Fachgespräch-Masterkit Generalistik

27 praxisnahe Prüferfragen mit Musterantworten und Prüfungsreflexionen

Vorbereitung auf das mündliche Fachgespräch in der generalistischen Pflegeausbildung

Inhaltsverzeichnis

Frage 01: Schmerzassessment postoperativ 1
Frage 02: Akute Hypoglykämie im Spätdienst 2
Frage 03: Verdacht auf Schlaganfall 3
Frage 04: Thromboseprophylaxe und Virchow-Trias 4
Frage 05: Kompartmentsyndrom nach Gipsanlage 5
Frage 06: Postoperative Beobachtung 6
Frage 07: Pneumonieprophylaxe 7
Frage 08: Transfusionsreaktion 8
Frage 09: Delir und Demenz 9
Frage 10: Basisreanimation 10
Frage 11: Dekubitus und Druckverletzungen 11
Frage 12: Sturzprophylaxe 12
Frage 13: Validierende Kommunikation bei Demenz 13
Frage 14: Kontrakturenprophylaxe 14
Frage 15: Deeskalation bei herausforderndem Verhalten bei Demenz 15
Frage 16: Diabetisches Fußsyndrom 16
Frage 17: SBAR-Übergabe bei akuter Herzinsuffizienz 17
Frage 18: Unterstützung pflegender Angehöriger nach SGB XI 18
Frage 19: Medikamentenadhärenz in der ambulanten Pflege 20
Frage 20: MRSA-Hygiene im häuslichen Umfeld 21
Frage 21: Fünf Momente der Händehygiene 22
Frage 22: Strukturierte Fehlerreflexion 23
Frage 23: 6-R-Regel der Medikamentenverabreichung 25
Frage 24: Delegation und rechtliche Verantwortung 27
Frage 25: Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) 29
Frage 26: Psychobiografisches Pflegemodell nach Erwin Böhm 31
Frage 27: Realitätsorientierungstraining (ROT) 33

Frage 02: Akute Hypoglykämie im Spätdienst

Prüferfrage: Ein insulinpflichtiger Patient zittert, schwitzt stark und wirkt unruhig. Wie handeln Sie bei Verdacht auf eine akute Hypoglykämie?

Musterantwort

Ich sichere den Patienten vor einem Sturz, bleibe bei ihm und beurteile sofort Bewusstsein, Atmung und Schluckfähigkeit. Wenn ohne Verzögerung möglich, messe ich den Blutzucker. Bei typischen Symptomen darf die Behandlung einer vermuteten Hypoglykämie durch die Messung nicht unnötig verzögert werden.

Ist der Patient wach, kooperativ und kann sicher schlucken, gebe ich rasch wirksame Kohlenhydrate, üblicherweise etwa 15 bis 20 g Glukose entsprechend dem individuellen Behandlungsschema. Nach etwa 15 Minuten kontrolliere ich erneut den Blutzucker und die Symptome. Bei fortbestehender Hypoglykämie wiederhole ich die Behandlung gemäß Standard. Je nach Ursache, weiterer Mahlzeit und Therapie kann anschließend eine länger wirksame Kohlenhydratzufuhr sinnvoll sein.

Bei Bewusstseinsstörung, Krampfanfall oder fehlender sicherer Schluckfähigkeit gebe ich nichts oral. Ich alarmiere unverzüglich den Rettungsdienst beziehungsweise das innerbetriebliche Notfallteam, überprüfe Atmung und Kreislauf und leite erforderliche lebensrettende Maßnahmen ein. Bei normaler Atmung und Bewusstlosigkeit erfolgt die geeignete Lagerung zum Schutz der Atemwege. Glukagon kann durch entsprechend geschulte Personen nach verfügbarer Anordnung beziehungsweise Notfallregelung verabreicht werden; eine intravenöse Glukosegabe erfolgt nur im jeweiligen Kompetenz- und Anordnungsrahmen.

Nach Stabilisierung überwache ich den Verlauf, dokumentiere Symptome, Blutzuckerwerte, Maßnahmen und Wirkung, informiere die zuständige ärztliche Stelle und prüfe mögliche Ursachen wie Insulingabe, ausgelassene Mahlzeiten oder körperliche Belastung.

Ergänzung für das Fachgespräch: Nach der Akutbehandlung achte ich auf erneute Unterzuckerungen, insbesondere bei länger wirksamen Insulinen oder blutzuckersenkenden Arzneimitteln. Nach schwerer Hypoglykämie sind ärztliche Abklärung und Überprüfung des Behandlungsplans erforderlich.

Prüfungsreflexion

Entscheidend ist die Unterscheidung zwischen sicher schluckfähigem und bewusstseinsgestörtem Patienten. Niemals Getränke oder Nahrung bei fehlender sicherer Schluckfähigkeit geben. Ein einzelner fester Grenzwert darf das klinische Handeln nicht ersetzen; häufig wird ein Blutzucker unter 70 mg/dl (3,9 mmol/l) als Warnschwelle verwendet.

Frage 13: Validierende Kommunikation bei Demenz

Prüferfrage: Eine Bewohnerin mit Demenz sagt wiederholt: „Ich muss nach Hause zu meiner Mutter.“ Wie reagieren Sie mit validierender Kommunikation, und wie unterscheidet sich diese von der Validation nach Naomi Feil?

Musterantwort

Ich nehme die subjektiv erlebte Situation und die Gefühle der Bewohnerin ernst. Ich spreche ruhig, auf Augenhöhe und ohne belehrende Korrektur. Zunächst beobachte ich, ob sie ängstlich, traurig oder suchend wirkt, und frage behutsam nach dem dahinterliegenden Bedürfnis.

