

PFLEGE ZEITSCHRIFT

69. Jahrgang •• Februar 2016

2 | 2016

Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege



www.kohlhammer-pflege.de

Das Bett ^x

Der letzte Lebensort

Über die Bedeutung des Bettes bei Palliativpatienten

IT-Klinikbetten

Das ungenutzte Potenzial der Klinikbetten im digitalen Zeitalter

Gewalt in Pflegebeziehungen

Ein systematischer Blick auf ein Tabuthema

Kohlhammer

»Call for Abstracts«



Verfassen Sie einen Beitrag für die Pflegezeitschrift!

**PFLEGE
ZEITSCHRIFT**

Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege

Wir laden Sie ein, zu einem der unten stehenden Themen einen Beitrag zu verfassen. Möchten Sie über ein spannendes Projekt berichten, eine interessante Studie vorstellen oder einen lesenswerten Erfahrungsbericht schreiben?

Dann reichen Sie uns Ihre Beiträge bis zum **14. März 2016** ein.

- **Kommunikation in der Pflege**
- **Emotionen in der Pflege**
- **Ambulante Pflege**

Weitere Informationen:

Die Beiträge sollten zwischen 15.000 bis 20.000 Zeichen (inklusive Leerzeichen) umfassen. Die Manuskriptrichtlinien und Hinweise zum Zitieren finden Sie unter www.pflegezeitschrift.de unter dem Menüpunkt „Autoreninformationen“.

Wenn Sie Fragen haben, dürfen Sie sich gerne an uns wenden:

W. Kohlhammer GmbH · 70549 Stuttgart
Tel. 0711 / 7863 - 7328 · pflegezeitschrift@kohlhammer.de

Kohlhammer

Mehr als nur eine Schlafstätte

ALEXANDER ROSE

Ob Sie die Kinderserie „Hallo Spencer“ kennen, die in den 1980er Jahren freitagabends im Fernsehen lief, dürfte von Ihrem Alter abhängen und eventuell davon, ob Sie Kinder haben. Diese Puppenserie hatte zum Ziel, den jungen Zuschauern auf unterhaltsame und lustige Weise verschiedene Themen nahezubringen. Mal ging es ums Aufräumen, mal um Gerüchte und ihre Auswirkungen und einmal ging es um das Bett. Lexi, der Geisteswissenschaftler des Puppendorfes, in dem die Serie spielte, gab einen kurzen Überblick über die Entwicklung von Betten – von Erdmulden über ausgehöhlte Baumstämme bis hin zu den auch heute noch verwendeten Betten. Es wurde sogar ein Bett gezeigt, das den Nutzer mit Musik oder sanften Bewegungen in den Schlaf spielt bzw. wiegt.

Die Ausgabe der *Pflegezeitschrift*, die Sie in den Händen halten, wirft nun auch einen gründlichen Blick auf das Thema „Bett“. Dazu haben unsere Autoren verschiedene Blickwinkel zusammengetragen und praxisrelevante Artikel verfasst, die von Technik berichten, von den Möglichkeiten moderner Pflegebetten, aber auch davon, was es bedeutet, viel oder ausschließlich im Bett zu liegen, so weit man sich in diese Situation überhaupt hineindenken kann ...

Nadine Lexa wagt den Versuch, das Bett als letzten Lebensort zu beschreiben. Gerade für Palliativpatienten ist das Bett mehr als nur eine Schlafstätte. Oft sind sie zu geschwächt, um noch aufzustehen, das Bett wird quasi zum „Wohnort“, zum einzigen privaten Raum. Das heißt, ein privater Raum ist das Bett nur, wenn Pflegende und Ärzte dies auch zulassen. Sich etwa unaufgefordert auf ein Patientenbett zu setzen, mag freundlich gemeint sein, kann aber als aufdringlich oder gar als Übergriff empfunden werden. Frau Lexas Beitrag finden Sie ab Seite 76.

Das bereits erwähnte Personal, das sich dem Bett nähert, beispielsweise im Rahmen einer Visite, er-

innert gelegentlich an eine Prozession – stellt Jürgen Hollick gegen Ende seines Beitrags nicht ohne Augenzwinkern fest. Zuvor jedoch wirft er einen kulturhistorischen Blick auf das Pflegebett und beleuchtet die Wechselwirkungen zwischen Technisierung von Gesellschaft und Medizin und der Entwicklung des Bettes. Für Hollick ist klar: Die Kultur der Krankenbehandlung korreliert mit der Kultur des Bettes. Lesen Sie den Beitrag ab Seite 80.

Es geht in dieser Ausgabe aber natürlich nicht nur um Betten und Technik. In der Rubrik „Aktuelles“ nimmt DBVA-Vorstand Ursula Kriesten die generalistische Ausbildung ins Visier. Sie warnt davor, dass ihr ein ganzer Berufsstand widersinnigerweise zum Opfer fällt. Ab Seite 72 erklärt Kriesten im Gespräch mit der *Pflegezeitschrift*, warum die Generalistik aus ihrer Sicht ein Irrweg ist und welchen Schaden sie anrichten wird.

Dank Jörg Rövekamp und Heike Sommer findet sich in dieser Ausgabe auch ein Artikel, der das Tabuthema „Gewalt in Pflegebeziehungen“ aufgreift. Gewalterfahrungen dürften die meisten in der Pflege Tätigen im Beruf schon gemacht haben – schließlich muss sich Gewalt nicht ausschließlich körperlich zeigen. Welche Arten von Gewalt es gibt und wie man an dem schwierigen Beziehungsklima zwischen Patient und Pflegekraft erfolgreich etwas verändern kann, erklären die Autoren ab Seite 96. Oft sind es frustrierende Elemente in der Pflegebeziehung, die die Situation eskalieren lassen.

Die Redaktion wünscht Ihnen viel Lesespaß!



Alexander Rose

Telegramm

Heidelberg (dpa/lsw) – Der Leiter des Sozialdienstes am Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) Heidelberg, Jürgen Walther, hat den Umgang von Krankenkassen mit erwerbstätigen Krebspatienten scharf kritisiert. Betroffene würden teils wenige Monate nach der Diagnosestellung in die Erwerbsminderungsrente gedrängt, sagte er am Donnerstag in Heidelberg. Ihr Armutsrisiko steige dadurch erheblich. Jährlich gingen rund 20 000 Krebspatienten in Erwerbsminderungsrente. Dies passiere teilweise, ohne dass die Menschen das wollten, sagte Walther, der auch stellvertretender Sprecher der Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft ist. Die Kassen forderten die Betroffenen auf, einen Reha-Antrag zu stellen. Die wenigsten wüssten, dass dieser Antrag jederzeit in einen Rentenantrag umgewandelt werden könne, wenn der Patient voraussichtlich länger als ein halbes Jahr erwerbsgemindert sei. Dies sei jedoch bei der Mehrheit der Tumorkranken der Fall. Für die Betroffenen sei es ein Desaster, wenn eine Kasse so vorgehe, warnte Walther. Zur Belastung durch die schwere Krankheit kämen dann noch enorme finanzielle Sorgen hinzu. Zudem werde der Rückweg in die Erwerbstätigkeit erschwert. Generell sei Krebs ein Armutsrisiko. Während die Einnahmen der Patienten schrittweise sinken würden, stiegen die Ausgaben teils erheblich – unter anderem durch Anfahrtskosten zu Behandlungen, Zuzahlungen zu Medikamenten, Pflegekosten und Betreuungskosten für Kinder.

VORSCHAU 3/2016

Schwerpunkt:
Alter und Demenz

Herausforderes Verhalten
Praxisorientierte Unterstützung für das Pflegepersonal

Leben im Quartier
Miteinander leben im Wohnbezirk

Auf die Ernährung kommt es an
Prävention und Behandlung von Demenz

PFLEGE ZEITSCHRIFT

Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege

Redaktion

Christian Heinemeyer, M.A.
Chefredakteur (chh)
Tel.: 07 11/78 63-73 28
christian.heinemeyer@kohlhammer.de

Alexander Rose, M.A.
Redakteur (aro)
Tel.: 07 11/78 63-72 38
alexander.rose@kohlhammer.de

Unter Mitarbeit von

Presseagentur Gesundheit (pag), Berlin
Deutsche Presse-Agentur GmbH (dpa), Hamburg

Wissenschaftliches Editorial Board

Katrin Balzer, Lübeck
Almuth Berg, Halle/Wittenberg
Marcellus Bonato, Münster
Christa Flerchinger, Frankfurt am Main
Steffen Fleischer, Halle/Wittenberg
Thomas Fischer, Dresden
Johannes Gräske, Bremen
Elisabeth Holoch, Stuttgart
Sascha Köpke, Lübeck
Christa Lohrmann, Graz
Rüdiger Ostermann, Münster
Bernd Reuschenbach, München
Friederike Störkel, Münster
Antje Tannen, Berlin

Media-Service

Anzeigenleitung: Stefan Steinacker
Anzeigenverkaufsberatung: Peter Weiß
Tel.: 07 11/78 63-72 58
Fax: 07 11/78 63-83 93
peter.weiss@kohlhammer.de

Vertrieb und Abo-Service

Marcus Jendretzke
Tel.: 07 11/78 63-72 77
Fax: 07 11/78 63-84 30
marcus.jendretzke@kohlhammer.de

Erscheinungsweise

Die Pflegezeitschrift erscheint monatlich, jeweils bis zum 5. eines Monats.

Jährlicher Bezugspreis: 58,70 Euro/78,90 sFr zzgl. 8,40 Euro Versandkosten, Vorzugspreis für Schüler der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege, der Altenpflege und der Krankenpflegehilfe sowie für Studierende (gegen Bescheinigung): 31,90 Euro/42,90 sFr zzgl. 7,90 Euro Versandkosten, Probeabo: 18,65 Euro (inklusive Versand)/26,90 sFr.

Einzelpreis: 10,90 Euro/16,50 sFr zzgl. Versandkosten

Bestellungen: Verlag W. Kohlhammer, 70549 Stuttgart, und beim Buchhandel

Abbestellungen: 6 Wochen vor Kalenderjahresende

Anzeigen: Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 46 vom 1. Januar 2016.

Copyright

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Übersetzung und jeglicher Wiedergabe auch von Teilen dieser Zeitschrift durch Nachdruck, Fotokopie, Mikrofilm, Einspeicherung in EDV-Systeme, Funk- oder Fernsehaufzeichnung vor. Der Verlag kann den Beitrag auch online Dritten zugänglich machen (Online-Recht) und auf Datenträgern, z.B. CD-ROMs, verwerten (Offline-Recht). Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der W. Kohlhammer GmbH unzulässig und strafbar. Der Verlag erlaubt allgemein das Fotokopieren zu innerbetrieblichen Zwecken, sofern dafür eine Gebühr an die VG Wort, Abt. Wissenschaft, Goethestraße 49, 80336 München, entrichtet wird, von der die Zahlungsweise zu erfragen ist.

Manuskripte

Zur Veröffentlichung eingereichte Manuskripte dürfen vorher oder gleichzeitig nicht anderweitig zum Abdruck angeboten werden. Eine Entscheidung über eine Veröffentlichung erfolgt erst nach eingehender Prüfung des Manuskriptes. Dies gilt sowohl für unverlangt eingesandte als auch für angeforderte Beiträge. Wissenschaftliche Beiträge werden einem Peer-Review-Verfahren unterzogen. Die Kürzung und redaktionelle Bearbeitung bleibt vorbehalten. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Bilder wird keine Haftung übernommen. Die Prüfung, ob Urheberrechte Dritter berührt werden, sowie die Einholung des Abdruckrechtes für zugesandte Fotos oder Abbildungen obliegen dem Absender. Die detaillierten Manuskriptrichtlinien können unter www.pflegezeitschrift.de abgerufen oder telefonisch angefordert werden.

Wichtiger Hinweis

Mit Namen gekennzeichnete Artikel geben die Meinung des Verfassers wieder, die nicht mit der der Redaktion identisch sein muss. Wie andere Berufe auch, ist die Pflege ständigen Entwicklungen unterworfen. Sofern in dieser Zeitschrift Angaben zu Anwendungsgebieten, Applikationsformen, Dosierungen oder Abrechnungsmodi gemacht werden, dürfen die Leser zwar darauf vertrauen, dass große Sorgfalt darauf verwandt wurde, dass diese dem Wissensstand bei Fertigstellung der Ausgabe entsprechen, jedoch kann vom Verlag keine Gewähr für diese Angaben übernommen werden. Die Wiedergabe von Gebrauchs- und Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass diese im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten sind.

Verlag und Gesamtherstellung

W. Kohlhammer GmbH, 70549 Stuttgart
Tel.: 07 11/78 63-0
www.pflegezeitschrift.de
www.kohlhammer.de
pflegezeitschrift@kohlhammer.de

Die Zeitschrift ist der „Informationsgemeinschaft zur Verbreitung von Werbeträgern“ angeschlossen.



AKTUELLES

- 72 **Die Altenpflege ist auf dem Weg in die rückständige Vergangenheit**
DBVA-Vorstand Ursula Kriesten nimmt die generalistische Ausbildung ins Visier. Ein ganzer Berufsstand falle ihr widersinnigerweise zum Opfer.
URSULA KRIESTEN

PRO & CONTRA

- 74 **Instrument der Qualitätssicherung**
Die Frage ist, warum andere gegen die Pflegekammer sind
MARITA MAURITZ

- 75 **Lahme Ente Pflegekammern**
Der Präsident des Arbeitgeberverbandes Pflege AGV hält dagegen
THOMAS GREINER

PFLEGEPRAXIS

- 76 **Der letzte Lebensort**
Insbesondere für Palliativpatienten ist das Bett ein Ort von großer Bedeutung. Unsere Autorin beschreibt den Lebensort „Bett“
NADINE LEXA
- 80 **Arbeitserleichterung durch Technik**
Die Geschichte des Bettes ist eng verwoben mit der Technisierung von Gesellschaft und Medizin. Aber auch die Religion spielt eine Rolle ...
JÜRGEN HOLLICK
- 84 **Fluch oder Segen?**
Das ungenutzte Potenzial der Klinikbetten im digitalen Zeitalter
MICHAELA SCHULZ
- 88 **Technik für die zeitgenössische Dekubitusprophylaxe**
Der Mobility Monitor misst die Mobilität bei bettlägerigen Patienten und weist Pflegefachkräfte auf ein Dekubitusrisiko hin
PHILIPP ZIMMERMANN
- 92 **Wenn das Bett zur Gefahr wird**
Über die Bedeutung des Bettes im Alter
SYLKE WERNER
- 96 **Gewalt zwischen Pflegenden und Patienten**
Ein systematischer Blick auf ein Tabuthema
JÖRG RÖVEKAMP & HEIKE SOMMER
- 104 **Vierzig Jahre in der Krankenpflege**
Die Veränderungen des Pflegeberufs im Laufe der Jahrzehnte
GERHARD MÜNCH

PFLGEWISSENSCHAFT

- 103 **Vorstellungen von Auszubildenden**
Akademische und nicht-akademische Qualifikation in der Pflege
SANDRA STRUBE-LAHMANN, ANTJE STRAUSS, GABRIELA SCHMITZ, THEO DASSEN & JAN KÖTTNER
- 103 **Advance Care Planning (ACP) in der Palliativversorgung**
Die Entwicklung und Bewertung eines Gesprächsleitfadens als Instrument für ACP anhand einer Delphi-Studie
SUSANNE HALLER & MARTIN W. SCHNELL

RECHT

- 110 **Der Personalschlüssel ist nicht geregelt**
Überbelegung und Personalmangel in der Pflege: Wie sollen sich Personalverantwortliche und Pflegendes verhalten?
MARTINA WEBER

GESCHICHTE

- 113 **Roßhaarmatratzen, Leinentücher und Wolldecken**
Zur Geschichte des Krankenbetts
MATHILDE HACKMANN

CAMPUS

- 117 **Pflegeinterventionen klassifizieren**
Nursing Interventions Classification
SÖREN HAMMERMÜLLER



Foto: anavat_s/Fotolia

76 Der letzte Lebensort

Patienten, die palliativ gepflegt werden, sind in den meisten Fällen bettlägerig. Sie befinden sich in ihrer letzten Lebensphase, sind sehr geschwächt und haben ein hohes Ruhebedürfnis. Das Bett dient ihnen als letzter Rückzugsort und ist in den meisten Fällen ...



Foto: Stiegelmeyer

84 Fluch oder Segen?

Können Klinikbetten Kosten senken, Prozesse verschlanken, Patienten schneller genesen lassen und Arbeitsunfähigkeiten reduzieren? Mit anderen Worten: Welches Potenzial hat ein modernes Klinikbett? Michaela Schulz wirft einen Blick auf sogenannte IT-Klinikbetten ...



Foto: Sandor Kacso/Fotolia

96 Gewalt in Pflegebeziehungen

Jeder in der Pflege Tätige kam auf irgendeine Art und Weise schon einmal mit dem Thema Gewalt in Berührung. Oft wird das Problem verdrängt, obwohl es kein seltenes Phänomen in der pflegerischen Praxis darstellt. Um an dem schwierigen Beziehungsklima erfolgreich etwas verändern ...

- 65 Editorial
- 66 Impressum
- 68 Kurzberichte
- 124 ImPuls der Wissenschaft

- X** = Schwerpunktthema
- PR** = Peer-Review-Verfahren

Titelbild: upixa/Fotolia

Jahreswechsel: Neue Regelungen für 2016 Die Regelungen im Einzelnen

Berlin – Das neue Jahr bringt für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen einige Neuregelungen mit sich. Patienten erhalten das Recht auf Zweitmeinung, ein verbessertes Entlassmanagement nach einem Klinikaufenthalt und mehr Leistungen in der Pflege. Weniger erfreulich: Je nach Krankenkasse steigen auch die Beitragssätze.

Entlassmanagement: Entlassungen aus einem Krankenhaus verlaufen gerade bei schwereren Eingriffen nicht immer reibungslos. Der Patient muss sich häufig noch am Tag der Entlassung um eine neue Krankschreibung oder um Rezepte kümmern. Künftig wird die Entlassung patientenfreundlicher gestaltet werden, indem das Krankenhaus bei der Entlassung für bis zu sieben Tage Arzneimittel, häusliche Krankenpflege oder Heilmittel verschreiben kann und auch eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellen darf.

Pflege: Pflegende Angehörige erhalten einen eigenen Anspruch auf Pflegeberatung. Wer Leistungen bei der Pflegeversicherung beantragt, erhält zudem automatisch das Angebot für eine Pflegeberatung. Für Pflegebedürftige, die ihre Pflege zum Beispiel durch Angehörige oder Nachbarn sicherstellen, gibt es Leistungsverbesserungen, wenn die pflegende Person krank wird oder urlaubsbedingt ausfällt (Verhinderungs- bzw. Kurzzeitpflege). Patienten, die nach einem Krankenhausaufenthalt

oder einer ambulanten Behandlung vorübergehend weiter versorgt werden müssen, können eine Kurzzeitpflege als neue Leistung der Krankenkassen in Anspruch nehmen. Außerdem werden die Ansprüche auf häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe erweitert. Damit werden Versorgungslücken vor allem für solche Patienten geschlossen, die keinen Anspruch auf Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung haben.

Zweitmeinung: Das Recht auf unabhängige Zweitmeinung wird gestärkt. Patienten dürfen ab 2016 bei mengenanfälligen planbaren Eingriffen eine Zweitmeinung einholen.

Terminservicestellen: Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) sollen ab 23. Januar bei der Suche

nach einem Facharzttermin helfen. Sie sollen den Versicherten innerhalb einer Woche einen Facharzttermin in zumutbarer Entfernung vorschlagen. Die Wartezeit auf den Termin darf vier Wochen nicht überschreiten. Ein Anspruch auf einen bestimmten Arzt besteht nicht.

Prävention: Die Krankenkassen müssen ihre Präventionsmaßnahmen ausbauen. Insbesondere die Gesundheitsförderung in Settings wie Kitas, Schulen, Pflegeeinrichtungen und Betrieben wird gestärkt. Außerdem sind Untersuchungen von Gesundheitsrisiken, Früherkennung und eine Präventionsberatung künftig bereits ab dem 18. Lebensjahr möglich. Das Mindestalter von 35 Jahren für bestimmte Vorsorgeuntersuchungen entfällt. (pag)



Foto: PhotoSG/Fotolia

Gesundheitsforschung: Regierung soll sich besser abstimmen

Berlin – Die Bundestagsfraktionen CDU/CSU und SPD fordern die Bundesregierung auf, den schnellen Transfer von Forschungsergebnissen in die Gesundheitswirtschaft und -versorgung zu forcieren. Die Zusammenarbeit und Abstimmung bei der Gesundheitsforschung innerhalb der Regierung müsse sich verbessern, um ein bestmögliches Ergebnis für Patienten zu gewährleisten.

Angesichts der zunehmenden Komplexität im Innovationsprozess bedürfe es mehr gemeinsamer Anstrengungen und Abstimmungen von Seiten der Forschungs- und Gesundheitspolitik, aber auch der industriellen Gesund-

heitswirtschaft, um den Transfer von Innovationen in die Gesundheitsversorgung effektiver und effizienter zu gestalten, heißt es in einem Antrag der beiden Regierungsfractionen.

Sie fordern eine Innovationspolitik, die sich am Bedarf von Patienten sowie der im Gesundheitswesen Beschäftigten ausrichtet. Nutzen, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung seien ins Zentrum zu rücken. Die Kostenträger sollten frühzeitig die Möglichkeit zur Beteiligung an Innovationsprozessen erhalten, um den Mehrwert und die Praxistauglichkeit von Innovationen für die Versorgung zu beurteilen und zu maximieren.

In dem Antrag wird unter anderem konkret verlangt, geeignete Rahmenbedingungen für eine aktive Beteiligung von Interessengemeinschaften, Patientenverbänden sowie Kostenträgern im Innovationsprozess zu schaffen. Auch die Innovationsfinanzierung für kleine und mittlere Unternehmen sei weiter zu verbessern.

Der Antrag „Transfer von Forschungsergebnissen und Innovationen in die Gesundheitsversorgung beschleunigen“ (Bundestagsdrucksache 18/7044) ist im Internet nachzulesen: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/070/1807044.pdf> (pag)

Entlassmanagement: G-BA schließt Versorgungslücken Krankenhausentlassungen werden patientenfreundlicher

(Berlin – Krankenhäuser können bei der Entlassung ihren Patienten künftig für einen Zeitraum von in der Regel bis zu sieben Tagen Arzneimittel, häusliche Krankenpflege, Heilmittel, Hilfsmittel und Soziotherapie verordnen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat damit die Vorgaben aus dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz umgesetzt und die entsprechenden Richtlinien angepasst.

Derartige Verordnungen waren bislang niedergelassenen Vertragsärzten vorbehalten. „Bisher konnte es für die Patienten nach einer Entlassung aus dem Krankenhaus zu Versorgungslücken kommen“, erläutert der G-BA-Vorsitzende Prof. Josef Hecken. „Beispielsweise, wenn die Patienten aufgrund ihrer körperlichen Verfassung nicht in der Lage waren, ihren behandelnden Arzt aufzusuchen oder wenn die Praxis schlicht schon geschlossen war.“ Diese Lücken würden nun beseitigt, indem auch Krankenhäuser Leistungen wie Heilmittel, Hilfsmittel, Soziotherapie, häusliche Krankenpflege und Arzneimittel verordnen dürften. Dabei ginge es aber immer nur um eine notwendige Überbrückung bis zu weiteren Veranlassungen durch den behandelnden Arzt, betont Hecken.

Arzneimittel der Packungsgrößen N1 können nun für sieben Tage von den Klinikärzten verschrieben werden, allerdings hat der Patient das Rezept innerhalb von drei Werktagen einzulösen, sonst verfällt es. Verordnete Heilmittel wie Physiotherapie müssen innerhalb



Foto: Alexander Kathis/Fotolia

von sieben Tagen begonnen und können bis zu zwölf Tage fortgeführt werden. Hilfsmittel, wie Krankenbetten oder ähnliches, die nicht der individuellen Anfertigung bedürfen, können vom Krankenhaus auch dauerhaft veranlasst werden, um unnötigen Aufwand und Belastungen der Patienten durch eine Neuverordnung nach sieben Tagen zu vermeiden. Auch Krankschreibungen dürfen die Klinikärzte ausstellen, allerdings nur nach einer stationären Behandlung – ambulante Notfallbehandlungen bleiben von dieser Regelung ausgeschlossen. „Dies sind Flexibilisierungen im Sinne der Intention des Gesetzgebers, der nicht nur

Versorgungslücken schließen, sondern auch die Versorgung oft multimorbider Patienten an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung verbessern wollte“, unterstreicht Hecken.

Der Gesetzgeber hatte mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) die Möglichkeit geschaffen, dass Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements ambulante Leistungen verordnen und Arbeitsunfähigkeit feststellen dürfen (§ 39 Abs. 1a SGB V). Der G-BA wurde beauftragt, das Nähere in seinen Richtlinien zu regeln. (pag)

Niedersachsen bringt Umlage-Finanzierung auf den Weg

Hannover – Die Niedersächsische Landesregierung hat die Altenpflegeausgleichsverordnung beschlossen. Mit mehr Anreizen zur Ausbildung soll der Fachkräftemangel in der Altenpflege bekämpft werden.

Der Bedarf ist nach Aussagen der Landesregierung groß. Ohne entsprechende Gegenmaßnahmen könnten in der Altenpflege bereits im Jahr 2020 etwa 6.500 Fachkräfte im Land fehlen, heißt es. Mit dem neuen Ausgleichsverfahren werden ab Sommer 2017 alle Pflege-

einrichtungen und ambulanten Dienste an den Kosten der Ausbildung in der Altenpflege beteiligt – unabhängig davon, ob sie ausbilden oder nicht. Die Träger der rund 3.200 Einrichtungen müssen dafür in einen Ausbildungsfonds einzahlen. Die ausbildenden Einrichtungen und ambulanten Dienste in der Altenpflege erhalten die gezahlte Vergütung vollständig erstattet. Durch die Verpflichtung aller Dienste und Einrichtungen, für die Ausbildung zahlen zu müssen, werde ein deutlicher

Anreiz gesetzt, neue Ausbildungsplätze zu schaffen, betont Sozialministerin Cornelia Rundt.

Die Ausgleichsverordnung dient auch als Grundlage für die Finanzierung der vom Bund geplanten generalisierten Pflege-Ausbildung. Sie kann an mögliche detaillierte Vorgaben des Bundes angepasst werden. Niedersachsen will die Umlage 2017 auch dann einführen, wenn der Bund bis dahin keinen Finanzierungsfonds eingerichtet haben sollte. (pag)

Neues Faltblatt zur Mundgesundheit Pflegebedürftiger Hilfsangebote ermöglichen mehr Selbstständigkeit

Berlin – Ältere, pflegebedürftige Patienten und Menschen mit einer Behinderung sind oft nicht in der Lage, die notwendige regelmäßige Pflege der Zähne selbstständig durchzuführen. Ein Flyer informiert nun über Hilfsangebote.

Das neue Faltblatt „Vorsorge ist unser Anliegen – Zahnärztliche Betreuung zu Hause für Ältere, Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung“ informiert Betroffene, Angehörige und die Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste über die neuen zahnärztlichen Versorgungsangebote in den eigenen vier Wänden zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Leicht verständlich informiert der Flyer über die Möglichkeiten der sogenannten aufsuchenden zahnmedizinischen Betreuung zu Hause und die Leistungen der GKV, etwa bei einem Transport in eine Zahnarztpraxis im Falle aufwendigerer Behandlungen.

Zudem werden Kontaktmöglichkeiten genannt, unter denen weitere Informationen zum Thema abgerufen werden können. In den vergangenen Jahren hat sich die Versorgungssituation durch das Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes und der damit verbundenen Einführung zusätzlicher Leistungen für die aufsuchende Betreuung durch Zahnärzte verbessert. GKV-Versicherte können den Besuch eines Zahnarztes zu Hause dann in Anspruch nehmen, wenn sie nicht mehr selbst in der Lage sind, eine Praxis aufzusuchen. Der Zahnarzt kann in solchen Fällen zunächst eine umfassende Eingangsuntersuchung durchführen, Prothesen bei Bedarf anpassen, Zahnbeläge entfernen oder pflegende Angehörige und Pflegepersonal über die Handhabung von Zahnersatz informieren. Die Zahl der Besuche in der aufsuchenden Betreuung

ist 2013 verglichen mit dem Vorjahr um etwa 76.000 auf 726.000 angestiegen. Mehr als 70 Prozent davon entfielen auf zahnärztliche Besuche bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung.

Das Infoblatt wird von Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV), Bundeszahnärztekammer, Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege und Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste herausgegeben. Es kann kostenlos aus dem Internet geladen werden (www.kzbv.de, www.bzaek.de, www.bagfw.de, www.bpa.de). Pflegedienste erhalten mehr Informationen unter www.bagfw.de/veroeffentlichungen/publikationen oder bei der jeweiligen bpa-Landesgeschäftsstelle. Direkte, kostenlose Bestellungen sind für Pflegedienste auch online über eine Datenbank der KZBV möglich. (pag)

Heilmittelbericht: Pflegebedürftige profitieren besonders von Heilmitteltherapien

Berlin – Nahezu jeder Dritte über 60-jährige AOK-Versicherte hat 2014 Krankengymnastik, Ergo- oder Sprachtherapie erhalten. Das zeigt der Heilmittelbericht 2015 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO). Vor allem pflegebedürftige Menschen ab 60 Jahre bekommen die Leistungen.

„Sie erhalten drei Mal so viele Heilmitteltherapien wie Nicht-Pflegebedürftige“, sagt Helmut Schröder, stellvertretender Geschäftsführer des WiDO. Insbesondere jüngere Pflegebedürftige zwischen 60 und 64 Jahren profitierten davon. 2014 hat jeder von ihnen durchschnittlich mehr als 27 Heilmittelbehandlungen bekommen. „Das sind sechs Mal mehr als Nicht-Pflegebedürftige im gleichen Alter“, so Schröder. Die Zahlen zeigen auch: Physiotherapeutische Behandlungen bestimmen in allen Altersgruppen das Heilmittelgeschehen. Doch bei den jüngeren Pflegebedürftigen zwischen 60 und 64 Jahren wird ein Spitzenwert von 20,1 Behandlungen pro Versichertem erreicht. Nicht-Pflegebedürftige in dieser Altersgruppe liegen bei einem Pro-Kopf-Wert von 4,5 Behandlungen. Unterschiede gibt

es auch zwischen den Pflegebedürftigen: Während 37,2 Prozent der älteren Menschen ohne demenzbedingte Einschränkungen in der Pflegestufe 1 eine Physiotherapie erhalten, sind es bei den Demenzerkrankten in dieser Pflegestufe 22,3 Prozent. Das ist ein Drittel weniger. Das WiDO sieht einen Grund darin, dass die Vermittlung von Therapieinhalten bei dementen Menschen weniger gut gelingt. „Damit macht der Heilmittelbericht deutlich, dass ältere Menschen zielgruppengerecht entsprechend der vorliegenden Pflegebedürftigkeit oder Alltagskompetenz mit Heilmittelbehandlungen unterstützt werden“, so Schröder.

Für den Heilmittelbericht hat das WiDO über 37 Millionen Heilmittelrezepte analysiert, die 2014 für die rund 70 Millionen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ausgestellt wurden. Mit den Daten von über 24 Millionen AOK-Versicherten wurde der Heilmittelbedarf für ältere Menschen ab 60 Jahre genauer betrachtet. Die Kosten für die Heilmittelversorgung insgesamt belaufen sich 2014 auf 5,77 Milliarden Euro. (pag)

Mehr Kooperationen

Berlin – Die Zahl der Kooperationsverträge zwischen Zahnärzten und stationären Pflegeeinrichtungen nimmt weiter zu. Das ist ein Ergebnis des Jahrbuchs 2015 der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV). Demnach lag die Zahl der abgeschlossenen Kooperationsverträge am Jahresende 2014 bei 1.708. Nach KZBV-Angaben setzte sich die dynamische Entwicklung 2015 fort. „Die kontinuierlich steigende Zahl der Kooperationen ist ein großer Erfolg für die Zahnärzteschaft, da sie eine enorme Verbesserung für die zahnmedizinische Prävention und Therapie von Pflegebedürftigen und Menschen mit Handicap mit sich bringt“, sagt Dr. Wolfgang Eßer, Vorstandsvorsitzender der KZBV. Die Lebensqualität der Betroffenen werde dadurch wesentlich verbessert. Ziel müsse es sein, dass in naher Zukunft nach Möglichkeit jede stationäre Pflegeeinrichtung in Deutschland einen eigenen Kooperationszahnarzt habe. Auf Grundlage einer Rahmenvereinbarung zwischen KZBV und GKV-Spitzenverband können entsprechende Verträge zwischen Zahnärzten und Pflegeeinrichtungen seit dem 1. April 2014 geschlossen werden. (pag)

Fachliteratur für die Pflegepraxis



Michael Schilder

Geriatric Care

2015. 220 Seiten, 6 Abb., 14 Tab. Kart. € 26,99

ISBN 978-3-17-022693-7

Pflege fallorientiert lernen und lehren

auch als
EBOOK

Die Zunahme älterer Menschen in der Gesellschaft fordert neben einer adäquaten medizinischen Versorgung vor allem die pflegfachliche Unterstützung zur Bewältigung der meist chronischen Alterskrankheiten. In diesem Band werden geriatrische Patientenfälle in geriatrischen Behandlungssettings mit unterschiedlichen Komplexitätsgraden dargestellt. Dazu wird u. a. auf die klinische Pflege von Menschen mit Demenz, mit Schlaganfall und mit chronischer Herzinsuffizienz wie auch auf Sturz, Dekubitus und Schmerz eingegangen. Lernenden in Ausbildung und Studium sowie Lehrenden in der Pflege wird aktuelles, auf dem neuesten pflegewissenschaftlichen Erkenntnisstand basierendes Hintergrundmaterial für eine fallverstehende und zugleich evidenzbasierte Pflege in der Geriatrie dargeboten.

Prof. Dr. Michael Schilder ist Professor für Pflegewissenschaft an der Evangelischen Hochschule Darmstadt. Seine Lehrschwerpunkte sind neben der Klinischen Pflegewissenschaft, Pflegeprozess und Pflegediagnostik die kultursensible Pflege und die qualitative Pflegeforschung. Forschungsschwerpunkte bilden die Pflege von Menschen mit Demenz, Entlastung pflegender Angehöriger, die Gesundheitsförderung von Pflegenden und die Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund.



Annika Grote/Heike Thiele

Rehabilitation

2014. 212 Seiten, 8 Abb., 27 Tab. Kart. € 24,99

ISBN 978-3-17-022607-4

Pflege fallorientiert lernen und lehren

auch als
EBOOK

Das Buch vermittelt Lernenden und Lehrenden einen Einblick in die spezielle Pflege in der medizinischen Rehabilitation, macht sie mit Pflegekonzepten vertraut und zeigt die Unterschiede zur Akutpflege auf. Besonderes Augenmerk wird auf den Umgang mit schwerkranken und Menschen mit Behinderungen gerichtet sowie auf das sensible Zusammenwirken mit Angehörigen. Teilhabe und Partizipation nach dem Modell der ICF stehen dabei im Vordergrund, bestimmen das Rehabilitationsziel und personenzentrierte Handeln aller Beteiligten. Der erste Teil umfasst eine Erläuterung der Bedeutung der Pflege in der Rehabilitation, eine Übersicht über die Logistik des Versorgungssystems, über das ICF-Modell sowie berufs- bzw. leistungsrechtliche Rahmenbedingungen und Aufgabenfelder im rehabilitativen Setting. Der zweite Teil beinhaltet sechs Fallkonstruktionen aus der Praxis mit drei unterschiedlichen Schwierigkeitsgraden zu Themen wie z. B. Hüftfraktur nach Sturz, Querschnitt, Hirnstamminfarkt und Polytrauma. Sie dienen als Lernhilfe dazu, das erworbene Wissen anwenden zu können.

Annika Grote, Ergotherapeutin, Fachwirtin im Sozial- und Gesundheitswesen, lebt in Kiel, ist leitend im ambulanten Pflegedienst sowie freiberuflich in der Gesundheitsvernetzung tätig. **Heike Thiele**, Fachkrankenschwester für Rehabilitation (DKG), ist als Stationsleiterin in der Fachklinik Herzogenaurach sowie als Kursleiterin für die Fachweiterbildung Pflege in der Rehabilitation tätig.

Leseproben und weitere Informationen unter www.kohlhammer.de

W. Kohlhammer GmbH · 70549 Stuttgart
Tel. 0711 7863-7280 · Fax 0711 7863-8430 · vertrieb@kohlhammer.de

Kohlhammer

> DBVA-Vorstand Ursula Kriesten nimmt die generalistische Ausbildung ins Visier. Ein ganzer Berufsstand falle ihr widersinnigerweise zum Opfer.

„Die Altenpflege ist auf dem Weg in die rückständige Vergangenheit“

Der Deutsche Berufsverband für Altenpflege (DBVA) hält einsam die Fahne hoch im Widerstand gegen die generalistische Ausbildung, die in letzter Zeit immer mehr Gestalt annimmt. DBVA-Vorstand Ursula Kriesten erklärt im Gespräch mit der *Pflegezeitschrift*, warum die Generalistik ein Irrweg ist, und welchen Schaden sie anrichten wird.

Frau Kriesten, die generalistische Ausbildung schreitet mit eiligen Schritten voran: Inzwischen hat sich die Politik auf einen Referentenentwurf einigen können. Nichtsdestotrotz warnt ihr Berufsverband seit vielen Jahren vor eben jener Generalistik. Welche Gefahren sehen Sie?

Ursula Kriesten: Die Gefahren sind mannigfaltig. Zunächst einmal müssen wir festhalten, dass Strukturen zerstört werden; nämlich die Strukturen, die wir in den letzten Jahren aufgebaut haben, um die Altenpflege zu organisieren. Es gibt Altenpflegesschulen, es gibt Ausbildungskonzepte – zum Teil in einigen Bundesländern mit anderen Inhalten und Prozederes. Es hat sich eine Altenpflegepädagogik entwickelt. Das kam ja nicht von ungefähr. Sondern es wurden damals Bedarfe erkannt, die auch heute noch bestehen. All das soll nun über den Haufen geworfen werden. Und das zu einer Zeit, in der wir mehr ältere Menschen haben werden als noch zuvor und es schon allein deshalb sinnvoll wäre, ein eigenständiges Berufsbild aufrecht zu erhalten.

Vielleicht wird der klassische Altenpflegeberuf abgeschafft, aber die Altenhilfe nicht ...

Ursula Kriesten: Die generalistische Ausbildung bedeutet das Ende für den Altenpflegeberuf und das ist auch das Ende für die jetzige Form der Altenhilfe. Die Generalistik bedeutet einen tiefen Einschnitt. Die Altenpflegestrukturen sind gänzlich anders als die der Krankenpflege. Hier standen wir auch in einer guten Konkurrenz zueinander, die beide

Seiten angetrieben hat. Es hat sich in der Altenpflege ein spezifisches Fachwissen angesammelt, das der Versorgung sehr gut tut. Mit der Gleichmacherei fällt das alles weg. Es ist ja noch gar nicht so lange her, dass wir den Altenpflegeberuf gegründet haben. Das hatte damals ja seine Gründe. Diese Gründe sind nicht weggefallen, sondern im Gegenteil: Die Versorgung von alten Menschen ist eine der Herausforderungen unserer Gesellschaft in der Zukunft. Mit der jetzigen Generalistik zerstören wir Strukturen, die uns bei eben jener Herausforderung nützlich sein können. Wir fallen damit auf ein Niveau zurück, wie wir es in den 1920er Jahren hatten, als es auch keine Altenpflege gab.

Was haben die Politiker mit der generalistischen Ausbildung im Sinne?

Ursula Kriesten: Das bestehende System wird massiv geschwächt zugunsten der Hochschulausbildung. Schaden nehmen zunächst einmal alle drei Pflegeberufe. Ihnen werden ihre Fachexpertise und ihre Strukturen genommen. Die Schulen werden geschwächt, weil ihnen die Budgetverantwortung vorenthalten wird. Der derzeitige Referentenentwurf fördert Schulen, die die hochschulische Ausbildung in den Blick nehmen. Die klassische Ausbildung hingegen wird damit verdrängt. Die Schulen sol-

len keine Verantwortung mehr haben über die berufspraktische Ausbildung. Dadurch werden die Tore weit zu den Hochschulen geöffnet. Die Geldströme werden dahin umgeleitet. Das ist bedauerlich. Eine akademische Qualifizierung ist zwar auch wichtig, dafür darf die berufliche Qualifizierung aber nicht geschwächt werden.

Was befürchten Sie?

Ursula Kriesten: Ich kann mir vorstellen, dass das Gegenteil von dem erreicht wird, was wir eigentlich benötigen: Die Ausbildungsplätze werden sinken. Schulen werden zusammengelegt oder dicht gemacht. Dadurch werden Ausbildungsplätze wegfallen. Auch so mancher Ausbildungsbetrieb in der Altenhilfe – etwa die ambulanten Anbieter – wird sich fragen, ob er generalistische Auszubildende benötigt. Da werden viele schlicht nicht mehr ausbilden.

Ich schätze, dass zwischen 40.000 und 80.000 Ausbildungsplätze wegfallen werden. Das können wir uns bei dem demografischen Wandel nicht leisten. Besonders schade ist das, weil wir seit den letzten zehn Jahren beobachten, dass wir in der Altenpflege eine steigende Zahl an Bewerbern haben. Die werden sich nicht alle für die generalistische Ausbildung begeistern. Wir beobachten, dass es viele Altenpflegeschüler gibt, die sich speziell für die Altenpflege interessieren. Die wollen keine generalistische Ausbildung. Es steht zu befürchten, dass diese Auszubildenden gar nicht mehr in der Pflege landen, sondern sich einen ganz anderen Ausbildungsberuf suchen. Das wird die Personalnot verschärfen, anstatt sie zu lindern. Für die Altenpflegeeinrichtungen kommen also auf dem Jobmarkt ganz andere Konkurrenten auf



Ursula Kriesten

Foto: Kriesten

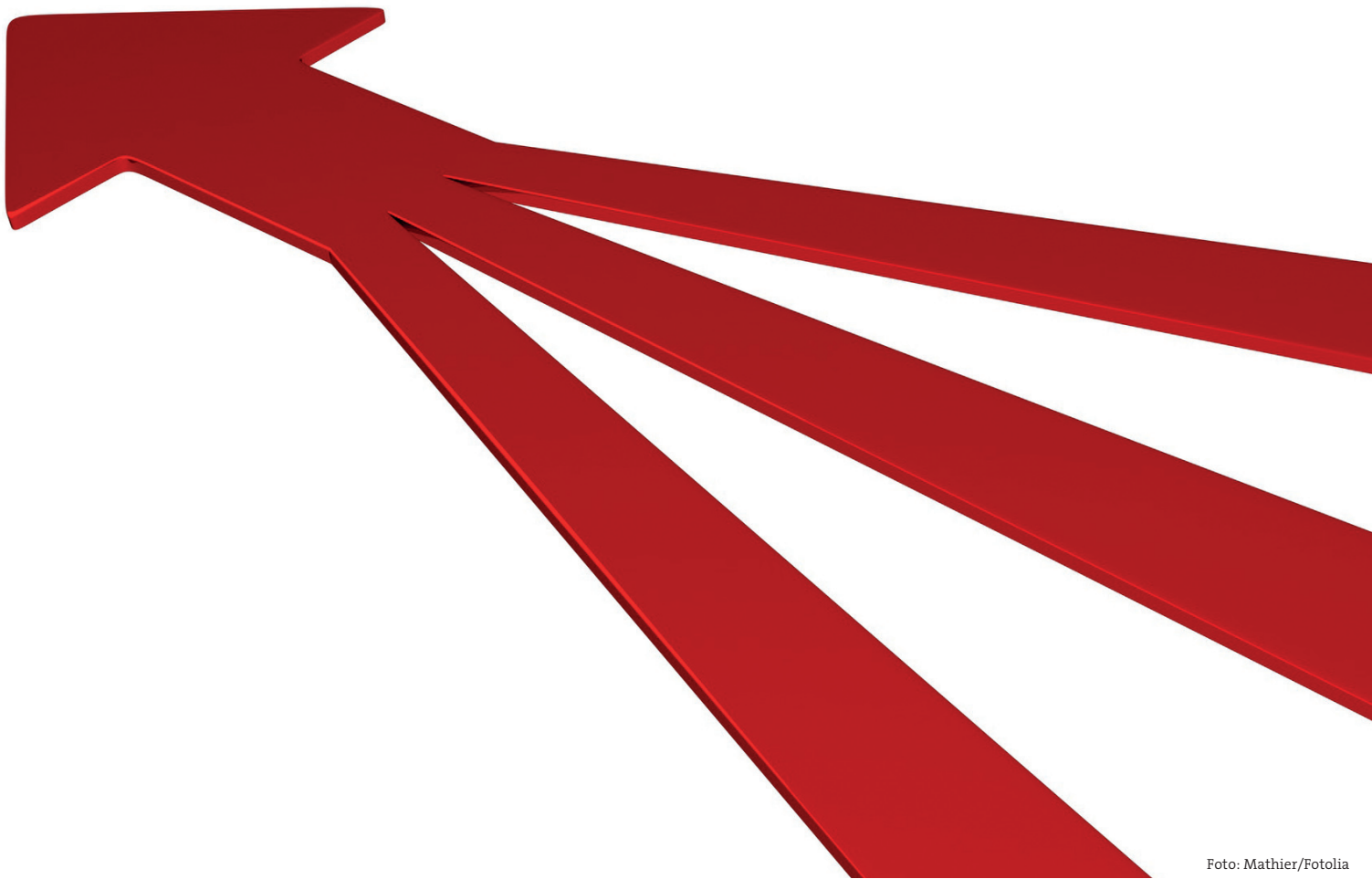


Foto: Mathier/Fotolia

Die drei Ausbildungsgänge sollen sich zu einer generalistischen Ausbildung vereinen. Das stößt nicht überall auf Gegenliebe und sorgt in der Pflegebranche für Diskussionsstoff.

den Plan, was die Personalnot in der Altenhilfe zusätzlich verschärfen wird.

