Abständen evaluiert und aktualisiert. Als Grundlage unserer Arbeit dienen:

- Das Qualitätshandbuch „SORGSAM“ von der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz 2004 erstellt.
- Das Konzept „Palliative Care“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO).
- Rahmenvereinbarungen nach §39a Satz 4 SGB V und § 113 SGB X finden Anwendung.
- Nationaler Expertenstandard der Pflege des deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Die Standards werden entsprechend den Bedürfnissen der Gäste in den Pflegeprozess einbezogen.
- In der Pflege ist ausschließlich examiniertes Pflegepersonal tätig, um unserem Qualitätsverständnis von Hospizpflege gerecht zu werden. Zudem ist es uns wichtig, dass alle Pflegemitarbeiter die Palliative Care Fortbildung besucht haben. Des Weiteren ermöglichen wir den Mitarbeitern die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen entsprechend unseren Qualitätsgrundsätzen.

7. Der ganzheitliche Pflegeprozess

In der Darstellung des Pflegeprozess wird ersichtlich, wie die einzelnen Bereiche aufeinander aufbauen und miteinander verbunden sind.

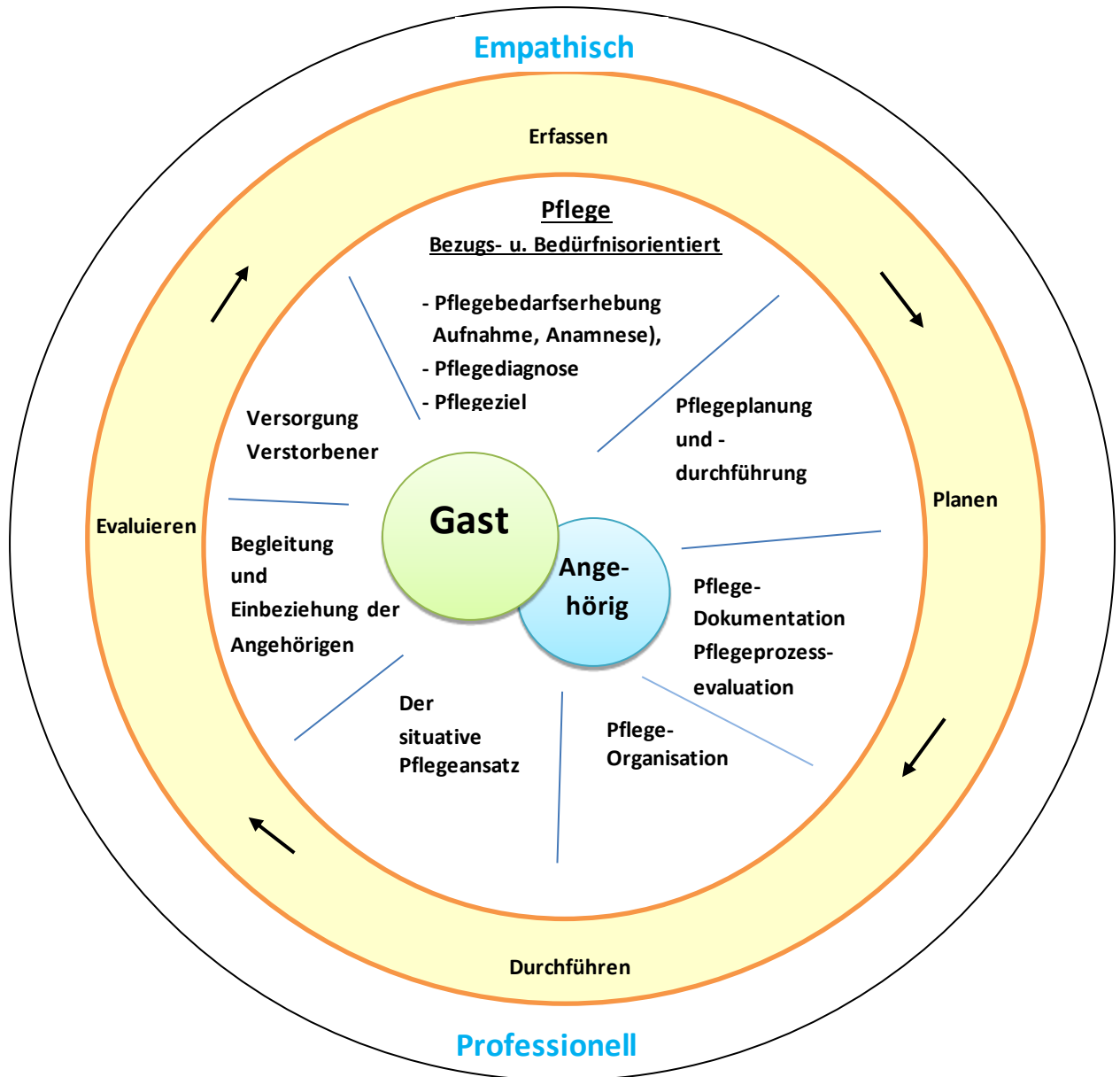


Abb.: Schaubild Schaubild angelehnt an Krohwinkel