Beispielsweise könnte ich sagen: „Sie vermissen Ihre Mutter. Was war bei ihr besonders schön?“ Ich lasse Zeit zum Antworten, höre aufmerksam zu und greife die Gefühle auf. Wenn die Bewohnerin die Frage als belastend erlebt, wechsle ich zu einem beruhigenden, individuell passenden Kontaktangebot.

Ich behaupte nicht wahrheitswidrig, die Mutter komme gleich. Ebenso vermeide ich die konfrontative Aussage „Ihre Mutter ist doch längst tot“, wenn dies die Bewohnerin ohne erkennbaren Nutzen erneut erschrecken würde.

Fachliche Unterscheidung

Validierende Kommunikation ist ein allgemeiner personzentrierter Umgang: Gefühle anerkennen, aktiv zuhören, Sicherheit vermitteln und die individuelle Lebensgeschichte berücksichtigen. Die Validation nach Naomi Feil ist dagegen eine spezifische Methode mit eigenen theoretischen Annahmen, Phasen und Kommunikationstechniken. Nicht jedes empathische Gespräch ist automatisch eine Anwendung der Feil-Validation.

Praxisbeispiel und Prüfungsreflexion

Die Bewohnerin fragt nach ihrer Mutter, weil sie sich möglicherweise nach Schutz oder Geborgenheit sehnt. Das ist eine mögliche Deutung, keine gesicherte Diagnose. Ich prüfe ihre Reaktion und passe mein Vorgehen an. Gleichzeitig kläre ich bei plötzlich neuer Verwirrtheit mögliche akute Ursachen, etwa ein Delir, ab. Biografische Informationen können bei der Deutung helfen, ersetzen aber nicht das Nachfragen und die Beobachtung der aktuellen Bedürfnisse. Neben einem Delir beachte ich körperliche Auslöser wie Schmerzen, Hunger oder Harndrang.

Merksatz: Nicht über die faktische Richtigkeit einer Erinnerung streiten, sondern Gefühle und Bedürfnisse wahrnehmen. Würde, Selbstbestimmung und Sicherheit bleiben maßgeblich.

Frage 17: SBAR-Übergabe bei akuter Herzinsuffizienz

Prüferfrage: Bei einem Hausbesuch hat ein Patient mit bekannter Herzinsuffizienz plötzlich starke Atemnot in Ruhe und eine Sauerstoffsättigung von 88 %. Wie handeln Sie und wie übergeben Sie die Situation nach SBAR?

Musterantwort

Die Situation ist ein medizinischer Notfall. Ich bleibe beim Patienten, alarmiere sofort über 112 den Rettungsdienst und lasse einen geplanten Hausarztbesuch nicht an die Stelle der Notfallversorgung treten. Die SBAR-Übergabe unterstützt die Kommunikation, darf die Alarmierung aber nicht verzögern.

Sofortmaßnahmen

Ich beurteile Bewusstsein und Atmung, unterstütze eine atemerleichternde, in der Regel aufrechte Position und vermeide körperliche Belastung. Ich kontrolliere Vitalzeichen und beobachte Hautfarbe, Atemarbeit, Bewusstseinslage sowie den Verlauf. Sauerstoff und verordnete Notfallmedikation werden nur im Rahmen geltender Anordnungen, Kompetenzen und Standards angewendet. Bei fehlender normaler Atmung beginne ich nach Notruf die Reanimation.

SBAR als strukturierte Übergabe

S (Situation): „Hier spricht die Pflegefachkraft des ambulanten Dienstes. Ich bin bei einem Patienten mit akuter schwerer Atemnot in Ruhe. Die SpO_2 beträgt 88 %. Ich benötige dringend einen Rettungswagen.“

B (Background/Hintergrund): „Es besteht eine bekannte Herzinsuffizienz. Ich nenne die verfügbaren Angaben zu Vorerkrankungen, Medikamenten, Allergien und den Beginn der Beschwerden.“

A (Assessment/Einschätzung): „Der Patient zeigt eine ausgeprägte Atemnot. Ich übermittle Atemfrequenz, Puls, Blutdruck, Bewusstseinszustand, Hautzeichen und weitere tatsächlich erhobene Werte. Verdacht auf akute kardiorespiratorische Dekompensation, Ursache noch ungeklärt.“

R (Recommendation/Empfehlung): „Ich benötige sofortige notfallmedizinische Versorgung. Ich bleibe vor Ort, überwache den Patienten und bereite Medikamentenplan sowie relevante Unterlagen für die Übergabe vor.“

Praxisbeispiel und Prüfungsreflexion

Der Patient kann nur einzelne Wörter sprechen und sitzt vornübergebeugt. Ich alarmiere 112, unterstütze die atemerleichternde Haltung und beobachte die Atmung fortlaufend. Ich erfinde keine Messwerte und stelle keine gesicherte Diagnose. Die Übergabe erfolgt knapp, sachlich und mit klarer Dringlichkeit.

Ergänzung zur differenzierten Einschätzung

Akute Atemnot bei bekannter Herzinsuffizienz kann auf ein Lungenödem hinweisen, aber auch andere lebensbedrohliche Ursachen haben. Ich benenne den Verdacht, ohne eine Diagnose vorzutäuschen. Bei schaumigem Auswurf, Zyanose oder Bewusstseinsveränderung teile ich diese Beobachtungen sofort der Leitstelle mit.