In der generalistischen Ausbildung soll es aber auch die Möglichkeit geben, sich auf die Altenpflege zu spezialisieren.

Ursula Kriesten: Ja, aber das ist ein Rückschritt. Der eigentliche Beruf des Altenpflegers wird aufgelöst. Der Beruf hat ja schon vorher immer einen schwierigen Stand gehabt. Die generalistische Ausbildung diskriminiert ihn zusätzlich. Die Spezialisierungsmöglichkeiten sind zudem noch nicht ausformuliert. Ich erwarte da nichts Gutes. Es wird wohl so aussehen, dass die Spezialisierung in einem zusätzlichen Praktikum besteht. Das ist natürlich völlig unzureichend. Altenpfleger bildet man so nicht aus. Diesen Beruf wird es schlicht nicht mehr geben.

Wie ist die Stimmung in den Altenpflegeschulen?

Ursula Kriesten: Gedrückt – um es vorsichtig zu formulieren. Sehen Sie, es gibt Pflegepädagogen, die die heutige Altenpflege mitentwickelt haben und ihr ganzes Berufsleben erfolgreich für diesen Beruf eingetreten sind. Wenn der

jetzt abgeschafft werden wird, stößt das natürlich nicht überall auf Gegenliebe. Es wird Widerstände geben und einige Pflegepädagogen werden auch nicht bereit sein, diesen neuen Weg mitzugehen. Das ist ein schwieriges Thema ...

Wenn die generalistische Ausbildung einige Jahrzehnte etabliert ist, wie wird sich das auf die Ausbildungslandschaft ausgewirkt haben?

Ursula Kriesten: Die Krankenhäuser und die Hochschulen werden profitieren. Die Altenpflege wird auf Strukturen zurückgefahren, wie wir sie aus den 1960er Jahren kennen. Damit ist die Altenpflege auf dem Weg in die rückständige Vergangenheit. Es wird ganz viel mit Betreuungsassistenten gearbeitet werden. Die Anfänge dazu können wir jetzt schon beobachten. In der Altenpflege werden schlecht ausgebildete Menschen in meist prekären Jobs arbeiten. Das ist keine Antwort auf den demografischen Wandel und keine gute Entwicklung für typische Frauenberufe.

Der DBVA ficht einen einsamen Kampf gegen die generalistische Ausbildung ...

Ursula Kriesten: Ja, wir hätten uns von anderen Verbänden wesentlich mehr Un-

terstützung erhofft – insbesondere vom Deutschen Pflegerat. Diese Verbände vertuen gerade die Chance, gemeinsam auf den seit vielen Jahren sinnvoll etablierten Strukturen unserer Ausbildungen aufzubauen und sie weiterzuentwickeln. Beispielsweise könnte man ein Modul anbieten, das nach dem bisherigen System ausgebildeten Pflegern das generalistische Ausbildungsniveau bescheinigt. Damit könnte man den Anforderungen des EU-Rechts Genüge tun und würde gleichzeitig die Fachexpertise sicherstellen.

Wie bewerten Sie die meist aufgeschlossene Haltung anderer Verbände zu der generalistischen Ausbildung?

Ursula Kriesten: Einige Verbände vertreten die Interessen von Pflegenden, die in Krankenhäusern arbeiten, bzw. die Interessen von Krankenhausbetreibern. Die erhoffen sich einen Wettbewerbsvorteil durch die generalistische Ausbildung, den sie definitiv haben werden. Bei vielen anderen Verbänden habe ich den Eindruck, dass Sie zunehmend die Nachteile der Generalistik erkennen. Aber sie fürchten dieses Eingeständnis. Für sie wäre das ein Gesichtsverlust. << (chh)

> Die Frage ist, warum andere gegen die Pflegekammer sind

„Instrument der Qualitätssicherung“

MARITA MAURITZ

Die Errichtung von Pflegekammern wird von den meisten Pflegeberufsverbänden und den Pflegeräten mehrheitlich befürwortet. Darunter der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe. Stellvertretend für den DBfK erklärt Marita Mauritz vom Bundesvorstand, warum sie langfristig eine Verbesserung der Situation durch Pflegekammern sieht. Denn nur eine Kammer könnte langfristig am wirkungsvollsten definieren, was gute Pflege ist, lautet ihre Überzeugung. Im folgenden Statement erklärt sie unter anderem, warum auch Patientinnen und Patienten sowie Bewohnerinnen und Bewohner in Langzeiteinrichtungen davon profitieren würden.



Wir Pflegenden sind unentbehrlich. Pflege ist eine der wichtigsten sozialen Dienstleistungen, die diese Gesellschaft auf die Beine stellt. Die Fürsorge für Menschen, die auf Hilfe angewiesen sind, ist ein Maßstab für den von uns formulierten Anspruch auf Menschlichkeit. Wir begegnen diesem Anspruch und dessen Erfüllung in unterschiedlichen Lebenssituationen. Leider wissen wir, dass es angesichts der zukünftigen Herausforderungen immer schwieriger sein wird, diesem Anspruch gerecht zu werden. Das gilt umso mehr, wenn in der Pflege alles so bleibt, wie es ist.

Die Pflegeberufe wollen sich weiterentwickeln – also keinen Stillstand, während sich alles andere verändert. Niemand kann ernsthaft annehmen, dass wir ohne umfassende und mutige Veränderungen die Zukunft bewältigen können. Pflege wird attraktiver werden, Pflege wird internationaler und sie wird besser ausgebildet werden.

Um die Qualität der Versorgung zu gewährleisten, ist die Beteiligung der Berufsgruppe Pflege an allen Entscheidungen in diesem Versorgungsbereich sicherzustellen. Das gilt sowohl für die Pflege in Krankenhäusern, als auch in der ambulanten und stationären Lang-

zeitversorgung und in den Aus- und Weiterbildungseinrichtungen.

Die derzeit unerträgliche Arbeitsrealität der beruflich Pflegenden ist auch darauf zurückzuführen, dass die Berufsgruppe an den sie betreffenden Entscheidungen nicht beteiligt ist und war. Qualität der Pflege wird von Politik und Kostenträgern definiert und die Umsetzung dieses Anspruches unter oft mehr als erschwerten Bedingungen den Einrichtungen aufgebürdet. Das hat dazu geführt, dass Pflegenden heute deutlich unter ihren Möglichkeiten bleiben müssen und eher davon geleitet werden, was gerade noch zu vertreten ist. Die Definition von Qualität liegt in den Händen anderer – allein das Schicksal der PPR ist ein Beleg dafür.

Darum ist die Pflegekammer für uns vor allem ein Instrument der Qualitätssicherung. Die Pflege kann selbst am wirkungsvollsten definieren, was gute Pflege ist. Und ja, tatsächlich werden wir uns mit der Pflegekammer in der Qualitätsfrage von anderen Anspruchsgruppen unabhängig machen.

Und ja, mit der Pflegekammer wird die berufliche Pflege von der Fremdbestimmung befreit. Die Pflegekammer wird dazu beitragen, die Qualität der Versorgung zu verbessern, indem sie Standards formuliert, auf die sich beruflich Pflegenden beziehen können. Die Pflegekammer wird sich an entscheidender Stelle einmischen und als Anwalt der Pflege und der Leistungsempfänger auftreten. Davon profitieren



Foto: DBfK

vor allem Patientinnen und Patienten und Bewohnerinnen und Bewohner in Langzeitpflegeeinrichtungen. Pflegenden werden die Wertschätzung und Anerkennung erfahren, die sie seit Jahren ungehört einfordern. Das trägt zur Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufes bei.

Uns Pflegenden ist bewusst, dass mit der Errichtung der Pflegekammer der Pflegenotstand noch nicht beseitigt ist! Mit Blick auf die derzeitige Situation und die zukünftigen Herausforderungen ist es unverantwortlich, den Akteuren, die maßgeblich zur Entstehung des Pflegenotstandes beigetragen haben, das Feld alleine zu überlassen.

Die Frage ist für uns nicht, warum wir für die Pflegekammer sind – die Frage ist vielmehr, warum andere dagegen sind. <<

Autorenkontakt:

Marita Mauritz ist Mitglied des DBfK-Bundesvorstandes.

Kontakt: nordwest@dbfk.de

> Der Präsident des Arbeitgeberverbandes Pflege AGV hält dagegen „Lahme Ente Pflegekammern“

THOMAS GREINER

Gewerkschaften, Arbeitgeberverbände und manche Pflegeberufsverbände lehnen eine Pflegekammer ab, weil sie sich für alle Beteiligten keinen besonderen Nutzen versprechen. Pflichtmitgliedschaft sowie eine Beitragspflicht lehnen diese Interessenverbände ohnehin ab. Thomas Greiner vom Arbeitgeberverband Pflege (AGVP) ist einer der Gegner der Initiative „Pflegekammer“ und erläutert in seiner Stellungnahme, warum das Thema, das Krankenhäuser und Altenpflege seit Jahren beschäftigt, immer mehr zur lahmen Ente wird. Und warum den Initiatoren die Argumente ausgehen.

Contra

Dem Mangel an Fachkräften mit der bürokratischen Keule zu begegnen, ist noch nie ein wirksames Mittel gewesen. Das Thema Pflegekammern, das die Krankenhäuser und die Altenpflege nun seit Jahren beschäftigt, wird immer mehr zur lahmen Ente. Den Initiatoren gehen die ohnehin dünnen Argumente aus und es fehlt zunehmend an Schwung und Elan. Die Unterstützungszusagen der Landesregierungen, die anfangs so vollmundig klangen, werden mehr und mehr zur inhaltsleeren Phrase. Nachhaltige Unterstützung oder gar finanzielle Mittel sind in weite Ferne gerückt. Gut gemeint ist halt nicht unbedingt wirkungsvoll und gut gemacht. Der Vorschlag einer möglichen Errichtung von Pflegekammern fand ohnehin bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, wie auch den Arbeitgebern der Altenpflege, von Anfang an so gut wie keine Zustimmung. Ob in Rheinland-Pfalz, in Niedersachsen oder Schleswig-Holstein: Die Fachkräfte der ambulanten und stationären Altenpflege sprachen sich mehrheitlich gegen eine Zwangsmitgliedschaft und zu entrichtende Zwangsbeiträge aus. Auch die Teilnahme an den Umfragen fiel schwach und schwächer aus. Hamburg zog als erstes

Bundesland die Konsequenz aus den schlechten Umfragewerten. Das ungeliebte Thema Pflegekammer wurde dort zügig beerdigt. Auch Bayern entschied sich gegen eine Kammer.

Mag auch eine mögliche Verkammerung für die Beschäftigten der Krankenhäuser vorstellbar oder gar wünschenswert sein, trifft dies für Altenpflege nicht zu. Dort sind die Rahmenbedingungen durchweg andere. Aber was soll eine Kammer schlussendlich regeln? Und dies noch in Deutschland, einem Land, welches die Pflege mit Gesetzen, Verordnungen, Vorschriften und Prüfregularien ohnehin überzieht. Auf Bundesebene und vor allem den Ebenen der Länder.

Weder wäre eine Pflegekammer berechtigt und bevollmächtigt die Entgelte der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu verhandeln, noch tarifliche Rahmenbedingungen festzulegen. Auch als Prüfinstanz könnte sie nicht taugen. Lehrpläne der Ausbildung und Weiterbildungsmöglichkeiten sind hinlänglich geregelt, wie auch die Personalbemessung in den Einrichtungen gesetzlich vorgegeben ist.

Sie wäre Bürokratie der Bürokratie wegen und von der geplanten Personalausstattung her ein großer Wasserkopf. Ist sie einmal formal gegründet, bleibt sie bestehen und kostet Geld, ganz gleich ob sie wirkungsvoll ist oder nicht. Ein reines Versorgungswerk für viele Funktionäre der Pflegeverbände aber können wir nicht gebrauchen. Es



Foto: AGVP

ginge zu Lasten von hunderten tausenden Pflegekräften, die Monat für Monat via Zwangsbeitrag dafür zahlen müssten, ohne wirkungsvolle Leistungen zu erhalten.

Thomas Greiner ist Präsident des Arbeitgeberverbandes Pflege (AGVP). Der AGVP ist seit 2009 die politische, wirtschaftliche und tarifliche Interessenvertretung der namhaftesten und umsatzstärksten Unternehmensgruppen der deutschen Pflegewirtschaft. Er tritt für die Geschlossenheit der Branche ein und kooperiert mit den wesentlichen Vertretern der Sozialwirtschaft und branchennahen Unternehmen. Die Mitglieder des Arbeitgeberverbandes Pflege setzten sich gemeinschaftlich für eine zukunftsfähige Gestaltung der Altenpflege und für neue Wege bei der Gewinnung von Fach- und Führungskräften ein. Der gemeinsame Umsatz liegt bei rund zwei Milliarden Euro. Der Arbeitgeberverband Pflege ist berufenes Mitglied der Pflege-Mindestlohn-Kommission des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und Mitglied der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände. <<

Autorenkontakt:

Thomas Greiner ist Präsident des Arbeitgeberverbandes Pflege.

Kontakt:
kontakt@arbeitgeberverband-pflege.de

› Insbesondere für Palliativpatienten ist das Bett ein Ort von großer Bedeutung. Unsere Autorin beschreibt den Lebensort „Bett“.

Der letzte Lebensort

NADINE LEXA

Patienten, die palliativ gepflegt werden, sind in den meisten Fällen bettlägerig. Sie befinden sich in ihrer letzten Lebensphase, sind sehr geschwächt und haben ein hohes Ruhebedürfnis. Das Bett dient ihnen als letzter Rückzugsort und ist in den meisten Fällen auch der Ort, an dem sie sterben. Man könnte daher sagen, dass das Bett der letzte Lebensort dieser Patienten ist. Daher ist es wichtig, die Bedeutung des Patientenbettes für die Betroffenen zu kennen. Nadine Lexa gibt im folgenden Artikel Tipps, wie Pflegende Patienten die Zeit im Bett angenehmer machen können und beleuchtet die Bedeutung dieses privaten Ortes

Verschiedene äußere Faktoren sowie psychische und physische Belastungen können das Wohlbefinden eines Palliativpatienten sowohl positiv als auch negativ beeinflussen. Besonders unheilbar kranke Menschen verbringen das Ende des Lebens hauptsächlich im Bett. Für viele Menschen ist dies problematisch, da es ein offensichtliches Zeichen des Fortschreitens der Erkrankung bedeutet. Besonders für Menschen, die zu ihren gesunden Zeiten sehr aktiv und sportlich gewesen sind, stellt das Bett als letzter Lebensort eine große Herausforderung dar.

Viele unheilbar kranke Menschen können auch nicht durchschlafen oder erwachen ganz früh wieder. Und auch die Angst, überhaupt nicht mehr aufzuwachen, hält sie wach.

Palliative Pflege möchte in erster Linie die Lebensqualität unheilbar kranker und sterbender Menschen verbessern und versucht sie so zu unterstützen, dass sie ihr Leben so aktiv wie möglich bis zu ihrem Tod leben können. Dazu gehört auch, den Lebensort „Bett“ entsprechend positiv zu gestalten.

Das Patientenbett

Das Patientenbett dient als letzter Raum für die Privatsphäre des Betroffenen. Die Liegefläche eines Krankenhausbettes ist im Allgemeinen dreigeteilt, ihr Gesamtmaß ist unterschiedlich, aber nicht größer als 1 mal 2 Meter (vgl.

www.wikipedia.de). Auf dieser Fläche kann der unheilbar kranke Mensch schalten und walten. Es ist ja schließlich sein persönliches Reich, oder? Hierzu ein **Beispiel**:

Ein Arzt betritt das Zimmer von Herrn S., den er gestern beim Aufnahmegespräch kennengelernt hat. Er möchte Visite machen und sich nach der Schmerzsituation erkundigen. Der Arzt tritt ans Bett, begrüßt Herrn. S. und setzt sich auf die Bettkante. Herr S. rutscht an die Wand.

Nach der Visite betritt Sr. Nicole das Zimmer. Herr S. entsetzt: „Stellen Sie sich vor, der Doktor hat sich ohne zu fragen einfach auf mein Bett gesetzt.“

Das Bett ist der einzige private Lebensbereich, der vielen Menschen am Ende des Lebens noch bleibt. Die Aussage des Betroffenen veranschaulicht dies deutlich. Die Betroffenen haben keinerlei Möglichkeit, sich vor solchen „Übergriffen“ wie beispielsweise auf das Bett setzen oder das Bett als Ablagefläche nutzen zu schützen. Pflegenden, Medizinerinnen und Therapeuten sind diese „Übergriffe“ in aller Regel gar nicht bewusst und auch nicht mit einer bösen Absicht versehen. Allerdings können sie durch ihr unüberlegtes Handeln Grenzen überschreiten, die das wichtige Vertrauensverhältnis zwischen Behandler und Betroffenen beeinträchtigen können. Ein bewusster und sensibler Umgang mit der Privatsphäre „Patientenbett“ ist daher im Umgang in der täglichen Praxis wün-

Das Patientenbett ist Privatsphäre und sollte dementsprechend von Außenstehenden respektiert werden!

schenswert, sodass ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Nähe und Distanz berücksichtigt wird.

Eine würdevolle Begleitung erkennt und respektiert die Privatsphäre des Betroffenen und vermeidet „übergriffige“ Situationen.

Zunächst sind die individuellen Gewohnheiten – wenn möglich in Abstimmung mit dem Betroffenen, den An- und Zugehörigen und den Pflegenden – zu erfragen und nach den jeweiligen Gegebenheiten umzusetzen. Nach einer ausführlichen Aufklärung über mögliche Maßnahmen zur Steigerung des Wohlbefindens sind störende Faktoren nach Möglichkeit zu beseitigen und gewünschte Veränderungen, wenn möglich, einzuleiten.

Das Patientenbett ist Privatsphäre und sollte dementsprechend von Außenstehenden respektiert werden!

Umgebung gestalten

Die Raumumgebung bietet eine wichtige Grundlage für ein angenehmes Wohlbefinden und sollte deshalb für den Betroffenen ansprechend gestaltet werden. Insbesondere sind hier äußere Einflüsse wie Licht, Lärm, Temperatur, Kleidung sowie das Bett selbst nach Möglichkeit den individuellen Bedürfnissen anzupassen:

- Eine hohe oder zu niedrige Umgebungstemperatur kann das gesamte Wohlbefinden und das Schlafverhalten wie beispielsweise Einschlafzeit und Wachphasen negativ beeinflussen. Hier kann beispielsweise durch Zimmerwunschttemperatur und ausreichende Luftzirkulation im Patientenzimmer (ausreichendes Lüften) das Wohlbefinden gesteigert werden.



Foto: anavat_s/Fotolia

Menschen, die viel Zeit im Bett verbringen, können unter Einschlafproblemen leiden. Manche Patienten trinken dann gerne ein Glas warme Milch mit Honig als Einschlafhilfe.

- Störungen durch laute Umgebungsgläusche wie beispielsweise Straßen- und Verkehrslärm oder ständige Geräusche im Zimmer (zum Beispiel das Ticken der Uhr) werden von Menschen unterschiedlich intensiv wahrgenommen. Führen sie zur Beeinträchtigung des Wohlbefindens, sollten sie – wenn möglich – abgestellt oder mithilfe von Hintergrundmusik geringer Lautstärke oder notfalls mit Ohrenstöpseln reduziert werden.
- Damit sich der Betroffene frei im Bett bewegen kann und bequem liegt, sollte idealerweise das Bett mindestens einen Meter breit und 20 Zentimeter länger sein als der Schläfer. Die entsprechende Matratze oder Matratzenauflage muss dabei den Bedürfnissen des Betroffenen entsprechen und aus atmungsaktivem Material bestehen. Kopf- und Fußteil des Bettes sollten leicht verstellbar sein.
- Ebenso kann sehr starkes Schwitzen das Wohlbefinden beeinflussen. Tumorerkrankungen sowie bestimmte Medikamente (zum Beispiel Kortikosteroide, Zytostatika) können zu vermehrtem Schwitzen führen. Sterbende schwitzen oftmals umso stärker je mehr sie sich dem Tod nähern. Eine erhöhte Raumtemperatur, aber auch

vermehrte körperliche Anstrengung, die sie für die kleinste Bewegung benötigen, können hier ursächlich sein. Waschungen zum Beispiel mit Salbeitee (zwei Esslöffel Salbeitee mit einem Liter Wasser aufkochen und vier Minuten ziehen lassen, anschließend mit fünf Litern Wasser verdünnen) wirken schweißhemmend.

- Bequeme und leichte Kleidung aus Baumwolle, Seide oder anderen natürlichen Materialien, die nicht zu eng anliegt, ist für das individuelle Wohlbefinden wichtig. Die Kleidung (zum Beispiel Nachtwäsche oder bequeme Tageskleidung) sollte je nach Wunsch des Betroffenen ausgewählt werden. Ebenso ist leichte Bettwäsche aus natürlichen Materialien angenehm. Auf zahlreichen Palliativstationen darf sogar die eigene Bettwäsche verwendet werden.
- Die Durchblutung ist bei vielen schwerkranken Menschen eingeschränkt, so dass Viele unter kalten Füßen leiden und dadurch das Wohlbefinden eingeschränkt ist. Ein warmes Fußbad (das ist auch im Bett möglich), eine Wärmflasche oder ein Kirschkerneissen sorgen für Abhilfe. Aber auch eine kurze Öl-Fuß-Massage (zum Beispiel mit Arnika-Öl) ist hier förderlich.

- Eine Möglichkeit, die direkte Umgebung des Bettes individuell zu gestalten, ist beispielsweise die Verwendung von Magnettafeln, an denen Fotos oder andere Erinnerungen angebracht werden können.
- Durch die fortgeschrittene Erkrankung besteht ein hoher Ruhebedarf. Viele Betroffene empfinden bereits häufige Umlagerungen als irritierend und bedrohlich. Hier sollte der medizinisch-pflegerische Nutzen von Maßnahmen jeweils mit dem Wohlbefinden des Betroffenen abgestimmt werden.
- Eine offene Zimmertür oder die Anwesenheit einer vertrauten Person tragen bei sterbenden Menschen zur Beruhigung bei Angstzuständen bei.

Lebensgewohnheiten an den „Lebensort“ anpassen

Die Lebensgewohnheiten sollten sich am „normalen“ Tagesablauf orientieren. Insbesondere sollten dabei die Zeiten der individuellen Körperhygiene, Essenszeiten und Aktivitäten berücksichtigt werden. Die meisten Gewohnheiten lassen sich mit ein bisschen Phantasie und ohne größeren Aufwand auch im Bett durchführen.

- Durch die zunehmende Schwäche wird das Patientenbett mit fortschreitender Erkrankung nicht nur ein Ort des Schlafens, sondern ein Ort des Lebens. Daher sollte je nach Empfinden des Betroffenen bei schlaffremden Tätigkeiten – wie beispielsweise Kunst- oder Musiktherapie, Essen oder Fernsehen – ein Sitzbett oder ein erhöhte Oberkörperposition eingenommen werden.
- Um Verdauungsbeschwerden zu vermeiden, sollten die gewohnten Essenszeiten eingehalten und nach Möglichkeit die Lieblings Speisen des Betroffenen angeboten werden. Auf ein Glas Wein oder Bier am Abend muss nicht verzichtet werden.
- Viele Betroffene rauchen. Auch wenn rauchen gesundheitsschädlich ist, so bedeutet es in einer palliativen Situation für den Betroffenen meist ein großes Stück Lebensqualität. Daher sollte es auch möglich sein, im Bett in einem „Raucherzimmer“ oder auf dem Stationsbalkon rauchen zu dürfen.

Das Bett: ein Ort des Schlafes

Das Bett als Lebensort – Tag und Nacht – beeinflusst auch das Schlafverhalten insbesondere das Einschlafen. Rituale vor dem Einschlafen helfen, den Körper bereits im Vorfeld auf die Schlafenszeit einzustimmen. Betroffene können (bei Bedarf auch mit Unterstützung Pfleger oder/und An- und Zugehöriger) ein regelmäßiges Zu-Bett-geh-Ritual durchführen. Damit sind eine Reihe regelmäßiger, stets in der gleichen Abfolge stattfindende Handlungen gemeint oder auch nur eine ganz bestimmte Handlung direkt vor dem Einschlafen. Förderlich wirkt sich eine entspannte Gestaltung des Abendausklanges in Kombination mit einem festen „Einschlafritual“, also einer gleichbleibenden Folge von beispielsweise Kleidungswechsel, Waschen oder Baden, aus. Das abendliche Anspannungsniveau wird somit gesenkt.

- Viele Menschen können besser einschlafen, wenn sie beispielsweise ihre Lieblingsmusik oder sogenannte „Entspannungsmusik“ hören.
- Manche mögen gerne ein Glas warme Milch mit Honig als Einschlafhilfe genießen.
- Eine beruhigende Ganzkörperwahrnehmung, also zum Beispiel eine beru-

Zusammenfassung

Für Palliativpatienten ist das Bett oftmals der letzte Ort an dem sie leben und der Ort, an dem sie sterben. In Fällen, in denen eine Mobilisation kaum oder nicht mehr stattfindet, kann das Bett zum Wohnort werden. Gleichzeitig ist es ein Raum der Privatsphäre. Diese sollten Pflegenden und Ärzte unbedingt achten. Sich unaufgefordert auf das Bett eines Patienten zu setzen, ist unhöflich und aufdringlich. Man kann den Aufenthalt im Bett durch viele Kleinigkeiten angenehmer gestalten. Dazu gehören die Wahl der Kleidung, die Wahl der Bettwäsche oder auch die Gestaltung der räumlichen Umgebung.

Schlüsselwörter: *Bett, Palliativpflege, Privatsphäre*

higende Teilwaschung mit Lavendelöl oder mit beruhigenden ätherischen Ölen, ist ebenso möglich. Hierdurch wird dem Körper signalisiert, dass bald geschlafen werden soll. Eine beruhigende Massage kann auch zum Ritual werden, wenn es dem Kranken gut tut.

- Infrage kommen auch sogenannte „Betthupferl“. Dabei handelt es sich um eine kleine (meist) süße Speise, die eine Aminosäure mit dem Namen L-Tryptophan enthält (kommt beispielsweise in Milch, Kakaobohnen und Nüssen vor) und eine Vorstufe für das Hormon Serotonin darstellt. Dieses spielt eine sehr wichtige Rolle in der Schlafregulation.
- Auch ein beruhigendes Gespräch mit der Pflegekraft/dem An- und Zugehörigen oder Vorlesen können vor dem Zubettgehen zu Ritual werden. Spirituelle oder religiöse Handlungen gehören ebenso dazu wie zum Beispiel das regelmäßige Beten oder Lesen in der Bibel, im Koran etc. Wenn gewünscht und ausreichende Zeit vorhanden, können Pflegenden auch jeden Abend „Einschlafgeschichten“ vorlesen.
- Zum Schlafritual kann auch gehören, das der Betroffene ganz bestimmte (Kuschel-)Kissen, eine besondere Bettdecke oder „Schlafposition“ (Lagerung) zum Einschlafen bevorzugt.
- Vielleicht wünscht sich der sterbende Mensch, oder auch der begleitende An- und Zugehörige, dass sich die Pflegekraft einfach zur zu ihm ans Bett setzt, bis er eingeschlafen ist.

An die „innere Uhr“ anpassen

Unregelmäßige Schlafenszeiten können zur Symptomverstärkung beitragen. Der

Schlaf kann dadurch verkürzt werden und die Schlafstruktur und auch die Lebensqualität verändern sich.

Die innere Uhr ist keine Einbildung, messbar und ein komplexer biochemischer Vorgang. Wie sehr dieser Mechanismus durcheinander gerät, merken die meisten Menschen erst, wenn sie außerhalb „ihrer Zeit“ einschlafen oder aufwachen müssen: Dann können sie schlecht oder gar nicht mehr einschlafen oder fühlen sich am nächsten Morgen völlig übermüdet.

Jeder Mensch sollte sich erst abends bettfertig machen, wenn er das Bedürfnis zum Schlafen verspürt. Ebenso sollte er auch zu regelmäßigen Zeiten aufwachen, egal, bei welcher Schlafqualität; denn jeder Mensch verfügt über einen individuellen Schlafrhythmus.

Grübeleien und Ängste können bei Betroffenen jedoch dazu führen, dass sie erst spät oder gar nicht schlafen möchten. Sie sind dann am nächsten Tag müde und ihre Beschwerden können sich verstärken. Ein Teufelskreis entsteht, der die Lebensqualität der Betroffenen erheblich beeinflussen kann.

Pflegenden sollten daher den Betroffenen unterstützen, seinen individuellen Schlafrhythmus zu finden, bei dem er sich wohlfühlt. Dazu sollten grundsätzlich alle schlafstörenden Faktoren ausgeschaltet bzw. reduziert werden.

- Der Betroffene sollte darin unterstützt werden, jeden Tag (auch am Wochenende) regelmäßige Einschlafzeiten (max. Abweichung 30 Minuten) einzuhalten. Regelmäßigkeit – nicht nur in Bezug auf die Schlafzeiten, sondern auch zum Beispiel auf die Essenszeiten – stellt eine notwendige Voraussetzung dafür dar, dass sich die verschiedenen biologischen Rhythmen des Körpers aufeinander abstimmen können. Die Einhaltung einer regel-

mäßigen Aufwachzeit ist dabei am wichtigsten, denn diese ist eine wichtige Grundlage für den biologischen Rhythmus.

- Auf ein „Nickerchen“ tagsüber sollte nach Möglichkeit und abhängig vom jeweiligen Stadium der Erkrankung verzichtet werden, denn selbst ein relativ kurzer Mittagsschlaf kann dazu führen, dass der Schlafdruck unverhältnismäßig stark reduziert wird. Ein- und Durchschlafstörungen in der Nacht können dann die Folge sein. Wenn Betroffene aufgrund ihres Gesundheitszustands auf einen Kurzschlaf nicht verzichten können, sollte dieser auf alle Fälle vor 15 Uhr stattfinden (siehe und vgl. hierzu www.schlafgestoert.de/site-48.html). Besonders gefährlich ist in diesem Zusammenhang auch das kurze – häufig nur minutenlange – Eindösen vor dem Fernseher am Abend.
- Wenn es die körperliche Konstitution zulässt, sollte der Betroffene nicht mehr als sieben Stunden im Bett verbringen, denn zu lange Bettliegezeiten können ebenfalls erheblich zur Aufrechterhaltung von Schlafstörungen beitragen.

Zahlreiche hier vorgestellte Möglichkeiten können unterstützend zum Wohlbefinden des Betroffenen beitragen. Hierbei sollten immer die individuellen Wünsche und Gewohnheiten berücksichtigt werden. Und bitte nicht vergessen: Das Patientenbett ist Privatsphäre! <<

Literatur

Lexa N. (2013) *Pflege von Palliativpatienten*. Kohlhammer, Stuttgart.

Napiwotzky A. & Student J.-Chr. (Hrsg.) (2011) *Palliative Care. Wahrnehmen – verstehen – schützen*. Thieme, Stuttgart.

Autorenkontakt:

Nadine Lexa, ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin, gelernte Krankenschwester, MAS Palliative Care, Autorin, Fachjournalistin, Lehrbeauftragte, Dozentin, Verfahrenspflegerin nach dem Werdenfelser Weg®, Auditorin und Herausgeberin der Buchreihe „Palliative Care für Einsteiger“.

Kontakt: nadinelexa@gmail.com



**ALTEN
PFLEGE**
Die Leitmesse 2016

08.–10. März 2016 | Messegelände Hannover

ENTDECKEN SIE LÖSUNGEN FÜR HEUTE UND MORGEN.

Was bewegt heute Ihren beruflichen Alltag und was sind die Trends von morgen?

Auf dem Branchen-Highlight für Pflegekräfte und den neuen ALTENPFLEGE **Connect**-Flächen finden Sie Antworten auf die Fragen der Pflegewirtschaft und natürlich noch viel mehr:

- ➔ „Durch welche Prozesse lässt sich die Qualität der Pflege nachhaltig sichern?“ oder „Wie gestalte ich ein abwechslungsreiches Betreuungsangebot?“: Auf der ALTENPFLEGE **Connect**-Fläche „PFLEGE UND BETREUUNG“ stehen Experten Rede und Antwort zu aktuellen Pflegethemen.
- ➔ Entdecken Sie innovative Produkte und Dienstleistungen, die Ihren Berufsalltag erleichtern.
- ➔ Informieren Sie sich im Karrierecenter über Weiterbildungsangebote und berufliche Qualifizierungsmöglichkeiten.

**ZUKUNFTSTAG
ALTENPFLEGE**
by Vincentz Network

DER KONGRESS
ZUR LEITMESSE

HINGEHEN! MITREDEN! MITGESTALTEN!

FACHAUSSTELLUNGEN
HECKMANN
UNTERNEHMENSGRUPPE DEUTSCHE MESSE

www.altenpflege-messe.de



> Die Geschichte des Bettes ist eng verwoben mit der Technisierung von Gesellschaft und Medizin. Aber auch die Religion spielt eine Rolle ...

Arbeitserleichterung durch Technik

JÜRGEN HOLLICK

Ein modernes Krankenbett ist kaum mit einem früheren Modell zu vergleichen, selbst wenn man nur wenige Jahrzehnte zurückblickt. Heute sind die Betten wahre Hightech-Geräte. Eine Sache aber ist immer gleich geblieben: Krankenbetten sind und bleiben ein pflegerischer Ort mit besonderer Bedeutung. Jürgen Hollick wirft für die *Pflegezeitschrift* einen kulturhistorischen Blick auf das Krankenbett und stellt fest: Die Kultur der Krankenbehandlung korreliert mit der Kultur des Bettes. Welche Entwicklungen das Bett (auch in seiner symbolischen Bedeutung) durchmachte, welche Rolle technischer Fortschritt, veränderte Anforderungen an die Behandlung, aber auch Religion spielen, lesen Sie im folgenden Artikel.

Kulturgeschichte befasst sich mit der Erforschung und Darstellung geistig-kulturellen Lebens in Zeiträumen und Landschaften. Sie beinhaltet zumindest Elemente wie Familie, Sprache, Brauchtum, Religion, Kunst und Wissenschaft. Im nachstehenden Artikel sind es vor allem diese Elemente, aus deren Perspektive heraus eine historische Betrachtung erfolgen soll. Dass manche Überlegungen dabei in pflegerische Positionen abgleiten, ist gewollt und der Person des Autors geschuldet.

Eine Kulturgeschichte des Krankenbettes muss sich zunächst mit dessen Geschichte befassen, da der historische Blick auf das Krankenbett weitgehend im Fortschreiten der Technisierung im letzten Jahrhundert gefangen ist. Am Gipfel dieses Fortschritts steht mittlerweile ein beeindruckendes Hightech-Gerät, das an alle Anforderungen des Nutzers angepasst werden kann, und dessen Fortschritt als Spiegel moderner Krankenversorgung betrachtet werden darf.

Ein modernes Hightech-Produkt

„Investieren Sie nachhaltig in die Zukunft Ihrer Klinik. Unsere innovativen Krankenbetten bieten die passende Lösung für alle zukünftigen Herausforderungen. Ein eindeutiges Plus für Ihre Klinik“. Der Insider mag über die originelle

Definition von Herausforderungen im Pflegewesen amüsiert sein, doch wirbt mit diesen Worten ein Hersteller von Krankenhausbetten für sein Produkt. Er informiert über ein „modernes Intensivbett der Spitzenklasse“, das innovative In-bed-Diagnose und -Therapie ermöglichte, durch Lateralisation den Pflegealltag erleichtere und eine integrierte Low-Air-Loss Matratze biete. Ähnliche Beschreibungen moderner Kranken-

haus- und Pflegebetten finden sich bei allen wesentlichen Herstellern.

Blick zurück

Die technische Entwicklung des Krankenbettes bewegte sich immer weiter vom privaten Bett des Menschen weg, analog einer Wegentwicklung der Krankenbehandlung vom Bedürfnis des einzelnen Menschen hin zur Frage des maximal Machbaren. Die enormen Erweiterungen der Möglichkeiten, das Krankenhausbett an einen bestehenden Bedarf anzupassen, können als Hinweis darauf gedeutet werden, dass unter „Nutzer“ heutzutage eher die vor diesem Bett stehende als die darin liegende Person verstanden wird. Denn viele Funktionen des modernen Krankenbettes dienen vor allem der Arbeitserleichterung der Gesundheitsarbeiter, was keineswegs eine negative Entwicklung darstellt.

In diesem Zusammenhang sei angemerkt, dass die Einstellmöglichkeiten eines modernen Bettes in der Vergangen-



Ein Alkoven mit Himmelbettdach: Früher ein üblicher Ort für bettlägerige Patienten, um die Visite des Arztes zu empfangen. Heute ist die Vorstellung befremdlich.

heit natürlich ebenso machbar waren, wenn auch mit anderen, bettenunabhängigen Lagerungshilfsmitteln. Doch ist ein kritischer Blick sowohl auf die Technisierung des Krankenbettes als auch auf die Krankenbehandlung – und die damit verbundene gleichzeitige Entfernung vom leidenden Individuum und der fast kindlich anmutende Glaube an die Möglichkeiten der Technik – durchaus angebracht.

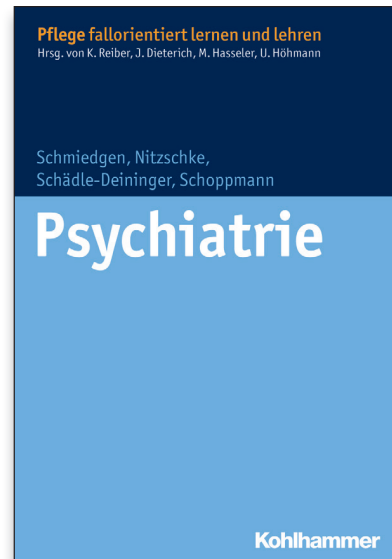
Historisch betrachtet haben solche Überlegungen nur eine geringe Relevanz, denn „in der Tat starb nur eine winzige Minderheit der Menschen vor 1800 in stationären Einrichtungen wie dem Hospital oder dem Pfründnerhaus“ (Stolberg 2011, S. 97). Inwieweit dies zugunsten des Patienten war, sei dahingestellt. Der Rückschluss Stolbergs, Menschen seien früher „im Kreise der Ihrigen gestorben und hätten würdevoll Abschied nehmen, sich auf hilfreiche Rituale der überlieferten Sterbekunst stützen und sich auf ein Leben im Jenseits vorbereiten können“, scheint allzu idealisiert. Dies war eher abhängig von der sozialen Stellung der betroffenen Familie, aber auch deren Schutz und ihre Hilfe waren dem Sterbenden keineswegs sicher. Doch war erst in jüngerer Zeit die Lebenserwartung hoch genug, um eine öffentliche Versorgung Pflegebedürftiger in die gesellschaftliche Diskussion Eingang finden zu lassen (vgl. Global Burden of Disease study 2013, <http://www.thelancet.com/global-burden-of-disease>).

Dabei sind allerdings Beispiele interessant, wie etwa das der Barmherzigen Brüder, die schon 1799 eine Stiftung für Krankenbetten in den Ordenshospitälern mit der beachtlichen Summe von 1000 bis 1500 Talern erwähnen (Heyne 1861). Dies lässt die Vermutung zu, dass auch damals schon höhere Kosten für Krankenbetten anfielen als für ein Bett, wie es im Schlafzimmer des städtischen Bürgers zu finden war.

Kulturelle Entwicklung

Aus der Betrachtung historischer Fakten zur Technik des Krankenbettes folgt die Notwendigkeit eines kulturellen Blickes auf diese Entwicklung. Die technische Entwicklung des Krankenbettes stellt in vielerlei Hinsicht einen Spiegel der fortschreitenden Technisierung der Gesellschaft im Allgemeinen und der Medizin im Besonderen dar. Diesen Zusammenhang zu erkennen und daraus Rückschlüsse zu ziehen, sollte eine sichere Grundlage zur Entwicklung innovativer Pflegekonzepte darstellen. Es liegt im Wesentlichen an den Pflegenden, diese Aufgabe zu erfüllen. Denn nur die Pflegenden bilden zwangsläufig aufgrund ihrer Arbeitsstrukturen ein natürliches Bindeglied zwischen dem klinischen und dem realen Leben.

Als ein erstes Beispiel kann hierbei die krankheitsinduzierte Bettruhe dienen, die früher zuhause in einem Bett absolviert wurde, wie es auch zum Schlafen diente. Es mutet heutzutage seltsam an, wenn man in alten Büchern den Kranken sieht, der in einem Alkoven, mit Himmelbettdach und säulenumrundet, die Visite des Arztes erfährt. Ein Diskurs über Biografieorientierung war damit natürlich obsolet, solche Überlegungen werden dadurch virulent, dass Menschen ihrer gewohnten Umgebung entzogen wurden und ihre letzten Lebensabschnitte in spezialisierten Einrichtungen verbrachten. Vogt (1984) zeigt die Entwicklung des Krankenbettes in einer Abhandlung



Schmedgen/Nitzschke/Schädle-Deininger/
Schoppmann

Psychiatrie

2014. 204 Seiten, 8 Abb., 9 Tab. Kart.
€ 24,99
ISBN 978-3-17-023017-0

auch als
EBOOK

Pflege fallorientiert lernen und lehren

In diesem Band werden allgemeine theoretische Grundlagen des umfassenden Gebiets der psychiatrischen Pflege beschrieben und in einzelnen Fallbeispielen erweitert, vertieft und angewendet. Reflexionsvermögen, Beziehungsfähigkeit und eine empathische Grundhaltung bilden die Basis der beruflichen Identität, denn im Mittelpunkt steht der psychiatrisch erkrankte Mensch mit seinen Bedürfnissen. Die Beispiele geben einen Einblick sowohl in wichtige psychiatrische Krankheitsbilder, in Versorgungsstrukturen als auch in konkretes psychiatrisch-pflegerisches Handeln. Zudem wird im Buch aufgezeigt, dass psychische Erkrankungen zutiefst menschlich sind.

W. Kohlhammer GmbH · 70549 Stuttgart
vertrieb@kohlhammer.de · www.kohlhammer.de

Kohlhammer

anhand zeitgenössischer künstlerischer Darstellungen und verdeutlicht, wie sich die Entwicklung des Krankenbettes analog zur Entwicklung der Krankenversorgung im Laufe der Zeit den Anforderungen der Behandler zunehmend anpasste. Dabei gleichzeitig die Bedürfnisse der Kranken in die Behandlung einzuführen, ist eine kulturell geprägte Aufgabe der Pflege, entwachsen einem modernen Pflegeverständnis.

Auch steht bis heute „das Krankenbett“ als Synonym für die Behandlung und zunächst verstand es insbesondere die Medizin vorzüglich, ihre Funktion und Aufgabe mit diesem Terminus zu verbinden, so als sei „das Krankenbett“ der alleinige Wirkungskreis des Arztes und ausschließlich seiner Sorge unterstellt. Damit wurden das Bett und das damit begriffene Verständnis des Wortsinnes zu einem nicht zu unterschätzenden Machtfaktor. Die darin befindliche Person hingegen entrückte in ihrer individuellen Existenz immer mehr der Aufmerksamkeit der Behandler und wurde reduziert zu einem Datenbündel, dessen Zusammenfassung einem Brett am Fußende des Bettes zu entnehmen war.

Durch die Ökonomisierung von Krankheit im letzten Quartal des 20. Jahrhunderts erfuhr der Begriff eine Veränderung. Heute gilt das Krankenbett im Gesundheitswesen als zentrale Messgröße. Spätestens mit Einführung der DRG war die wichtigste Aufgabe im Krankenhaus die Forcierung des Bettenabbaus. Dieser seltsame Begriff besteht völlig unabhängig vom Gesundheitsstatus der Bevölkerung, von der Anzahl der tatsächlich behandelten Patienten und ebenso unabhängig vom Zustand der betroffenen Patienten. Virtuell entstand als das Credo jeglicher Gesundheitspolitik ein Zweiklang aus Kostenreduzierung und Beitragsstabilität (bei den Krankenversicherern), bestenfalls manchmal ersetzt durch den Faktor „Gewinnerwirtschaftung“. Der erzwungene Bettenabbau folgte zunächst ausschließlich wirtschaftlicher Logik, genauso, wie zuvor die langen Liegezeiten. Mit der Behandlung als solches hatte diese Terminologie zunächst nicht das Geringste zu tun.

So muss erstaunen, dass erst ökonomische Zwänge den Blick der Behandler auf das Bett verändern konnten. Die Zeiten sind noch nicht lange vorbei, in denen Patienten so lange bettlägerig waren, wie sie es eben wollten. Erst mit Ende des letzten Jahrhunderts fand ein echter

Zusammenfassung

Die technische Entwicklung des Krankenbettes ist in vielerlei Hinsicht ein Spiegel der fortschreitenden Technisierung der Gesellschaft im Allgemeinen und der Medizin im Besonderen. Dabei hat sich die Symbolik des Begriffes verändert. War es früher der Ort, an dem Genesung stattfand, wurde das Krankenbett durch die Ökonomisierung von Krankheit im letzten Quartal des 20. Jahrhunderts eher zu einer Messgröße; nun war vom Bettenabbau die Rede. Und während bis vor nicht allzu langer Zeit ein Patient so lange „bettlägerig“ sein konnte, wie er wollte, wird heute möglichst früh mit der Mobilisierung begonnen, weil man erkannt hat, dass die liegende Position nicht unproblematisch ist. Interessant ist auch die nahezu mystische, hoch spirituell aufgeladene Atmosphäre im Umfeld eines Krankenbettes, etwa im Rahmen der Visite.

Schlüsselwörter: *Krankenbett, Technik in der Pflege, Bettlägerigkeit*

Paradigmenwechsel statt, durch die Erkenntnis, dass die Verkürzung der Liegezeiten und frühe Mobilisierung aus fachlichen Gründen in vielen medizinischen Bereichen hohe Bedeutung hat. Die Erkenntnis, dass die liegende Position für kranke Menschen durchaus problembehaftet ist, gilt heute für jede kompetente Form der Pflege. Ziel muss sein, den Patienten möglichst rasch wieder zu mobilisieren und selbst bei schwerwiegenden Eingriffen auf chirurgischen Stationen sind erste Versuche aufrechter Haltung spätestens am zweiten postoperativen Tag üblich. Daraus folgte eine Ausweitung der Pflegearbeit, die sich jenseits der Bettlägerigkeit und deren Folgen für den Patienten positionierte.

Heute gilt es in der Pflege, nicht nur umfassend für die Sicherheit des liegenden Patienten zu sorgen, sondern ihm mit einem Höchstmaß an Zuwendung und Geduld bei den ersten Aufstehversuchen behilflich zu sein und damit erzielte Erfolge zu sichern. Die Entwicklung war für die Pflegenden nicht nur mit einer Änderung der handwerklichen Fertigkeiten verbunden, sondern erforderte auch ein grundlegendes Umdenken. Die Zuständigkeit für Menschen auch außerhalb des Bettes verändert die Rolle der Pflegenden gegenüber dem Patienten ebenso, wie innerhalb des Behandlungsteams. Diese Erkenntnis beinhaltet eine gewisse Originalität, wird doch zum Beispiel im Zusammenhang mit der Akademisierung der Pflege regelmäßig davon gesprochen, dass niemand studiere, um danach wieder am Bett zu stehen. Abgesehen davon, dass solches nie gegenüber dem Arztberuf behauptet würde, ist klar, dass immer schnellere Übergänge von der Horizontalen in die

Vertikale, vom Bett in die Cafeteria oder vom Krankenhaus in die häusliche Versorgung, erhebliche Kompetenzzuwächse seitens der Pflege erforderlich machen. Dies beginnt mit immer hochwertigerer Versorgung des liegenden Patienten durch Advanced Nursing Practitioners (vgl. DBfK 2007) und evidenzbasierter Pflegeleistung und endet längst nicht mit Case-Management-gesteuerten Übergängen. Auch in der ambulanten Pflege wird die Arbeit am Bett immer anspruchsvoller und von regionalem Ärztemangel geprägt. Das Bett steht hier für ein komplexes Bündel von Aufgabebereichen, die neben somatischen auch eine Vielzahl seelischer und sozialer Aspekte umfassen.

Ähnliche Varianten solcher Entwicklungen in der Behandlung somatisch kranker Menschen finden sich auch beim Krankenbett in der Psychiatrie. Dies war in seinen Ursprüngen oft eine Art Käfig, bei dem mit allen Mitteln die Sicherung des Kranken durch Isolation und Einschluss angestrebt war. Denn der psychiatrisch Kranke galt zu dieser Zeit als gefährlich, unheilbar und eben einfach irr.

Allerdings wurde bereits im 19. Jahrhundert diese Art der Patientensicherung als fragwürdig betrachtet (vgl. Dobler 2013), spätestens durch die Psychiatrie-Enquete 1975 hätte sie sogar völlig aus der Welt geschafft werden sollen. Neuerdings, und wohl nicht ohne Grund eng mit sinkenden Personalzahlen und steigender Bürokratie zusammenhängend, werden jedoch sogenannte „Netzbetten“ wieder ins Gespräch gebracht. Man greift hier auf Altes, tatsächlich aber wenig Bewährtes als freiheitsentziehende Maßnahme zurück. Man mag die Frage,

ob Netzbetten inhuman seien, nicht unbedingt mit einem apodiktischen Ja oder Nein beantworten wollen, einzelne Beispiele mögen solche Hilfsmittel vielleicht doch in einem positiv interpretierbaren Licht erscheinen lassen. Eine seltsame Vorstellung von behandlerischer Ethik darf aber zweifellos unterstellt werden, weswegen Müller zu diesem Thema richtigerweise fragt, ob „pflegerische Ethik eine Auseinandersetzung darüber führen muss, wie Menschlichkeit im pflegerischen Alltag gelebt werden muss“ (Müller 2015). Nachdem Generationen von Pflegenden das Krankenbett in der Psychiatrie im Wesentlichen als Schlafstätte betrachtet hatten, sollten solche kulturellen Errungenschaften nicht wieder unter dem Deckmantel einer fragwürdigen Sicherheit durch die Hintertüre abgeschafft werden. Die Vorstellung, dass Sicherheit in der Psychiatrie jede nur mögliche Maßnahme rechtfertigt, ist seit Jahrzehnten überwunden.

Inwieweit psychiatrische Pflege, die fachlich korrekt immer auf Beziehungsarbeit, Milieuthérapie und zwischenmenschliche Kooperation gestützt ist, durch das Vorhalten solcher Betten überhaupt in Erwägung gezogen wird, wäre zusätzlich zu diskutieren. Dass die Verwendung solcher Betten aber eine andere Sichtweise auf den Patienten fördert, als es die Psychiatrie-Enquete erwartete, sei unbestritten. Der damals geforderte Weg „vom Wärter zum Pfleger“ scheint mittlerweile in manchen Köpfen umgekehrt zu werden und „vom Master zum Wärter“ zu führen. Die Kultur der Pflege korreliert mit der Kultur des Bettes, so wie die Qualität der psychiatrischen Pflege mit der Kultur an menschlicher Nähe (vgl. Watson 1996) korreliert, die sie bereit und in der Lage ist, in ihrer Arbeit zuzulassen.

Religion

Abschließend sei noch die Religion als ein Aspekt berücksichtigt, der in einer Kulturgeschichte nicht fehlen darf. „Die Kulturgeschichte von Krankheit und Gesundheit ist vor allem Religionsgeschichte. Erst die moderne Medizin hat zur Trennung von Medizin und Religion geführt. Neuerdings beginnt sich die Medizin wieder für die religiöse Dimension zu interessieren.“ (Körtner 2009).

Diese Entwicklung ist an sich erfreulich weitsichtig, besteht menschliches Leben ja nicht nur aus Funktion, sondern

ist immer auch mit spirituellen Erfahrungen verbunden. So waren Letztere in der Realität immer wirksam, auch wenn die Behandler sie fachlich kaum berücksichtigten. Besonders deutlich wird dies anhand der nahezu mystischen, hoch spirituell aufgeladenen Atmosphäre im Umfeld eines Krankenbettes. Selbst in den funktionalsten Arbeitsbereichen eines Krankenhauses sind die besonderen und oft nicht sachlich begründbaren Machtverhältnisse zwischen dem Menschen im Bett und dem davor spürbar. Die Ähnlichkeit mancher Chefarztvisite mit einer religiösen Prozession, bei der das Bett eine Art Altar darstellt, mag reiner Zufall sein. Wie sehr mancherorts um die Übernahme religiöser Funktionen durch die Behandler gerungen wird, zeigt zum Beispiel eine Studie aus den USA (www.sueddeutsche.de), die versuchte, die Wirkung von Gebeten auf den Heilungsprozess nachzuweisen. Das Bett wird in vielen Fällen dabei eine nicht unerhebliche Rolle spielen, insbesondere weil die Möglichkeit der Einflussnahme des darin liegenden Menschen (nicht ohne Grund als Patient bezeichnet) auf das rituelle Geschehen davor, der des Kirchenbesuchers keineswegs unähnlich ist.

Es erweckt durchaus auch den Anschein einer quasireligiösen Verehrung, mit der ein Glaube an die Möglichkeiten moderner Medizintechnik dem oft gleichzeitig geäußerten Bedarf an persönlicher Beziehung gegenüber steht oder so seltsam widersprüchliche Wünsche wie eine „ganzheitliche“ Medizin hervorbringt. Solche Gläubigkeit an umfassende Machbarkeit durch maximalen Technik- oder Methodeneinsatz kann die Betrachtung des Krankenbettes – gerade in seiner heute technisch hoch ausgereiften Form – als Teil eines religiös anmutenden Rituals durchaus rechtfertigen. Da bedürfte es weiterer Ähnlichkeiten, wie zum Beispiel die Verwendung lateinischer Termini bei der Ausführung der jeweiligen Rituale nicht mehr zwingend. Die geäußerte Vermutung, „Krankenbetten bieten die passende Lösung für alle zukünftigen Herausforderungen“ bietet dabei eine auffallende Nähe zu religiösen Glaubenssätzen und mindestens genauso viel Distanz zur Realität.

Damit sollte endgültig deutlich geworden sein, dass es wahrnehmbare Zusammenhänge zwischen der Geschichte des Krankenbettes und der Kultur des Umgangs mit den darin liegenden Men-

schen gibt. Auch ohne ein eindeutiges Spiegelbild des Einen vom Anderen, kann eine gewisse Synchronizität zwischen den beiden Sachverhalten nicht ignoriert werden. Eine kulturgeschichtliche Sensibilität wäre hier wohl behilflich, Pflege und Medizin wieder enger an das Individuum und dessen Bedürfnisse heranzuführen. In unser aller Interesse wäre das zweifellos. <<



Literatur

- Rohde A. (2004) *Rund um die Geburt eines Kindes: Depressionen, Ängste und andere psychische Probleme. Ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und ihr soziales Umfeld.* Kohlhammer, Stuttgart.
- Dobler G. (2013) *Von Irsee nach Kaufbeuren.* Grizeto, Irsee.
- Heyne J. (1861) *Der Orden der barmherzigen Brüder in Schlesien.* Breslau.
- Körtner U., Müller S., Kletecka-Pulker M., Inthorn J. (2009) *Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett.* Springer, Wien.
- Müller C. (2015) *Sind Netzbetten inhuman?* Thieme, Stuttgart.
- Stolberg, M. (2011) *Die Geschichte der Palliativmedizin.* Mabuse, Frankfurt am Main.
- Süddeutsche Zeitung (2010) *Vorsicht: Gebet.* <http://www.sueddeutsche.de/wissen/studie-vorsicht-gebet-1.615106>.
- The Lancet (2013) *Global Burden of Disease study.* <http://www.thelancet.com/global-burden-of-disease>.
- Vogt H. (1984) *Der Arzt am Krankenbett.* J.F. Bergmann, München.
- Watson J. (1996) *Pflege: Wissenschaft und menschliche Zuwendung.* Huber, Bern.
- Wissner-Bosserhoff-Homepage. <http://immer-richtig.wi-bo.de/krankenbett/>, Zugriff am 29.10.2015.

Autorenkontakt:

Jürgen Hollick, MSc., Dipl. Pflegewirt (FH), arbeitet als Bildungsreferent am Bildungswerk Irrsee.
Kontakt:
 Hollick@Bildungswerk-irrsee.de

> Das ungenutzte Potenzial der Klinikbetten im digitalen Zeitalter

Fluch oder Segen?

MICHAELA SCHULZ

Können Klinikbetten Kosten senken, Prozesse verschlanken, Patienten schneller genesen lassen und Arbeitsunfähigkeiten reduzieren? Mit anderen Worten: Welches Potenzial hat ein modernes Klinikbett? Michaela Schulz wirft im Folgenden einen Blick auf sogenannte IT-Klinikbetten, und untersucht, wie diese die Arbeit der Pflegenden sowie die Prozesse rund um das Klinikbett positiv beeinflussen können und welche Herausforderungen die neuen Betten mit sich bringen.

Laut der Pressemitteilung des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) zum Krankenhaus-Rating-Report 2015 ist die Insolvenzwahrscheinlichkeit der deutschen Krankenhäuser im Vergleich zu 2013 leicht gestiegen, zugleich hat sich die Ertragslage der Häuser verbessert. Mit einem kumulierten Investitionsstau von zwölf Milliarden Euro ist die Kapitalausstattung weiterhin nicht ausreichend. Der demografische Wandel wird nach Einschätzungen der Wissenschaftler besonders nach dem Jahr 2020 mittelfristig ein effizienteres Gesundheitswesen erfordern. Dabei ist nicht nur die Kostenreduktion maßgeblich, sondern auch das Case Management und die verbesserte medizinische Versorgungsqualität. Die Digitalisierung der Medizin und ein struktureller Wandel bilden Ansätze zur Veränderung (RWI 2015).

Das IT-Klinikbett

Das deutsche Gesundheitssystem unterliegt zwei Thesen (Penter 2014, S. 39):

- Die Zahl der Krankenhäuser sinkt während sich die Trägerstruktur vändert.
- Der Wettbewerbsdruck unter den Krankenhäusern wird weiter zunehmen.

Nach Annahmen der Autorin muss die Blickrichtung verändert werden, da das Gesundheitswesen Alternativen suchen muss, um die Kosten zu senken sowie Abläufe und Belastung des Personals zu reduzieren.

Eine Blickrichtung kann das IT-Klinikbett sein. Um dem Begriff „IT-Klinikbett“ eine

einheitliche Bedeutung zu geben, soll hier kurz erläutert werden, was darunter zu verstehen ist: IT-Klinikbetten sind alle Betten, die über eine Elektronik verfügen.

Wie ein IT-Klinikbett die Arbeit der Pflege und die Prozesse rund um das Klinikbett positiv beeinflussen kann und welche Herausforderungen die Neuerungen mit sich bringen, wird im Folgenden näher beleuchtet.

Der Bedeutung eines Klinikbettes wird in den Kliniken selber wenig Beachtung geschenkt, so das Ergebnis einer Literatur- und Internetrecherche der Autorin. Dabei ist der Begriff „Bett“, der hier als Synonym zu verstehen ist, in der Öffentlichkeit in aller Munde und spielt bei genauer Betrachtung in vielen Bereichen der Krankenversorgung eine wesentliche Rolle.

Insgesamt gab es im Jahr 2013 in Deutschland 502.000 stationäre Betten. 7,5 Tage dauerte die durchschnittliche Verweildauer und die Bettenauslastung lag bei 77,3 Prozent. Die Berechnungs-/Belegungstage liegen bei 141.339.992 und die Fallzahl bei 18.787.168 (Destatis 2013, S. 1).

Diese Zahlen lassen die Tragweite alleine in der stationären Versorgung anschaulich werden. Hier wird deutlich, welche bedeutende Rolle das Klinikbett spielt.

Bedeutende Liegestätte

Das Bett ist für einen Patienten mehr als nur eine Liegemöglichkeit. Für die Dauer des Aufenthaltes bzw. für die Dauer der Immobilität ist das Bett eine Schlaf- und

Ruhestätte, Wohn-, Ess- und Badezimmer und Toilette zugleich. Der räumlich begrenzte Ort bildet eine Privatzone sowie einen Ort der Begegnung (Keller 2011, S. 504). Die Autorin vergleicht den Mittelpunkt des Lebens auf Zeit mit einer persönlich gestalteten Wohnung. Die Wohnung richtet jeder Mensch nach seinen Wünschen und Bedürfnissen ein. Die Betten sollten den Bedürfnissen des Patienten gerecht werden, das Wohlbefinden steigern und keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen auslösen oder Folgeschäden verursachen. Ist der Patient mit dem Produkt „Klinikbett“ zufrieden, kann das die Grundlage für eine langfristige Kundenbindung sein (Meffert 2012, S. 130).

Vielfältige Geschichte

Die Geschichte der Klinikbetten ist ein Stück Kulturgeschichte und kann hier nur angerissen werden. Die Form und der Nutzen der Betten haben sich über Jahrhunderte verändert, man kann sagen, das Bett wurde im Laufe der Zeit immer wieder neu erfunden. Es wird davon ausgegangen, dass das Bett durch mehrfache Entdeckungen entstanden ist und es nicht nur einen einzelnen Erfinder gibt (Becker 2011, S. 7).

Durch die Vorschläge des Pflegepersonals zur Verbesserung der Versorgung von Bettlägerigen haben sich die Klinikbetten stetig technisch verändert (Becker 2011, S. 179). Die Entwicklung der Klinikbetten ist vielfältig und wird zunehmend technischer. Die Recherchen der Autorin reichen von dem Jahr 1771 bis heute. Ein kleiner Auszug aus der Vergangenheit: 1771 entwickelte der Grieche Asclepiades ein schwebendes Krankenbett, bei dem durch die schwingenden Bewegungen Krankheiten gelindert und der Schlaf verbessert werden sollte (Busch 1814, S. 407f). In Bethel wurde 1904 ein Torfmullbett hergestellt, welches eine desinfizierende Wirkung bei Drückgeschwüren versprach (Historische Sammlung Bethel 2014). Im Jahre 1910 hat die Firma Joh. Stieglmeyer GmbH & Co. KG die

OUT-OF-BED-System

Das System signalisiert wenn ein Patient aussteigt. Das System bietet individuell einstellbare Zeitfenster, um Patienten zu betreuen. Das System dient als Sturzprophylaxe (Stiegelmeyer 2012, 2015b)

Individuelle Höhenverstellung und Schwenkung

Das System dient zur Sturzprophylaxe und hat eine ergonomische günstigere Arbeitshöhe für die Pflege (Stiegelmeyer 2012, 2015b)

Check Me

Das System stellt die regelmäßige Wartung sicher (LINAK GmbH 2008)



Beispielbett mit einigen Funktionen der neuen Technik (Stiegelmeyer 2015a)

Kollisions- und Klemmschutz

schützt vor Einklemmung von Drainagen und Fingern (Stiegelmeyer 2012, 2015b)

Clean Me

Das System minimiert Infektionen durch Signalgebung bei anliegenden Reinigungsintervallen (LINAK GmbH 2008)

Bremswarnsignal

Das System löst akustischen Alarm aus wenn die Bettbremse losgelöst ist und der Netzstecker angeschlossen ist. Es dient der Sturz- und Verletzungsprophylaxe (Stiegelmeyer 2012, 2015b)

Bettwaage

für ein adäquates Gewichtsmonitoring (Stiegelmeyer 2012, 2015b)

Abbildung 1: Mögliche Funktionen der IT-Betten von heute (eigene Darstellung).

Stahlmatratze erfunden, die die Ära der Strohmattatze beendet hat (Stiegelmeyer 2010, S. 12f). Davor und danach wurden aber selbstverständlich weitere Betten entwickelt.

Die Literatur- und Internetrecherche sowie einige Interviews der Autorin ergaben, dass in den 1980er Jahren der Übergang von manuellen zu elektrischen Klinikbetten stattfand. Die Elektrik der Klinikbetten hat sich bis heute mit ihren Vor- und Nachteilen unaufhaltsam weiterentwickelt. Ebenso hat die digitale Vernetzung Einzug gehalten, was den digitalen Fortschritt in der Pflege steigert.

Neben den Vorzügen der IT-Klinikbetten gibt es eine Reihe gesetzlicher Regelungen und Richtlinien, die beim Bettenbau zu beachten sind. Mit dem Einzug der Informationstechnologien bringt der Datenschutz neue Gesetze, Normen und Richtlinien mit sich.

Schulungen

Grundlage und Grundvoraussetzung vor der ersten Bedienung der Klinikbetten bilden die Einweisung nach dem

Medizinproduktegesetz (MPG) und die Medizinproduktebetriebsverordnung (MPBetreibV). Dabei spielt es keine Rolle, ob das Bett manuell oder elektrisch betrieben wird, auch wenn nach Erfahrungen der Autorin in der Praxis dort Unterschiede gemacht werden. Ohne die Einweisung verliert man den Versicherungsschutz und die Garantieleistung, sollte es zu Schäden bei unsachgemäßer Bedienung gekommen sein. Weiter ist die Autorin der Ansicht, dass die Skepsis vor der digitalen Technik durch Schulungen verschwindet, da das Personal sicherer wird und Routine im Umgang mit den Betten und der Technik Vertrauen schafft.

Die digitale Technik der Klinikbetten hat das Potenzial, in vielen Bereichen der Pflege unterstützend zu wirken. Im Folgenden sollen die Bereiche Risikomanagement und Gesundheitsförderung sowie Teilbereiche des Prozessmanagements, vorgestellt werden. Die Vorstellungen sind aufgrund der Art der Arbeit und des schnellen Fortschreitens der digitalen Technik nicht als abschließend zu betrachten.

Risikomanagement

IT-Betten haben das Potenzial, das Risikomanagement zu unterstützen. Das Krankenhaus ist eine sogenannte High-Reliability-Organization, die an die Arbeitswelt besondere Anforderungen stellt. Leistungen wirken sich unmittelbar auf die Patienten aus und dort kommt einer präventiven Fehlervermeidung eine hohe Bedeutung zu. Fehler zu korrigieren, ist nur mit hohem Aufwand und hohen Kosten möglich (Paula 2007, S. 4). Abbildung 1 zeigt einige Möglichkeiten und Funktionen von modernen IT-Betten, die das Pflegepersonal entlasten und unterstützen können.

Entlastende Technik

Mit 7,5 Prozent gehören die Stürze zu den häufigsten unerwünschten Ereignissen (Geraedts 2014, S. 8). Stürze haben, wie Abbildung 2 zeigt, vielfältige Folgen.

Die Autorin beschreibt, dass in Zeiten des Personalmangels die Systeme eines IT-Klinikbettes das Personal

im Arbeitsprozess entlasten und ggf. sogar Arbeitsunfähigkeitszeiten reduzieren können. Als Beispiel sei hier der Einsatz des Out-Of-Bed-Systems genannt, bei dem automatisch die Unterbettbeleuchtung eingeschaltet wird, wenn der Patient das Bett verlässt. Durch das System können die Kontrolle verbessert, die Pflegebelastung reduziert und Kosten gespart werden. Der Einsatz gibt dem Personal ein Sicherheitsgefühl und schützt den Patienten. Das System ersetzt aber natürlich nicht die regelmäßigen Sichtkontrollgänge.

Potenziale in der Gesundheitsförderung

Die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) ist eine Möglichkeit, Erkrankungen präventiv entgegenzuwirken und besteht aus drei Zielebenen (Abbildung 3, Schneider 2012, S. 101f). Die Kliniken müssen daraus eine Mischung herstellen, um eine umfassende BGF durchführen zu können.

Die BGF sollte jedoch nicht nur die betriebliche, sondern auch die persönliche Verantwortung stärken. Bei Umstrukturierung, Neugestaltung etc. im Arbeitsumfeld sollen Aspekte wie Arbeitseffizienz und Gesundheitsförderung Berücksichtigung finden (Schneider 2012, S. 102f). Ein adäquater Einsatz und adäquate Prozessgestaltung von IT-Klinikbetten können nach Annahmen der Autorin gute Ansatzpunkte dafür sein. Das Klinikbett kann mit seinen Funktionen präventiv Verletzungen oder Erkrankungen beim Personal vermeiden und damit Kosten für Verdienstaussfälle reduzieren. Ebenso werden damit ältere Mitarbeiter unterstützt, sie können so dem Unternehmen länger mit ihrem Fachwissen und ihrer Lebenserfahrung erhalten bleiben.

Im Folgenden werden beispielhaft Funktionen und der sinnvolle Einsatz von IT-Klinikbetten in Situationen des Pflegealltags vorgestellt.

Zusammenfassung

Deutsche Krankenhäuser müssen die Blickrichtungen ändern, um die wirtschaftliche Situation zu sichern. Das Klinikbett ist ein ungenutztes Potenzial und zentrales Medium rund um den Patienten, welchem kaum Beachtung zukommt. Das Klinikbett der Zukunft kann in vielen Bereichen des Krankenhauses unterstützen, die Prozesse zu verschlanken und Kosten zu reduzieren. Im Bereich des Risikomanagements können durch den Einsatz digitaler Systeme Stürze und die Folgekosten gesenkt werden. Im Gesundheitsmanagement können die digitalen und technischen Highlights die Arbeitsunfähigkeitszeiten reduzieren.

Schlüsselwörter: *digitales Klinikbett, Risikomanagement, Gesundheitsförderung*

Elektrische Höhenverstellung und Verstellbarkeit der Betten

Die RN4CASR-Studie (Registered Nurse Forecasting, 2009–2011) stellt bis heute die umfangreichste Studie bezüglich der Personalbedarfsplanung dar (Sermeus 2014). Laut dieser Studie muss eine Pflegekraft immer mehr Patienten betreuen. Das bedeutet pro Pflegekraft mehr Körperkraftaufwand. Die Folgen sind durch die vermehrte Verantwortung und das Arbeitsaufkommen physische und psychische Belastungen (ebd., S. 1ff). Die Möglichkeit, die Betten elektrisch zu verstellen, so nimmt die Autorin an, wird das Personal physisch und psychisch entlasten. Durch die Funktion werden die Patienten selbstständiger, was die Patientenzufriedenheit fördert. Mit der Technik kann der Patient mit weniger Kraftaufwand in kürzerer Zeit mobilisiert werden.

Schwergewichtbett

Die Thematik „Schwerlastbett“ ist weiter aktuell. Nach der DEGS1, einer Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, ist die Übergewichtsprävalenz stagnie-

rend, aber die Adipositasprävalenz hat zugenommen (Mensink 2013, S. 788). Die Betten für schwergewichtige Patienten haben eine höhere Arbeitslast (Höchstbelastung des Bettes in kg) und eine verbreiterte Liegefläche, die je nach Hersteller variiert, beispielsweise eine Arbeitslast von 260 kg und eine Liegefläche von 100 cm. Die Patienten haben durch den vermehrten Platz das Gefühl von mehr Sicherheit bei der Mobilisation (Stieglmeier 2015, S. 8f). Die Autorin kann aus eigener Erfahrung berichten, dass durch die Sicherheit und Eigenständigkeit der Patienten die Klingelfrequenz reduziert wird. Neben der psychischen Stressreduktion wird durch die elektrische Verstellbarkeit die physische Belastung des Personals reduziert.

Röntgenfähigkeit

Bettenhersteller haben Klinikbetten mit einer durchleuchtungsfähigen Rückenlehne hergestellt, die mit einem C-Bogen (Röntgengerät in C-Form) unterfahrbar sind. Eine Alternative sind die Klinikbetten mit einem Kassettenhalter unterhalb der Rückenlehne. Der Vorteil dieser Me-



Abbildung 2: Folgen eines Sturzes (Tideiksaar 2008, S. 22).

thode ist, dass der Patient nicht bewegt werden muss (Stieglmeier 2015b, S. 7). Die Autorin nimmt an, dass die Handhabung für das Personal erleichtert wird und es weniger Stress zur Folge hat.

Vibrations- und Perkussionstherapie

Die Autorin führt an, dass ein therapeutisches Programm eines IT-Klinikbettes die Arbeit des Pflegepersonals unterstützen kann. Erwähnt sei, dass es nicht die direkte Arbeit mit den Patienten und die Kontrollgänge ersetzt. Als zusätzliches Instrument und in Zeiten von Personalengpässen ist das System jedoch gut einsetzbar.

Das Bett-Matratzensystem findet in der Pneumonieprophylaxe seinen Einsatz. Es handelt sich um ein optional einstellbares Programm, das die Klopftechnik oder Vibrationsmassage der Physiotherapie nachahmt. In Kombination mit der kontinuierlichen lateralen Schwenkung des Klinikbettes wird der Sekretabbau des Patienten gefördert (Hill-Rom GmbH 2000, S. 5).

Das Krankenbett der Zukunft

Im Krankenhaus Maria-Hilf haben die Alexianer Krefeld GmbH sowie weitere Firmen in einem Pilotprojekt im Jahr 2011 die Zukunft des vernetzten Klinikbettes gestartet. Die Klinikbetten wurden mit Bluetooth an Multifunktions-Terminals angeschlossen. Über die Verbindung wird die Bettenfunktion gesteuert und es ist möglich, die Daten der verschiedenen Sensoren an ein Netzwerk fließen zu lassen. Neben den Funktionen eines Klinikbettes – wie die Out-Of-Bed-Sensorik oder ein Sensor im Auffangbehälter eines Blasenkatheters, um das Volumen zu messen – entwickelt sich die elektronische und digitale Technik der Klinikbetten stetig weiter.

Daten aus den Antriebssystemen der Betten werden ausgelesen, Wartungs- und Servicemeldungen sollen selbstständig versendet werden und der hygienische und technische Zustand des Bettes wird über das Multifunktionsterminal per E-Mail an das Bettenmanagement bzw. ein gewünschtes Endgerät übermittelt. Neben Defekten meldet das System die Bestellnummer für mögliche Ersatzteile, was den Service-Bereich effizienter macht.

Die nächste Stufe ist die Realisierung eines Nässeensors, um den Komfort der

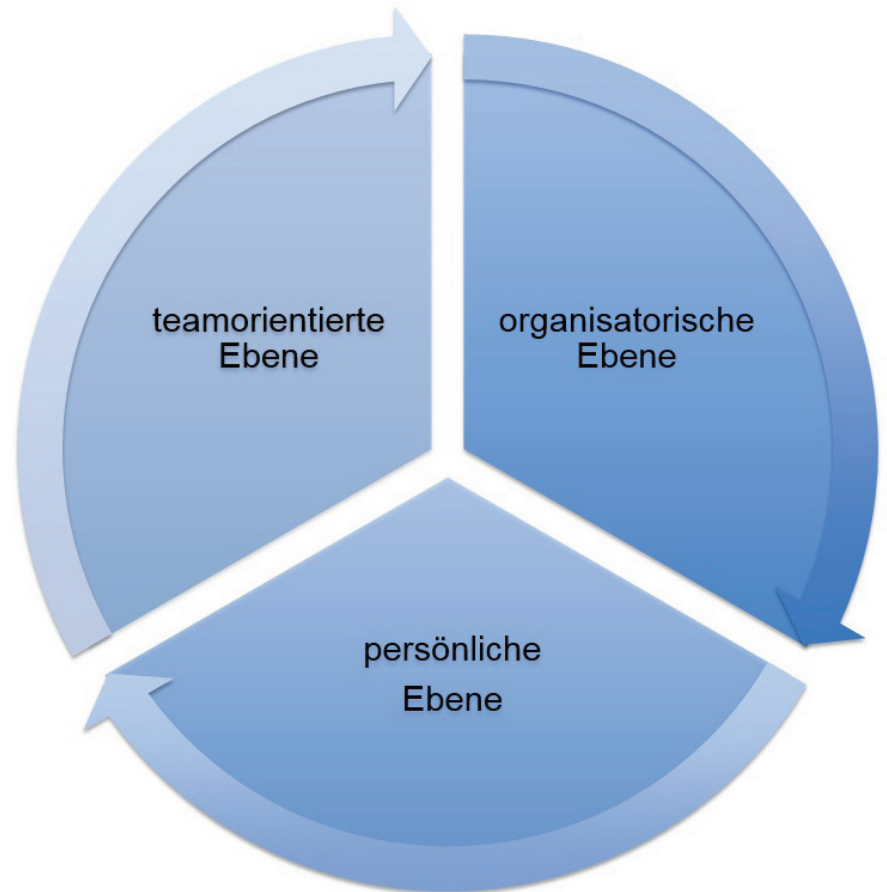


Abbildung 3: Drei Ebenen der Gesundheitsförderung (eigene Darstellung in Anlehnung an Schneider 2012, S. 102).

Patienten zu erhöhen. Neben den technischen Möglichkeiten ist zu beachten, dass die Pflegekräfte auch in Zukunft den persönlichen Kontakt nicht vermeiden, es geht um die Unterstützung, Erhöhung der Interventionsmöglichkeiten und Reaktionsbeschleunigung (Jezierski 2011, S. 1).

Fazit

Ob das Klinikbett der Zukunft Fluch oder Segen ist, lässt sich nicht pauschal beantworten. Die Thematik ist sehr komplex und wenig erforscht. Den vielen Vorteilen für das Pflegepersonal müssen die Kosten und die technischen, rechtlichen und organisatorischen Anforderungen bis zur einwandfreien Umsetzung gegenübergestellt werden. Es fehlen Studien, die belegen, dass durch den Einsatz von elektrischen Klinikbetten und digitalen Systemen die Prozesse verschlankt werden und Kosten sowie zum Beispiel Arbeitsfähigkeitszeiten reduziert werden. Nach den praktischen Erfahrungen der Autorin ist der Einsatz digitaler Technik und

elektrischer Klinikbetten eine große Unterstützung im klinischen Alltag, wenn im Vorfeld alle Mitarbeiter geschult, die Technik korrekt angewandt und Richtlinien eingehalten werden. Es ermöglicht dem Personal in Zeiten des Personalmanagements ein gewisses Maß an Unterstützung und dem Patienten ein Stück Sicherheit und Komfort. <<

Literatur



Die Literatur zu diesem Beitrag finden Interessierte auf unserer Homepage www.kohlhammer-pflege.de unter „Aktuelles Heft“.

Autorenkontakt:

Michaela Schulz ist Gesundheits- und Krankenpflegerin, Gesundheitsökonomin B.A. (Apollon-Hochschule der Gesundheitswirtschaft) und hat einen Masterabschluss in Management für Pflege- und Gesundheitseinrichtungen (FH Münster).
Kontakt: schulz.ela@web.de

› Der Mobility Monitor misst die Mobilität bei bettlägerigen Patienten und weist Pflegefachkräfte auf ein Dekubitusrisiko hin

Technik für die zeitgenössische Dekubitusprophylaxe

PHILIPP ZIMMERMANN

Die Dekubitusprophylaxe gehört zu den Kernaufgaben der Pflege. Die rechtzeitige Erkennung des Dekubitusrisikos und die Durchführung von Maßnahmen stellt aber in der Praxis angesichts fehlenden Personals, zunehmend polymorbider Patienten und steigenden Kostendrucks eine Herausforderung dar. Im folgenden Artikel zeigt Philipp Zimmermann anhand neuer Studienergebnisse, dass Pflegefachkräfte das Dekubitusrisiko oft falsch einschätzen. Abhilfe kann der Mobility Monitor leisten, eine Technik, die die Mobilität bettlägeriger Patienten misst und bei Gefahr Alarm gibt, und somit die Pflege in der wirkungsvollen Dekubitusprophylaxe unterstützen kann.

Gemäß dem deutschen „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ (2010) muss jede Pflegefachperson „in der Lage sein, das Dekubitusrisiko der von ihr betreuten BewohnerInnen oder PatientInnen systematisch, rechtzeitig und sicher einzuschätzen“ (DNQP 2010, S. 22). Da Einschränkungen der Mobilität eine „zentrale Rolle bei der Entstehung von Dekubitus spielen“, sollten Pflegefachkräfte Veränderungen der Mobilität „unverzüglich“ erkennen (ebd., S. 21.).

Erkennung des Risikos

In der Praxis zeigt sich, dass die geforderte korrekte Einschätzung der Mobilität oft eine Herausforderung darstellt – teils, weil Pflegefachkräfte die Pflegebedürftigen nur zeitweise beobachten können, teils weil gerade die Mobilität im Bett schwierig zu beobachten ist.

Eine objektive Erfassung der Bewegungen im Bett liegender Personen ermöglicht der Mobility Monitor. Er erfasst berührungslos und kontinuierlich die Bewegung der im Bett liegenden Person (Abbildung 1). Dabei unterscheidet der Algorithmus zwischen druckentlastenden und nicht-dekubitusprophylaktischen Eigenbewegungen des Patienten. Die Aufzeichnungen erlauben, rasch und aufgrund objektiver Daten zu erkennen, wenn aufgrund mangelnder Eigenbewegung eine erhöhte Dekubi-

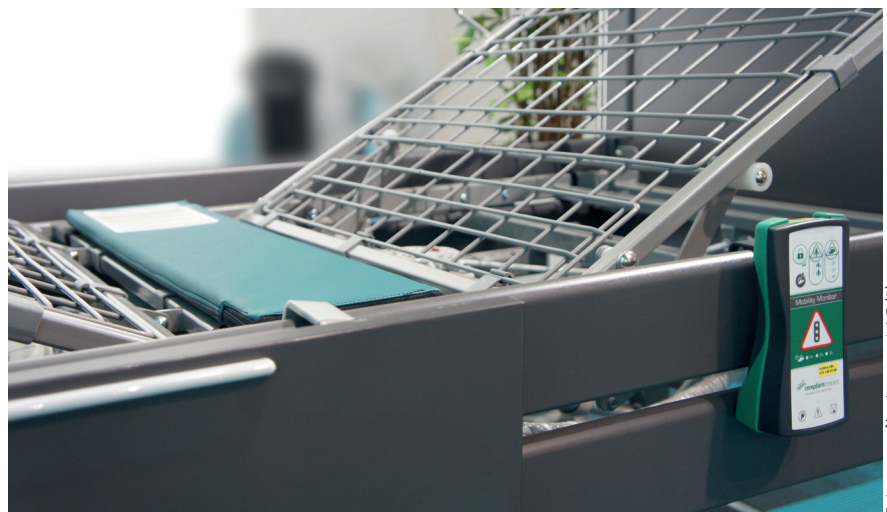
tusgefährdung besteht. Außerdem gibt die ebenfalls aufgezeichnete „Mikroaktivität“ Hinweise auf starke Unruhe, allfällige Schmerzen, oder zu starke Wirkung sedierender Medikamente (Abbildung 2).

In einer Studie des Instituts für Angewandte Pflegewissenschaft IPW-FHS und des Instituts für Unternehmensführung IFU-FHS der FHS St. Gallen – Hochschule für Angewandte Wissenschaften wurde die Einschätzung der Pflegepersonen hinsichtlich der

nächtlichen Liegedauer ohne relevante Bewegung mit den Daten des Mobility Monitors verglichen. Die Resultate der Studie zeigen, dass Pflegefachpersonen ohne technische Hilfsmittel die maximale „bewegungslose“ Liegedauer signifikant unterschätzen. So lag bei circa 30 Prozent der BewohnerInnen mit einer geschätzten maximalen Liegedauer von unter drei Stunden (siehe vertikale Achse in Abbildung 3) eine tatsächliche Liegedauer von über vier Stunden und in Einzelfällen von bis zu neun Stunden ohne druckentlastende Bewegung vor (siehe horizontale Achse in Abbildung 3). Dies zeigt, dass Pflegefachpersonen Schwierigkeiten haben, die Mobilität im Bett – und damit einen wichtigen Faktor für die Bestimmung des Dekubitusrisikos – situativ angemessen einzuschätzen.

Prävention mit manuellen Lagerungen

Ist ein Dekubitusrisiko erkannt, fordert der Expertenstandard Dekubituspro-



Fotos: compliant concept AG (5)

Abbildung 1: Der Einsatz des Mobility Monitors ist einfach, geräuschlos und diskret. Die Messeinheit wird unter der Matratze fixiert und mit dem Bediengerät verbunden. Es zeigt die Mobilität mit einer Ampel (grün, gelb, rot) an und warnt über den Lichtruf bei ausbleibender druckentlastender Eigenbewegung.

phylaxe: „Die Pflegefachkraft gewährleistet auf der Basis eines individuellen Bewegungsplanes sofortige Druckentlastung durch die regelmäßige Bewegung des Patienten/Bewohners [...]“. In der Praxis wird dabei meistens ein Lagerungsplan mit regelmäßigen Lagerungsintervallen vorgesehen. Dies hat jedoch zwei Nachteile. Der erste Nachteil ist, dass die Einhaltung des Plans im hektischen Stationsalltag nicht immer einfach zu bewerkstelligen ist. Das Deventer Ziekenhuis in den Niederlanden hat auf der EPUAP 2014 eine Anwendungsbeobachtung präsentiert, die zeigt, dass Patienten trotz einem dreistündlichen Lagerungsplan durchschnittlich bis zu 5,9 Stunden auf der gleichen Position lagen. Mit dem Mobility Monitor reduzierte sich diese Zeit auf 2,8 Stunden. Dies, weil die Pflege am Mobility-Monitor-Bediengerät am Bett die maximale Zeit einstellen kann, die ein Patient ohne druckentlastende Bewegung nicht überschreiten soll (2h, 3h, 4h). Eine halbe Stunde vor dem Überschreiten dieser Zeit springt die Ampel am Bediengerät auf orange, und ohne Bewegung schließlich auf rot, wobei die Pflegefachkraft über den Lichtruf gewarnt wird. Somit müssen sich die Pflegenden nicht mehr an einen Lagerungsplan halten, sondern mobilisieren nach Bedarf.

Der zweite Nachteil ist, dass regelmäßige Lagerungsintervalle die Eigenbewegung der Patienten nicht berücksichtigen. Stattdessen werden die Patienten auch nachts in regelmäßigen Abständen umpositioniert und damit geweckt, auch wenn sie

in einem bestimmten Zeitabschnitt genügend druckentlastende Eigenbewegungen aufweisen. Mit dem Mobility Monitor lässt sich gezielt dann intervenieren, wenn der Patient sich über eine bestimmte Zeit nicht selbst bewegt hat. Dadurch wird die Anzahl der Lagerungen zum Teil massiv reduziert, mit positiven Auswirkungen für das Personal und für die Schlafqualität der Bewohner. So hat eine Anwendungsbeobachtung in den GVS Herdecke Seniorenendiensten GmbH gezeigt, dass auf einer Abteilung insgesamt 41 Prozent der Lagerungen eingespart werden konnte – obwohl aufgrund der Risikoeinschätzung mit

dem Mobility Monitor zusätzliche BewohnerInnen umpositioniert wurden. Aufgrund weiterer Funktionen des Mobility Monitors wurden außerdem Stürze vermieden und das Schlafverhalten aufgrund besser eingestellter Medikamente verbessert.

Das Dilemma der druckverteilenden Hilfsmittel

„Wenn der Zustand des Patienten/Bewohners eine ausreichende Bewegungsförderung nicht zulässt, [...] wendet die Pflegefachkraft zusätzlich zu druckentlastenden Maßnahmen die geeigneten

Mobilitätsanalyse

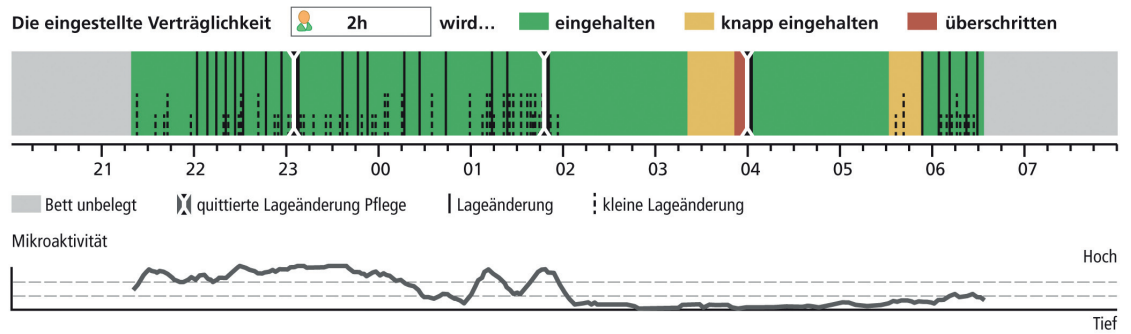


Abbildung 2: Beispiel aus der Mobilitätsanalyse: Verlust der Mobilität (um 01:50 Uhr) nach Einnahme von Medikamenten. Ein vom System (um 03:50 Uhr) ausgelöster Lichtruf ermöglicht eine dringend nötige Umlagerung (weißer Balken).

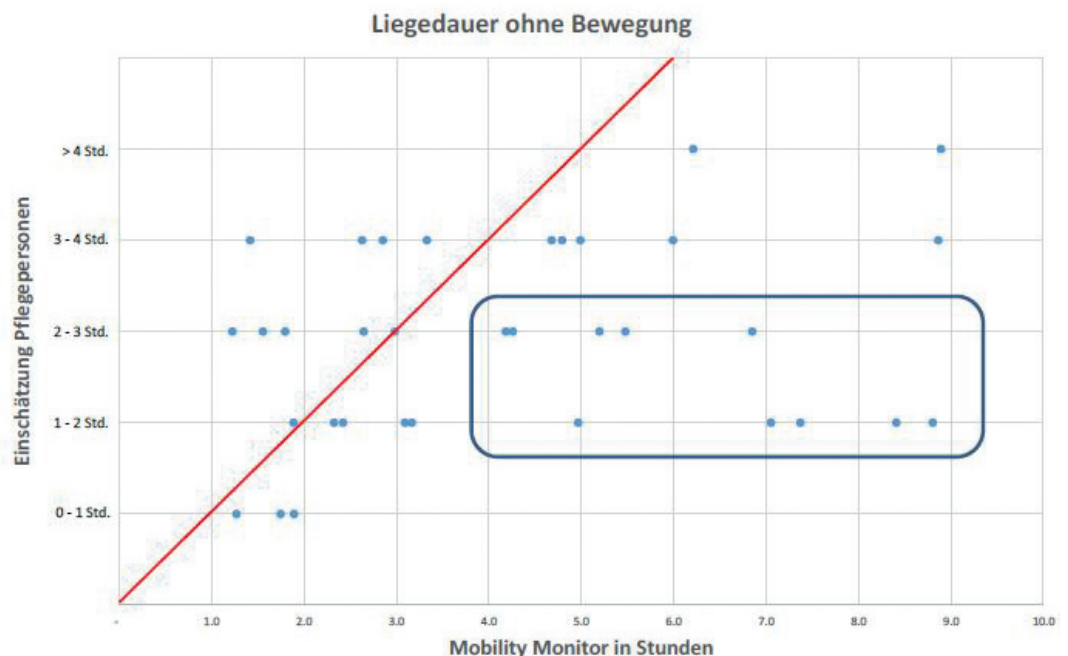


Abbildung 3: Die Einschätzung der maximalen Liegedauer ohne druckentlastende Bewegung durch die Pflegenden (vertikale Achse) und die tatsächliche Liegedauer ohne druckentlastende Bewegung (horizontale Achse) zeigen signifikante Abweichungen auf. Von den BewohnerInnen (blaue Punkte) weisen circa 30 Prozent eine nicht erkannte Immobilität von über vier Stunden auf (blauer Rahmen).

druckverteilenden Hilfsmittel an“, fordert der Expertenstandard weiter.

In der Praxis sind dies oft Weichlagerungs- und Wechseldrucksysteme, die den maximalen Auflagedruck pro kritischer Körperstelle zwar abschwächen, aber den Patienten aufgrund seines Gewichts einsinken lassen, worauf die an sich schon immobilen Patienten weiter immobilisiert werden. Damit kommt die Pflege in den Konflikt mit einer anderen Forderung im deutschen Expertenstandard: „Die Pflegefachkraft [...] fördert soweit wie möglich die Eigenbewegung des Patienten/Bewohners.“

Das Einsinken führt nicht nur unmittelbar zu einer weiteren Abnahme der Beweglichkeit, sondern kann nach einiger Zeit auch zu einer gestörten Körperwahrnehmung führen. Wechseldrucksysteme können darüber hinaus relativ laut sein und damit die Nachtruhe stören. Diese Nachteile können dazu führen, dass Systeme, die eigentlich auch für einen präventiven Einsatz ausgelegt sind, von Pflegefachleuten erst spät eingesetzt werden, wenn bereits eine Rötung oder ein Dekubitus entstanden ist.

Druckverlagerung statt Druckverteilung

Mit dem Active Mobilisation System (AMS) hat compliant concept ein Produkt entwickelt, das für einen langfristigen prophylaktischen Einsatz ausgelegt ist. Die Systemmatratze lagert dekubitusgefährdete Patienten kontinuierlich um, ohne deren Schlaf- oder Lebensqualität zu beeinträchtigen.

Das AMS basiert auf einer normalen Matratze mit normalen Liegeeigenschaften (Abbildung 4). Darunter befinden sich vier pneumatisch betriebene aktive Module, die den Patienten kontinuierlich und kaum wahrnehmbar von einer leichten Seitenlage in die andere mobilisieren. Dabei rotieren durch die Drehung des Körpers kritische Körperstellen wie Fersen und Ellbogen mit und erfahren daher eine Druckverlagerung. Das Os sacrum und die Schultern werden durch zusätzliche alternierende Bewegungen der zweiten und dritten aktiven Module entlastet.

Im Gegensatz zu Wechseldrucksystemen und Weichlagerungsmatratzen arbeitet das AMS nicht nach dem Prinzip der Druckverteilung, sondern

Zusammenfassung

Studien zeigen, dass Pflegefachkräfte ein bestehendes Dekubitusrisiko oft unterschätzen. Technik kann hier Abhilfe schaffen. Der Mobility Monitor wird unter der Matratze angebracht und misst die (Eigen-)Bewegungen des Patienten. Er erkennt, wenn die Bewegungen keine prophylaktische Wirkung haben und meldet dem Personal einen nötigen Lagerungswechsel. Dies kann die Zahl der Lagerungen reduzieren, sorgt für besseren Schutz der Patienten und ermöglicht darüber hinaus den Verzicht auf unnötige Lagerungen, die insbesondere nachts die Patienten in ihrer Nachtruhe stören. Daneben schützt das Active Mobilisation System Patienten durch Druckverlagerung vor Dekubitus.

Schlüsselwörter: Dekubitusprophylaxe, Mobility Monitor, Druckverlagerung

nach dem Prinzip der kontinuierlichen Druckverlagerung, wobei aufliegende Hautstellen abwechselnd belastet und entlastet wird. Da Patienten auf dem AMS weniger einsinken und keine Lagerungskissen notwendig sind, wird die Mobilität der Patienten erhalten und gefördert. Außerdem bleibt die Körperwahrnehmung aufgrund des Auflagedrucks erhalten.

Abbildung 5 zeigt die Verläufe des Auflagedrucks einer 70-jährigen Patientin mit 70 kg Gewicht an kritischen Körperstellen (Os sacrum, Ellbogen, Fersen). Der Verlauf zeigt deutlich, dass jede Hautstelle abwechselnd belastet und entlastet wird, wobei auch die kritischen Körperstellen eine deutliche Entlastung erfahren.

Von der Liegeposition her bietet sich das AMS vor allem für die Rückenlage an. Gemäß einer Studie der Universität Linköping in Schweden erzielen Umpositionierungen in dieser Lage (supine tilt position) die besten Ergebnisse hinsichtlich Auflagedruck und Blutzufuhr des belasteten Gewebes, im Gegensatz zu seitlichen Umpositionierungen (30° lateral position, 90° lateral position, vgl. Källman 2015).

Entlastung in herausfordernden Situationen

Da die Mobilisierung im Gegensatz zu Wechseldrucksystemen praktisch lautlos und kaum wahrnehmbar geschieht, wird die Nachtruhe der Bewohner

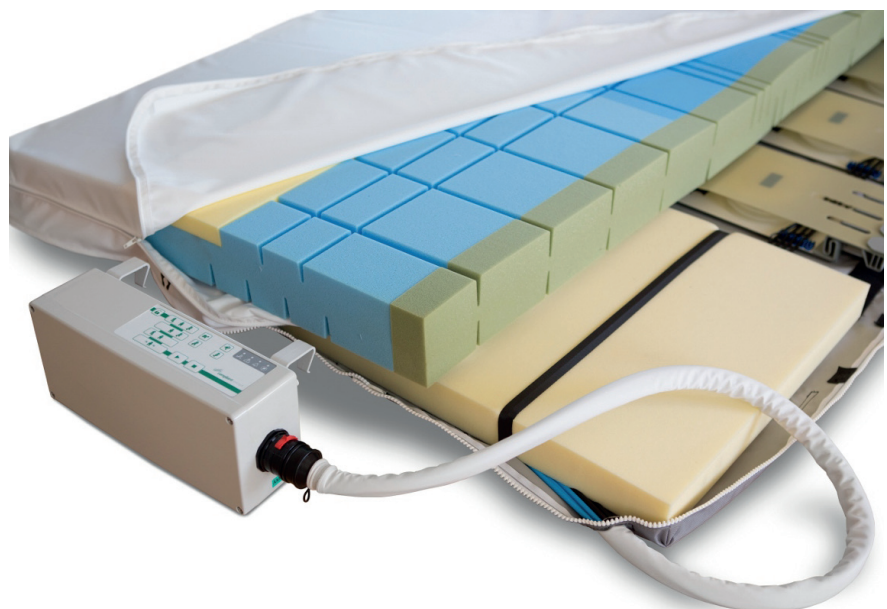


Abbildung 4: Das AMS basiert auf einer Matratze mit normalen Liegeeigenschaften. Deren Randzonenverstärkung (grün) erleichtert sichere Transfers. Die aktiven Module mobilisieren den Patienten kaum wahrnehmbar.

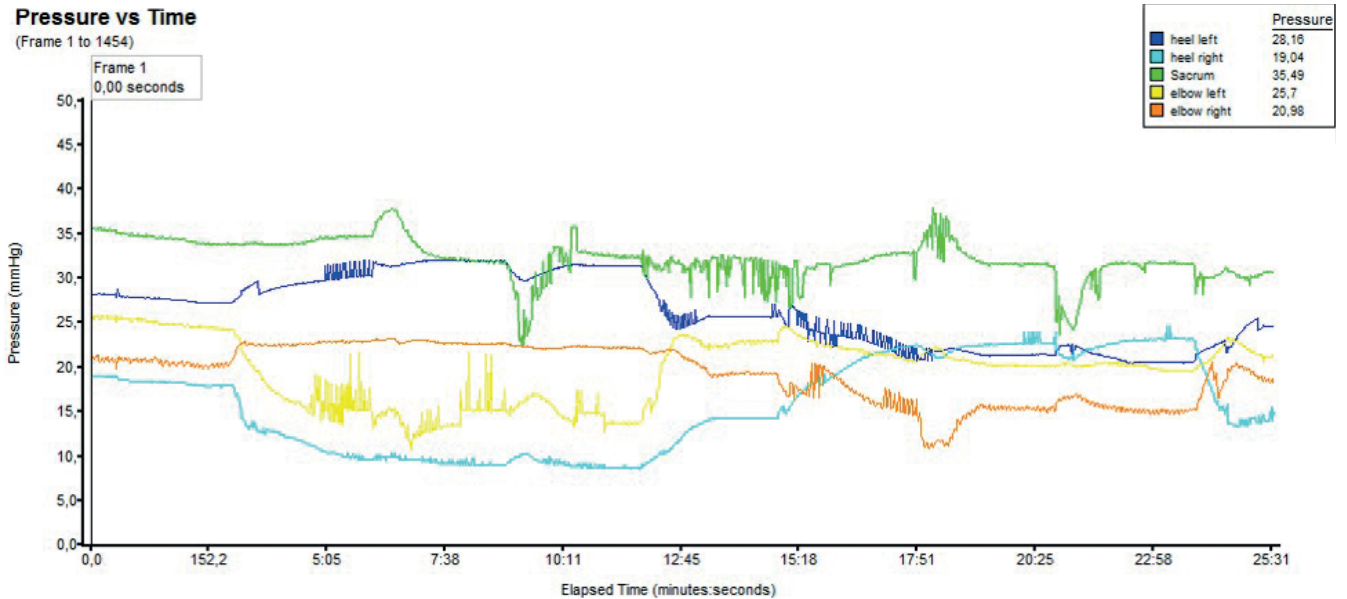


Abbildung 5: Auflagedruck an kritischen Körperstellen einer 70-jährigen Patientin mit 70kg Körpergewicht im Verlauf der Mobilisierung durch das AMS. Durch die Druckverlagerung können auch die kritischen Stellen gut entlastet werden.

nicht beeinträchtigt. Aufgrund dieser Vorteile eignet sich das AMS für einen langfristigen prophylaktischen Einsatz. Die Pflegefachkraft kann das System frühzeitig einsetzen, bevor eine Rötung oder ein Dekubitus eingetreten ist. Erste Anwendungsbeobachtungen haben aber bestätigt, dass sich das AMS bei Bedarf auch für die Therapie eignet: Im Schweizer Paraplegikerzentrum und in Schweizer Pflegeinstitutionen sind Dekubitus bis Grad 2 abgeheilt, ohne dass die Patienten und Bewohner zusätzlich gelagert werden mussten.

Seine Stärken spielt das AMS vor allem in der Pflege von Patienten mit einem erhöhten Dekubitusrisiko aus, die Umpositionierungen nicht oder ungenügend tolerieren – beispielsweise nach einem Schlaganfall, bei Schmerzen, Einschränkungen der Motorik oder demenzieller Erkrankung. Insbesondere wenn kognitiv eingeschränkte Patienten nach einer manuellen Lagerung nicht mehr einschlafen können, entstehen für alle Beteiligten herausfordernde Situationen. Auf dem AMS können diese Patienten durchschlafen, während das AMS die Dekubitusprophylaxe gewährleistet.

So werden sowohl die Pflege als auch die PatientInnen und BewohnerInnen in anspruchsvollen Situationen entlastet und die Pflegefachkraft kann ihre Zeit für andere Pflege- und Betreuungsaufgaben einsetzen.

Durch den gesamten Pflegeprozess

Der Mobility Monitor und das Active Mobilisation System von compliant concept sind zwei Beispiele, wie moderne Technik der Pflege hilft, Risiken schneller zu erkennen, Maßnahmen gezielter vorzunehmen und die Schlaf- und Lebensqualität der Bewohner und Patienten möglichst zu erhalten oder gar zu verbessern.

Aufgrund weiterer Funktionen dient der Mobility Monitor außerdem der Sturzprophylaxe und dem Assessment von BewohnerInnen. Indem der Mobility Monitor auch feinste Bewegung misst, lassen sich beispielsweise Rückschlüsse auf nächtliche Agitationsphasen oder die Wirkung sedierender Medikamente ziehen. Aufgrund der objektiven Darstellung der Ergebnisse in der dazugehörigen Software erleichtert der Mobility Monitor die Kommunikation im Team, mit ÄrztInnen und mit Angehörigen.

So unterstützen Mobility Monitor und AMS die Pflegefachkräfte durch den gesamten Pflegeprozess, von Assessment und Pflegediagnose über die Pflegeplanung bis hin zur Durchführung, Überprüfung und Validierung von Maßnahmen. <<

Der Mobility Monitor und das Active Mobilisation System sind Pflegelösun-

gen der compliant concept AG, einem Spin-off der ETH Zürich und der Empa Dübendorf. Die junge Firma hat sich zum Ziel gesetzt, die zukünftige Pflege von PatientInnen und BewohnerInnen mit ihren Innovationen effizienter, sicherer und für alle Beteiligten komfortabler zu gestalten. www.compliant-concept.ch.



Literatur

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) *Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, 1. Aktualisierung 2010*. Osnabrück, S. 22.

Källman Ü. (2015) *Evaluation of Repositioning in Pressure Ulcer Prevention*. Dissertation, Division of Nursing Science, Department of Medical and Health Sciences, Linköping University, Sweden

Autorenkontakt:

Philipp Zimmermann, Medical Writer.
Kontakt:
bertrand.hughes@compliant-concept.ch

> Über die Bedeutung des Bettes im Alter

Wenn das Bett zur Gefahr wird

SYLKE WERNER

Das Bett ist normalerweise ein Ort der Erholung und Entspannung. Es ist für einen gesunden Schlaf von großer Bedeutung, aber kann besonders für ältere Menschen auch eine Gefahr im Sinne schwerwiegender physischer und psychischer Beeinträchtigungen darstellen. Insbesondere, wenn es zum ausschließlichen Lebensraum wird. Der folgende Beitrag beschreibt die Bedeutung des Bettes im Alter und worauf Pflegende diesbezüglich achten sollten.

Jeder, der morgens mit dem Wecker aufstehen und zur Arbeit muss, wünscht sich wohl manchmal, einfach den ganzen Tag im Bett liegen zu bleiben. Vor allem in der dunklen Jahreszeit kann das Aufstehen am Morgen schwer fallen. Dann sehnt man sich den Tag herbei, an dem man nicht mehr aufstehen muss, sondern einfach tun und lassen kann, was man will, sogar den ganzen Tag im Bett verbringen.

Manch einer denkt vielleicht aber auch, dass er irgendwann einmal im Alter noch lange genug im Bett liegen kann, vor allem, wenn es körperlich nicht mehr anders geht.

Ruhen und Schlafen im Alter

Ruhen und Schlafen ist in jedem Alter wichtig, damit sich der Körper erholen kann. Andauernd unzureichender Schlaf kann krank machen. Gesunder Schlaf wirkt sich auf zahlreiche Fähigkeiten und Aktivitäten aus. Menschen, die ausreichend schlafen, sind leistungsfähiger und allgemein ausgeglichener als unausgeschlafene Personen.

Ältere Menschen brauchen weder mehr noch weniger Schlaf. Der Schlaf verändert sich jedoch im Alter. Er ist störanfälliger, wird häufiger unterbrochen, und der Tiefschlafanteil sinkt.

Quälende Gedanken, Kummer oder Sorgen, aber auch Schmerzen rauben vielen Menschen den Nachtschlaf. Besonders Menschen mit schweren Erkrankungen und damit verbundenen chronischen Schmerzen können häufig

gar nicht erst einschlafen. Viele Patienten schlafen aber auch nicht durch oder werden ganz früh wieder wach.

Ältere Menschen neigen dazu, auch tagsüber zu schlafen. Ursache dafür können Schlafstörungen in der Nacht sein, die dann zur Tagesmüdigkeit führen können. Aber auch geringe Aktivitäten tagsüber können dazu führen, dass ältere Menschen viel sitzen oder liegen. Dies kann letztendlich den Schlaf-Wach-Rhythmus durcheinander bringen. Besonders ältere Menschen ab 60 Jahren klagen besonders häufig über Schlafstörungen. „Schätzungen zufolge leidet rund die Hälfte der Menschen ab 60 Jahren darunter. Vor allem Pflegeheime müssen sich verstärkt auf die Krankheit einstellen. Trotz der offensichtlichen Problematik ist dieses Thema jedoch sowohl in Pflegeeinrichtungen als auch in der Wissenschaft bisher wenig beachtet. Das Pflegepersonal ist mit der Krankheit Schlafstörungen noch zu wenig vertraut.“ (BMBF 2015). Ursachen für Schlafstörungen bei älteren Menschen sind vor allem zu wenig körperliche Bewegung und fehlende geistige Aktivitäten. Lange Schlafphasen am Tag begünstigen Schlafstörungen in der Nacht. Eine klare Trennung zwischen Tag und Nacht ist wichtig für ältere Menschen. Das bedeutet eben beispielsweise Aktivitäten und ausreichend Licht am Tag sowie Ruhe und Dunkelheit in der Nacht. Auch ältere Menschen sollten das Bett nur zum Schlafen aufsuchen. Ausruhen oder mal die Beine hochlegen können sie auch in einem bequemen Sessel oder auf einer Couch. Positiv auf den

Nachtschlaf wirkt sich aus, wenn auch ältere Menschen tagsüber aktiv sind, ihren Haushalt soweit wie möglich selbst bewältigen, einkaufen gehen, soziale Kontakte pflegen oder Hobbys nachgehen.

Körperliche Beeinträchtigungen und/oder Erkrankungen können jedoch dazu führen, dass ältere Menschen viel sitzen oder liegen. Auch Langeweile und eine reizarme Umgebung können müde machen und die Betroffenen „dämmern“ dann auch tagsüber vor sich hin.

Gründe, weshalb ältere Menschen auch tagsüber lieber sitzen, liegen oder auch lieber im Bett bleiben wollen sind zum Beispiel:

- keine sozialen Kontakte außerhalb der Wohnung oder des Heimes
- fehlende Motivation zur Bewegung
- mangelnde Unterstützung zur Mobilisierung
- sich dem Schicksal hingeben
- fehlende Tagesstruktur
- Einsamkeit.

„Die Anzahl pflegebedürftiger Menschen, die ihr Bett nicht mehr oder nur noch kurzzeitig mit fremder Hilfe verlassen können, steigt. Trotzdem geraten diese Menschen im Pflegealltag der Heime oft in Vergessenheit.“ (Scholz-Weinrich & Graber-Dünow 2015, S. 11).

Wann wird das Bett zur Gefahr?

Viele Menschen, vor allem jüngere, liegen gern auch mal länger im Bett, solange sie es freiwillig tun. Manchen Menschen bereitet das Aufstehen danach allerdings unter Umständen Probleme, weil die Gelenke oder Muskeln schmerzen.

Viele Menschen, besonders ältere, fürchten sich eher davor, vielleicht einmal tatsächlich bettlägerig zu werden.

Langes Liegen hat Folgen, egal ob man jung oder alt ist. Dennoch bekommt man zum Beispiel im Krankenhaus ein

Bett zugewiesen, unabhängig davon, ob man mobil oder immobil ist. Nicht jede Erkrankung ist aber mit einer eingeschränkten Beweglichkeit verbunden. „Das Patientenbett ist für den bettlägerigen Patienten Ruhe- und Schlafstätte, Ess- und Wohnzimmer und in manchen Fällen auch Badezimmer und Toilette sowie für Kinder mitunter Spielzimmer.“ (Menche 2009, S. 182). Vom Bett aus nimmt der Patient an seiner Umgebung teil und begegnet Angehörigen, Besuchern, Pflegenden und Ärzten. Wird man auf diese Weise nicht sogar auf die Bettlägerigkeit vorbereitet? Vor allem, wenn man älter ist?

„Niemand sagte mir, dass ich aufstehen soll“ oder „man kann sich ja nur im Bett aufhalten, weil sonst kein Platz ist.“ (Zegelin 2008). Frau Prof. Dr. Zegelin spricht von einer „schleichenden Bewegungsunfähigkeit“, die verschiedene Ursachen hat. So sind zum Beispiel Krankenhäuser gefährliche Orte für alte Menschen.

Weitere Ursachen sind zum Beispiel (Zegelin 2008):

- Bewegungsmangel
- Medikamente
- Falsche Rücksichtnahme durch Schonung

Ein Heimeinzug kann die Immobilität fördern, wenn Anreize fehlen und die Bewohner kaum Freude an der Bewegung haben. Um Stürzen vorzubeugen, ist es für ältere Menschen zu Hause wie auch im Pflegeheim sicherer, zu sitzen oder eben zu liegen. Im stationären Bereich fehlt auch häufig die Zeit, mit jedem älteren Menschen, dem Immobilität droht, täglich die Gehfähigkeit zu trainieren. Senioren werden auch zu schnell in den Rollstuhl gesetzt, anstatt mit ihnen zu laufen. Dann liegt die Person zwar nicht im Bett, aber von selbstständiger Bewegung kann keine Rede sein, eher von Scheinmobilität (Zegelin 2008). „Pflegebetten dominieren die Situation, scheinen die Bettlägerigkeit zu verfestigen.“ (Zegelin 2008).

Wohl dem, der noch so mobil ist, dass er das Bett und am besten das Zimmer selbstständig verlassen und vielleicht sogar an die frische Luft gehen kann. Was aber ist mit älteren Menschen, die das Bett nicht allein verlassen können?

Viele der älteren Personen nehmen die Bettlägerigkeit als schicksalhafte Fügung hin, die als Folge einer schweren Krankheit nicht abzuwenden ist. Doch

nicht in jedem Fall führt der gesundheitliche Zustand der älteren Menschen dazu, dass er das Bett nicht mehr verlassen kann. Der Prozess zur Bettlägerigkeit entwickelt sich langsam. Pflegende können in diesen Prozess eingreifen und eine schwere Bettlägerigkeit möglicherweise verhindern bzw. hinauszögern. Folgende Faktoren können eine Bettlägerigkeit begünstigen:

- fehlende Unterstützung für körperlich eingeschränkte Menschen
- ungeeignetes Umfeld, zum Beispiel nicht passende Möbel, Stolperfallen
- falsche Rücksichtnahme auf das Umfeld, nicht „zur Last fallen wollen“, aber auch auf der anderen Seite falsche Rücksichtnahme durch das Umfeld, um den älteren Menschen nicht zu „überfordern“ oder ihn „Risiken“ auszusetzen
- häufiges Liegen, um sich selbst zu schonen
- Angst vor der Bewegung wegen Furcht vor Stürzen (zum Beispiel Morbus Parkinson- oder Apoplex-Betroffene)
- unzureichende Muskelkraft (zum Beispiel bei Sarkopenie)
- Inkontinenz

Etwa vom 50. bis 60. Lebensjahr führen degenerative Prozesse dazu, dass die Bewegungsfähigkeit und Kondition des Menschen abnehmen. Die Bewegungen werden unrythmischer und langsamer. Je nach körperlichem Zustand schwankt die Belastbarkeit stark. Es besteht dann die Gefahr, dass sich die Betroffenen weniger bewegen. Das tägliche Aufstehen aus dem Bett oder dem Sessel kann dann zu einer kaum überwindbaren Hürde werden.

Hauptkennzeichen für beeinträchtigte körperliche Mobilität ist die Unfähigkeit, sich unabhängig zu bewegen. Die Betroffenen verlassen die Wohnung oder die Institution nicht mehr oder benötigen dazu Unterstützung. Weitere Kennzeichen sind eine verminderte Bewegungskontrolle sowie eine verminderte Muskelmasse und Muskelkraft.

Die eingeschränkte Mobilität bzw. die Immobilität wirken sich wiederum auf die Alltagskompetenz aus, auf die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, die Sicherheit und die Selbstpflege. Deshalb fühlt sich ein älterer Mensch, der in seiner Bewegung eingeschränkt ist, hilflos. Er erlebt eine teilweise oder vollständige Einschränkung des Bewegungsvermö-

gens als grundlegende Veränderung. Nicht mobil zu sein, löst unterschiedliche Gefühle und Empfindungen aus. Handlungsfähigkeit und Autonomie sind in jedem Fall eingeschränkt.

Wenn demzufolge ältere Menschen zu viel bzw. zu lange sitzen oder gar im Bett liegen, kann das sämtliche Lebensbereiche beeinflussen.

Folgen von Immobilität sind zum Beispiel:

- Muskelschwund, Kräfteverfall, reduzierte Gelenkbeweglichkeit, Gelenkfehlstellungen, Kontrakturen
- Desorientierung, reduzierte Aufnahmefähigkeit und Informationen, Störung des/r eigenen Körperbildes/ Körpererfahrung
- Beeinträchtigung des Konzentrationsvermögens, Schlafstörungen

Psychische Folgen sind zum Beispiel:

- Selbstwertgefühl und Selbstachtung können beeinflusst werden
- Isolation, Vereinsamung, mangelnde Durchblutung des Gehirns und fehlende geistige Anregung (Nachlassen, kognitiver, emotionaler Fähigkeiten), Wahnvorstellungen und Demenzen werden begünstigt,
- kompletter körperlicher und geistiger Verfall möglich, Veränderung des Selbstbildes
- tiefe Krise möglich

Mögliche soziale Folgen sind:

- Zusammenbruch sozialer Beziehungen (Isolation)
- Selbstvernachlässigung
- Verlust sozialer Rollen

Bewegung ist ein zentrales Grundbedürfnis, auch für ältere Menschen, wenn sie die notwendige Unterstützung unterhalten und eine zunehmende Immobilität eben nicht als Normalität angesehen wird (Mayer et al. 2011).

Eine Pilotstudie in Wien zur Entstehung von Bettlägerigkeit in Pflegeeinrichtungen 2011 ergab, dass zwei von drei Bewohnern ortsfixiert sind und jeder zweite Bewohner bettlägerig ist (Mayer et al. 2011). Diese Anzahl bettlägeriger Menschen ist auch in deutschen Pflegeeinrichtungen zu vermuten (Scholz-Weinrich & Graber-Dünow 2015). „Es hängt ganz wesentlich von der Einstellung und Haltung in der Pflege ab, welche Maßnahmen zur Bewegungsförderung durchgeführt werden.“ (Mayer

et al. 2011, S. 47). Zur fachlichen Kompetenz Pflegender zählt deshalb, dass sie Bettlägerigkeit eben nicht als zum Alter dazu gehörig ansehen. Oft sind Pflegende der Meinung, „dass sobald jemand aus dem Bett heraus mobilisiert wird – dieser nicht mehr bettlägerig ist.“ (ebd.). Zu berücksichtigen ist jedoch, dass zwischen verschiedenen Formen der Bettlägerigkeit unterschieden wird:

- „Leichte Bettlägerigkeit: In einer leichten Form kann der Mensch ungefähr vier bis fünf Stunden außerhalb des Bettes sein, etwa in einem Rollstuhl oder in einem Sessel sitzend.
- Mittelschwere Bettlägerigkeit: Bei einer mittelschweren Ausprägung verlässt der Mensch für wenige Handlungen kurze Zeit das Bett, etwa um auszuschneiden, zur Körperpflege oder zum Essen.
- Schwere Bettlägerigkeit: In einer schweren Form steht der Mensch überhaupt nicht mehr auf – verbringt also 24 Stunden täglich im Bett.“ (Mayer et al. 2013, S. 8).

Das bedeutet, wenn eine Person nur mal eben schnell für ein paar Stunden aus dem Bett in den Sessel oder Rollstuhl mobilisiert wird, ist diese Person dennoch leicht bettlägerig.

Lebensqualität im Bett?

Bettlägerigkeit lässt sich nicht immer vermeiden. „Sie betrifft Menschen im Endstadium einer Demenz oder Menschen im Wachkoma, und sie betrifft sterbende Menschen.“ (Scholz-Weinrich & Graber-Dünow 2015, S. 14). Auch schwere Erkrankungen oder Unfälle können dazu führen, dass jemand (auch zeitweise) bettlägerig wird.

Pflegende sollten sich dessen bewusst sein, was es für die Betroffenen bedeutet, bettlägerig zu sein. Man stelle sich nur vor, dass man den ganzen Tag im Bett verbringen muss, weil man nicht mehr die Fähigkeit besitzt, selbstständig aufzustehen. Sämtliche Alltagsaktivitäten, wenn man sie noch ausführen kann, finden im Bett statt – Nahrungsaufnahme, Ausscheiden, Körperpflege. Vielleicht schaltet eine Pflegeperson das Radio oder den Fernseher ein, zieht die Vorhänge auf, damit etwas Licht ins Zimmer gelangt und öffnet das Fenster, damit man etwas frische Luft atmen kann. Kommunikation findet kaum oder

Zusammenfassung

Auch für ältere Menschen ist das Bett von Bedeutung, wenn es um einen gesunden Schlaf sowie Erholung und Entspannung geht. Sie sollten das Bett möglichst nur zum Schlafen nutzen. Allerdings kann ein gestörter Nachtschlaf zur Tagesmüdigkeit führen. Dies hat zur Folge, dass sich ältere Menschen auch am Tag wenig bewegen, lieber sitzen oder liegen. Kommen dann auch noch körperliche Einschränkungen oder schwere Erkrankungen mit eingeschränkter Beweglichkeit hinzu, kann der Prozess zur Bettlägerigkeit in Gang gesetzt werden und das Bett wird zur Gefahr.

Schlüsselwörter: *Schlafen im Alter, Bettlägerigkeit, Lebensqualität*

gar nicht statt. Das ist eine sehr unbehagliche Situation, die mit unvorstellbarer Abhängigkeit und großem Autonomieverlust verbunden ist.

Umso wichtiger ist es für Pflegende, auf die Wünsche und Bedürfnisse bettlägeriger Menschen einzugehen, um ein Stück ihrer Lebensqualität zu erhalten.

„... sagen Sie bitte den Schwestern und Ärzten, dass sie sich nicht über die Fußenden des Bettes lehnen sollen. Es ist schlimm für den wehrlos Liegenden, wenn er bei jeder Geste, jeder Aussage „mit erschüttert“ wird (im wahrsten Sinne des Wortes)...“ (Zegelin 2008). Pflegende sollten mit bettlägerigen Menschen immer auf Augenhöhe kommunizieren. Gespräche „von oben herab“ sollten unterbleiben.

Das Pflegebett selbst muss bestimmte Anforderungen erfüllen, um Wohlbefinden sowie eine optimale Pflege des Menschen zu ermöglichen. Es sollte auch den Ansprüchen von Pflegepersonen genügen, zum Beispiel rückschonendes Arbeiten gewährleisten. Pflegerische Interventionen wie zum Beispiel Körperpflege oder Anreichen von Nahrung und Flüssigkeit sollten unter ergonomischen Bedingungen möglich sein. Ein entsprechendes Pflegebett zielt darauf ab, individuelle Positionierungs- und Bewegungsmöglichkeiten zur Entlastung des bettlägerigen Menschen zu ermöglichen sowie auch verschiedene Therapiemaßnahmen im Bett durchführen zu können. Nicht zuletzt sollte ein Pflegebett auch den Anforderungen der Hygiene entsprechen.

Damit bettlägerige Menschen bequem liegen und sich so frei wie möglich bewegen können, sollte das Pflegebett mindestens ein Meter breit und 20 Zentimeter länger sein als derjenige, der im Bett liegt. Die Matratze oder die Matratzenauflage sollten den Bedürfnissen des Betreffenden entsprechen und aus

atmungsaktivem Material bestehen. Kopf- und Fußteil des Bettes sollten höhenverstellbar und leicht bedienbar sein. Das Bett sollte möglichst von allen Seiten zugehbar sein. Rollbare Betten können tagsüber in einen Gemeinschaftsraum oder auf den Balkon geschoben werden.

Neben den Anforderungen, die an ein Pflegebett selbst gestellt werden, spielt auch der Standort eine wesentliche Rolle. Beispielsweise bedeutet der Blick aus dem Fenster für einen bettlägerigen Menschen „...nicht nur eine gelegentliche Aussicht, sondern er ist Ausblick in das Leben `da draußen`. Wenn möglich, sollte die oder der Pflegebedürftige aus diesem Fenster nicht auf einen dunklen Hinterhof oder eine trostlose Mauer schauen, sondern auf einen begrünten Innenhof, einen Baum oder in den Himmel blicken können.“ (BMG 2010, S. 17). Aufgrund der baulichen Gegebenheiten ist es im stationären Bereich nicht immer möglich, dies umzusetzen, vor allem dann, wenn mehrere Betten in einem Raum stehen. Dabei ist es besonders für bettlägerige Bewohner in Pflegeeinrichtungen wichtig, dass sie sich wohlfühlen, etwas Lebensqualität erfahren und am Leben außerhalb der Institution teilhaben können. Persönliches Bettzeug und Kissen können, besonders bei Menschen mit Demenz, ein „heimisches“ Gefühl vermitteln. Vom Bett aus sollten persönliche Erinnerungsgegenstände und Fotos zumindest gesehen werden. Pflegende und Betreuungspersonen sollten der bettlägerigen Person regelmäßig Lieblingsgegenstände oder Fotos in die Hand geben und mit ihr kommunizieren. Ist eine verbale Kommunikation nicht mehr möglich, können auch Gefühle ohne Worte kommuniziert werden! In diesem Zusammenhang ist die Basale Stimulation® von großer Bedeutung, um

auch im Bett die Sinneswahrnehmung so lange wie möglich zu erhalten.

„Wenn Menschen bereits bettlägerig sind, dann ist die sorgfältige Einschätzung der noch vorhandenen Bewegungsfähigkeit wichtig. Bettlägerigkeit ist nicht immer gleichbedeutend mit Bewegungsunfähigkeit.“ (Berger & Hennings 2014, S. 29).

Wenn immer möglich, sollten Menschen, die aufgrund von Kraftlosigkeit oder Gebrechlichkeit am liebsten den ganzen Tag im Bett verbringen würden, tagsüber für kurze Zeit außerhalb des Bettes mobilisiert werden. Eine Mobilisation ist vom Allgemeinzustand der Person abhängig und in bestimmten Situationen nicht möglich, wie zum Beispiel in einem akuten Krankheitsfall oder in den letzten Tagen des Lebens.

Eine Umlagerung in den Rollstuhl oder Pflegesessel ermöglicht jedoch die Anwesenheit oder Teilnahme des älteren bettlägerigen Menschen an Gruppenaktivitäten, auch wenn er nur zusieht oder zuhört. Er nimmt auf jeden Fall wahr, dass um ihn herum etwas geschieht und dass er nicht allein ist. Er fühlt sich nicht abgeschoben oder ausgegrenzt. <<



Literatur

Berger B. & Hennings D. (2014) *Bettlägerigkeit verhindern – Bewegung fördern*. In: demenz Das Magazin, 22/2014. S. 27–29, https://www.zieglersche.de/files/dem_22_s.27_29.pdf, Zugriff am 16.12.2015.

BMBF Bundesministerium für Forschung und Bildung (2015) *Schlafstörungen im Alter – Warum die Krankheit unterschätzt wird und was Betroffenen helfen kann*. <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/2252.php>, Zugriff am 16.12.2015.

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2010) *Pflegen zu Hause. Ratgeber für die häusliche Pflege*. http://www.bmg.bund.de/uploads/publications/BMG-P-G-502-Ratgeber-Pflegen-zu-Hause_201008.pdf, Zugriff am 16.12.2015.

Mayer H., Schrank S. Zegelin A. (2011) *Prävalenzhebung zur Bettlägerigkeit und Ortsfixierung – eine Pilotstudie*. Endbericht November 2011. https://pflgewissenschaft.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/inst_pflgewiss/Homepage_neu/Home/Institut/Projekte/Endbericht_Pr%C3%A4valenzhebung_2011.pdf, Zugriff am 16.12.2015.

Menche N. (2009) *Repetitorium Pflege Heute*. Elsevier, Urban & Fischer Verlag, München, Jena.

Scholz-Weinrich G. & Graber-Dünow M. (2015) *Lebensraum Bett. Bettlägerige alte Menschen im Pflegealltag*. Schlütersche Verlagsgesellschaft Hannover.

Zegelin A. (2008) *Die allmähliche Ortsfixierung. Not und Wirklichkeit von Menschenschicksalen – eine wissenschaftliche Untersuchung*. <http://www.bewegung-pfleegt.de/archiv2008/vortraege/.../Zegelin-07.11.08.ppt>, Zugriff am 16.12.2015.

Autorenkontakt:

Sylke Werner ist Altenpflegerin und hat den Abschluss B.Sc. in Gesundheits- und Pflegemanagement. Sie arbeitet als Trainerin in der Pflegeausbildung.
Kontakt: Sylke.Werner63@web.de



Neuer Name – bewährtes Konzept

Aus PFLEGE & REHA wird PFLEGE PLUS – das Thema Pflege rückt so noch stärker in den Mittelpunkt der erfolgreichen Kombination aus Messe und Kongress. Namhafte Aussteller und ein zertifiziertes Fortbildungsprogramm erwarten Sie. Profitieren Sie vom fundierten Angebot an Impulsen und Lösungen für Management und Fachpersonal.

TOP-THEMEN 2016

PSG II / FÜHRUNGSKULTUR / WUNDMANAGEMENT
DEMENTZ / AKTIVIERUNG / BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT / RESILIENZ / PALLIATIVVERSORGUNG

www.pflegeplus-messe.de

26. – 28. APRIL 2016
MESSE STUTTGART



> Ein systematischer Blick auf ein Tabuthema

Gewalt zwischen Pflegenden und Patienten

JÖRG RÖVEKAMP & HEIKE SOMMER

Jeder in der Pflege Tätige kam auf irgendeine Art und Weise schon einmal mit dem Thema Gewalt in Berührung. Oft wird das Problem verdrängt, obwohl es kein seltenes Phänomen in der pflegerischen Praxis darstellt. Um aber an einem schwierigen Beziehungsklima zwischen Patient und Pflegekraft erfolgreich etwas verändern zu können, ist es wichtig, den vielfältigen Ursachen auf den Grund zu gehen. Erfahrungen zeigen, dass vor allem Frustrationen in der Pflegebeziehung die Situation manchmal eskalieren lassen.

Das Thema „Gewalt in der Pflege“ hat im Bewusstsein von Fachkräften einen hohen Stellenwert erlangt. Mittlerweile beschreiben schon zahlreiche Veröffentlichungen Ausdrucksformen gewaltbelasteter Zustände etwa in Pflegeheimen sowie Erklärungsversuche aus Sicht der Betroffenen. Ebenfalls ist die Problematik seit vielen Jahren in den Curricula der Ausbildungen für Pflegeberufe etabliert, sodass SchülerInnen dafür sensibilisiert werden. Heute existieren bereits Assessmentskalen zur Einschätzung von aggressiven Verhaltensweisen.

Verschiedene Erklärungstheorien werden hinzugezogen, um zu verstehen, ob und warum sich ein Mensch im Heim oder Krankenhaus aggressiv verhält. Dazu werden psychologische Ansätze wie etwa die Frustrations-Aggressions-Hypothese, der tiefenpsychologische Ansatz oder auch lerntheoretische Modelle genutzt. Diese Konzepte suchen vorwiegend individuumszentriert nach Ursachen für das Verhalten beim Aggressor.

Als ein anderer Ansatz kann die Systemtheorie zur Erklärung des Phänomens „Gewalt in der Pflegebeziehung“ herangezogen werden: Mit einem systemischen Ansatz erkennen wir eine Pflegebeziehung als ein soziales System, in dem sich die handelnden Personen aufeinander beziehen. Fachkräfte stehen hiernach in einer ständigen Interaktion mit ihren PatientInnen, in der eine wechselseitige Beeinflussung immer stattfindet. Auch nach außen befinden sich beide in einer Wechselwirkung

mit den Bedingungen des Heims oder des Krankenhauses – als Organisation. Diese stellen die Umwelt dar, in der wir mit unseren PatientInnen interagieren. Mithilfe dieses Verständnisses soll nun versucht werden, diese Wechselwirkungen zwischen Pflegenden und den Patienten/Bewohnern zu durchleuchten, sie sogar vorherzusagen und auch positiv zu beeinflussen. Mit den Systemforschern schauen wir auf das *Beziehungsphänomen* als maßgeblichen Einfluss auf das soziale Verhalten der Beteiligten. Folglich beschäftigt uns in diesem Text die Art der Beziehung, in der Gewalt entsteht, also: Wie verläuft die Interaktion zwischen Pflegenden und Patienten, wenn Gewalt vorkommt und inwiefern ist diese Beziehung auch noch von außen durch Gewalt fördernde in-

stitutionelle Bedingungen beeinflusst? Wenn Fachkräfte und Bewohner bzw. Patienten ein sehr dynamisches Beziehungsgeflecht von Geben und Nehmen erzeugen, entstehen darin manchmal Gewalt begünstigende Besonderheiten. So gelingt es, unser Begreifen des Gewaltphänomens aus der Qualität der Pflegebeziehung herzuleiten. Es wird ein destruktives Zusammenspiel der Interagierenden sichtbar.

In diesem Artikel werden zunächst verschiedene Formen von Gewalt beschrieben. Danach soll die „Anatomie“ der Gewalt aus systemischer Sicht geklärt werden. Daran schließen sich zwei Fallbeispiele an, die das Gewaltpotenzial in der Pflegebeziehung verdeutlichen sollen. Abschließend werden systemische Implikationen für unser fachliches Handeln als neue Lösungsversuche vorgestellt.

Systemische Perspektive auf die Pflegebeziehung

Stellen wir uns die Pflegebeziehung als einen Kreislauf vor, wird klar, wie das Handeln der Fachkräfte und der zu Pflegenden in eine gefährliche Dynamik gerät, wenn die Beteiligten den Austausch als unfair erleben. Hindert uns die Art der Beziehung daran, unse-

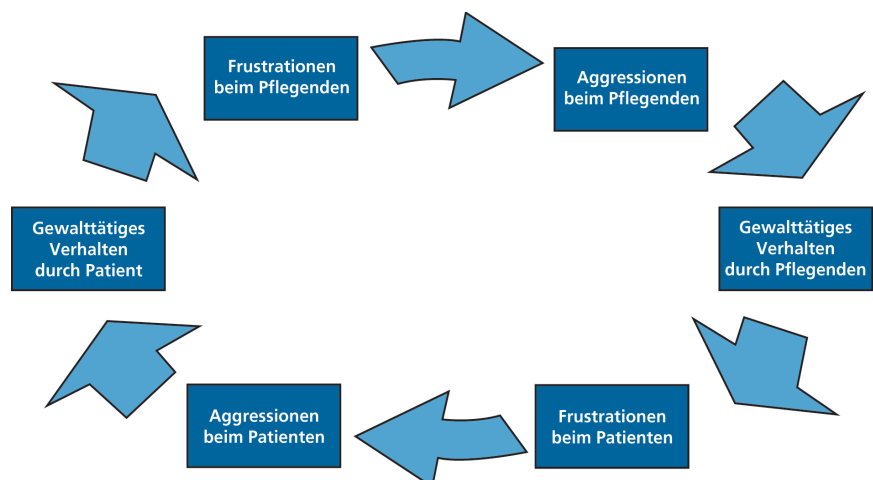


Abbildung 1: Pflegebeziehung als Kreislauf (Abbildung: Rövekamp)



Foto: Sandor Kacso/Fotolia

Nicht immer verläuft die Beziehung zwischen Pflegekräften und Patienten harmonisch. Frustrationen auf beiden Seiten führen manchmal zu Aggressionen und sogar Gewalt in ihren unterschiedlichen Ausprägungen.

re Bedürfnisse und Wünsche zu erfüllen, bleiben wir nicht immer sachlich, sondern fühlen uns als Opfer. Wenn unsere Reaktion vom Gegenüber daraufhin auch als aggressiv erlebt wird, empfindet sich der Andere ebenso als Opfer – wir werden für ihn zum Täter. Es kommt also in einer psychodynamischen Perspektive zu einer Abfolge von Frustration, Aggression und schließlich auch gewalttätigem Verhalten bei jedem Beteiligten, die wiederum beim Anderen die gleiche Kette freisetzt und damit einen Teufelskreis in Gang hält (siehe Abbildung 1). Im Folgenden werden diese drei Elemente der Kette – in einer psychodynamischen Perspektive – näher beschrieben.

Frustration

Sie entsteht, wenn eine Person trotz ihrer Motivation gehindert wird, die gewünschte Handlung auszuführen oder einen Wunsch zu erfüllen. Die Barrieren, die uns behindern, entziehen sich dabei häufig unserem Einfluss. So entstehen Gefühle wie Ärger und Wut, die sich bei den Betroffenen auch in physiologischen

und gedanklichen Veränderungen sowie dann auf der Handlungsebene zeigen.

Frustrationen in der Pflegebeziehung

Die Pflegebeziehung kann sowohl für die Pflegeperson als auch für den Pflegebedürftigen schon grundsätzlich frustrierende Elemente enthalten.

Bei der Pflegeperson können diese sein:

- fehlende Erfolgserlebnisse; zum Beispiel dadurch, dass es bei älteren Patienten oder Patienten in der Präterminalphase unter Umständen trotz hohen Engagements nicht zu einer Verbesserung der Erkrankung bzw. von Einschränkungen kommt
- Empfindung fehlender Dankbarkeit; Patienten kommen stattdessen häufig mit unerfüllbaren Ansprüchen und „sind nörgelig“
- trotz freundlichen Engagements verweigert der Patient die Mitarbeit, was zusätzlich zu schlechten Pflegeergebnissen führt und möglicherweise zu einer negativen Bewertung der Pflegekompetenz von Vorgesetzten
- die Pflegeperson sieht im Patienten ihre mögliche eigene Zukunft und ist

mit der Endlichkeit des eigenen Lebens konfrontiert.

Bei dem Pflegebedürftigen können diese sein:

- er/sie muss seine/ihre Bedürfnisse den Arbeitsabläufen unterordnen
- die Erfüllung von Wünschen, für welche die Mitwirkung der Pflegekraft benötigt wird, wird auf später verschoben oder bleibt ganz aus
- die Dringlichkeit eines Anliegens wird von der Pflegekraft infrage gestellt
- durch die Notwendigkeit, zunehmend Hilfe anzunehmen, leidet das Selbstwertgefühl. Es gibt immer weniger Möglichkeiten für den Pflegebedürftigen, sich selbst als nützlich zu empfinden
- die Zuwendung und Aufmerksamkeit bekommt der Pflegebedürftige nicht in dem von ihm gewünschten Maße
- das Erleben der sich immer weiter einschränkenden Mobilität
- Situation der Abhängigkeit
- Bevormundung und Verlust der Würde
- eine Behandlung, die nicht erwachsenengerecht ist

Zusätzlich zu diesen frustrierenden Elementen sind beide Beteiligten noch Frustrationen außerhalb der Pflegebeziehung ausgesetzt. Auf Seiten der Pflegeperson können diese sein:

- mangelnde Anerkennung: der Beruf der Pflegefachkraft genießt kein besonders hohes Ansehen. Bei AltenpflegerInnen ist die „Anerkennung“ sogar oft noch geringer
- mangelnde Unterstützung: finanzielle und institutionelle Vorgaben der Institution stehen den Belangen einer bedürfnisorientierten Arbeitssituation entgegen
- Kritik durch die Angehörigen des Patienten
- Belastung durch überhöhte Erwartungen von Angehörigen, Kollegen und Vorgesetzten

Auf Seiten des Pflegebedürftigen können diese sein:

- unerwünschter Krankenhausaufenthalt bzw. ungewollter Umzug in ein Pflegeheim
- Unvermeidbarkeit von Abhängigkeit und Belastung (insbesondere finanzieller Art)

Das zweite Element ist die Aggression. Frustrationen wurden ausgelöst und so stellt sich Aggression ein.

Aggression

kann als Reaktion auf eine frustrierende, bedeutsame Situation bezeichnet werden, welche in der Absicht zu schädigen mündet, häufig aus dem Gefühl der Frustration erwächst und sich aus erinnerten Erfahrungen speist. Unsere Erfahrungen in der Beziehung zu unseren Patienten und Bewohnern beinhalten häufig ein latentes Gefühl von Aggressionen, die durch die Nichterfüllung von Bedürfnissen (Frustrationen) erzeugt werden. Die Wirkung von Aggression zeigt sich auf der emotionalen, körperlichen sowie auf der handelnden Ebene. Sie mündet oft in Gewalt.

Gewalt

ist eine schädigende Handlung bzw. behindernde Machtausübung gegen andere Menschen – die diese als gewalttätig erleben. Wichtig ist ebenso, festzustellen, dass auch Gewalt wie vorher Frustration und Aggression, subjektiv empfunden, d.h. als verschieden stark bedeutsam erlebt wird, denn was dem einen von uns schon gewalt-

Zusammenfassung

Die Autoren Jörg Rövekamp und Heike Sommer zeigen kenntnis- und detailreich das Phänomen „Gewalt zwischen Pflegenden und Patienten“ auf. Anhand konkreter Fallbeispiele erklären sie, wie Aggression und Gewalt am Krankenbett überhaupt entstehen. Ebenso finden sich Antworten auf die Frage, wie die gefährliche Kette von Frustration, Aggression und Gewalt durchbrochen werden kann. Dazu müssen sich Pflegekräfte erst einmal die Mechanismen einer schwierigen Interaktion verdeutlichen und dabei ihr persönliches Verhalten reflektieren. Psychologische Ansätze und systemorientierte Modelle helfen bei der Konfliktbewältigung ...

Schlüsselwörter: Gewalt, Pflegebeziehung, Pflege

tätig vorkommt, lässt eine andere Pflegeperson noch fast unberührt.

Doch nicht nur unsere persönliche Empfindung beeinflusst den Umgang mit erlebter Gewalt. Ebenso hat etwa die Bewertung des Zustands des Patienten, der zum Täter wird, Einfluss darauf, wie wir diese empfinden und darauf reagieren. So nimmt vielleicht eine Fachkraft etwa Bewohnern mit Demenz gewalttätiges Verhalten weniger übel als Patienten, denen sie einen klaren Verstand unterstellt.

Gelingt es Fachkräften nun, diese Verkettung von Frustration – Aggression – Gewalt mit Abstand zu betrachten, werden sie die Opfer-Täter-Kette besser verstehen können. Sie bleiben nicht in einseitigen Schuldzuweisungen stecken, sondern vermindern das Risiko weiterer Eskalationen. Ihnen wird Gewalt in der Pflege als ein Symptom einer schädigenden Pflegebeziehung sichtbar.

Gewalt kann sich in verschiedenen Formen äußern. Auch wenn das Wesen der Gewalt immer darin besteht, dass Handlungen anderer gegen unseren Willen geschehen, so kann sie doch unterschiedliche Gestalten annehmen. Mit anderen Worten: Ist erst Gewalt im Spiel, sind oft verschiedene Ausprägungen vertreten. Im Folgenden sollen einige Gewaltarten dargestellt werden:

Personale Gewalt

Personale Gewalt geht in der Pflegebeziehung von den beteiligten Menschen aus. Sie zeigt sich im dynamischen Wechselspiel der Beziehungen zwischen den Pflegenden und Patienten/Bewohnern. Sie kann physisch wie psychisch erfolgen. Hierbei unterscheiden

wir zwischen Vernachlässigung und Misshandlung.

Vernachlässigungen. Werden von Pflegenden bewusst oder unbewusst Handlungen bzw. Maßnahmen unterlassen, die für die körperliche oder seelische Unversehrtheit ihrer Anvertrauten wichtig sind, handelt es sich um Vernachlässigungen. Auf einen ausdrücklichen Wunsch nicht zu reagieren, ist also eine Form der Vernachlässigung. Eine bewusste Vernachlässigung wäre in diesem Fall zum Beispiel, einem Patienten, der nicht in der Lage ist, selbstständig zu essen, keine Nahrung und keine Getränke anzubieten.

Als unbewusste Vernachlässigung kann das Nicht-Erkennen von Bedürfnissen bezeichnet werden, wenn etwa der Durst eines Patienten bei sommerlichen Temperaturen unterschätzt und ihm aufgrund dessen zu wenig Flüssigkeit angeboten wird – also die Unterlassung situationsadäquater Handlungen, wenn wir uns seine Situation nicht bewusst machen. Eigentlich hätten wir es besser wissen müssen.

Beispiele für Vernachlässigungen eines Patienten durch Pflegekräfte:

- ungenügende Lagerung oder Mobilisierung
- Hilfsmittel, wie zum Beispiel Gehstock oder Rollator nicht in erreichbare Nähe bringen
- völliges oder teilweises Unterlassen von körperpflegerischen Verrichtungen
- Patienten nicht zur Toilette helfen oder länger als nötig dort belassen
- Nicht-Beachtung der Intimsphäre des Patienten, zum Beispiel durch Wa-

- schungen ohne Sichtschutz vor den Augen der Mitpatienten
- Unterlassen von Verbandswechseln
 - auf Äußerungen wie „Mir ist kalt“ nicht reagieren, also zum Beispiel keine weitere Decke geben
 - allgemein nicht auf Wünsche des Patienten reagieren, zum Beispiel nach Frischluft, Nahrung oder Flüssigkeit
 - Nicht-Verabreichung von nötigen Medikamenten
 - Versagen der Kommunikation (ansprechen)
 - Patienten dabei nicht unterstützen, Kontakt zu Angehörigen, Freunden, Seelsorgern usw. zu knüpfen

Patienten drücken ihre Missachtung gegenüber Pflegepersonen zum Beispiel durch Verweigerung der Kommunikation oder mangelnde Unterstützung bei der Körperpflege aus, obwohl es dem Patienten möglich wäre.

Misshandlungen sind im Gegensatz zu Vernachlässigungen durch ein aktives Handeln gekennzeichnet. Sie können körperlich sein (schlagen, treten, bewusst falsche Verabreichung von Medikamenten), aber auch die Einschränkung der Mobilität (zum Beispiel durch Fixierungen), die psychische Härte (Beschimpfungen, verbale Drohungen, Isolierung), finanzielle Exploitation (Geldmittel werden entgegen dem erklärten Willen des Betroffenen verwendet oder vorenthalten) sowie eine Einschränkung des freien Willens werden unter diesem Begriff subsumiert.

Beispiele für Misshandlungen an Patienten durch Pflegekräfte:

- Zwang zur Mobilisation
- grobes Zufassen bei pflegerischen Verrichtungen
- Fixierung
- Anbringen von Bettgittern
- Entfernung von Hilfsmitteln, wie Brille, Gehhilfen, Schellen
- unaufgefordertes Duzen
- respektloses Anreden, wie zum Beispiel „Alter“ oder „Oma“
- Patienten beschimpfen
- Patienten mit Verweigerung von Hilfen oder Unterlassungen drohen
- Patienten gegen dessen erklärten Willen waschen
- nächtliches Waschen
- grobe Mundpflege
- abfällige Äußerungen, zum Beispiel „Na, wieder vollgesabbert?!“

- rüdes Wecken
- Entzug von Wärme, zum Beispiel durch Entfernen der Decke oder Abdrehen der Heizung
- ungewolltes Rasieren
- zum Essen zwingen
- Essen reichen während der Patient auf dem Nachtstuhl sitzt
- Nahrung oder Flüssigkeit zu schnell anreichen
- Überdosierung von Medikamenten (zum Beispiel Sedativa zur Ruhigstellung des Patienten)
- Anlegen eines Blasenverweilkatheters, um Toilettengänge zu vermeiden
- Patienten unangemessen in Intimregionen berühren
- Patienten schlagen, schneiden o.ä.

Beispiele für Misshandlungen der Pflegeperson durch den Patienten:

- schlagen, kneifen, beißen, treten der Pflegeperson
- ungerechtfertigte Kritik
- beschimpfen
- bewusstes, provozierendes Einkoten
- bewerfen mit Gegenständen
- Beleidigungen
- sexuelle Übergriffe (verbal und/oder körperlich)
- „Dauerklingeln“

Strukturelle Gewalt

Diese Gewaltform wirkt durch äußere Bedingungen und Regelsysteme, etwa

Normen in Krankenhäusern oder Pflegeheimen auf das Personal und auf die Patienten/Bewohner. Hier werden zum Beispiel Bewohner durch Einschnitte ihrer Bedürfnisse betroffen, etwa bei festen Essenszeiten, und die Pflegebeziehung selbst belastet, wie im Fall von Zeitmangel der Fachkräfte. Einrichtungen können deshalb auch als „Regelsysteme“ verstanden werden, welche das individuelle Verhalten deutlich beeinflussen oder sogar beeinträchtigen. So sind nicht nur Essenszeiten vorgegeben, sondern auch der Zeitpunkt für Körperpflege oder die Schlafenszeit sind vom Bewohner nicht immer beeinflussbar. Ebenso können von Fachkräften Zeit- und Personalmangel, starre Tagesabläufe, starre Pflege- und Prophylaxevorgaben als Frustrationen empfunden werden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass strukturelle Gewalt indirekt auf die Pflegebeziehung wirkt. Dort kann eine empfundene Frustration zur Ausübung von personaler Gewalt zwischen den Beteiligten führen.

Wenn Patienten/Bewohner, etwa bei Fixierungen, zwar gegen ihren Willen, aber gleichzeitig zu ihrem Schutz behandelt werden, tritt die Fachkraft u. U. in den Augen der Betroffenen als Täter auf, doch gleichfalls ist ihr Handeln die Ausführung funktionaler Gewalt der Einrichtung. Obhut und Betreuung dienen den Zielen der Sicherheit und

— Anzeige —

gesundheitskongresse.de

Interprofessioneller Gesundheitskongress

8. und 9. April 2016

Internationales Congress Center Dresden

Pflege • Medizin • Therapie • Wissenschaft

Weitere Informationen:

030 / 82787-5514

info@gesundheitskongresse.de

Gefahrlosigkeit der Schutzbefohlenen. Solche Handlungen werden von Pflegekräften im Zusammenhang mit Selbst- und Fremdgefährdung als erforderlich genannt. Als häufige Schwierigkeiten mit Patienten werden deren fehlende Krankheitseinsicht oder unangepasstes zum Beispiel aggressives Verhalten, das sogenannte „Weglaufen“ oder Nahrungsverweigerung benannt. Dennoch birgt diese Gewaltform Gefahren: Eine Schwierigkeit liegt im Erleben der Betroffenen, denn sie haben nicht immer die Einsicht, dass es sich bei der Handlung um Fürsorge handelt, sondern sie empfinden eine massive Einschränkung ihrer Freiheit. Weiterhin kann auch die Problematik bestehen, dass sich Pflegekräfte und Bewohner in einer latenten Gewaltbeziehung befinden, die alle Betroffenen belastet. Zusätzlich existiert ständig der Gefahrenpunkt, dass die Sensibilität bei Pflegekräften sinkt, wenn Eingriffe in die Freiheit der Patienten zum Dauerzustand werden. Beispielfhaft können hier benannt werden: Nicht-ernst-Nehmen und Missachten von Patientenwünschen oder auch Überfürsorglichkeit aus eigener Hilflosigkeit.

Analyse zweier Fallbeispiele

Um die Opfer-Täter-Kette zu verdeutlichen, werden im Folgenden zwei Beispiele daraufhin analysiert:

Beispiel 1: Ein 44-jähriger Mann mit Astrozytom dritten Grades (Erstdiagnose vor einem halben Jahr) wurde zur Medikamentenneueinstellung und Verlaufskontrolle stationär aufgenommen. Der Patient tritt seit der Aufnahme unwirsch bis unfreundlich auf und reagiert schnell mit Verärgerung – so die Fachkräfte. Die Pflegenden verhalten sich daraufhin irritiert und verstärkt distanziert, sie versuchen den Kontakt zum Patienten kurz zu halten, um weitere Aggressionen zu vermeiden.

Am dritten Tag des Aufenthaltes löst ein falsches Mittagsgeschicht eine weitere wütende Reaktion des Patienten aus. Ruhig vorgetragene Erklärungen der Schwester nimmt der Patient offenbar nicht an. Er fühlt sich nicht ernst genommen und droht mit Beschwerde beim Chefarzt. Mit noch unterdrückter Wut bietet die Krankenschwester ihm ein Alternativgericht an. Als der Patient auch dieses nicht akzeptiert und sogar droht, mit

dem Essen zu werfen, nimmt sie das Tablett mit einer energischen Bewegung weg. Mit den Worten, „Gut ich nehme es mit, aber dann haben sie eben gar nichts zu Mittag“, verlässt sie Türen schlagend das Zimmer.

An diesem Beispiel wird die schädliche Wechselwirkung zwischen den beiden Beteiligten – beide sind Opfer und Täter – deutlich. Wie konnte es zu dieser eskalierenden Verkettung kommen? Die systemische Spurensuche lässt auslösend auf der Seite des Patienten eine Frustration durch die Erkrankung vermuten. Macht ihn sein gereiztes Verhalten in den Augen der Pflegekraft zu einem im Wesen unfreundlichen Mitmenschen, erkennt diese nicht dessen Ursache. Sie reagiert darauf mit Distanz und beschäftigt sich nicht mit möglichen Ursachen für sein Verhalten. Auf die daraus resultierende – aus seinen Augen – fehlende Aufmerksamkeit und Zuwendung reagiert der Patient wiederum mit gesteigerter verbaler Gewalt. Die Situation spitzt sich durch die – wahrscheinlich schon in angespanntem Ton – versuchte weitere Erklärung der Pflegenden und ihr Kompromissangebot zu und führt wiederum zu einer verstärkten Drohung des Patienten.

Mögliche Frustrationen bei der Pflegekraft:

- persönliche Belastungen im privaten Umfeld
- Belastungen im beruflichen Umfeld (Zeit- und Personalmangel, Überforderung, Unterforderung)
- Vorgaben einhalten müssen, die im Widerspruch zu den Wünschen des Patienten stehen
- zu wenig kollegialer Austausch
- mangelnde Unterstützung durch Vorgesetzte
- Vorgaben einhalten müssen, bzw. nicht verändern können; das gewünschte Gericht kann nicht besorgt werden
- Frustration: der Patient erkennt nicht an, dass sie bemüht ist, Lösungen zu finden und sich höflich zu verhalten

Mögliche Frustrationen beim Patienten:

- Erkrankungen, die gewalttätiges Verhalten fördern können (zum Beispiel: Hirntumore)
- Medikamente, die gewalttätiges Verhalten fördern

- Schmerzen, Schlafmangel
- paradoxe Wirkung von Medikamenten auf den Patienten (möglich zum Beispiel bei Beruhigungsmitteln wie Adumbran, Diazepam usw.)
- Zorn in der Phase der Verarbeitung bezüglich des eigenen Sterbens, bzw. als Reaktion auf den Verlust von Lebenszeit
- Zorn als Reaktion auf Verlust von Fähigkeiten, Autonomie u. a.
- Angst und Frustration durch schlechte Diagnose
- erlernte Gewalt: es wurde vielleicht die Erfahrung gemacht, mit Lautstärke und verbaler Gewalt Wünsche durchzusetzen
- seine Ängste werden nicht wahrgenommen, ihm wird zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt

Die Pflegekräfte haben schon bei der Aufnahme des Patienten etwas Wesentliches außer Acht gelassen, nämlich die gesundheitliche Situation, in der sich dieser Patient befindet. Er weiß seit einem halben Jahr von seiner Diagnose und der damit verbundenen schlechten Prognose zur verbleibenden Lebenszeit. Wichtig wäre für die Pflegekräfte gewesen, sich bewusst zu machen, in welcher Phase der Verarbeitung sich der Patient aktuell befindet. Es ist durchaus auch möglich, dass der Patient aus Neid auf die Gesundheit und das vom Tod unbedrohte Leben der ihn umgebenden Menschen mit Zorn reagiert. Hätten sich die Pflegepersonen bewusst gemacht, dass sich der Patient in der Präterminalphase und in einer Phase des Zornes befindet, hätte die Fachkraft die Unfreundlichkeit nicht seinem Charakter zugeschrieben, sie nicht persönlich auf sich bezogen sondern hätte versucht, ins Gespräch zu kommen. Durch eine gelungene Kommunikation hätte sich der Patient angenommen und ernstgenommen gefühlt. Durch das Aussprechen seiner Gefühle – etwa von Zorn, Neid und Angst – hätte er sich entlasten können und seinen Zorn vielleicht nicht mehr oder nur noch in abgeschwächter Form durch Gewalt ausleben müssen.

Die Pflegekräfte hätten von einer förderlichen Kommunikation ebenfalls profitiert. Es wäre Verständnis aufgebaut worden, das die vorherige Ablehnung aufhebt. Es wäre ihnen leichter gefallen, sich nicht persönlich angegriffen zu füh-

len und auf Gewalt nicht mit Gegengewalt zu reagieren.

Beide hätten zu einem entspannten Miteinander finden können, da eine wechselseitige Frustration vermieden worden wäre. Sie hätten sich nicht als Opfer empfunden und wären nicht – aus Sicht des jeweils anderen – zum Täter geworden. Es ist wahrscheinlich, dass beide Parteien auch eher von einer Durchsetzung ihrer Ziele und Wünsche mittels Gewalt abgesehen hätten.

Beispiel 2: *Eine 65-jährige Frau wurde aufgrund von anhaltendem Erbrechen, Exsikkose und Verschlechterung des Allgemeinzustandes bei bekannter beginnender Demenz im Krankenhaus aufgenommen. An diesem Vormittag ist eine Gastroskopie bei der Patientin geplant. Aufgrund der terminierten Untersuchung ist die Patientin die erste, der sich die Pflegerin zur morgendlichen Grundpflege zuwendet. Dass diese Frau eine sehr unruhige Nacht hatte, war ihr bei der Übergabe nicht mitgeteilt worden. Die Patientin verhält sich bei den ersten noch recht freundlichen Weckversuchen unwillig und abweisend. Da die Pflegekraft weiter auf Aufstehen und Grundpflege beharrt, steigert sich die Unwilligkeit der Patientin zu aggressivem Verhalten (Schlagen). Darauf reagiert die Fachkraft mit Abwehrverhalten und setzt mit energischen, teilweise groben Handgriffen die Grundpflege durch. Die Kommunikation beschränkt sich nur noch darauf, dass sie sich das Schlagen verbittet. Im weiteren Verlauf der Pflege reagiert die Patientin mit Rückzug. Sie verhält sich nur noch passiv – hat aufgegeben. Die Pflegerin kommentiert dies mit den Worten: „Sehen sie, das war doch gar nicht weiter schlimm. Das war doch nur Waschen. Jetzt können sie auch bald zur Untersuchung.“*

Auch mittels dieses Beispiels wird deutlich, dass sich sowohl Fachkraft, als auch Patientin als Opfer fühlen und in den Augen der anderen zur Täterin werden.

Mögliche Frustrationen bei der Pflegekraft:

- schlechte Kommunikation zwischen den Teammitgliedern; sie war nicht darüber informiert, dass die Patientin in der Nacht kaum geschlafen hatte
- Vorgaben einhalten müssen, die den Bedürfnissen des Patienten entgegenstehen, in diesem Fall die Grundpflege vor der Untersuchung durchgeführt zu haben. Wahrscheinlich ist eine Ter-

minverschiebung nicht möglich bzw. von der Funktionsabteilung nicht gewünscht

- Belastung im beruflichem Umfeld: hier Zeitmangel und wahrscheinlich Personalmangel
- erlernte Gewalt: die Fachkraft hat wahrscheinlich die Erfahrung gemacht, dass sie mit ihrem „energischen“ Verhalten ihre Ziele erreichen kann
- Frustration: die Erklärungen kommen nicht an. Sie fühlt sich unverstanden und im Wortsinn angegriffen

Mögliche Frustrationen bei der Patientin:

- Schlafmangel
- beginnende Demenz, die ihr ein adäquates Einordnen der Situation erschwert
- erlernte Gewalt: sie hat vielleicht gelernt, mit Gewalt ihre Wünsche durchzusetzen
- eigene Biographie: vielleicht haben ihre Eltern ihr vermittelt, auf Gewalt mit Gegengewalt zu reagieren

Zunächst wäre eine umfassendere Übergabe des Nachtdienstes an den Tagdienst hilfreich gewesen. Die übernehmende Fachkraft hätte dann gewusst, dass die Patientin unausgeschlafen sein würde und hätte sich vielleicht schon Alternativen überlegen können. So wäre es ihr vielleicht möglich gewesen, doch eine andere Patientin in der Grundpflege vorzuziehen und der Patientin so noch eine viertel bis halbe Stunde Schlaf zu ermöglichen. Auf jeden Fall hätte sie mit mehr Ruhe und Geduld auf die Patientin zugehen können. Ein sanfteres Wecken hätte die Patientin nicht so verstört und in die Frustration gebracht. Sollte auch der ruhigere Umgang nicht zum gewünschten Ergebnis führen und die Patientin sich weiter verbal und handgreiflich wehren, hätte die Fachkraft von der Grundpflege absehen müssen und dies entsprechend dokumentieren können. Um sich so verhalten zu können, braucht es ein Team, in dem solche Situationen offen besprochen werden und nicht mit Sanktionen für anscheinend nicht verrichtete Arbeit bzw. nicht befolgte Verfahrensweisungen gerechnet werden muss.

Systemische Perspektive zur Lösung des Phänomens

Die systemische Perspektive geht über das Analysieren der Zusammenhänge,

in denen Gewalt in der Pflege entsteht, hinaus, wenn sie auch Lösungen aus diesen belastenden Situationen bereitstellen kann. Solche Auswege zielen dann zum einen auf die Veränderung gewaltfördernder Interaktionen ab, des weiteren auf die Schaffung alternativer, weniger aggressiver Umgangsformen zwischen Pflegenden und Patienten sowie auch auf die Umgestaltung intrapsychischer Prozesse der Frustration bei den Beteiligten selbst. Für uns Betreuende sind alle drei Ebenen wichtig: Wir erkennen unseren innerpsychischen Umgang mit dem Phänomen, unsere täglichen kommunikativen Prozesse mit den Patienten und Bewohnern sowie die sozialen Strukturen, in denen wir stehen, in einem Wirkungszusammenhang.

Lösungen erster Ordnung

Als erster Schritt könnte hierzu hilfreich sein, Lösungsversuche zu identifizieren, die das Problem eher noch verschärfen als wirklich beseitigen. Sie können als Lösungen erster Ordnung bezeichnet werden, wenn zwar die Symptome unterdrückt, die Beziehung aber nicht verändert wird. Als solche lediglich oberflächliche und kurzfristige Handlungsweisen können folgende Strategien entlarvt werden:

1. So wird zum Beispiel verharmlost, was empfunden wird, indem die erlebte Gewalt heruntergespielt wird und wir uns so nicht weiter damit beschäftigen müssen: „So schlimm ist das doch gar nicht – da muss man einfach drüber weggehen und aushalten.“
2. Wenn Pflegenden ihre negativen Gefühle mit der Aussicht auf Auszeiten, Wochenendfrei usw. lindern, jedoch ohne die wirklichen Auslöser anzugehen, schwächen diese Störungen auf Dauer sie dennoch: „Bald ist ja Feierabend.“
3. Es wird auch von vielen Pflegenden mit erhöhten Anforderungen an sich selbst reagiert. „Man muss sich nur mehr Mühe geben, dann wird sich alles bessern!“
4. Eine pessimistische Grundhaltung wie etwa „Da musst Du dich dran gewöhnen, das ist nun mal so!“ entsteht durch mangelnde Selbstwirksamkeitsvermutungen und schadet ebenso auf Dauer.
5. Wenn wir uns die Richtigkeit der eigenen Gefühle absprechen – „Alle können besser damit umgehen, nur mich macht das so aggressiv“ oder „eigentlich darf man das ja gar nicht denken“ – isolieren wir uns von den anderen Betroffenen,

statt unsere Gefühle und Bedürfnisse offen – etwa in Supervisionen – auszusprechen.

6. Pflegebedürftige gedanklich auf die Stufe eines Kindes zu stellen und nicht ernstzunehmen, führt zu großer Distanzierung und hilft auch nicht wirklich.

7. Eine andere scheinbare Lösung ist, dem Patienten „böses Handeln“ zu unterstellen. Anzunehmen, der Patient wolle mit seinen gewalttätigen Handlungen uns ärgern, schiebt diesem die „Schuld“ zu. Die Sicht auf den eigenen Anteil an der Situation ist damit verbaut, und so erhöht sich die Gefahr, auf weitere Übergriffe des Patienten auch mit Gewalt zu reagieren.

Mit der Verwendung von Lösungen erster Ordnung schadet sich die Pflegeperson nicht nur selbst. Sie verstellt sich die Möglichkeit des förderlichen Austausches mit Anderen und das Erarbeiten effektiver Lösungen. So berichten Pflegenden häufig von der schädigenden Überzeugung, nichts verändern zu können, da das ja überall so sei, was jedoch dazu verleitet, passiv in der Situation zu verbleiben. Lösungen erster Ordnung suggerieren auch, dass es durch mehr Einsatz/besseres Arbeiten/anderes Empfinden möglich wird, keine Gewalt mehr gegenüber den Patienten auszuüben.

Lösungen zweiter Ordnung

Wollen Fachkräfte die durch Gewalt gekennzeichnete Beziehung tatsächlich verändern – ohne sich mit faulen Lösungen „über Wasser zu halten“, wird es jetzt einerseits für sie persönlich notwendig, diese sich wiederholenden Zusammenhänge zu erkennen und dabei eigene Anteile zu reflektieren und andererseits alternative Verhaltensweisen, die das Beziehungsklima verbessern, im Umgang mit den Patienten/Bewohnern zu erproben. Hier wären denkbar:

1. Intrapsychisch: Der Umgang mit der oben genannten eigenen Frustration, die zur Aggression bei uns führt und dann vielleicht in Gewalt endet sowie ebenso zur Frustration beim Anderen führt. Wir können zum Beispiel neu lernen, unsere Gedanken und Vermutungen über das Verhalten des anderen Beteiligten zu beeinflussen. Wenn es gelingt, dessen Verhalten anders zu deuten, dann erkennen wir die Ursachen seines Handelns und können dieses dann besser annehmen, zum Beispiel wenn es sich uns als Resultat

seiner eigenen Frustration zeigt. Möglich ist auch, positive Seiten des Patienten zu suchen. Damit entstünden auch bei den Fachkräften sicherlich weniger Wut, Ärger und Rage, sondern vielleicht mehr Mitgefühl.

2. Zu den weiteren Möglichkeiten zählt, sich anzueignen, das Ausleben unserer Gefühle kurzfristig beiseite schieben zu können. Fachkräfte lernen, ihr Verhalten zu kontrollieren; auch bei Ekelgefühlen sind sie in der Lage, für eine kurze Zeit, diese abzuwehren und sie dann später mittels alternativer Verarbeitungsstrategien „verrauchen“ zu lassen. Wir entwickeln Copingstrategien zum direkten Umgang mit dieser schwierigen Situation, zum Beispiel wenn wir uns auf die pflegerische Handlung konzentrieren, statt etwa auf eine Beleidigung.

3. Hilfreiche direkte Reaktionen, wie in einen leeren Raum schimpfen, können ebenso trainiert werden, wenn (unter einem Vorwand) das Patientenzimmer verlassen wird, um in einer gefühlsmäßig brenzligen Situation die emotionale Temperatur abzufangen. Dies gelingt nur, wenn die gefährliche Situation realistisch eingeschätzt wird. Dazu ist nötig, sich die eigene aktuelle Überforderung in diesem Moment einzugestehen. Unter Umständen ist es sinnvoll die Pflege eines Patienten an eine andere Pflegeperson abzugeben. Ist erstmal die Kette unterbrochen, gelingt es vielleicht später auch, mit fester klarer Stimme das eigene Unbehagen und die eigenen Wünsche bzw. Erwartungen klärend zu artikulieren, nachdem wir die Ohren für die Sichtweise des Patienten/Bewohner geöffnet haben. Fachkräfte haben hier eine Vorbildrolle.

4. Im Vorfeld ist es bereits möglich, Arbeitsabläufe in ihrem zeitlichen Umfang realistisch einzuschätzen, um Stress vorzubeugen, sowie patientennahe Tätigkeiten mit -ferneren Arbeiten abzuwechseln.

5. Angebote wie etwa Supervision oder Deeskalationsschulungen gehören samt Austausch mit Kollegen zu den prophylaktischen Maßnahmen. Eine gute Kommunikation miteinander hilft uns auf vielerlei Art. Erstens erlaubt diese das Aussprechen von belastenden Gefühlen. Zweitens gelingt es mithilfe Anderer oft, die Situation realistischer zu beurteilen oder unbewusste Aspekte zu erkennen. Drittens steigt die Wahrscheinlichkeit, die Situation zu verbessern, wenn sich

Teams ihre ethischen Prinzipien einerseits und aggressionsfördernde strukturelle Bedingungen andererseits immer wieder vergegenwärtigen.

6. Hobbys wie Joggen, Meditation, Musik und auch andere psychohygienische Verhaltensweisen lenken uns aus einer destruktiven Grundhaltung heraus.

7. Schließlich ist auch das Gespräch/die Entschuldigung beim Patienten/Bewohner angebracht und trägt dazu bei, diese Spirale zu unterbrechen

Die Erfahrungen in der pflegerischen Praxis zeigen, dass durch das Ergreifen der dargestellten Maßnahmen zwischenmenschliche Probleme bei der Pflege erfolgreich vermieden bzw. auf ein Mindestmaß reduziert werden können. <<



Literatur

Beine K.H. (2010) *Krankentötungen in Kliniken und Heimen – Aufdecken und Verhindern*. Lambertus, Freiburg/Breisgau.

Beine K.H. (1998) *Sehen, hören, schweigen. Patiententötungen und aktive Sterbehilfe*. Lambertus, Freiburg/Breisgau.

Blum M. (1999) *Gewalt gegen alte Menschen*. In: *Altenpflege* 1999.

Franzen E. (2013) *Ausdruck von Angst*. In: *Altenpflege* 7/2013. S. 32–35

Gerrig R. & Zimbardo P. (2014) *Psychologie*. Springer, Berlin.

Huhn S. (2014) *Sich und andere schützen. Gewalt in der Pflege*. In: *Altenpflege* 11/2014, S.42–45.

Kienzle T. & Paul-Ettlinger B. (2001) *Aggression in der Pflege*. Kohlhammer, Stuttgart.

Schirmer U. (2012) *Prävention von aggressiven und Gewalt in der Pflege*. Schlütersche, Hannover.

Autorenkontakt:

Dr. Jörg Rövekamp, Dr. (phil.), Diplom Pädagoge, Diplom Sozialarbeiter.

Kontakt: j.rovekamp-wattendorf@katho-nrw.de

Heike Sommer, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, Christopherus-Kliniken Coesfeld, Standort Dülmen, Palliativstation

Vorstellungen von Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege hinsichtlich akademischer und nicht-akademischer Qualifikation in der Pflege

SANDRA STRUBE-LAHMANN, ANTJE STRAUSS, GABRIELA SCHMITZ, THEO DASSEN & JAN KOTTNER

In Europa ist die Pflegeausbildung weitestgehend akademisiert und demzufolge überwiegend an Hochschulen und Universitäten angesiedelt. In Deutschland erfolgt nach wie vor die grundständige Pflegeausbildung an nicht-akademischen, beruflichen Schulen. Im Zuge des Bologna Prozesses soll nun auch hierzulande eine Umstrukturierung in Bachelor- und Masterstudiengänge erfolgen. Unklar ist nach wie vor, wie von den Auszubildenden selbst der Bedarf an weiterqualifizierenden Maßnahmen eingeschätzt wird. Das Ziel der Studie war daher, das Interesse der Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege an akademischen und nicht-akademischen Qualifikationsmaßnahmen zu untersuchen.

Methode: Im Frühjahr 2011 wurde an einer deutschen Gesundheits- und Krankenpflegeschule eine Erhebung mittels geschlossenem Fragebogen zum Interesse an akademischen und nicht-akademischen Weiterbildungsmaßnahmen durchgeführt. 72 von 88 Auszubildenden nahmen an der Erhebung teil.

Ergebnisse: Über 80% der Befragten gaben an, sich nach der 3-jährigen Grundausbildung weiterqualifizieren zu wollen. Von allen Befragten

bevorzugen 68% der Lernenden die traditionelle dreijährige Ausbildung, wohingegen 32% ein Bachelorstudium favorisieren. Das Interesse an einer Weiterbildung im nicht-akademischen Bereich war mit 60,2% im Bereich der Anästhesie- und Intensivmedizin am höchsten. Im akademischen Bereich wurde hingegen der Bereich der Pflegepädagogik mit 29,7% favorisiert.

Schlussfolgerung: Eine Mehrheit der Befragten bevorzugt nach wie vor die angebotene traditionelle berufliche Ausbildung. Trotzdem strebt die überwiegende Mehrzahl der Befragten eine akademische oder nicht-akademische Weiterqualifikation an. Bei Implementierung einer akademischen Pflegeausbildung sollte in deren curriculärer Ausgestaltung dem Wunsch der Auszubildenden nach größerer Selbständigkeit und Eigenverantwortung Rechnung getragen werden.

Schlüsselwörter:

Pflegeausbildung, Akademisierung, Untersuchung, Auszubildende, Deutschland

Die Artikel zu den hier vorgestellten Abstracts finden Sie online unter www.kohlhammer-pflege.de in der Rubrik „Pflegerwissenschaft“. Die Beiträge dieser Rubrik sind für Abonnenten der „Pflegerzeitschrift“ kostenfrei.

Advance Care Planning (ACP) in der Palliativversorgung

Die Entwicklung und Bewertung eines Gesprächsleitfadens als Instrument für ACP anhand einer Delphi-Studie

SUSANNE HALLER & MARTIN W. SCHNELL

Palliative Care ist ein Ansatz, der die Lebensqualität von Patienten und ihren Familien im Angesicht einer lebensverkürzenden Erkrankung verbessern möchte. Eine vorausschauende Planung ist ein wichtiges Element in palliativen Begleitungen. International setzt sich mehr und mehr das Konzept Advance Care Planning (ACP) durch. ACP bezieht sich auf die prozesshaften, wiederkehrenden Gespräche am Lebensende, deren Ergebnisse in Vorausverfügungen und in aktuelle Behandlungspläne einfließen. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde ein Gesprächsleitfaden als Instrument für ACP in der Palliativversorgung entwickelt und bewertet.

Methode: Durchgeführt wurde eine Delphi-Studie mit zwei Befragungsrunden. In einem anonymen Gruppenprozess wurde der vorgelegte Entwurf des Gesprächsleitfadens (Dialog-Leitfaden) auf Inhalt, Relevanz und Validität überprüft. Das Erfahrungswissen von insgesamt sieben Experten wurde systematisch zur Konsensbildung für die Überprüfung und Weiterentwicklung des Dialog-Leitfadens zusammengetragen.

Ergebnisse: Das Instrument eines Dialog-Leitfadens ist von den Experten als für die Praxis wichtig eingeschätzt worden. Aus den Befragungsrunden des Delphi-Verfahrens ist die hier vorgestellte Endversion des Dialog-Leitfadens hervorgegangen.

Schlussfolgerung: Der entwickelte Dialog-Leitfaden kann als Instrument für ACP in Palliative Care genutzt werden.

Die positiven Rückmeldungen der beteiligten Akteure lassen eine gute Resonanz in der Praxis erwarten. In einem nächsten Schritt sollte die Akzeptanz und Umsetzung des Leitfadens im Praxisgebrauch untersucht werden.

Schlüsselwörter:

Palliative Care, Advance Care Planning, Vorausverfügung, Gesprächsleitfaden

PR

Beiträge in der Rubrik „Pflegerwissenschaft“ werden einem „Peer-Review“-Verfahren unterzogen. Jeder publizierte Beitrag in dieser Rubrik wurde von mindestens zwei Experten, Mitgliedern des Editorial Boards der *Pflegerzeitschrift*, unabhängig voneinander in anonymisierter Form begutachtet. Die Begutachter überprüfen den Artikel nach festgelegten Kriterien. Dadurch werden Unabhängigkeit und größtmögliche Objektivität in der Begutachtung, aber auch im Umgang mit dem Begutachtungsergebnis gesichert. Genaue Hinweise zum Ablauf des Verfahrens und zu den Manuskriptrichtlinien finden Sie unter www.kohlhammer-pflege.de.

> Die Veränderungen des Pflegeberufs im Laufe der Jahrzehnte

Vierzig Jahre in der Krankenpflege

GERHARD MÜNCH

Der Autor und Lehrer für Pflegeberufe Gerhard Münch schildert aus persönlicher Sicht, wie sich der Pflegeberuf seit seiner Ausbildungszeit in den 1970er Jahren teilweise gravierend verändert hat. Schon die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege war einem deutlichen Wandel unterworfen und auch die Arbeitssituation im Klinikalltag erinnert heute wenig an vergangene Zeiten. Der Beitrag vermittelt einen interessanten Überblick der wesentlichen Veränderungen für das Pflegepersonal in 40 Jahren.

Am 26. August 1974 war der letzte Prüfungstag des Autors. Es war, wie dies auch heute noch üblich ist, die mündliche Examensprüfung in der Krankenpflege. So hieß das damals noch. Die Ausbildung dauerte vom 1. Oktober 1971 bis zum 30. September 1974. Die Urkunde wurde mit Wirkungsdatum zum 1. Oktober 1974 am gleichen Tag ausgehändigt.

Seither hat sich in der Pflege sehr vieles geändert, manches ist unverändert geblieben. Es sollen hier ein paar dieser Veränderungen und Konstanten aufgezeigt werden in dem Bewusstsein, dass die Liste unmöglich vollständig sein kann. Ebenso soll darauf hingewiesen werden, dass einige Überlegungen die persönliche Meinung des Autors wiedergeben, über die sehr wohl diskutiert werden kann. Sie sind das Resultat eigener Beobachtungen, Wahrnehmungen und Erfahrungen.

Krankenpflegegesetz und Ausbildungsverordnung

Die geschützte Berufsbezeichnung im Krankenpflegegesetz hat sich geändert. Aus der Krankenschwester wurde die Gesundheits- und Krankenpflegerin, aus dem Krankenpfleger der Gesundheits- und Krankenpfleger. Analog hierzu die ehemalige Kinderkrankenschwester. Seit 1985 gibt es auch den Kinderkrankenschwester und, was damals bei manchen Gynäkologen wenigstens ein Stirnrüzel hervorrief, den Entbindungspfleger.

Das hauptamtliche Lehrpersonal an den staatlich anerkannten Kranken-

pflegeschulen setzt sich zunehmend aus Mitarbeitern zusammen, die über einen qualifizierten Hochschulabschluss verfügen und einen Studiengang erfolgreich abgeschlossen haben. Die verantwortliche Leitung der Schule liegt bei einem dieser Mitarbeiter. Diese Entwicklung ist insgesamt zu begrüßen, ohne dass dabei die Leistungen der Lehrkräfte, die diese Qualifikation aufgrund nicht vorhandener Studienmöglichkeiten in Deutschland nicht vorweisen (konnten), geschmäler werden sollen.

Zu bemängeln ist nach wie vor die feste Anbindung der Schule an ein Krankenhaus oder eine andere Einrichtung des Gesundheitswesens sowie die fehlende Quote an Lehrkräften im Verhältnis zur ausgewiesenen Zahl der Ausbildungsplätze. Die bereits vor Jahrzehnten von den Ausbildungsstätten geforderte Quote von 1:15, eine Lehrkraft auf fünfzehn Auszubildende, wurde nie umgesetzt. Sie wurde nie Gegenstand dieses Gesetzes trotz ständiger Forderung seitens der damaligen Berufsverbände und mit den Hinweisen auf die Zahlen im benachbarten Ausland. Auch sollte die Schulleitung selbst nicht in die Quotenregelung miteinbezogen werden, eine durchaus übliche Praxis im benachbarten Ausland.

Zu kritisieren ist weiterhin die de facto-Unterstellung an die jeweilige Leitung des Krankenhauses. Diese Unterstellung sowie die Anrechnung der Auszubildenden auf die Stellenpläne ist in vielerlei Hinsicht ein Hindernis für die verantwortlichen Schulleitungen und deren hauptamtlichen Mitarbeiter. Zu begrüßen wäre hier die Unabhän-

gigkeit der Ausbildungsstätten und ein sich an der Zahl der Auszubildenden orientierendes Jahresbudget, das den einzelnen Schulen zur Verfügung gestellt wird. Hierfür ist eine Kontrollinstanz einzurichten.

Wichtigste Änderung der Zugangsvoraussetzungen

Die vermutlich wichtigste Änderung der Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung war die Aufweichung des Mindestalters bei Ausbildungsbeginn. Es besteht seit 2004 keine Altersbeschränkung mehr. Zuvor betrug das Zugangsalter das vollendete 17. Lebensjahr.

Von größter Bedeutung wurde 1985 der § 4 des Krankenpflegegesetzes, in welchem erstmals Ziele für die Ausbildung formuliert wurden. Und ein Begriff löste zum Teil heftige Reaktionen aus, die geplante Pflege. Die Ausbildungsstätten forderten vehement die Einführung der Pflegeplanung in der Praxis, die Pflegedienstleitungen leisteten zunächst oft heftigsten Widerstand, fürchteten sie doch um ihre Planstellen, die sie nicht vermehrt bekämen, obwohl dies zwingend notwendig wäre. Doch die Schulen selbst hatten sich bei der Gestaltung und Formulierung der Pflegeplanung äußerst schwer getan. In zahlreichen Diskussionen und Besprechungen vor Ort, regional und überregional, wurde jahrelang diskutiert. Am Ende kam dann endlich, so möchte man sagen, ein Buch auf den Markt, das für viele Nutzer Klarheit schaffen konnte. Die Ausbildungsziele wurden 2004 nochmals erweitert. Insbesondere wurde der wissenschaftliche Aspekt in der Pflege betont. Auch inhaltlich wurden die Ziele deutlich aufgewertet, was sich letztendlich in der Vermehrung und der Verteilung der theoretischen Ausbildungsstundenzahl zeigt.

Die Ausbildung dauert drei volle Kalenderjahre, ein zwischenzeitliches Intermezzo Anfang der 1980er Jahre, wonach die Ausbildung mit dem letzten Prüfungstag endete, so die damalige Forderung der Gewerkschaft ÖTV,



Foto: Tylor Olsen/Fotoia

Kürzere Patientenverweildauer, häufigere Patientenaufnahmen, deutlich mehr Untersuchungen und Operationen sowie kürzere Arbeitszeiten bei nicht adäquatem Anstieg der Pflegerpersonen führen heute zu einer deutlichen Mehrbelastung.

war gleich darauf wieder passé, denn plötzlich standen viele neu examinierte Pflegekräfte in den Arbeitsämtern und meldeten sich für ein paar Tage oder Wochen arbeitslos. Sie erhielten nämlich einen Arbeitsvertrag erst mit Beginn der abgelaufenen drei Kalenderjahre seit Ausbildungsbeginn. Neu seit 2004 ist die Möglichkeit einer fünfjährigen Ausbildung in Teilzeit. Die Dauer der theoretischen Ausbildung änderte sich von 1200 Stunden auf über 1600 Stunden bis hin zu 2100 Stunden.

Die Änderungen in der praktischen Ausbildung waren nicht ganz so einfach. Von 1966 an waren 26 Wochen in der Inneren Medizin und 13 Wochen in der Chirurgie vorgesehen. Dazu noch ein Einsatz in der Gynäkologie oder Psychiatrie ohne Angabe über die Mindestdauer.

Die meisten Krankenhäuser mit angegliederter Krankenpflegeschule hatten keine psychiatrische Abteilung, dafür eine Gynäkologie, wo man männliche Pflegepersonen bis dahin nicht einsetzte. Also suchte man für männliche

Auszubildende Alternativen zur Gynäkologie und fand diese in der Orthopädie, Neurologie und Urologie. Ab 1985 war die praktische Ausbildungsdauer auf mindestens 3000 Stunden, 2004 auf mindestens 2500 Stunden festgelegt.

Die Regulierung der Nachtwachenzeiten während der Ausbildung war dringend notwendig, sehr zum Bedauern von Krankenhausträgern und mancher Pflegedienstleitung. Bis 1985 wurden Auszubildende oft als zweite Nachtwache, viel zu oft auch alleine als Nachtwache auf einer Station eingesetzt. Die Dauer der Nachtdienste waren nicht selten ununterbrochen auf bis zu vierzehn Nächte geplant. Der Autor erinnert sich an eigene dreizehn Nächte am Stück während seiner Ausbildung, gemeinsam mit einer anderen Auszubildenden — keine examinierte Pflegeperson. Nicht selten kamen Auszubildende auf diese Weise auf sechs bis zehn Wochen Nachtdienste, manchmal auch darüber. Mittlerweile sind es zwischen 80 und 120 Nachtdienststunden in der zwei-

ten Hälfte der Ausbildungszeit. Erst die Rechtsprechung hat unmissverständlich deutlich machen müssen, dass Auszubildende in der Nacht Beiwachen sind und ihr Einsatz den Status der Auszubildenden nicht verändert.

Wandel der Ausbildungsinhalte

Die Ausbildungsinhalte haben einen deutlichen inhaltlichen Wandel vollzogen. Während 1966 und 1985 eine deutliche medizinorientierte Gliederung erkennbar war, hat sich 2004 der pflegerische Inhalt zum eigentlichen Schwerpunkt herauskristallisiert. Die Pflege mit all ihren Facetten steht im Mittelpunkt. Andere Fächer wie Medizin, Pharmakologie, Psychologie usw. liefern für die Pflege notwendige Informationen. Dies ist insgesamt ein Gewinn für die Pflege. Bedeutsam ist auch, dass es zwischen der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege erstmals gemeinsame

theoretische Ausbildungsinhalte gibt. Im Verlauf der Ausbildung erfolgt dann eine Differenzierungsphase mit den spezifischen Ausbildungsinhalten.

Erwähnenswert ist auch, dass das Verhältnis der theoretischen Stunden in der Pflege zu den Stunden der Medizin deutlich zugunsten der Pflege geändert wurde. Erstmals 1985 wurde die Dauer der praktischen Ausbildung in den einzelnen Fachbereichen in Stunden ausgewiesen. Hinzu kam der Pflichteinsatz in der Wochen- und Neugeborenenpflege, der Kinderkrankenpflege, der Psychiatrie und der Gemeindekrankenpflege. 2004 kamen dann noch die ambulanten Krankenversorgungseinrichtungen hinzu sowie namentlich aufgeführte Abteilungen mit präventivem, kurativem, rehabilitativem und palliativem Charakter. Bedauerlicherweise wurden keine näheren Definitionen festgelegt, wodurch so manche merkwürdige Definition vor Ort „gefunden“ werden musste und auch „gefunden“ wurde.

Die Änderungen in den Examenprüfungen folgten zwangsläufig den inhaltlichen Änderungen in der theoretischen und praktischen Ausbildung. Auch die Dauer einzelner Prüfungsteile hat sich entschieden verändert. Die schriftliche Prüfung ist deutlich länger, sie hat sich quasi verdoppelt von ehemals drei auf jetzt sechs Zeitstunden. Die Prüfungsdauer in der mündlichen Prüfung wurde seit 1985 begrenzt und liegt jetzt bei höchstens fünfundvierzig Minuten. Der Autor wurde 1974 etwa einhundert Minuten lang geprüft (es waren damals zehn mündliche Prüfungsfächer bei acht Prüfern). Prüfungsfächer und -dauer entschieden damals die Krankenpflegeschulen selbst. Die mündlichen Prüfungsfächer sind seit 1985 vorgegeben.

Die praktische Prüfung hat sich stark verändert. Gemäß der Prüfungsordnung von 1966 musste der Prüfling im Verlauf einer selbstständigen Pflege während eines Zeitraums von achtundvierzig Stunden seine Kenntnisse und Fertigkeiten unter Beweis stellen. Darin war eine Nachtwache und Examenswache in Form einer Sitzwache enthalten. Ein Bericht war zu schreiben. 1985 kam dann eine selbstständige Pflege dazu, deren unabdingbarer Bestandteil eine Pflegeplanung gewesen war. Eine Nachtwache gab es nicht mehr. Die zu pflegende Patientenanzahl war auf maximal vier, die Dauer der Prüfung auf sechs Stunden

Zusammenfassung

„Nichts ist so beständig wie die Veränderung“, das zeigt sich besonders auch im Pflegeberuf. Änderungen seit den 1970er Jahren in der Trägerschaft und den Finanzierungsmodellen der Krankenhäuser bedeuteten einschneidende Maßnahmen für Personal und Patienten. Die Arbeitsbelastung ist durch mehr Untersuchungen, OP-Eingriffe und kürzere Aufenthaltszeiten der Patienten deutlich gestiegen. Gleichmaßen hat sich in der Ausbildung einiges durch die Aufwertung der Pflege in den Lehrplänen verbessert.

Schlüsselwörter: *Krankenpflege, Berufspolitik, Krankenpflegegesetz*

begrenzt. Die Prüfungsschwerpunkte orientierten sich wiederum stark an der theoretischen Ausbildung.

Die Examensnote war nach der Ausbildungs- und Prüfungsordnung von 1966 eine Gesamtnote. Sie setzte sich zu jeweils einem Drittel aus der Einreichungsnote, der schriftlichen und der mündlichen Gesamtnote zusammen. Erst seit der Ausbildung ab 1985 gibt es eine dreigeteilte Note im Prüfungszeugnis. Ausgewiesen werden eine schriftliche, eine praktische und eine mündliche Examensnote. Die schriftliche Note in der Krankenpflege wurde ab 1985 höher gewertet (dreifach) als die anderen drei Prüfungsfächer. Diese waren: Krankheitslehre (zweifach), Anatomie und Physiologie (zweifach), Berufs-, Gesetzes- und Staatsbürgerkunde (einfach). Das Bestehen der Examensprüfung setzte seit 1985 erstmals voraus, dass jeder Prüfungsbestandteil mit mindestens 4,0 bestanden sein musste.

Längst überfällig ist die Veränderung in der Person des Prüfungsvorsitzenden. Noch bis 2003 kam der Prüfungsvorsitzende aus der Berufsgruppe der Ärzte. Dem Autor ist lediglich eine Änderung aus Südhessen bekannt, die bereits Anfang der 1990er Jahre umgesetzt wurde. Hier hatte das Regierungspräsidium die Änderung, wie sie 2004 in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vorgenommen wurde, vorweggenommen. Jetzt ist nicht mehr zwingend ein Vertreter aus der Ärzteschaft Prüfungsvorsitzender.

Insgesamt müssen die Veränderungen in der Ausbildung positiv bewertet werden. Die Pflege erfährt hier eine deutliche Aufwertung, sie steht eindeutig im Mittelpunkt und ist nicht mehr so medizinlastig wie ehemals. Außerdem wird deutlich, wie umfangreich, wie komplex Pflege letztendlich ist. Noch nie vor 2004 hat die Pflege derart deutlich gemacht,

wie sehr sie sich von der Laienpflege unterscheidet, deutlich abhebt, welche Felder sie bearbeitet, wo sie zuständig ist und wo sie sich künftig noch mehr einbringen muss. Bedeutsam scheint auch die Tatsache zu sein, dass die Pflege in der Person des Vorsitzenden ihre Berücksichtigung findet. Hier gilt es, in den nächsten Jahren noch mehr dieser Stellen durch Pflegekräfte zu besetzen.

Die größten Probleme sieht der Verfasser in der Umsetzung der theoretischen Lerninhalte. Hier stößt die Pflege derzeit an ihre Grenzen, die womöglich noch zementierter geworden sind, seit sich das Abrechnungssystem im Gesundheitswesen sowie die Arbeitsbedingungen für die Pflegenden insgesamt geändert, man muss wohl sagen verschlechtert, haben.

Arbeitszeiten, Urlaubszeiten, Pausen, Ruhezeiten ...

Seit dem Ausbildungsbeginn des Autors 1971 veränderten sich die wöchentlichen Arbeitszeiten durchschnittlich von 43 über 41, 40, 39 auf 38,5 Stunden. Mittlerweile gibt es für die Beschäftigten in den Krankenhäusern je nach Bundesland und Träger unterschiedliche wöchentliche Arbeitszeiten zwischen 38,5, 39 oder 40 Arbeitsstunden. Auch die bezahlten Urlaubszeiten sind auf bis zu sechs Wochen jährlich angestiegen, die tägliche Arbeitszeit wurde auf durchschnittlich acht Stunden begrenzt. Das Arbeitszeitgesetz lässt allerdings noch immer zahlreiche Ausnahmen zu, die Begründungen hierfür sind eher arbeitgeber- denn arbeitnehmerfreundlich.

Wichtige Regelungen sind die Dauer der Pausenzeiten, die Definition einer Pause sowie die Erholungszeiten zwischen Arbeitsende und dem nächsten Arbeitsbeginn. Somit gehören geteilte



Foto: Robert Kneschke/Fotolia

Seit den 1970er Jahren steht in der Berufsausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege die Pflege mehr im Mittelpunkt und ist weniger „medizinlastig“.

Dienste und Schaukeldienste in den allermeisten Fällen der Vergangenheit an.

Ein großer Schritt war die Umstellung von der Sechs-Tage-Woche hin zur Fünf-Tage-Woche. Eigenartigerweise waren zahlreiche Pflegekräfte mit dieser Umstellung gar nicht einverstanden, zumindest am Anfang. Nachdem sie die Erfahrung von mehr freien Tagen (4) in einem Zeitraum von zwei Wochen gemacht hatten, waren die Bedenken ausgeräumt. Nur am Rande sei noch erwähnt, dass es auch eine Fünfeinhalb-Tage-Woche gab.

Mindestens genauso beachtlich ist heute die Gewissheit, dass Bereitschaftsdienst als Arbeitszeit angerechnet werden muss. Dieses steht sowohl im Arbeitszeitgesetz als auch in den einschlägigen Tarifverträgen. Es waren allerdings weniger die Gesetzgeber in Deutschland noch die Gewerkschaften, die sich dieses Verdienstes rühmen dürfen. Der europäische Gerichtshof hatte dieses Urteil gesprochen und begründet. Die daraufhin erfolgte EG-Arbeitszeitrichtlinie ließ den Gesetzgebern und Gewerkschaften keinen anderen Spielraum mehr zu.

Krankenhausleitungen

Noch in den 1970er Jahren dürften die Chefarzte bzw. der ärztliche Direktor die Person mit der größten Entscheidungsbefugnis in einer Klinik gewesen sein. Es gab auch Kliniken, in denen der ärztliche Direktor im Organigramm der

Klinik klar über dem Verwaltungsleiter plazierte war.

In den 1980er Jahren sind deutliche Änderungen dahingehend erkennbar geworden, dass es ein Dreigestirn in der Klinikleitung gab (angefangen hatte es vereinzelt bereits in den 1970er Jahren). Dieses setzte sich aus dem Verwaltungsleiter, dem ärztlichen Direktor und der Pflegedienstleitung zusammen. Insbesondere das letztgenannte Mitglied hatte zu Beginn oftmals einen schweren Stand. Einerseits vertritt sie die größte Berufsgruppe, andererseits kämpfte sie gegen die liebgewordene Gewohnheit anderer, diese Berufsgruppe „nach Bedarf zu beschäftigen.“

Heute, so der Eindruck, ist die Hierarchie wohl flächendeckend einheitlich. An erster Stelle steht der Verwaltungsleiter oder Geschäftsführer. Ihm gleichgestellt (ohne die gleichen Rechte zu haben), meist jedoch untergeordnet, der ärztliche Direktor. Die Pflegedienstleitung ist bestenfalls auf der Ebene des ärztlichen Direktors angesiedelt, trotz alledem in ihren Möglichkeiten begrenzt. Die Chefarzte sind darunter. Arbeitsrechtlich sind sie bestenfalls leitende Angestellte. Aber auch das nicht immer, wie Arbeitsgerichte bereits in mehreren Urteilen festgestellt haben.

Arbeitssituation im Klinikalltag

In der Praxis war eine wichtige Veränderung im organisatorischen Bereich darin zu sehen, dass man zunehmend

die Stationen in Bereiche eingeteilt und diesen einzelne Pflegepersonen zugeteilt hat. Verkannt hat man allerdings, dass auch in einer organisatorischen Einheit wie der Bereichspflege, weiterhin funktional gearbeitet werden kann. Man muss heute wohl zu dem Schluss kommen, dass eine individuelle ganzheitliche Pflege nicht erreicht wurde, obschon sie seit mindestens vierzig Jahren als Ziel ausgegeben wurde und wird. Beobachtet werden kann auch, dass bei der Einteilung des Pflegepersonals in die einzelnen Bereiche einer Station mehrere Wechsel in der Woche vorgenommen werden, obwohl die Pflegepersonen in der Schicht die gleichen Personen sind. Das sollte eigentlich nicht sein, denn dadurch muss sich der Patient auf deutlich mehr Pflegepersonen einstellen, ebenso wie sich Pflegepersonen auf mehr Patienten einstellen müssen.

Deutliche Veränderungen in der Praxis sind erkennbar bei der rapide gefallen Zahl der durchschnittlichen Verweildauer der Patienten im Krankenhaus. Sie hat sich in den zurückliegenden Jahrzehnten mindestens halbiert und liegt heute im Durchschnitt bei acht Tagen, vereinzelt auch etwas darunter. Gleichzeitig ist die Anzahl der zu pflegenden Patienten je Pflegekraft im Jahresdurchschnitt angestiegen. Auch die Anzahl der Untersuchungen mit einem erhöhten Pflegeaufwand hat deutlich zugenommen. Insbesondere die Zahl der verschiedenen endoskopischen Eingriffe belastet die Pflege zusätzlich in großem Maße, ohne dass man seitens der Arbeitgeber dies bei der Stellenberechnung berücksichtigt hätte. Ähnliches gilt für die Anzahl und Qualität der operativen Eingriffe. Zum Vergleich: Vor vierzig Jahren etwa begann erst der Einzug und spätere Siegeszug der Endoskopie in den großen Kliniken. In der Folge daraus ist die Arbeitsbelastung für das Pflegepersonal deutlich angestiegen. Es ist heute unwahrscheinlich, dass noch ein Patient stationär in einem Akutkrankenhaus liegt, der sich überwiegend selbst versorgen kann. Der Autor erlebte noch, wie zwanzig bis dreißig Prozent der stationären Patienten keine weiteren Pflegemaßnahmen bedurften als: Waschschüssel stellen, zweimal täglich das Bett machen und dreimal täglich das Essen bringen. Vielleicht gab es noch ein paar Medikamente oral.

Kürzere Patientenverweildauer, häufigere Patientenaufnahmen, deutlich

mehr pflegerelevante Untersuchungen und Operationen, kürzere Arbeitszeiten und längere Urlaubszeiten bei nicht adäquatem Anstieg der Pflegepersonen, führen heute zu einer deutlichen Mehrbelastung, die durch keine noch so sinnvoll scheinende Maßnahme bisher ausgeglichen wurde.

Veränderung der Krankenhauslandschaft

Wir kennen seitens der Trägerschaft die öffentlichen Krankenhäuser (Träger sind der Bund, die Länder, die Kommunen und Gemeinden), die freigemeinnützigen Krankenhäuser (Träger sind die Kirchen und das Rote Kreuz) sowie die Krankenhäuser in privater Trägerschaft. Insgesamt liegt, und dies ist eine große Veränderung, deren Verlauf noch keineswegs abgeschlossen ist, die Anzahl der Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft mittlerweile an dritter Stelle. Bezogen auf die Anzahl der Betten nehmen sie allerdings noch immer den ersten Rang ein.

Da, wie oben bereits geschildert, die jeweils gültigen Tarifverträge unter Berücksichtigung des jeweiligen Krankenhausträgers nicht mehr gleich sind, sollte es bei einer Bewerbung überlegenswert sein, einmal den gültigen Tarifvertrag zu lesen und zu vergleichen. Das kann im Einzelfall vor unliebsamen Überraschungen schützen. Das gilt sowohl für den Mantel- als auch für den Entgelttarifvertrag. Durch die Zunahme und durch Fusionen von Krankenhäusern in privater Trägerschaft kann es künftig für die Politik zunehmend schwieriger werden, die Versorgung von kranken und pflegebedürftigen Menschen in einem Maße zu sichern, wie es der Bürger erhofft und erwartet. Denn, und das darf nicht ignoriert werden, Krankenhäuser in privater Trägerschaft sind wesentlich stärker auf Gewinnmaximierung ausgerichtet als vergleichsweise Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft. In diesem Zusammenhang soll nicht unerwähnt bleiben, dass zahlreiche Krankenhäuser sowie Krankenhausbetten abgebaut wurden.

Das wohl einschneidendste Ereignis erfuhren die Krankenhäuser durch die Veränderung in der Finanzierung. Während noch bis in dieses Jahrhundert hinein nach Pflegesätzen abgerechnet wurde, also einer Finanzierung je Behandlungstag und ausgerichtet auf das Leistungs-

spektrum eines Krankenhauses, erfolgte zu Beginn dieses Jahrhunderts dann die Umstellung auf Fallpauschalen, auf DRG. Letztendlich bekommt hierbei ein Krankenhaus für einen bestimmten „Fall“ eine feste Summe. Daraus entsteht dann das Bedürfnis des Krankenhauses, den behandelten Menschen so bald als möglich wieder zu entlassen, um Platz für einen neuen „Fall“ zu haben. Gerade dies bedingte einen enormen Rückgang der Verweildauer kranker Menschen im Akutkrankenhaus. Der Autor hatte noch eine Verweildauer von durchschnittlich über das Doppelte des heutigen Wertes erlebt.

Die Rechnung geht allerdings nicht immer auf. Wiederaufnahmen sind nicht selten, die Rehabilitationseinrichtungen können ihrem Auftrag nur bedingt nachkommen, manchmal sehen sie sich veranlasst, den Patienten wieder zurückzuverlegen, da eine Rehabilitation noch nicht stattfinden kann.

In den zurückliegenden Jahrzehnten hat sich die Einrichtung der Gemeindepflege etabliert. Während ehemals nahezu ausschließlich freigemeinnützige Einrichtungen diese Leistungen anboten, gibt es heute zahlreiche und flächendeckend in ganz Deutschland Unternehmen in unterschiedlicher Trägerschaft, die oftmals auch in Konkurrenz zueinander kranke und alte Menschen zu Hause versorgen. Hier hat sich ein völlig neues Betätigungsfeld für die Gesundheits- und Krankenpflegerin/den Gesundheits- und Krankenpfleger herausgebildet. Manche frisch examinierte Pflegekraft findet sich unmittelbar nach dem Ausbildungsende in einer solchen Abteilung wieder. Im Grunde genommen trat das erst durch das Krankenpflegegesetz von 1985 und die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung von 1986 stärker in das Bewusstsein der Ausbilder und der Auszubildenden.

Erwartete berufspolitische Ziele nicht immer erreicht

Der Deutsche Pflegerat (DPR) ist ein eingetragener Verein mit Hauptsitz in Berlin. Er vertritt derzeit sechzehn Mitgliedsverbände aus den unterschiedlichsten Pflegebereichen. Er ist Partner der Spitzenorganisationen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen.

Es ist begrüßenswert, wenn die Pflegeberufe gebündelt ihre Forderungen und Vorstellungen durch eine Dach-

organisation wie den DPR vertreten lassen, das war nicht immer so. Und es waren auch erhebliche Hürden zu überwinden, bis es dazu gekommen war. Und trotzdem bleibt Skepsis angebracht, handelt es sich doch um eine Organisation mit wenig Durchsetzungskraft. So bleibt es gerade bei wichtigen Themen bei beratender Funktion, und die wichtigen Themen standen bereits in den 1980er Jahren auf den Tagesordnungen verschiedener Landes- und Bundesorganisationen der damaligen Zeit (zum Beispiel bessere Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen, bessere Vergütung [siehe Gewerkschaften], Pflegekammer, Patientensicherheit usw.).

Für den Verfasser sieht es nicht so aus, als ob die Pflege vertretenden Organisationen in den zurückliegenden vierzig Jahren die positiven Veränderungen erreicht hätten, die man in diesem Zeitraum hätte erwarten dürfen. Es sieht auch nicht danach aus, als ob sich in den entscheidenden Fragen wie zum Beispiel Arbeitsbedingungen, Umsetzung theoretischer Ausbildungsinhalte in die Praxis, Vergütung und Pflegekammer in absehbarer Zeit signifikant etwas ändern werde. Vielleicht könnte eines Tages der Druck anderer EU-Länder den entscheidenden Schub bewirken wie schon einmal, denn das Krankenpflegegesetz von 1985, das die Ablösung des Gesetzes von 1965 zur Folge hatte, entstand nicht etwa durch die Forderungen inländischer Pflegekräfte und deren Organisationen, sondern durch die Drohung damaliger EG-Staaten, das deutsche Krankenpflegeexamen nicht länger anerkennen zu wollen, wenn nicht die geforderten Veränderungen per Gesetz eingeführt würden.

Pflegewissenschaft

Eine pflegewissenschaftliche Ausbildung, wie sie bereits in den 1950er Jahren in Heidelberg angestrebt wurde, scheiterte – nicht zuletzt an Organisationen der eigenen Berufsgruppe. Noch in der Ausbildung des Verfassers Anfang der 1970er Jahre wurde eine Akademisierung der Pflege von den verantwortlichen Pflegedozentinnen als nicht erstrebenswert vermittelt. Erst in der zweiten Hälfte der 1980er Jahre gab es erstmals in Osnabrück einen Lehrstuhl für Pflege- und Sozialwissenschaften. Die Lehrbeauftragten mussten allerdings ins Ausland gehen, um einen anerkannten

Abschluss vorweisen zu können. Bevorzugt wurde hierbei Schottland. Die erste Fachzeitschrift mit wissenschaftlichem Anspruch erschien 1988 unter dem Namen „Pfleger“.

Heute gibt es Studiengänge für die Bereiche Pflege, Pflegemanagement, Pflegepädagogik, Pflegewissenschaft usw. Viele Bezeichnungen für oftmals das Gleiche. Es ist zu begrüßen, ja geradezu überfällig geworden, dass es wissenschaftliche Studiengänge in der Pflege gibt. Damit qualifiziert sich die Pflege für besondere Aufgaben und Verantwortungen, die man ihr bis dahin viel zu oft abgesprochen hatte.

Zu bemängeln bleibt, dass die Gehaltsfrage weiterhin ungeklärt bleibt. Die Tarifvertragsparteien haben hierzu schlicht nichts zu sagen, da sie nichts getan haben. Bedauerlicherweise gibt es bisher noch zu wenige Einsatzmöglichkeiten für die Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftler insgesamt. Auch an den Hochschulen sind die wichtigen Plätze noch zu oft von „berufsfremden“ Akademikern besetzt.

Gewerkschaften und Tarifpolitik

Die Entgelttarifpolitik von Verdi und deren Vorgängern ÖTV und DAG sind nach wie vor unbefriedigend. Ja sie sind ein leidiges und ständig wiederkehrendes Thema. Es ist ein Unding, wenn eine Gewerkschaft für zahlreiche Berufsgruppen, die unterschiedlicher nicht sein können, ein- und denselben Tarifvertrag aushandelt, ohne dabei die spezifischen Merkmale der Berufsgruppen zu berücksichtigen. Ausnahmen bilden in jüngster Zeit die Tarifabschlüsse von Kliniken in privater Trägerschaft, ohne dass sich deshalb an der Gesamtsituation etwas verändert hätte. Das riecht nach Anmaßung und Selbstüberschätzung.

Es ist ebenso inakzeptabel, dass eine Krankenschwester/ein Krankenpfleger noch immer deutlich unter dem Durchschnittseinkommen in Deutschland liegt. Verdi zeigt bei Streikaufrufen und Streiks gerne Bilder von Krankenschwestern, um damit Akzeptanz in der Bevölkerung zu erfahren, tatsächlich spielen Pflegenden keine besondere Rolle in den gewerkschaftlichen Überlegungen. So wurde zum Beispiel noch vor wenigen Jahren eine ausgehandelte Zulage für das Pflegepersonal im darauffolgenden Tarifvertrag wieder gestrichen (dies war



Foto: Monkey Business/Fotolia

Im Vergleich zu früher gibt es heute zwischen der Krankenpflege und der Kinderkrankenpflege mehr gemeinsame theoretische Ausbildungsinhalte.

einer der Gründe, warum der Autor damals ausgetreten ist).

Die Gewerkschaft „Pfleger“ und ihre Nachfolgerin, die „Gewerkschaft der Beschäftigten im Gesundheitswesen“ (BIG), die sich zwischenzeitlich gegründet hatte, konnte nicht annähernd ihr Ziel erreichen. Die BIG wurde 2009 aufgelöst.

An der aktuellen Situation die Tarifverträge betreffend, wird sich auf absehbare Zeit nichts ändern, es sei denn, der großen Berufsgruppe der Pflege und Hebammen gelingt es, eine eigene tariffähige Gewerkschaft/einen eigenen tariffähigen Verhandlungspartner mit den Arbeitgeberverbänden zu bilden. Es besteht der Eindruck, dass Verdi erst dann Handlungsbedarf sehen wird, wenn es zu einer beachtenswerten Aktivität seitens der Pflege kommen sollte.

Gerichtsurteile beeinflussen das Pflegegeschehen

Zahlreiche Urteile haben in den zurückliegenden Jahren die Tätigkeiten des Pflegepersonals zum Teil erheblich beeinflusst. Es waren Urteile über die Zuständigkeiten des Pflegepersonals vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Qualifikationen, Urteile im Zusammenhang mit der Patientensicherheit sowie zu Fragen der Freiheitsberaubung.

Jahrrelange, endlose und sinnlose Diskussionen gab es in den 1970er und 1980 Jahre zu dem Thema „Spritzenschein“.

Sinnlos vor allem auch deshalb, weil die Überprüfung, die Kontrolle und der tatsächliche Aussagewert dieses Papieres letztendlich Makulatur waren. Hier hatten sich viele Pflegekräfte rechtlich viel zu oft in die Irre führen lassen.

Überhaupt, so scheint es, sind Pflegekräfte in Fragen des Berufs- und Arbeitsrechts nicht so bewandert, wie es wünschenswert sein müsste. Kenntnisse in diesen Themen können das Auftreten der Pflegenden stärken und ihre Forderungen vor Ort durchaus helfen durchzusetzen.

Der Pflege insgesamt wünscht Gerhard Münch viel Erfolg bei der künftigen Gestaltung ihrer Arbeit und der Durchsetzung ihrer Interessen. <<

Autorenkontakt:

Gerhard Münch hat in Mannheim seine Ausbildung zum Krankenpfleger absolviert und war lange Jahre als Unterrichtspfleger sowie Leiter von Krankenpflegeschulen tätig.

Kontakt: Gerhard Münch, P. O. Box 189, 6001 Consolacion, Cebu, Philippines

> Überbelegung und Personalmangel in der Pflege: Wie sollen sich Personalverantwortliche und Pflegende verhalten?

Der Personalschlüssel ist nicht geregelt

MARTINA WEBER

Die Personalsituation der Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen ist seit Jahrzehnten angespannt. In fast allen Bundesländern gibt es Anzeichen für einen Engpass an Fachkräften. Doch welche (rechtlichen) Folgen sich daraus ergeben, ist nicht jedem klar. Gibt es Richtlinien, wie viele Pflegende für wie viele Patienten im Krankenhaus zuständig sein müssen? Wie sollen sich Pflegende und Stationsleitungen verhalten, wenn sie mit einer Überbelegung konfrontiert sind? Welche Haftungsrisiken gibt es, wenn es aufgrund der Überbelegung zu Pflegefehlern kommt und Pflegende ihre Überlastung nicht angezeigt haben? Diesen und weiteren wichtigen Fragen geht Martina Weber dieses Mal nach.

Mit Abschluss des Krankenhausvertrages schuldet der Krankenhausträger dem Patienten eine ärztliche Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst, orientiert am Standard eines erfahrenen Facharztes. Auch die Pflege muss dem aktuellen Stand der Pflegewissenschaft und Medizin entsprechen. Der Krankenhausträger ist also im Rahmen seiner Organisationsverantwortung verpflichtet, für die apparative und personelle Ausstattung sowie für die Organisation des gesamten Krankenhausbetriebes zu sorgen. Diese Verpflichtung wird nicht durch den Druck zu wirtschaftlichem Handeln verringert. Auch das Risiko der Personalbeschaffung liegt beim Krankenhausträger.

Während die Zahl der Krankenhausärzte in Deutschland seit dem Jahr 1991 ständig stieg (von 95.000 bis 143.000 im Jahr 2012, umgerechnet in Vollzeitkräfte), sank im gleichen Zeitraum die Zahl der in Krankenhäusern tätigen Pflegekräfte: Waren es im Jahr 1991 noch 326.000 (umgerechnet in Vollzeitstellen), so betrug ihre Zahl im Jahr 2012 nur noch 313.000, bei einem Tiefpunkt von weniger als 300.000 im Jahr 2007 (Hibbeler). Nach einer Stellungnahme der DGKH-Sektion zum Personalmangel in der Pflege vom 1. April 2015 zeigen internationale Untersuchungen einen deutlichen Zusammenhang zwischen einem Personalmangel in der Pflege und einer höheren Komplikations-, Fehler- und Mortalitätsrate bei Patienten. Gleichzeitig steigen mit einer problematischen Personalsituation in der Pflege die allgemeine Berufsunzufriedenheit, Fälle von Burnout und arbeitsbedingte Verletzungen beim Personal.

Kein Personalschlüssel im Krankenhaus

Für das Verhältnis von Pflegekräften bzw. Pflegefachkräften zu Krankenhauspatienten, den sogenannten Personalschlüssel, gibt es keine zahlenmäßigen Vorgaben, weder durch Gesetz noch durch Rechtsprechung. Dass im Pflegebereich auf Empfehlung von Unternehmensberatern sogar Stellen abgebaut werden, hat seinen Grund in der Struktur der Krankenhausfinanzierung. Das Abrechnungssystem der Fallpauschalen, die DRGs, das im Jahr 2003 eingeführt wurde, erfasst den Pflegeaufwand nämlich nicht. Wird ein Patient im Krankenhaus beispielsweise wegen eines Oberschenkelhalsbruchs behandelt, spielt es keine Rolle, ob er beispielsweise zusätzlich schwer dement ist und deshalb ein intensiver Pflegebedarf besteht. Die Gewerkschaft Verdi, Berufsverbände und Wissenschaftler fordern eine Mindestbesetzung bzw. einen gesetzlichen Personalschlüssel. Eine Kommission aus Vertretern der Ärztekammern, Krankenkassen, Krankenhäuser und Pflegeverbände arbeitet derzeit daran, den Bedarf an Pflegekräften in Krankenhäusern zu ermitteln.

Kriterien zum Personalbedarf

Wonach richtet es sich, ob auf einer Station eine ausreichende Zahl an Pflegekräften vorhanden ist? Maßgeblich ist immer die konkrete Situation im Einzelfall. Der Personalbedarf ergibt sich aus dem aktuellen Arbeitsanfall und der Qualifikation der Pflegekräfte. Zu beachten ist außerdem,

Mit Abschluss des Krankenhausvertrages schuldet der Krankenhausträger dem Patienten eine ärztliche Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst.

Auch die Pflege muss dem aktuellen Stand der Pflegewissenschaft und Medizin entsprechen.

Untersuchungen zeigen einen deutlichen Zusammenhang zwischen Pflegepersonalmangel und einer höheren Komplikations-, Fehler- und Mortalitätsrate.

Mit einer problematischen Personalsituation steigt die Berufsunzufriedenheit, Fälle von Burnout und arbeitsbedingte Verletzungen beim Personal nehmen zu.

Für den Personalschlüssel, also das Verhältnis von Pflegekräften zu Krankenhauspatienten, gibt es keine zahlenmäßigen Vorgaben, weder durch Gesetz noch durch Rechtsprechung.

Der Stellenabbau hat seinen Grund in der Struktur der Krankenhausfinanzierung.

Die Gewerkschaft Verdi, Berufsverbände und Wissenschaftler fordern einen gesetzlichen Personalschlüssel.

Derzeit erarbeitet eine Kommission aus Vertretern der Ärztekammern, Krankenkassen, Krankenhäuser und Pflegeverbände den Bedarf an Pflegekräften in Krankenhäuser.

Der Personalbedarf ergibt sich aus dem aktuellen Arbeitsanfall und der Qualifikation der Pflegekräfte.

Die Normalbesetzung darf nicht die Mindestbesetzung sein, sondern muss darüber liegen.

Bei der Planung der Normalbesetzung ist immer der Ausfall von Pflegekräften zu berücksichtigen, der teilweise vorhersehbar ist (etwa Urlaub) und teilweise nicht (etwa plötzliche Erkrankung).

Erleidet ein Patient einen Schaden, der auf Personalmangel zurückzuführen ist, kann es im Schadensersatzprozess zur Umkehr der Beweislast kommen.

dass die Normalbesetzung nicht die Mindestbesetzung sein darf, sondern darüber liegen muss. Bei der Planung der Normalbesetzung ist immer der Ausfall von Pflegekräften zu berücksichtigen, der teilweise vorhersehbar ist (zum Beispiel Mutterschutz, Elternzeit und Erholungsurlaub) und teilweise nicht (plötzliche Erkrankung einer Pflegekraft oder ihrer betreuungsbedürftigen Kinder sowie die Notwendigkeit, pflegebedürftige Angehörige zu versorgen). Eine Überlastungsanzeige ist die Information einer Führungskraft an den Arbeitgeber über eine Unterbesetzung einer Station, die nicht mehr mit Hilfe arbeitsrechtlich zulässiger Maßnahmen des vorhandenen Personals zu bewältigen ist.

Haftungsrisiken bei Personalmangel

Wie wirkt sich ein Personalmangel auf die Haftung aus? Fest steht: Der Patient hat nach wie vor einen Anspruch auf fachgerechte Pflege, die die Pflegekräfte dem Krankenhausträger aus dem Arbeitsvertrag schulden. Der Personalmangel hat nicht zur Folge, dass von Pflegekräften etwas verlangt wird, was sie gerade wegen des fehlenden Personals nicht leisten können.

Dazu ein Fall aus der Rechtsprechung, in dem es um die Klage eines psychisch kranken Patienten gegen den Krankenhausträger auf Schadensersatz geht (Oberlandesgericht Hamm 16. September 1992, Aktenzeichen 3 U 283/91, Neue juristische Wochenschrift 1993, S. 2387f): *Im Juni 1989 begab sich der Kläger nach einem Selbstmordversuch freiwillig in psychische Behandlung in eine Klinik. Es wurde eine paranoide Psychose diagnostiziert, der Kläger wurde in einer geschlossenen Station untergebracht. Als aus Sicht der Ärzte allmählich eine Besserung eintrat, wurde der Kläger auf die offene Therapiestation verlegt. Die Angst- und Wahnzustände des Klägers nahmen zu, aber die medikamentöse Behandlung und therapeutische Gespräche führten zu einer Besserung. Gelegentlich erhielt der Kläger Urlaub. Während eines Aufenthaltes bei seinen Eltern bemerkten die Eltern erneut eine Suizidgefährdung. Der Kläger kehrte in die Klinik zurück, wo er medikamentös versorgt wurde. Am nächsten Tag führte der Kläger ein Gespräch mit einem Psychologen, bei dem es zum Abschluss eines Suizidvertrages kam. Das heißt, der Kläger gibt die Erklärung ab, dass er den augenblicklichen Selbstmordimpuls eine ausreichende Selbstkontrolle entgegensetzen kann und verspricht, dass er sich bei einem Stärkerwerden des Suizidimpulses mit dem Betreuungsteam in Verbindung setzt. Der Kläger blieb auf der offenen Station. Hier befanden sich zwischen 30 und 35 Patienten. Die Station war etwa 450 Quadratmeter groß und winkelförmig angelegt. Besetzt war die Station mit drei Pflegekräften (eine davon eine halbe Sozialarbeiterstelle), einem Arzt und einem Psychologen. An einem Abend sprang der Kläger vom Balkon des Patientenaufenthaltsraumes.*

Er ist seither querschnittsgelähmt und pflegebedürftig. Wegen Urlaubs und eines Krankheitsfalles war die Station in dieser Zeit mit nur einer Pflegekraft besetzt. Die Pflegekraft hatte kurz vor dem Sprung des Klägers mit diesem gesprochen, ihr war nichts aufgefallen. Der Patient erhob Klage auf Schadensersatz gegen den Klinikträger.

Das OLG Hamm gab dem Patienten Recht. Der Krankenhausträger haftet aus Organisationsverschulden, hier sogar aus grobem Organisationsverschulden.

Der vom Gericht bestellte Sachverständige hatte festgestellt, dass bereits die Normalbesetzung die unterste Grenze des unbedingt erforderlichen Personalbestandes darstellt. Bei ordnungsgemäßem Personalbestand hätte der Sprung des Klägers mit einer Wahrscheinlichkeit von vielleicht 30 Prozent verhindert werden können. Denn, so der Sachverständige, der Ausbruch eines Raptus findet nicht unbemerkt im Innern des Patienten statt, sondern er ist für das fachkundige Pflegepersonal nach außen hin deutlich. Der Klinikträger hätte durch geeignete organisatorische Maßnahmen dafür sorgen müssen, dass es nicht zu einer solchen Personalsituation kommt. Das Gericht nennt folgende vorbeugende Maßnahmen, die eine unzureichende Personalsituation verhindern können:

- sorgfältige Abstimmung des Urlaubsplanes
- Personalverschiebungen
- Einsatz von Personalreserven

Umkehr der Beweislast

Das OLG Hamm wertete die schlechterdings unvertretbare Personalsituation als grobes Organisationsverschulden, das zu einer Umkehr der Beweislast führt. Normalerweise müsste der Patient im Schadensersatzprozess gegen den Klinikträger beweisen, dass die unzureichende Personalsituation zu dem Schaden, für den er Ersatz verlangt, geführt hat. Die Umkehr der Beweislast führt dazu, dass der Klinikträger beweisen muss, dass der Sturz des Klägers gerade nicht die Folge einer unzureichenden Personalbesetzung war. Dieser Beweis war dem Klinikträger nicht gelungen.

In dem Fall, über den das OLG Hamm zu entscheiden hatte, ging es nur um die Schadensersatzpflicht des Patienten gegenüber dem Krankenhausträger, denn der Patient hatte seine Klage nur gegen den Krankenhausträger gerichtet.

Grundsätzlich wäre es denkbar, dass der Krankenhausträger einen Teil der Schadenssumme, die er dem Patienten leisten muss, von seinen Arbeitnehmern teilweise zurückverlangt. Im Fall des OLG Hamm kommen zwei Arbeitnehmer in Betracht: Je nach Sachlage könnte die für den Dienstplan bzw. den Urlaubsplan zuständige Stationsleitung mitverantwortlich sein. Der einzigen Pflegekraft auf Station konnte nach dem Gutachten des Sachverständigen dagegen kein Behandlungs- oder Beaufsichtigungsfehler vorgeworfen werden.

Hätte die einzige Pflegekraft wegen der dramatischen Personalsituation, in der sie allein für 30 bis 35 Psychatriepatienten zuständig war, etwas unternehmen müssen? Selbstverständlich! Sie hätte sofort zu Beginn ihrer Schicht die PDL, den Krankenhausträger oder den Stationsarzt anrufen und um personelle Unterstützung bitten müssen. Die telefonische Mitteilung eines akuten Personalmangels durch eine Pflegekraft zu Schichtbeginn ist jedoch keine Überlastungsanzeige im eigentlichen Sinn. Der Begriff der Überlastungsanzeige wird enger gefasst.

Überlastungsanzeige

Der Begriff der Überlastungsanzeige ist weder gesetzlich geregelt noch in der Rechtsprechung definiert. Der Grund für den Personalmangel, der zu einer Überlastungsanzeige führt, muss in einem Organisationsmangel des Krankenhausträgers im Hinblick auf die personelle Ausstattung einer Station liegen.

Eine Überlastungsanzeige ist die Information einer Führungskraft an den Arbeitgeber über eine Unterbesetzung einer Station, die nicht mehr mit Hilfe arbeitsrechtlich zulässiger Maßnahmen des vorhandenen Personals zu bewältigen ist.

Folgende Maßnahmen kommen vor der Abfassung einer Überlastungsanzeige in Betracht, um eine personelle Unterbesetzung zu beheben:

- Anordnung von Überstunden und Bereitschaftsdienst
- Nichtgewähren von Freizeitausgleich
- sinnvolle Arbeitsorganisation durch das Setzen von Prioritäten
- Personalverschiebungen zwischen den Stationen

Der Grund für den Personalmangel, der nach dieser Definition zur Überlastungsanzeige berechtigt, liegt also in einem Organisationsmangel des Krankenhausträgers im Hinblick auf die personelle Ausstattung einer Station.

Eine Überlastungsanzeige muss folgende Aspekte enthalten:

- Hinweis darauf, dass die notwendigen Arbeiten wegen Personalmangels nicht patientengerecht durchgeführt werden können.
- Angaben zur personellen Besetzung der Station und zur Pflegebedürftigkeit der Patienten.
- Beschreibung der Gefährdungen.
- Aufforderung, der Organisationsverantwortung nachzukommen und weitere Pflegekräfte zur Verfügung zu stellen.

Wir wirkt sich eine Überlastungsanzeige auf die zivilrechtliche Haftung der Pflegekräfte aus? Für Schäden, die aufgrund der personellen Unterbesetzung entstanden sind, haften Pflegekräfte nicht. Für ein Fehlverhalten, das nicht im Zusammenhang mit der personellen Unterbesetzung steht, haften Pflegekräfte nach allgemeinen Grundsätzen.

Beispiel: *Eine Pflegekraft im Nachtdienst informiert den Belegarzt innerhalb von dreieinhalb Stunden nicht über zunehmende Wehen einer Schwangeren, bei der eine Risikogeburt bevorsteht (Oberlandesgericht Stuttgart 20. August 1992, Aktenzeichen 14 U 3/92, vgl. Weber 2006 und Weber 2011, S. 56ff). Die beiden Pflegekräfte im Nachtdienst waren für drei Abteilungen mit etwa 88 Betten und für den Telefondienst zuständig. Dennoch hätten sie Schwerpunkte setzen und den ärztlichen Nachtdienst rechtzeitig über die zunehmende Wehentätigkeit informieren müssen. Die Pflegekräfte wurden in diesem Fall zur Zahlung von Schadensersatz und Schmerzensgeld verurteilt.*

Fazit: Auf Risikokommunikation achten

In der Praxis stellt sich die Frage, wie der Informationsverlauf über den Personalbestand gestaltet ist. Muss sich die Pflegedienstleitung aus eigener Initiative über den Personalbestand auf allen Stationen informieren? Oder kann die Pflegedienstleitung davon ausgehen, dass die Stationsleitungen ihr auch ohne Nachfrage personelle Engpässe mitteilen? Krankenhäuser sind im Rahmen ihres Risikomanagements verpflichtet, Vorgaben zur Risikokommunikation zu implementieren und deren Einhaltung zu kontrollieren. <<

Link-Tipps



Personalmangel in der Pflege in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen: Stellungnahme der DGKH-Sektion „Hygiene in der ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege/Rehabilitation“ im Konsens mit dem DGKH-Vorstand. Stand. 1. April 2015 (mit zahlreichen Literaturangaben): http://www.krankenhaushygiene.de/ccUpload/upload/files/2015_04_01_Personalmangel_Pflege.pdf.

Literatur



Heine H. (2015) *Geplante Krankenhausreform: Wie viel Pflegekräfte brauchen Kliniken?* Tagesspiegel vom 19. Januar 2015. <http://www.tagesspiegel.de/wirtschaft/geplante-krankenhausreform-wie-viel-pflegekraefte-brauchen-kliniken/11246202.html>, Zugriff am 21.12.2015.

Hibbeler B. (2014) *Krankenhäuser: Größe will mehr Pflegekräfte*. Deutsches Ärzteblatt, Heft 111, S. 7. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/154618/Krankenhaeuser-Groehewill-mehr-Pflegekraefte>, Zugriff am 21.12.2015.

Weber M. (2011) *50 Fragen zur sogenannten Überlastungsanzeige in Pflegeeinrichtungen*. Brigitte Kunz, Hannover.

Weber M. (2006) *Die Überlastungsanzeige: Sorgfaltspflicht besteht weiter*. Pflegezeitschrift 59, (12), S. 788f.

Autorenkontakt:

Martina Weber, Volljuristin (Ass. jur.), wissenschaftliche Autorin und Dozentin in der Pflegefortbildung.
Kontakt: Martina Weber, Große Seestraße 13, 60486 Frankfurt. E-Mail: marsweber@hotmail.com

Die Umkehr der Beweislast führt dazu, dass der Klinikträger beweisen muss, dass der Schaden des Patienten nicht Folge der Personalbesetzung war.

Die telefonische Mitteilung eines akuten Personalmangels durch eine Pflegekraft zu Schichtbeginn ist jedoch keine Überlastungsanzeige im eigentlichen Sinn. Der Begriff der Überlastungsanzeige wird enger gefasst.

Der Grund für den Personalmangel, der zu einer Überlastungsanzeige führt, muss in einem Organisationsmangel des Krankenhausträgers im Hinblick auf die personelle Ausstattung einer Station liegen.

Eine Überlastungsanzeige ist die Information einer Führungskraft an den Arbeitgeber über eine Unterbesetzung einer Station, die nicht mehr mit Hilfe arbeitsrechtlich zulässiger Maßnahmen des vorhandenen Personals zu bewältigen ist.

Für Schäden, die aufgrund der personellen Unterbesetzung entstanden sind, haften Pflegekräfte nicht. Für ein Fehlverhalten, das nicht im Zusammenhang mit der personellen Unterbesetzung steht, haften Pflegekräfte nach allgemeinen Grundsätzen.

> Zur Geschichte des Krankenbetts

Roßhaarmatratzen, Leinentücher und Woldecken

MATHILDE HACKMANN

Heutige moderne Krankenbetten sind technisch sehr weit entwickelt, bieten zahlreiche bequeme Einstelloptionen und können sogar beim Röntgen verwendet werden. Das war natürlich nicht immer so. Wer schon ein paar Jahre im Beruf ist, wird sich an eine andere Generation von Betten erinnern, schwer, immobil, oftmals unpraktisch. Mathilde Hackmann hat für die *Pflegezeitschrift* einen Blick auf die Geschichte des Krankenbettes geworfen. Darüber hinaus geht sie der Frage nach, welche Bedeutung das Krankenbett in den Lehrbüchern der Krankenpflege seit der Entstehung der beruflichen Pflege hatte.

Moderne Krankenbetten sind mit aufwendiger Technik ausgestattet. So ist ein zeitgemäßes Intensivpflegebett zum Beispiel nicht nur höhenverstellbar, sondern die Auflagefläche lässt sich in alle Richtungen schwenken. Und die Materialien können heute so gewählt werden, dass das Bett durchleuchtungsfähig ist und daher Röntgenaufnahmen erleichtert (Stiegelmeier 2015). Pflegebetten für die Langzeitpflege zu Hause werden durch die Pflegekassen finanziert und auch hier ist eine hochwertige technische Ausstattung keine Besonderheit mehr. Da das Krankenbett eine hohe Bedeutung für immobile Menschen hat, finden sich auch in der Geschichte zahlreiche Hinweise auf die Beschaffenheit und Ausstattung dieses Möbelstücks.

Unterbringung in mittelalterlichen Hospitälern

Bevor im 19. Jahrhundert die großen Krankenhäuser gebaut wurden, gab es in den Städten für die Versorgung unterschiedlicher, bedürftiger Gruppen Hospitäler, die häufig bereits im Mittelalter gegründet wurden. Bekannt geworden sind zum Beispiel die Heilig-Geist-Hospitäler, in denen in einem großen Saal die Betten in Viererreihen aufgestellt waren (Kolling 2015). Zusätzlich zu den großen Hospitälern gab es eine Vielzahl kleinerer Einrichtungen. Es kann nicht davon

ausgegangen werden, dass jeder Bewohner in den Hospitälern sein eigenes Bett hatte. So ist zum Beispiel aus Hamburg bekannt, dass im dortigen Pesthof sowohl im 17. als auch im 18. Jahrhundert die Anzahl der Bewohner die Anzahl der vorhandenen Betten übertraf. Im Jahr 1765 gab es 901 Kranke, aber nur 426 Betten (Boedecker 1977, S. 238).

Eine der kleineren Einrichtungen in Hamburg war das Hiob-Hospital, das Syphiliskranke aufnahm. Im Jahr 1777 wurden dort aufgrund des schlechten Zustandes der Betten neue Bettstellen und Zubehör beantragt. Anhand der Anschaffungsliste lässt sich die Ausstattung der Betten für das Hiob-Hospital rekonstruieren. Die Liste zeigt, dass auch einige Doppelbetten vorhanden waren (Boedecker 1977, S. 200):

- 16 Matratzen mit Pferdehaar für eine Person
- 16 Kopfhaken (vermutlich Kopfstützen)
- vier Matratzen für zwei Personen
- vier Kopfhaken für zwei Personen
- 24 Kopfkissen mit Federn
- 64 Betttücher für eine Person
- 16 Betttücher für zwei Personen
- 48 Leinenkissenüberzüge
- 30 Große wollene Bettdecken
- sechs Kleine Unterdecken
- vier Frauen und vier Männerhemden
- sechs Handtücher.

Auch sollten etwa 20 neue Bettstellen angeschafft werden.

Krankenbetten in Lehrbüchern der Krankenpflege

Einer der bekanntesten Autoren von Lehrbüchern für die Krankenpflege im 19. Jahrhundert ist der Medizinalrat Dr. Carl Emil Gedike (1797–1867), der die Krankenwart-Schule des Charité-Krankenhauses in Berlin leitete. Bereits 1837 legte er eine erste Auflage eines Lehrbuchs vor, das als Grundlage für den Unterricht genutzt wurde. In der dritten Auflage des Buches sind dem Krankenbett mehrere Seiten gewidmet. Die Bettstelle könne sowohl aus Holz als auch aus Eisen sein. Eisen sei auf jeden Fall zu bevorzugen, da es leichter reinzuhalten sei. Der Boden der Bettstelle könne „von Holz, Leinwand oder am besten von Gurten“ (Gedike 1854, S. 25) sein. Federn sollten möglichst vermieden werden, da Federbetten nicht gut rein zu halten seien. Vorhänge sollten vermieden werden. Das Bett sollte mit dem Kopfende an der Wand stehen, damit es von den Seiten her gut zu erreichen sei. Bei einer feuchten Wand sollte das Kopfende aber mit Abstand zur Wand aufgestellt sein. Gedike erwähnt ebenfalls Hilfsmittel zum Aufrichten und Lagerungsmittel zur Verhinderung des Durchliegens.

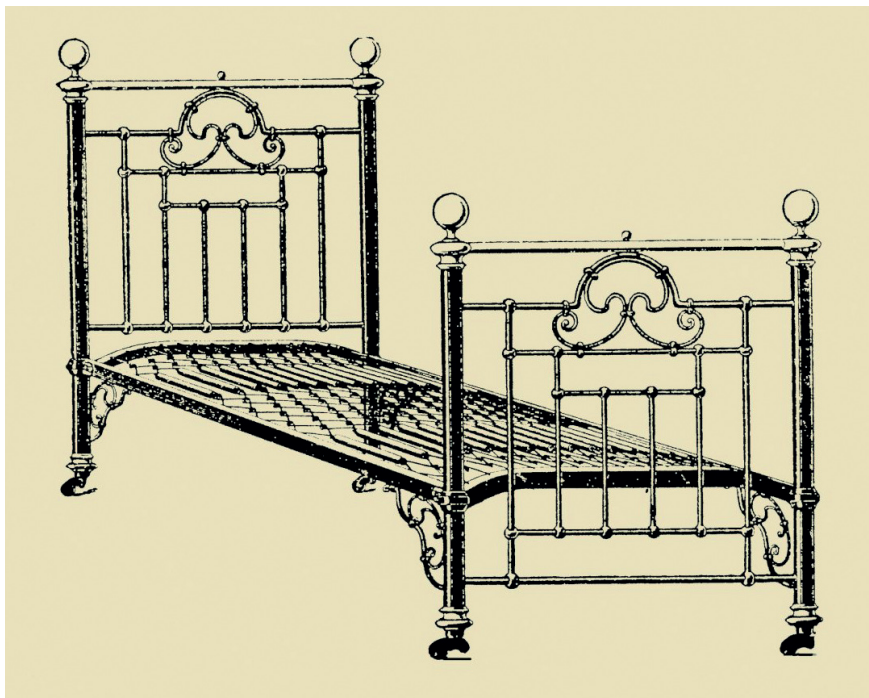
Auch Florence Nightingale (1820–1910) empfiehlt in ihrem „Rathgeber für Gesundheits- und Krankenpflege“ (1878) „die eiserne Bettstelle mit Roßhaarmatratze“ (S. 115). Im Abschnitt zum Krankenbett zeigt sich auch, welchen hohen Wert Nightingale auf eine gute Belüftung der Krankenzimmer legte, wenn sie fordert, dass die gesamte Bettwäsche zu lüften sei und die Matratze jeden Tag gewendet werden soll.

Spätere Lehrbücher, die in Deutschland typischerweise zunächst von männlichen Medizinern geschrieben wurden, greifen das Thema „Krankenbett“ ebenfalls auf und behandeln es in der Regel noch ausführlicher. Sowohl Sick (1887) als auch Mendelsohn (1892) und Billroth (1914) plädieren für Bettgestelle aus Eisen und

Roßhaarmatratzen und lehnen Federbetten ab. Sick und Mendelsohn geben zusätzlich an, dass sich dreiteilige Roßhaarmatratzen besonders eignen, da sie leichter zu drehen seien und man auch die mittlere, am meisten beanspruchte Matratze gut mit den Matratzen am Kopfteil und am Fußteil austauschen könne. Sick erwähnt ebenfalls noch die Vorteile von Strosäckchen als Matratzen im Falle von Epidemien und im Krieg, da sich diese bei Durchfeuchtung und Verunreinigung schnell auswechseln ließen und man das verbrauchte Stroh schnell verbrennen könne.

Besonders ausführlich zum Thema „Krankenbett“ schreibt Theodor Billroth (1829–1894), dessen Lehrbuch erstmalig 1881 erschien und 1914 in achter Auflage (Billroth 1914) verkauft wurde. Billroth setzte sich in Wien für eine systematische Ausbildung der Berufskrankenpflegerin ein und leitete die Krankenpflegeschule am Rudolfiner-Krankenhaus. Ausdrücklich wendet sich Billroth jedoch mit seinem Buch nicht nur an die Berufspflegerin, sondern auch an „gebildete Hausfrauen und Familienmütter“ (Billroth 1914, S. VI). Billroth fordert Bettgestelle mit einer Größe von zwei Metern Länge, einem Meter Breite und einer Höhe von 80 bis 85 cm als Kompromiss zwischen dem Wunsch des Patienten, gut ein- und aussteigen zu können, und den Anforderungen der Pflegerin und des Arztes an eine angepasste Arbeitshöhe. Als Liegefläche seien besonders Drahtgestelle zu empfehlen. Auch sollte das Bett mit Rollen ausgestattet sein, damit die Stellung des Bettes leicht zu verändern sei.

Zur Ausstattung des Bettes gehören laut Billroth die dreiteilige Roßhaarmatratze, die zehn bis zwölf cm dick an den Rändern und 14 bis 16 cm dick in der Mitte gestopft werden soll. Sie soll nicht direkt auf dem Drahtgestell liegen, sondern mit Zwillich als Zwischenlage geschont werden. Auf die Matratze kommt eine Kautschukdecke, dann wird das Leintuch faltenfrei eingespannt. Im Rudolfinerhaus gehören zur Ausstattung ebenfalls zwei Kopfpolster, die in der Mitte etwa 20 cm dick sind. Eine verstellbare Rückenlehne ersetzt das Keilkissen. Ein, zwei oder auch drei wollene Decken, innen von einem weißen Leintuch bedeckt, das nach außen umgeschlagen und angeheftet wird, bedecken den Kranken. Dieses Leintuch hat die gleiche Größe wie das Unterleintuch und ist daher besonders praktisch bei der Wäscherversorgung (Billroth 1914, S. 35ff).



Das vom Preußischen Ministerium herausgegebene Krankenpflegelehrbuch (Medizinalabteilung des Ministeriums 1909) thematisiert ähnliche Schwerpunkte in Bezug auf das Krankenbett. In der zweiten Auflage finden sich Fotos, auf denen typische Krankenbetten zu sehen sind.

Neue Entwicklungen in der Nachkriegszeit

Das 1909 erstmalig erschienene Krankenpflegelehrbuch wurde bis nach dem 2. Weltkrieg gedruckt, 1951 erschien es in der 18. Auflage (Hagen et al. 1951). Die Beschreibung des Bettes entspricht den Vorgängerbüchern. Hinzu kommt lediglich, dass bei „unreinen“ Kranken zusätzlich der mittlere Teil des Bettes mit einer Unterlage aus wasserdichtem Stoff (Wachstuch, Gummituch, Billrothbattist) und einer zusätzlich aufsaugenden Schicht abzudecken ist. Erst im Lehrbuch von 1958 (Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände 1958) wurden Modernisierungen aufgegriffen. So werden jetzt Räder und verstellbare Liegeflächen erwähnt (vgl. Abb. 2). Auch wird neben der Federkernmatratze die neuere Schaumgummimatratze vorgestellt.

Die zweite Auflage des Lehrbuchs von Juchli (1976), das in Deutschland eine hohe Verbreitung fand, geht auf weitere Fortschritte in der Entwicklung der Krankenbetten ein und erläutert das Elektrobett, das es den Patienten ermöglicht, den

Kopfkeil in der Höhe auf Knopfdruck zu verstellen. Besonders die Niveaustellung der Liegefläche war eine deutliche Erleichterung für die Pflege. Auch Spezialbetten werden im Buch beschrieben. Einen hohen Wert legt das Buch auf das Betten des Patienten und den Wäschewechsel, die schrittweise auf vier Seiten beschrieben werden (Juchli 1976, S. 51ff). Dieser Abschnitt spiegelt daher die auch sonst festzustellende Tendenz des Buches wider, detailliert Pflegetechniken zu beschreiben. Damit steht es in einer hundertjährigen Tradition der Konzentration des vermittelten Wissens in der Pflegeausbildung über das Wie der Pflege und weniger das Warum.

Aufgrund der relativ ausführlichen Darstellung des Krankenbettes in den Lehrbüchern stellt sich die Frage, was von den Vorgaben tatsächlich in der Krankenhauspraxis umgesetzt wurde. Dies soll an den zwei folgenden Beispielen untersucht werden.

Krankenbetten in der Krankenhauspraxis

Eigens nach Vorstellung des ärztlichen Direktors wurde das Mobiliar für das Neue Allgemeine Krankenhaus in Hamburg Ende des 19. Jahrhunderts geplant und hergestellt. Die Bettrahmen bestanden aus graugrün gestrichenem Eisenrohr, die Seitenteile des Bettes aus lackiertem Tannenholz und die Liegefläche war mit Bändeisengurten und später mit Federrah-

menmatratzen ausgestattet. Als Textilien wurden Wollmatratzen, ein Roßhaarkissen, ein Unterleintuch und eine wollene Decke in einem Leinenüberzug zur Verfügung gestellt. Wie auf zahlreichen Fotos zu erkennen ist, wurden die Pläne genauso umgesetzt (Uhlmann & Weisser 1992). Aufgestellt wurden die Betten in den neu erbauten Pavillons überwiegend in großen Sälen mit bis zu 30 Betten. Die Bettrahmen müssen gegenüber den bisher eingesetzten reinen Holzbetten im Alten Allgemeinen Krankenhaus ein großer Fortschritt gewesen sein. Trotzdem stellt sich die Frage, warum auf die Holzteile des Bettes nicht verzichtet wurde und die Bettahmen nicht komplett aus Eisen hergestellt wurden, wenn dies doch bereits in den Lehrbüchern empfohlen wurde.

Persönliche Erfahrungen um 1980

Im Jahr 1977 begann ich meine Ausbildung zur Krankenschwester und arbeitete die nächsten Jahre in verschiedenen Krankenhäusern. Die Krankenbetten, mit denen ich in dieser Zeit zu tun hatte, entsprachen nur zum Teil den im Lehrbuch von Juchli beschriebenen modernen Krankenbetten. Entsprechend umständlich gestaltete sich in einigen Fällen die Pflege.

Das „Betten“ war ein Ritual. So wurde zweimal täglich auf der Station die „Bettenrunde“ durchgeführt. Zwei Pflegenden (in der Regel eine examinierte Pflegeperson und eine Pflegeschülerin) begannen an einem Ende der Station, alle Betten zu machen. Dafür musste jeder Patient aufstehen. Die Kopfkissen (in der Regel ein bis zwei Federkissen, manchmal klumpig) wurden aufgeschüttelt, das Laken straffgezogen (Spannbettlaken gab es nicht), das Stecklaken neu gespannt oder bei Bedarf gewechselt und das Oberbett aufgeschüttelt. Waren die Ecken des Bettlakens nicht ordentlich genug umgeschlagen, so gab es schon mal einen Ruffel von der Stationschwester nach der Visite.

Das Kopfende der Betten ließ sich zwar verstellen, aber die Liegefläche in der Regel nicht. Somit mussten die Betten von den Pflegenden entweder in gebückter Haltung oder aber „rückenschonend“ mit gebeugten Knien gerichtet werden. Sollten die Beine des Patienten zur Thromboseprophylaxe höher gelagert werden, so wurde eine schiefe Ebene erreicht, indem die Rollen am Fußende des Bettes auf kleine Holzklötze (genannt „Schockklötze“) gestellt wurden. Stand nun dieses Bett

als drittes „zugeschobenes“ Bett in einem Zweibettzimmer an der Wand, so wurde jedes Bett zum Kraftakt für die Pflegenden, da die Rollen von den „Schockklötzen“ heruntergehoben werden mussten, um das Bett zur Seite rollen zu können, denn nur so konnte das Stecklaken von beiden Seiten des Bettes neu gespannt werden.

Bettwäsche war meistens Mangelware. Ich erinnere mich an Situationen, bei denen verschmutzte Patientenbetten nicht frisch bezogen werden konnten, weil Wäsche fehlte. Zum Ausleihen musste man dann auf einer anderen Station fragen. Auf einer Station war die Stationschwester besonders stolz auf die gemusterte Bettwäsche für Privatpatienten. Diese wurde natürlich nicht auf andere Stationen verliehen, erst recht nicht für Betten „Dritter-Klasse-Patienten“.

Donnerstags wurden alle Betten frisch bezogen, ohne dass es eine Rolle spielte, wie lange der Patient in dem Bett gelegen hatte. Bei den Betten, die noch mit dreiteiligen Roßhaarmatratzen bestückt waren, musste die mittlere Matratze gegen die obere oder untere ausgetauscht werden. Auf einer Station mit 40 Betten war das Schwerstarbeit und man wusste abends genau, was man an dem Tag geleistet hatte.

Zu den pflegerischen Aufgaben gehörte es auch, die Betten abzuwaschen, wenn Patienten entlassen wurden. Diese Tätigkeiten wurden natürlich gerne an die Krankenpflegeschülerinnen abgegeben. Also schob man das Bett auf den Flur, wuchtete die Matratze heraus, die auf dem Balkon lüften sollte, holte Eimer und Desinfektionsmittel und wusch das Bettgestell ab. Dann wurde die Matratze wieder aufgelegt, ein Laken gespannt, Bettdecke und Kopfkissen neu bezogen und das Bett zurück in das Krankenzimmer geschoben. Meistens erfolgten diese Tätigkeiten zu zweit, aber an den Entlassungstagen standen viele Betten auf dem Flur und die anderen Arbeiten (zum Beispiel „zur Klingel gehen“) standen auch noch an. Es gab Stationschwester, die besonders auf die Sauberkeit der Räder, an denen sich oft viel Schmutz und Haare sammelten, achteten. Andere regten sich über zurückgebliebene Flecken auf dem Chrombügel am Fußende auf und bestanden auf sofortigem Abwischen der Desinfektionslösung mit einem trockenen Tuch.

Spätere Erfahrungen mit moderneren Krankenhausbetten, die Einführung von Spannbettlaken und Lagerungshilfsmittel,

die nicht mehr in Eigenproduktion auf der Station hergestellt werden mussten, brachten zwar einerseits Erleichterung in der Arbeit, andererseits jedoch auch neue Probleme, so waren zum Beispiel die Elektrobetten reparaturanfälliger und wegen des Gewichts schwerer zu schieben. Diese Erfahrungen spiegelten sich jedoch nicht in den Lehrbüchern wider.

Fazit

Das Krankenbett und seine Ausstattung wurden in den Lehrbüchern der Krankenpflege differenziert beschrieben. Inwieweit diese idealen Beschreibungen tatsächlich in der Praxis der Krankenhäuser umgesetzt wurden, muss offen bleiben. So zeigt das Beispiel des Neuen Allgemeinen Krankenhauses, das Holz genutzt wurde, obwohl dieses für die Ausstattung von Krankenhausbetten nicht mehr empfohlen wurde.

Aus den Lehrbüchern lässt sich nicht immer entnehmen, welche Tätigkeiten nun tatsächlich für die Pflegenden anfallen. So ist unklar, ob das Stopfen der Roßhaarmatratzen, die Billroth so genau beschreibt, als pflegerische Tätigkeit zu sehen ist. Die Reinigung der Betten bei Entlassung von Patienten wird in den Lehrbüchern nicht thematisiert. Mangelnde Bettwäsche findet sich natürlich auch nicht in den Lehrbüchern, scheint aber, wie die Beispiele zeigen, im 18. Jahrhundert für die Versorgenden nicht weniger problematisch gewesen zu sein als für die Krankenpflegeschülerin Ende der 1970er Jahre. <<

Literatur



Die Literatur zu diesem Beitrag finden Interessierte auf unserer Homepage www.pflegezeitschrift.de in der Rubrik „Aktuelles Heft“.

Autorenkontakt:

Mathilde Hackmann, RbP, Diplom-Pflegepädagogin (FH), MSc (Nursing and Education), arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Evangelischen Hochschule für Soziale Arbeit und Diakonie, Hamburg.

Kontakt: mhackmann@rauheshaus.de

Fachliteratur für die Pflegepraxis



Friedhilde Bartels/Claudia Eckardt/Saskia Wittekindt/Anke Wittrich

Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie

Band 1: Grundlagen und Formulierungshilfen

2016. 78 Seiten, 15 Abb. Kart. € 25,-
ISBN 978-3-17-029735-7

auch als
EBOOK

Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie (ATP-G) wird bei älteren Menschen mit Unterstützungs- und Pflegebedarf sowie (Früh-)Rehabilitationsbedarf durchgeführt und geht über die Grund- und Behandlungspflege hinaus. Sie hat das Ziel, dass Betroffene die individuell optimal erreichbare Mobilität, Selbstständigkeit und Teilhabe, wie diese vor der aktuellen Verschlechterung bestanden haben, wieder erreichen. ATP-G wurde auf der Grundlage des Bobath-Konzepts entwickelt, da sich u. a. Pflege- und Therapieinterventionen ergänzen und in dem individuellen „Lernprozess“ des Patienten aufeinander abzustimmen sind. Das setzt voraus, dass die Mitarbeiter aller Berufsgruppen des interdisziplinären Teams über den gleichen Wissensstand verfügen und demnach auch die gleiche Fachsprache sprechen.

Friedhilde Bartels, Pflegedienstleiterin, Vorstandsmitglied BVG e. V. **Claudia Eckardt**, Pflegeaufbaukursinstructorin Bobath BIKA®. **Saskia Wittekindt**, Stationsleitung. **Anke Wittrich**, Dipl.-Med.-Inf. (FH), stellv. Geschäftsführerin BVG e. V.



Annelen Schulze Höing

Pflege von Menschen mit geistigen Behinderungen

Pflegebedarfsanalyse und integrierte Hilfeplanung

2., überarbeitete und erweiterte Auflage 2016
300 Seiten, 24 Abb., 18 Tab. Kart. € 36,-
ISBN 978-3-17-025742-9

auch als
EBOOK

Das Buch verfolgt das Ziel, die Qualität zur Erbringung pflegerischer Leistungen in Einrichtungen der Behindertenhilfe sicherzustellen. Es gibt eine praktische Anleitung zur Ermittlung von Pflegebedarfen sowie zur Planung, Ausführung und Dokumentation. Basierend auf dem von der Autorin entwickelten Instrument zur Pflegebedarfsanalyse, dem Gesprächsleitfaden Pflegeererfassung®, wird anhand von Fallbeispielen in Pflegeethemen eingeführt. Auf den Umgang mit Medikamenten, Sondenernährung, künstlichen Blasen- und Darmausgängen sowie Schmerzempfindung bei Sprachunfähigkeit wird eingegangen. In der 2. Auflage wurde u. a. das Thema Juckempfinden neu aufgenommen. Folgende Arbeitsmaterialien gibt es zum kostenlosen Download: Gesprächsleitfaden Pflegeererfassung® und Protokoll Pflegebedarfsanalyse. Geleitwort von Dr. Heidrun Metzler.

Annelen Schulze Höing, Pflegefach- und Organisationsberaterin (MSc), Auditorin, verfügt über langjährige Erfahrung in der ambulanten und stationären Pflege sowie in Leitungspositionen. Sie bietet Workshops an und bildet pflegerische Multiplikatoren aus.

Leseprobe und weitere Informationen unter www.kohlhammer.de

W. Kohlhammer GmbH · 70549 Stuttgart
Tel. 0711 / 7863 - 7280 · Fax 0711 / 7863 - 8430 · vertrieb@kohlhammer.de

Kohlhammer

> Nursing Interventions Classification

Pflegeinterventionen klassifizieren

SÖREN HAMMERMÜLLER

In der Februar-Ausgabe des Campus wirft Sören Hammermüller einen Blick auf die Nursing Interventions Classification. Als registrierte beruflich Pflegende können Sie auch diesmal wieder einen Fortbildungspunkt sammeln, indem Sie uns den ausgefüllten Fragebogen zukommen lassen und die Mindestanzahl richtiger Antworten erreicht haben.



Der demografische Wandel, der zunehmende finanzielle Druck auf das Gesundheitssystem sowie die Forderung nach steigender Qualität in der Pflege und Patientenversorgung lassen den Berufsstand der Pflege immer mehr unter Druck geraten. Hierbei fällt es immer schwerer quantifizierbare Argumente und Messgrößen zu finden, die die Notwendigkeit und den Umfang von professioneller Pflege aufzeigen und sichtbar machen. Zudem ist die wissenschaftliche Begründbarkeit unseres pflegerischen Handelns noch mehr als unzureichend und lässt an unserem professionellen Handeln zweifeln bzw. lässt die Notwendigkeit der Professionalisierung in der Pflege infrage stellen. Das Stellen und die Klassifikation von Pflege Diagnosen, angestrebten Pflegeoutcomes sowie den Pflegeinterventionen, die uns die gesetzten Ziele erreichen lassen sollen, kann für die Vielzahl an Problemen in der Pflege eine Lösung darstellen. Die Klassifikation kann nicht nur den Pflegeaufwand im Sinne zeitlicher und personeller Ressourcen abbilden, sie lässt gleichzeitig eine große Datenbank für die Wissenschaft entstehen, vereinheitlicht die Pflegefachsprache, minimiert Informationsverluste, vereinheitlicht die Dokumentation und lässt dadurch die Qualität der Patientenversorgung steigen.

Entstehung

Das Nursing-Interventions-Classification-Team formierte und gründete sich initial 1987 am Center for Nursing Classification an der University of Iowa, College of Nursing. In nunmehr fast 30 Jahren entstanden sechs Auflagen der NIC mit unterschiedlichen Schwerpunkten und Phasen der Entwicklung. Durch die Arbeit des Teams, in dem seit 1987 Joanne

McCloskey Dochtermann und Gloria M. Bulechek mitwirken, wurde zunächst bis 1992 eine umfangreiche Sichtung aktueller Lehrbücher sowie Systeme, pflegerischer Methoden und Aktivitäten analysiert. Das Ergebnis dieser Analyse wurde anschließend in verschiedene Gruppen zusammengefasst und gekennzeichnet. Hierbei entstand die erste Klassifizierung. Bis 1995 wurden die Zugehörigkeiten in Gruppen weiter zusammengefasst und eingeordnet. Dabei wurde die Taxonomie definiert. Von 1993 bis 1997 wurden erste Tests zur Validität und Einsetzbarkeit durchgeführt und den Ergebnissen entsprechende Anpassungen vorgenommen. Ab 1996 wird die NIC international in der Pflege genutzt und regelmäßig die Validität sowie Evidenz überprüft. Hierbei wird die NIC immer wieder in Einklang mit aktuellen wissenschaftlichen Grundlagen sowie neusten Erkenntnissen gebracht und ausgebaut. Somit wird sie in ihrer jeweilig aktuellsten Auflage dem Sozialgesetzbuch V im Sinne des Handelns nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft gerecht (Bulechek et al. 2013, S. V–3).

Begriffsklärungen

Intervention: Eine Intervention definiert sich in der Medizin als jede Aktivität im Sinne der Behandlung, die sich vom bloßen Zuwarten unterscheidet (Duden 2014, S. 579).

Pflegeintervention: Eine Pflegeintervention ist eine eigenständige (autonome), wissenschaftlich begründbare Handlung, welche realisiert wird, um einem Patienten auf vorhersagbare Art und Weise einen Nutzen zu bringen (Ullrich et al. 2005, S. 25).

Pflegeintervention entsprechend der NIC: Unter einer Pflegeintervention versteht man jede Behandlung, die eine Pflegeperson auf der Grundlage ihres fachkundigen Urteils und ihres klinischen Wissens für einen Patienten durchführt, um Patientenergebnisse zu erreichen. Es beinhaltet unterschiedliche Bereiche der Interventionen (Bulechek et al. 2013, S. XV). Sie sind eingebettet im Schritt 4 des Pflegeprozesses, der Intervention, und reichen auch in die Teilprozesse der Pflegeplanung und Evaluation. Die NIC stellt hierbei eine einheitliche, standardisierte Sprache dar, die die von Pflegekräften durchgeführte Maßnahme beschreibt. Dabei ist es ein Tool für:

- die Messung der Produktivität
- die Pflegeplanung
- die Pflegedokumentation
- eine professionelle Kommunikation
- die Forschung
- die Evaluation.

Der Pflegeprozess

Der Pflegeprozess beschreibt das Handlungsfeld der NIC. Um dieses zu beschreiben, lassen sich verschiedene Definitionen finden. Abderhalden (Abderhalden et al. 2011, S. 347) beschreibt es wie folgt: „Der Pflegeprozess ist ein von Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer Interaktion mit PatientInnen und/oder Familien respektive PatientInnengruppen verwendetes systematisches Problemlösungsverfahren, mit dem der Pflegebedarf beurteilt, die pflegerische Unterstützung geplant und gegeben sowie auf ihre Wirksamkeit überprüft wird.“ Hierbei lassen sich folgende Teilprozesse definieren: Assessment (Einschätzung und Informationssammlung), Diagnose (Probleme und Ressourcen erheben), Planung

(Ziele und Ergebnisse definieren und Interventionen festlegen), Intervention (Realisierung der geplanten Maßnahmen) und Evaluation (Überprüfung der Wirksamkeit der Interventionen sowie der Erreichung der festgelegten Ziele) (siehe Abbildung 1).

Die NIC wird in den Pflegeprozess sowohl bei der Planung und Intervention als auch bei der Evaluation integriert und bedeutet für diese Teilprozesse einen deutlichen Mehrwert.

Taxonomie der NIC

Die NIC definiert zunächst fünf Bereiche/Arten der Intervention:

- Direkte Intervention: Tätigkeit, die durch Interaktion mit dem Patienten ausgeführt wird
- Indirekte Intervention: Tätigkeit, die nicht direkt am Patienten, jedoch für den Patienten oder eine Patientengruppe durchgeführt wird (Organisation/Management zur Unterstützung der Effektivität direkter Interventionen)
- Interventionen für eine Gemeinschaft (public health): Tätigkeiten mit dem Ziel, die Gesundheit in Populationen zu steigern und zu bewahren (Gesundheitsförderung, Gesundheitserhaltung, Krankheitsprävention durch Strategien, die soziale, politische und klimatische Gegebenheiten berücksichtigen)
- Behandlung von Pflegenden initiiert: Tätigkeiten, die von Pflegenden im Zusammenhang mit einer Pflegediagnose eigenständig durchgeführt werden (basieren auf wissenschaftlichen Daten und haben einen vorhersagbaren Nutzen)
- Behandlung vom Arzt initiiert (sowie Apotheker, Atemtherapeuten): Vom Arzt in Bezug auf eine medizinische Diagnose verordnete Tätigkeiten, die von Pflegenden durchgeführt werden (Bulechek et al., 2013 S. XV)

Die NIC definiert des weiteren 554 verschiedene Interventionen, die etwa 13.000 Tätigkeiten beschreiben. Diese sind in sieben verschiedene Domänen gruppiert, welche jeweils noch in Klassen untergliedert werden (siehe Abbildung 2).

Für die verbesserte praktische Anwendbarkeit kann mithilfe der Domänen, Klassen und konkreten Interventionen jede Maßnahme codiert und somit abgekürzt und zusammengefasst sein. Besonders für die Einbindung in elektronische, computerbasierende Dokumen-

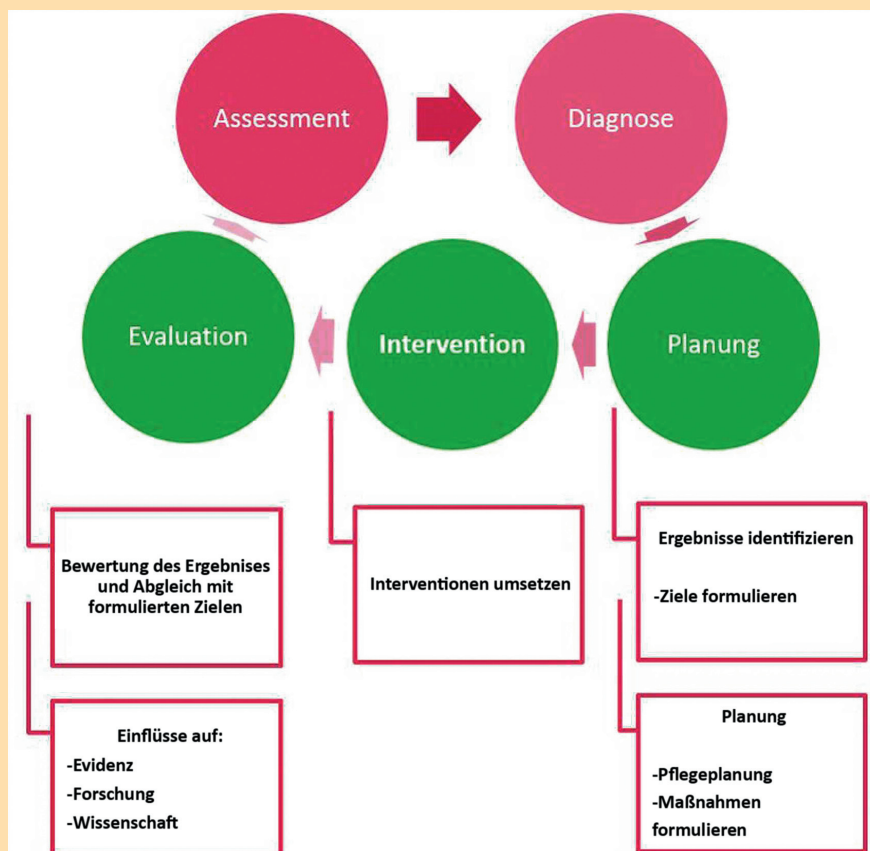


Abbildung 1: Teile des Pflegeprozesses

tationssysteme ist dies förderlich (siehe Abbildung 3).

Die NIC als Lösung

Dank der 554 in der NIC definierten Interventionen ergeben sich nicht nur die einheitliche Codierung und Dokumentation. Ebengleich hat diese Vereinheitlichung zur Folge, dass

- der Impact der Pflege im Gesundheitssystem widergespiegelt werden kann
- eine Standardisierung und definierte Grundlage für Pflegepläne und den allgemeinen Sprachumgang geschaffen wird
- die Auswahl von Interventionen erleichtert werden kann (besonders bei individuell anpassbaren Filterfunktionen)
- Lehrpläne in pflegerisch-/therapeutischen Berufen angepasst werden können
- die Effektivität der Patientenversorgung verbessert werden kann
- Schnittstellen im Behandlungsteam rund um den Patienten reduziert werden können
- eine einheitliche und große Datenbank für diverse Forschungsfragen aus unter-

schiedlichen Wissenschaften zur Verfügung steht

Zudem fördert die NIC das Sprachverständnis professionell Pflegenden und ist für die progrediente Professionalisierung in der Pflege unumgänglich (Bulechek et al. 2013, S. IV).

Bewertung der NIC

Bei der Bewertung zeigen sich Vor- und Nachteile.

Vorteile

Die NIC in der sechsten Auflage von 2013 stellt sich als eine ganzheitliche Pflegeinterventionsklassifikation dar, in der das gesamte Spektrum pflegerischer Intervention dargelegt wird. Diese beinhalten folglich nicht nur die physiologische und psychosoziale Krankheitsbehandlung und Prävention für die Einzelperson, sondern auch für die Familien und Gemeinschaften. Hierbei wird bei jeder optionalen Intervention ein Theoriebezug und somit der Bezug zur Wissenschaft hergestellt. Dies stellt einen wesentlichen Vorteil der NIC dar, da sie, insofern diese immer

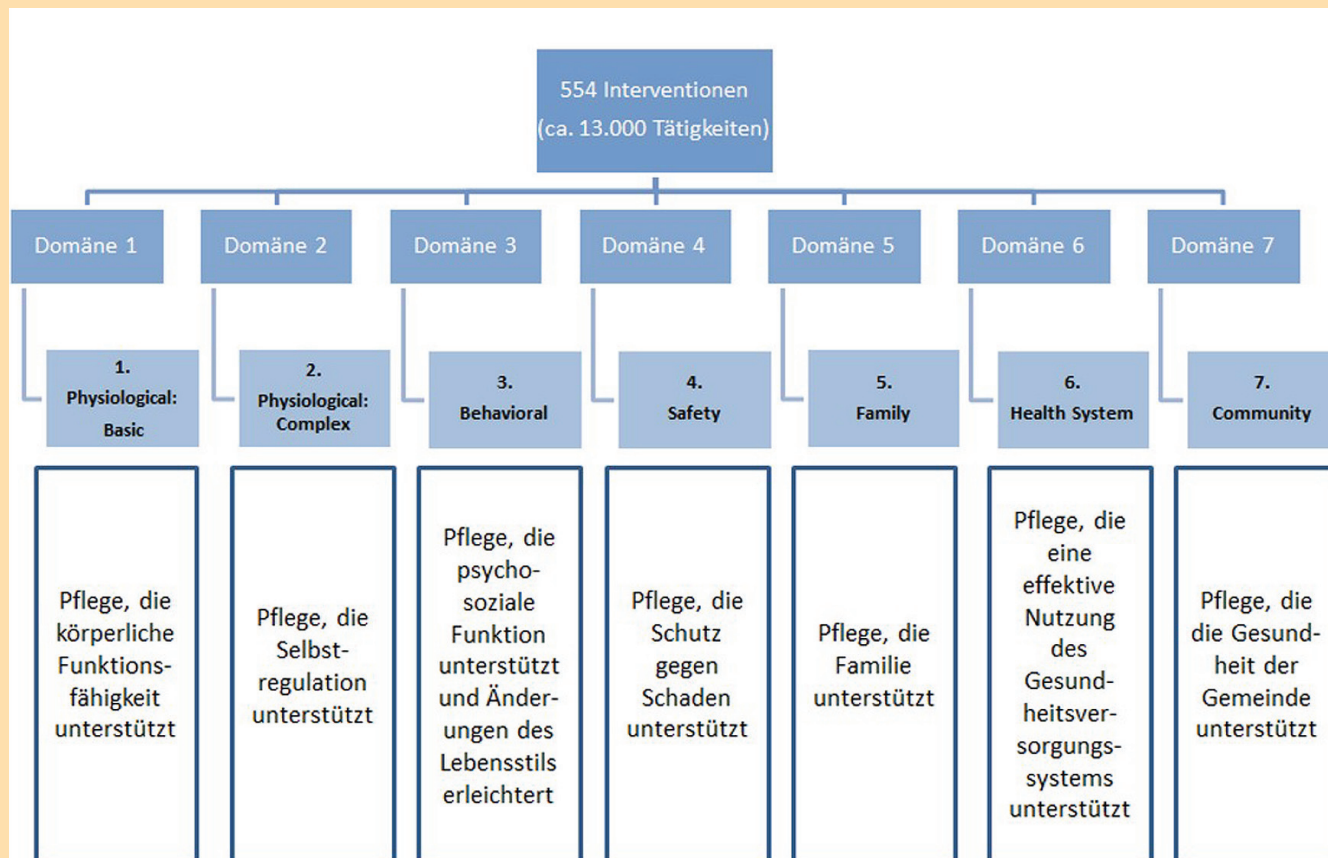


Abbildung 2: Taxonomie der NIC (eigene, nicht autorisierte Übersetzung nach Bulechek et al., 2013, S. 40–59)

aktualisiert wird, die Arbeit auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft ermöglicht und einen großen Faktor für die Steigerung der Versorgungsqualität darstellt. Die praxisnahe und gute Umsetzbarkeit/Integration der NIC in den klinischen Alltag lässt sich bereits durch die Entstehungsgeschichte und vielfache Erprobungen der Klassifikation begründen. Zudem kann die NIC in ein globales Patientendokumentationssystem integriert werden, in dem nicht

ausschließlich die Pflegenden, sondern alle an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen dokumentieren können. Dies erleichtert den Zugriff auf alle patientenbezogenen Dokumente, die im transdisziplinären Team erhoben wurden. Somit lassen sich Schnittstellen im Versorgungsprozess reduzieren.

Nachteile

Die NIC ist ein geschütztes und lizenziertes System. Für die praktische Integ-

ration in Kliniken bedeutete dies einen initialen, zum Teil hohen finanziellen Aufwand. Zudem kommt das Erfordernis, dass das Personal, das zukünftig mit der NIC arbeiten soll, umfangreich geschult werden muss. Des Weiteren nimmt diese Art der Klassifizierung, Codierung und Dokumentation erhebliche Arbeitszeit in Anspruch. Aus diesem Grund ist eine Filterfunktion für das Finden und Auswählen von Interventionen zwingend erforderlich.

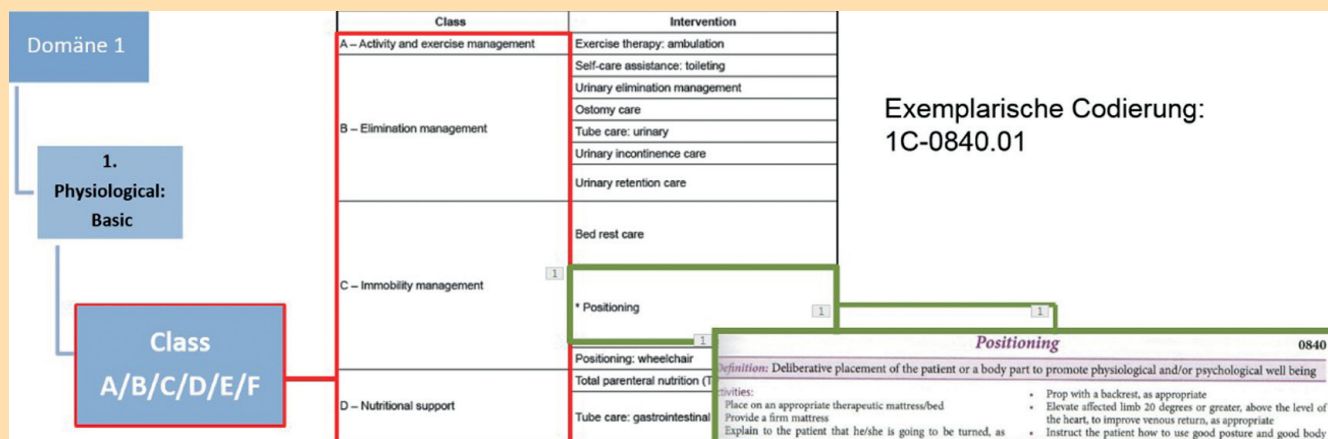


Abbildung 3: Codierungsbeispiel nach der NIC – Taxonomie

Quelle	Kurzbeschreibung	Wesentliche Ergebnisse
Björvell C., Wredling R., Thorell-Ekstrand I. (2002) <i>Long-term increase in quality of nursing dokumentation: effects of a comprehensive intervention</i> . Scandinavian Journal of Caring Sciences 15, S. 34–42.	Dreijährige Interventionsstudie an 269 Patientenakten mit validem Auditinstrument. Endpunkte: Qualität und Quantität der der Pflege-anamnase/-status/-diagnose/-outcome und -intervention.	Signifikante Verbesserung in allen Endpunkten. Zunahme an dokumentierten Diagnosen, Zielen und Interventionen.
Denehy J. & Poulton S. (1999) <i>The use of standardized language in individualized healthcare plans</i> . Journal of School nursing 15, (1), S. 38–45.	Deskriptive Untersuchung zum erstellen und erproben standardisierter Versorgungspläne für in der pflege Lehrende.	Einsatz von NANDA i, NIC und NOC unterstützt bei der bewussten Auswahl von Pflegeinterventionen und Pflegeergebnisse.
Daly J.M. & Buckwlater K. (2002) <i>Written and ccomputerized care plans</i> . Journal of Gerontological Nursing 28, (9), S. 13–23.	Experimentelle Studie mit 30 Pflegenden zu vergleich der computergestützten Dokumentation mit der Schriftlichen Dokumentation von Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnissen	Signifikant verbesserte Dokumentation von Pflegeinterventionen.
O`Connor N.A., Hameister A.D., Kershaw T. (2000) <i>Application of standardized nursing language of describe adult nurse practitioner practice</i> . Nursing Diagnosis 11, (3), S. 109–120.	Analysiert wurden wiederholt die Akten nach Visite von 3733 Patineten	Große Übereinstimmung der Kohärenz zwischen Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnissen. Acht Pflegeergebnisse traten bei allen Patienten auf. Häufigste Diagnose war „Schmerz“ und häufigstes Ergebnis „Symptom gebesert“.

Tabelle 1: Übersicht an Arbeiten zur Untersuchung der Evidenz von Pflegediagnosen, Pflegeinterventionen und Pflegeergebnissen

Diese Filter müssen Zentren-, Stations-, Patienten- oder erkrankungsabhängig anpassbar sein.

Trotz der vielen positiven Argumente, die für den Einsatz der NIC und möglicherweise der Kombination mit der *North American Nursing Diagnosis Association International* sowie der *Nursing Outcome Classification* sprechen, sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass es durchaus noch weitere Klassifikationssysteme auf dem Markt gibt. Besonders im Zusammenhang mit einer einheitlichen professionellen Fachsprache innerhalb der Pflege und im transdisziplinären Team sollten wir uns aus diesem Grund nicht zwangsläufig von einem System abhängig machen. Vielmehr sollten wir weiterhin offen für andere Systeme sein, um die zukünftig wünschenswerte einheitliche Taxonomie entstehen zu lassen und dieser folgen zu können.

Des Weiteren kann eine einheitliche Vorgabe der Taxonomie bei der Pflegeinterventionsklassifikation auch den Verlust der Individualität des Patienten verursachen.

Evidenz

Wenn man sich zum Ziel nimmt, Pflegeklassifikationen mit dem Ziel der Evidenzsteigerung und der Förderung der Pflegewissenschaft anzusehen, so muss zunächst das Tool der NIC selbst validiert werden. In Tabelle 1 ist eine Auswahl an Studien mit diesem Ziel aufgeführt.

Fazit

Die NIC in ihrer 6. Auflage von 2013 stellt ein valides Tool der Klassifikation von Pflegeinterventionen dar. Dies zeigen nicht zuletzt auch zahlreiche internationale Studien aus unterschiedlichsten Gesundheitssystemen, die die verbesserte Qualität der pflegerischen Patientenversorgung, der Dokumentation sowie der Kohärenz zwischen dokumentierten und umgesetzten Pflegeinterventionen, aber auch Pflegediagnosen und Pflegeergebnissen abbilden.

Die NIC ist ein weit verbreitetes und valides Klassifikationshilfsmittel zur Einteilung von pflegerischen Interven-

tionen. Eine Etablierung im deutschen Gesundheitssystem wäre wünschenswert und kann der professionellen Pflege in Deutschland in Zukunft zu mehr Ansehen, Lobby, Verhandlungsgrundlage und Akzeptanz verhelfen. <<

Literatur



Die Literatur zu diesem Beitrag finden Interessierte auf unserer Homepage www.kohlhammer-pflege.de in der Rubrik „Aktuelle Ausgabe“.

Autorenkontakt:

Cand. B.Sc. Sören Hammermüller, Gesundheits- und Krankenpfleger, Studium Advanced Nursing Practice for intensive care medicine, Universitätsklinikum Leipzig AöR, Klinik und poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, Liebigstraße 20, 04103 Leipzig
Kontakt: soeren.hammermueller@medizin.uni-leipzig.de

Campus-Fragebogen

Thema: NIC

Punkte: 1

PFLEGE ZEITSCHRIFT

Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege

1. Auf welcher Grundlage werden Pflegeinterventionen durchgeführt?

- a) Nach den Wünschen des Patienten
- b) Fachkundiges Urteil des Pflegenden
- c) Kosten-Nutzen-Zeit-Analyse

2. Was ist kein Teilschritt im Pflegeprozess?

- a) Evaluation
- b) Assessment
- c) Initiation

3. Welchen Vorteil bietet die NIC-Klassifizierung und Codierung der Pflegemaßnahmen?

- a) Codes sind leichter zu merken.
- b) Maßnahmen können in Datenbanken schnell gefunden werden.
- c) Codierung verhindert, dass Patienten Einfluss nehmen können.

4. Welche Nachteile ergeben sich aus der Integration der NIC in Kliniken?

- a) Keine, es gibt nur Vorteile.
- b) Finanzieller und zeitlicher Aufwand.
- c) Mehrere Berufsgruppen haben Zugang zu patientenbezogenen Dokumenten.

5. Welche Vorteile ergeben sich aus der Integration der NIC in Kliniken?

- a) Die einheitliche Taxonomie verhindert, dass Patienten individuell behandelt werden müssen.
- b) Mitarbeiter müssen nicht geschult werden, da das System selbsterklärend ist.
- c) Die Maßnahmen sind auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft.

6. Datenbanken ...

- a) vereinheitlichen die Fachsprache und die Dokumentation
- b) vermindern die Qualität der Patientenversorgung
- c) führen zu Informationsverlusten.

7. Tätigkeiten die nicht am, jedoch für den Patienten durchgeführt werden, nennt man:

- a) Public Health Interventionen
- b) Unidirekte Interventionen
- c) Indirekte Interventionen

8. Was darf trotz Klassifikationssystem nicht vernachlässigt werden?

- a) Messung der Produktivität
- b) Individualität des Patienten
- c) Exakte Pflegeplanung

9. Welche Herausforderungen gibt es bzgl. der NIC zu bewältigen?

- a) Die Datenbanksprache ist Englisch. Die Bedienung setzt einen Sprachkurs voraus.
- b) Die Daten/Maßnahmen müssen aktualisiert und gefiltert werden können.
- c) Patienten und Angehörige sollen Zugang zur Datenbank erhalten.

Schulungsnummer: 20151004160002

Einsendeschluss: 04.03.2016

Acht von neun Antworten müssen richtig sein.



Bitte ausfüllen:

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

E-Mail

Datum, Unterschrift

Teilnahme

Sollten Sie die notwendige Anzahl richtiger Antworten haben, erhalten Sie ein Zertifikat, mit dem Sie einen Fortbildungspunkt im Rahmen der Registrierung beruflich Pflegenden (RbP, www.regbp.de) gutgeschrieben bekommen. Dafür müssen Sie bei Regbp.de registriert sein.

Sie haben zwei Möglichkeiten, den Fragebogen einzusenden: Postalisch oder Sie laden den Artikel als PDF über unser Pflegeportal www.kohlhammer-pflege.de herunter, füllen den Fragebogen aus und schicken ihn per E-Mail an pflegezeitschrift@kohlhammer.de. Die Teilnahme ist für Abonnenten kostenlos.

Sie gelangen auch über www.regbp.de zum Artikel/Fragebogen. Geben Sie dazu in der Suchmaske die Schulungsnummer ein.

Wenn Sie uns den Fragebogen per Post schicken wollen, dann senden Sie ihn an W. Kohlhammer GmbH, Redaktion Pflegezeitschrift, Heßbrühlstr. 69, 70565 Stuttgart.

Bitte beachten Sie den Einsendeschluss.

› Im World Wide Web kann man sich schnell verirren ... oder gezielt Informationen suchen und finden. Die wichtigsten Webseiten für Studenten im Überblick.

Wo finde ich eigentlich ...?

KATJA MARQUARDT

Egal, ob Sie den passenden Studiengang, ein Zimmer, ein Schnäppchen, eine Mitfahrgelegenheit oder die passende Literatur suchen: Katja Marquardt hat für die *Pflegezeitschrift* etliche nützliche Internetseiten und Apps zusammengestellt, die Sie durch den Informationsdschungel führen. Steht die erste größere Hausarbeit an oder suchen Sie einen passenden Masterstudiengang? Möchten Sie ein Semester im Ausland verbringen? Zu diesen Themen finden Sie hier diverse Portale, die Tipps reichen vom wissenschaftlichen Arbeiten bis zum Bewerben.

Das Internet ist längst zum selbstverständlichen Begleiter geworden. Wir konsultieren es bei allen möglichen Fragen. Kein Wunder, dass es auch rund um Studium und Jobsuche äußerst hilfreich ist. Allgemeine Seiten mit vielen Tipps und Infos rund ums Studium (hier finden Studenten auch zu den meisten weiteren Unterpunkten nützliche Informationen) sind beispielsweise:

- www.studis-online.de (Einträge und Foren zu allen erdenklichen Themen, die für Studenten relevant sind, zum Teil sehr umfangreiche Informationen)
- www.unicum.de (Website des etablierten Hochschulmagazins mit Karriere-Tipps, Stellen- und WG-Börse, Tipps zum Auslandsstudium, Infos über Studentenrabatte)
- www.studi-info.de (umfassendes Studentenportal, deckt Themenbereiche wie etwa Studienorganisation, Karriere, Ausland, Finanzen, Studentenleben und Reisen ab)
- www.krankenschwester.de/forum (große Online-Community für die Pflegeberufe, Foren zu allen wichtigen Themen, auch über das Pflegestudium, Ansprechpartner- und Institutionensuche, nützliche Lehrbücher, Jobbörse und Veranstaltungen)
- www.studentenwerke.de (Verband der Studentenwerke; neben allen möglichen Infos rund um das Studentenleben viel zum Thema Beratung und Soziale Dienste: Psychologische Beratung, Sozialberatung, Beratung für Studierende mit Behinderung oder Studieren mit Kind)

- <http://campus-ranking.de> (Unistädte-Ranking, basiert ausschließlich auf Studentenumfragen. Verglichen werden Unterhaltskosten, studentisches Leben und Studiums-Qualität)

Studiengangssuche

Inzwischen gibt es eine sehr große Anzahl an Pflegestudiengängen, ständig kommen neue dazu. Studiengangs-Suchmaschinen helfen, sich zurechtzufinden. Auf den meisten kann nach unterschiedlichen Kriterien gesucht werden, zum Beispiel Fachbereich, Abschluss, Standort oder Studieren ohne Abitur.

- www.studienwahl.de (offizieller Studiengangsführer der Bundesagentur für Arbeit)
- <https://studiengaenge.zeit.de> (umfangreicher Studiengangsführer der „Zeit“)
- <http://ranking.zeit.de> (CHE-Hochschulranking der „Zeit“)
- www.hochschulkompass.de (auch Informationen zu internationalen Kooperationen, zur Promotion, zum dualen Studium, Studium neben dem Beruf und Studium-Interessentest)
- www.wegweiser-duales-studium.de (alles über das duale Studium, Studiengangssuche, Übersicht über die Praxispartner)

Zimmersuche

Gerade in Uni-Städten kann sich die Zimmersuche als schwierig gestalten. Es lohnt sich ein Blick auf die folgenden Seiten:

- www.wg-gesucht.de

- www.studenten-wg.de (bietet auch eine eigene Mitfahrzentrale)

Am jeweiligen Studienort sind Wohnheimplätze auch über das Studentenwerk zu finden.

Finanzen und sparen

Der Antrag auf BAföG (Bundesausbildungsförderungsgesetz) muss schriftlich beim zuständigen BAföG-Amt der Hochschule gestellt werden. Allgemeine Informationen und Formulare zum Download: www.bafög.de.

Hier können Studenten sparen:

- www.studenten-presse.com (ermäßigte Zeitschriftenabos)
- www.geizstudent.de (aktuelle Rabattaktionen für Studenten)
- www.allmaxx.de (Online-Club für Studenten. Mitglieder erhalten Zugang zu Vorteilsangeboten und Services)
- www.tamya.de (privates Carsharing)
- www.frents.com (leihen und verleihen unter Freunden und Nachbarn)

Onlinewörterbücher und -lexika

Oft will man mal schnell nachschlagen, wie ein bestimmter Begriff geschrieben wird oder wer Cicely Saunders war ...

- www.duden.de (deutsche Rechtschreibung und Fremdwörter)
- www.dict.leo.org (Onlinewörterbuch für die Sprachen Englisch, Französisch, Spanisch, Italienisch, Chinesisch, Russisch, Portugiesisch und Polnisch)
- www.canoo.net (deutsches Wörterbuch und Grammatik)
- www.pflegewiki.de (ständig wachsende freie Wissensplattform für den Bereich Pflege, die vom DBfK Nordwest unterstützt wird)

Literaturrecherche

Vor jeder wissenschaftlichen Arbeit steht eine grundlegende Aufgabe: die Literaturrecherche. Hier werden Sie fündig:

- www.dnb.de (zentrale Archivbibliothek für alle Medienwerke in deutscher Sprache)
- www.zvab.com (Zentrales Verzeichnis Antiquarischer Bücher; Online-Antiquariat für deutschsprachige Bücher)
- www.ubka.uni-karlsruhe.de/kvk.html (Der Karlsruher Virtuelle Katalog ist eine Meta-Suchmaschine zum Nachweis von mehr als 500 Millionen Medien in Katalogen weltweit)
- www.worldcat.org (weltgrößte bibliografische Datenbank)
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> (PubMed; englischsprachige Meta-Datenbank für medizinische Fachartikel)
- www.cochrane.de (Deutsche Cochrane-Seite mit Verweis zur Cochrane-Library)

Die CINAHL-Datenbank (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature) ist über viele Hochschulbibliotheken oder über den VPN-Zugang der jeweiligen Hochschule zu erreichen.

Wissenschaftliches Arbeiten

Insbesondere zu Beginn eines Studiums beherrscht man die Kunst des wissenschaftlichen Arbeitens noch nicht. Gut, wenn man weiß, wo man Hilfe findet.

- www.studis-online.de/Studieren/Wissenschaftliche_Texte (enthält auch Literaturempfehlungen zum wissenschaftlichen Arbeiten)

Bitte beachten: Die einzelnen Fakultäten/Studienfächer haben meist eigene Richtlinien zum Verfassen wissenschaftlicher Arbeiten und zur Zitierweise.

Prüfungs- und Lerntipps

Beim Lernen macht man oftmals Fehler, ohne es zu merken, zum Beispiel, wenn man sich zu viel Stoff für einen bestimmten Zeitraum vornimmt. Hier lernen Sie, wie man den Lernstoff am besten aufbereitet:

- www.studis-online.de/Studieren/Lernen
- www.uniturm.de (Hier können Studenten unter anderem Skripte herunterladen, Mitschriften tauschen, Fachwissen und Lerntipps teilen)

Nebenjobsuche

Die meisten Studenten brauchen einen Nebenjob, um studieren zu können ...

- www.unicum.de (hat neben vielen anderen Tipps rund ums Studium eine große Nebenjob- und Praktikumsbörse und gibt Bewerbungstipps)
- www.studentjob.de

Viele Hochschulen bieten ihren Studenten eine Online-Nebenjobbörse für die Region, teilweise auch auf den Seiten des Studentenwerks zu finden.

Auslandsstudium

Nicht nur für den Lebenslauf sind lange oder kürzere Auslandsaufenthalte mitunter wertvoll, sie sorgen auch für interessante und oftmals schöne Erfahrungen.

- www.daad.de/ausland (Deutscher Akademischer Austauschdienst; das Wichtigste zu Studium, Praktikum und Sprachkursen im Ausland)
- www.go-out.de
- www.auslandsbafoeg.de (Finanzierung des Auslandsaufenthalts)

Ansprechpartner für die internationalen Austauschprogramme sind die akademischen Auslandsämter der jeweiligen Hochschule.

Mobilität

Wer günstige Alternativen zur Bahn sucht, wird hier fündig:

- www.busliniensuche.de (Fernbus-Suchmaschine)
- www.blablacar.de (Mitfahrzentrale)

Reisen

Es gibt Reisebüros, die sich auf Studentenreisen spezialisiert haben (zum Beispiel Gruppen-, Sprach- oder Work & Travel-Reisen) oder die mit Studentenrabatten locken, zum Beispiel: www.statravel.de.

Für Auslandsreisen lohnt es, sich einen Internationalen Studentenausweis (ISIC) ausstellen zu lassen, um auch auf Reisen von Vergünstigungen zu profitieren:

- www.isic.de

Die besten Apps

Im Smartphone-Zeitalter gibt es natürlich auch unzählige Apps, die für Studenten hilfreich sind.

- CampusApp (für Android und iOS, deckt über 60 Hochschulstandorte ab, wird von Studentenwerken und Hochschulen mit den nötigen Daten, etwa Speiseplänen oder Vorlesungsverzeichnis, beliefert)
- Dict.cc (für Android und iOS. Ein Online-Wörterbuch, das ganze 51 Sprachpaare anbietet. Sobald man eines der Wörterbücher heruntergeladen hat, kann man dies auch offline benutzen.)
- Doodle (für Android und iOS, Gruppentermine dank Umfrage-Funktion vereinbaren)
- Evernote (für Android und iOS. Die App bietet viele nützliche Funktionen, Notizen lassen sich als Audio- oder Bild-Datei speichern, ebenso können handschriftliche Notizen verfasst werden. Die App synchronisiert die Notizen automatisch auf Smartphone, PC und Mac.)
- Feedly (für Android und iOS, News-Reader)
- Kochmeister (für Android und iOS, enthält etwa 60.000 Rezepte. Mit einer praktischen Suchfunktion kann man Rezepte nach Art, Region und Schwierigkeit sortieren)
- Mensa-App (für Android und iOS, wöchentliche Speisepläne von über 550 Mensen und Cafeterien aus ganz Deutschland)
- Öffi (für Android, vielseitige Fahrplanauskunft, die passende Verbindungen für Bus und Bahn sucht, Verspätungen berücksichtigt und nahegelegene Haltestellen findet)
- Sparpionier (für Android und iOS, findet Sonderangebote von Markenprodukten)
- Timetable (für Android, leichtes Erstellen des Stundenplans)
- Wunderlist (für Android, iOS und Windows Phone, To-do-Listen einfach erstellen)

In Ausgabe 3/2016 erfahren Sie mehr über Beratungsangebote für Studenten. <<

Katja Marquardt, Gesundheits- und Krankenpflegerin, M.A. Sprach- und Kommunikationswissenschaft, ist freiberufliche Journalistin und lebt in Frankfurt am Main.
Kontakt: katja.marquardt@gmail.com

Drucksensorentechnologie erleichtert Dekubitusprävention

Verschiedene Interventionen zur Förderung der Urinkontinenz sind seit langem bekannt und seit den 1970er Jahren hinsichtlich ihrer Wirksamkeit untersucht worden.

Die Entstehung von Dekubitalgeschwüren bleibt trotz umfassender Ausbildung, Schulungen und neuer Präventions- und Behandlungstechniken, vor allem auf Intensivstationen, weiterhin ein drängendes Pflegeproblem.

Je nach Risikostruktur der Patienten schwanken die Angaben in bisher veröffentlichten internationalen Studien zur Dekubitusprävalenz in Pflegeheimen und Kliniken zwischen 4 Prozent und 42 Prozent. Die tatsächliche Häufigkeit von Dekubiti in Deutschland ist nicht sicher anzugeben. Expertenschätzungen gehen von einer Prävalenz in deutschen Krankenhäusern von ca. 10 Prozent aus, wobei die höchsten Prävalenzraten häufig auf Intensivstationen auftreten. Das wiederum hängt mit der dort vorliegenden Risikostruktur der Patienten zusammen.

Ein Dekubitus entwickelt sich, wenn der Auflagedruck über betroffenen Hautarealen längerfristig den Blutdruck in den Kapillaren überschreitet. Es kommt zu Störungen der Durchblutung in den betroffenen Hautpartien mit einhergehender Zerstörung des Gewebes und Nekrosen.

Die wechselseitige Lagerung des Patienten – gewöhnlich wird eine Frist von zwei Stunden bei einem zu starken Auflagedruck als kritisch eingeschätzt, auch wenn wissenschaftliche Belege dafür noch ausstehen - gilt als die häufigste konsensbasierte Empfehlung (in Verbindung mit einem Lagerungsprotokoll) zur Verhinderung von Druckgeschwüren. Doch nicht immer gelingt es der Pflegekraft richtig einzuschätzen, welche Hautareale dabei entlastet werden (müssen) und welche nicht.

Wissenschaftler des Henry Ford Klinikums in Detroit, Michigan, USA untersuchten nun, ob mithilfe neuer Drucksensorentechnologie die Hautareale, die den größten Auflagedrücken ausgesetzt sind, besser zu identifizieren sind und somit die druckentlastende Lagerung des Patienten erfolgreicher und effizien-

ter durchgeführt werden kann und dadurch weniger Dekubiti entstehen.

In ihrer vergleichenden Studie, die im August und September 2011 auf der 68-Betten umfassenden internistischen Intensivstation des Henry Ford Klinikums in Detroit durchgeführt wurde, teilten die Forscher die Patienten (n=422) willkürlich entweder in die Interventionsgruppe (n=213): Betten mit Drucksensorentechnologie oder in die Kontrollgruppe (n=209): Standard-Versorgung ein.

Das System zur Überwachung des Auflagedrucks bestand aus einer dünnen Drucksensormatte und einer Steuereinheit. Die Drucksensormatte wurde auf die „normale“ Bettmatratze gelegt und durch die vielen Sensoren in der Matte, die kontinuierlich zweimal pro Sekunde den Auflagedruck maßen, wurde auf der Steuereinheit (ein kleiner Monitor) ein „Live-Bild“ produziert. Durch die farbliche Kennzeichnung: blau (Druck kleiner als 10mm Hg), grün, orange (10 - 75mm Hg) und rot (Druck größer als 75mm Hg), konnten die Pflegekräfte während der Lagerung des Patienten auf dem Monitor sehen, welche Hautareale gerade den größten Auflagedrücken ausgesetzt waren und somit, wenn möglich, die Lagerung anpassen. Außerdem gab das System alle zwei Stunden ein akustisches Signal ab, das die Pflegekräfte für beide Patientengruppen an den Lagerungswechsel erinnerte. Die Patienten in der Kontrollgruppe erhielten die übliche

Standardversorgung zur Dekubitusprävention (z.B. zweistündige Wechsellagerung, Auftragen von Hautschutzcreme, druckentlastende Lagerung der Fersen).

Um eine Vergleichbarkeit der beiden Patientengruppen zu gewährleisten, wurden vorab alle relevanten Daten (z.B. Geschlecht, Alter, Beatmungsdruck, hämodynamischer Status, Liegezeit, Komorbiditäten, Bradensummenwerte) erhoben. Mithilfe mehrerer statistischer Tests (Wilcoxon-Mann-Whitney-Test, Chi-Quadrat-Test, Exakter Test nach Fisher) wurden die Daten beider Patientengruppen analysiert.

Sowohl die demografischen Daten als auch die krankheitsbezogenen Daten der Patienten unterschieden sich in beiden Gruppen nicht signifikant voneinander. Ein statistisch signifikanter Unterschied bestand jedoch in der Zahl der aufgetretenen Dekubiti: Im Zeitraum der Studie (August und September 2011) entwickelten 2 von 213 Patienten (0,9 Prozent) der Interventionsgruppe und 10 von 209 Patienten (4,8 Prozent) der Kontrollgruppe einen Dekubitus (jeweils Grad 2).

Quelle: Behrendt, R., Ghaznavi, A.M., Mahan, M., Craft, S., Siddiqui, A. (2014) Continuous bedside pressure mapping and rates of hospital-associated pressure ulcers in a medical intensive care unit. AJCC - American Journal of critical care, March 2014, Volume 23, No. 2.

Autorenkontakt:

Referiert und kommentiert von **Dr. rer. cur. Antje Tannen**, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, Charité – Universitätsmedizin Berlin.
Kontakt: antje.tannen@charite.de

Kommentar



Die Studie weist darauf hin, dass sich durch den Einsatz von neuer Drucksensorentechnologie die druckentlastende Lagerung der Patienten effizienter und somit eine wirksamere Dekubitusprävention durchgeführt werden kann. Einige Pflegekräfte bestätigten nach der Studie, dass das Live-Bild auf dem Monitor ihnen während des Umlagerens der Patienten Sicherheit gab. Sie fühlten sich durch die Echtzeit - Rückmeldung motivierter und zufriedener. Grenzen dieser Studie sind unter anderem die fehlende Randomisierung der Patienten und die fehlende Verblindung der Auswerter. Diese Faktoren und natürlich die „besonders motivierten“ Pflegekräfte in der Interventionsgruppe könnten die Ergebnisse beeinflusst haben. Eine weitere Schwäche der vorliegenden Studie ist die monozentrische Durchführung. Bei der vorliegenden Studie handelt es sich jedoch um die erste dieser Art. Weitere empirische Belege sind unbedingt notwendig, um diese Ergebnisse zu validieren.

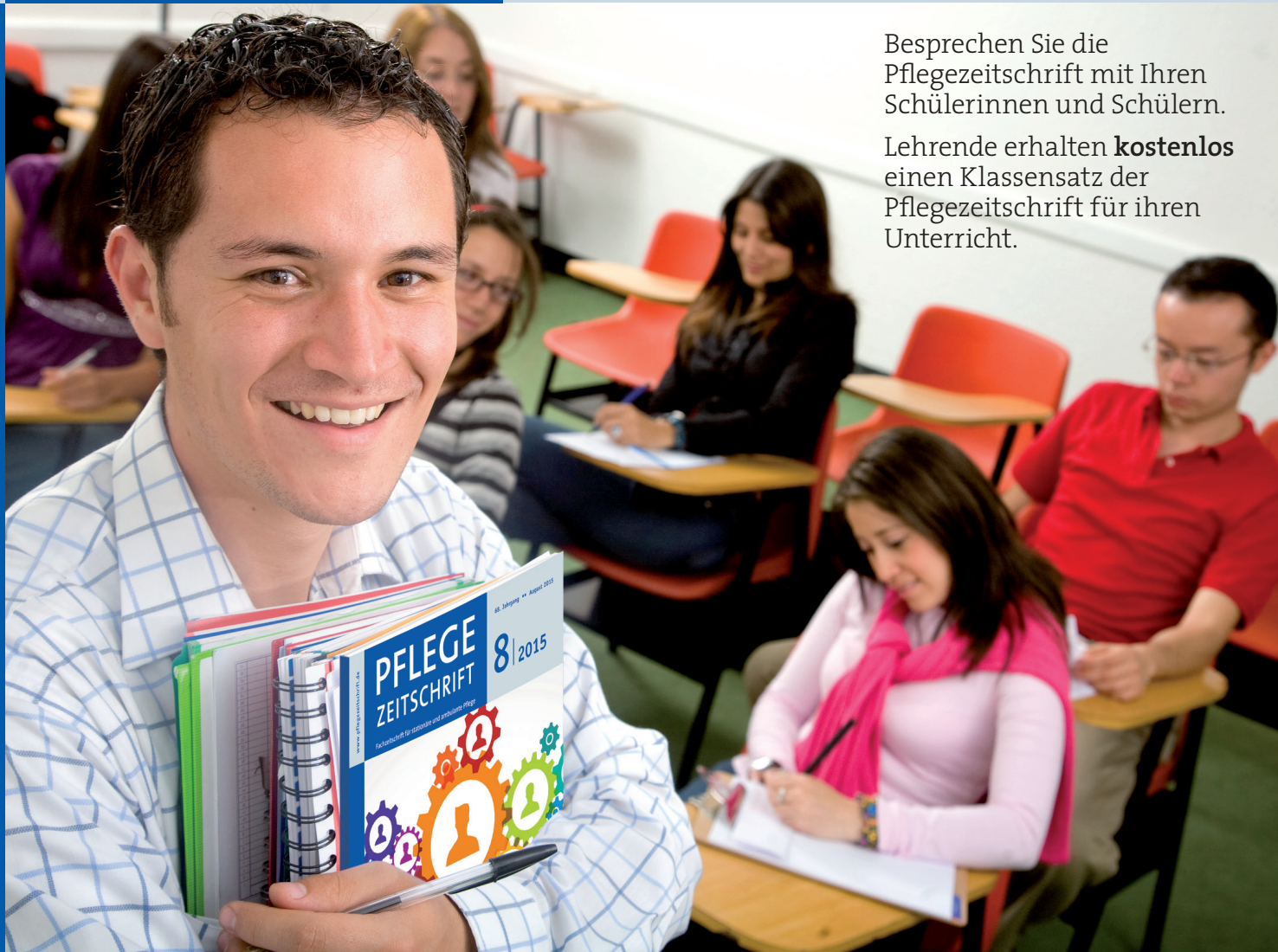
PFLEGE ZEITSCHRIFT

Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege

Die Stunde ist gerettet!

Besprechen Sie die Pflegezeitschrift mit Ihren Schülerinnen und Schülern.

Lehrende erhalten **kostenlos** einen Klassensatz der Pflegezeitschrift für ihren Unterricht.



Bestellschein

Bestellen Sie direkt beim Verlag:

Telefon: (0711) 7863 - 7277

Fax: (0711) 7863 - 8430

E-Mail: vertrieb@kohlhammer.de

Ja, ich bestelle einen Klassensatz der Pflegezeitschrift mit ____ Exemplaren.

Versand nur an Schuladressen

Verlag W. Kohlhammer GmbH
Zeitschriftenauslieferung
70549 Stuttgart

Name, Vorname: _____

Schule: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

LVR-Klinikverbund
LVR-Klinikum Düsseldorf



Der Landschaftsverband Rheinland (LVR) sucht für das **LVR-Klinikum Düsseldorf – Kliniken der Heinrich-Heine-Universität** - zum 01.09.2016 oder früher eine/einen

Stellvertretende Pflegedirektorin/ Stellvertretenden Pflegedirektor

Der Landschaftsverband Rheinland (LVR) arbeitet als Kommunalverband mit rund 18.000 Beschäftigten für die 9,4 Millionen Menschen im Rheinland. Mit seinen 41 Schulen, zehn Kliniken, 19 Museen und Kulturinstitutionen, drei Heilpädagogischen Netzen, vier Jugendhilfeeinrichtungen und dem Landesjugendamt erfüllt er Aufgaben, die rheinlandweit wahrgenommen werden. Der LVR ist Deutschlands größter Leistungsträger für Menschen mit Behinderungen und engagiert sich für Inklusion in allen Lebensbereichen. „Qualität für Menschen“ ist sein Leitgedanke. Die 13 kreisfreien Städte und die 12 Kreise im Rheinland sowie die Städteregion Aachen sind die Mitgliedskörperschaften des LVR. In der Landschaftsversammlung Rheinland gestalten Politikerinnen und Politiker aus den rheinischen Kommunen die Arbeit des Verbandes.

Das LVR-Klinikum Düsseldorf – Kliniken der Heinrich-Heine-Universität – ist eine Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit 707 Betten und tagesklinischen Plätzen mit insgesamt sieben Abteilungen für Allgemeine Psychiatrie mit zwei störungsspezifischen Zentren, Abhängigkeitserkrankungen, Gerontopsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie/ Psychosomatik, Neurologie und Neuropsychiatrie, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie einem Bereich für Soziale Rehabilitation.

Das Klinikum behandelt jährlich nahezu 9400 voll- und teilstationäre und rund 30.000 ambulante Fälle.

Ihre Aufgaben

Vertretung des Pflegedirektors im gesamten Aufgabenspektrum
Kooperative Mitarbeit im Vorstand des Klinikums (Krankenhausbetriebsleitung gem. KHG NRW)
Vertrauensvolle Zusammenarbeit mit der ärztlichen Leitung der Abteilung
Eigenverantwortliche Leitung des Pflegedienstes des Zentrums für psychotische Störungen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie
Ziel- und teamorientierte Personalführung von derzeit 90 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern
Aktive Mitgestaltung der strategischen Ausrichtung und konzeptionellen Weiterentwicklung der Pflege
Überwachung der Umsetzung zeitgemäßer Organisations- und Pflegekonzepte zur Sicherstellung der Pflegequalität
Planung, Organisation, Kontrolle und Optimierung der Arbeitsabläufe
Personelle und wirtschaftlich-organisatorische Führung des Pflegedienstes im Zuständigkeitsbereich
Systematische und effiziente Personalbedarfs- und Einsatzplanung
Aktive Mitarbeit im Qualitätsmanagement und in Projekten zur Weiterentwicklung des Klinikums
Mitarbeit beim Erstellen und der Weiterführung von Personalentwicklungskonzepten, insbesondere zur Mitarbeitergewinnung, Mitarbeiterbindung und zur Fortbildungsstrategie
Mitverantwortung für die Einhaltung des Klinik- und Abteilungsbudgets
Regel- und anteilmäßige Übernahme von Hintergrunddiensten der Pflegedienstleitungen

Ihr Profil

Staatliche Anerkennung als Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Krankenschwester/Krankenpfleger oder Altenpflegerin/Altenpfleger
Erfolgreicher Abschluss eines Studiums im Pflegemanagement (mindestens FH)



Wünschenswerte Voraussetzungen

Fachweiterbildung Psychiatrie
 Erfahrung mit Führungs- und Managementaufgaben sowie Fähigkeit zur zeitgemäßen und zielorientierten Mitarbeiterführung, Teamfähigkeit auf Managementebene
 Umfassende Kenntnisse des Gesundheitssystems, des Krankenhausmanagements, der Qualitätsmanagement- und Zertifizierungssysteme sowie des Projektmanagements
 Gründliche Kenntnisse des Krankenhausrechts, insbesondere der Finanzierung
 Selbständiges, prozessorientiertes, innovatives, strategisches und betriebswirtschaftliches Denken und Handeln
 Führungs- und Motivationsstärke
 Fundierte Kenntnisse in der Steuerung von Personaleinsatzprozessen
 Erfahrungen mit Arbeitsansätzen zur Reduzierung von Zwangsmaßnahmen und zur Optimierung von Sicherheitsfragen in der akutpsychiatrischen Versorgung

Wir bieten Ihnen

Einen interessanten, abwechslungsreichen und verantwortungsvollen Arbeitsplatz in Führungsposition bei einem der großen öffentlich-rechtlichen Gesundheitsdienstleister im Rheinland
 Eine Bestellung zum Mitglied im Klinikvorstand (Krankenhausbetriebsleitung) für einen Zeitraum von zunächst vier Jahren mit der Möglichkeit der Verlängerung
 Eine den Anforderungen entsprechende Bezahlung mit leistungsbezogenen Entgeltanteilen
 Betriebliche Zusatzversorgung zur Alterssicherung
 Betriebliche Gesundheitsförderung
 Sehr gute Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln
 Ein umfangreiches externes und innerbetriebliches Fortbildungsangebot
 Als Mitglied im Unternehmensnetzwerk „Erfolgsfaktor Familie“ hat die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für uns eine hohe Priorität. Wir bemühen uns um familienfreundliche Arbeitszeiten und unterstützen Sie durch unseren Eltern- und SeniorenService.
 Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie wird von uns aktiv gefördert.
 Auch der mögliche Wunsch einer Teilzeitbeschäftigung sollte kein Hinderungsgrund sein.

Haben Sie noch Fragen?

Dann wenden Sie sich bitte an die Leiterin des Dezernates „Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen“, Frau LVR-Dezernentin Martina Wenzel-Jankowski, Telefon: 0221 809-6619 (E-Mail: Martina.Wenzel-Jankowski@LVR.de), an den Vorsitzenden des Klinikvorstandes und Kaufmännischen Direktor Herrn Joachim Heinlein, Telefon: 0211 922-1000 (E-Mail: Joachim.Heinlein@LVR.de) oder an den Pflegedirektor, Herrn Klemens Maas, Telefon: 0211 922-2100 (E-Mail: Klemens.Maas@LVR.de). Sie werden Ihnen gerne weiterhelfen.

Frauen werden gemäß Landesgleichstellungsgesetz NRW bei gleicher Eignung, Befähigung und fachlicher Leistung bevorzugt berücksichtigt, sofern nicht in der Person eines Mitbewerbers liegende Gründe überwiegen. Der Bewerbung schwerbehinderter Frauen und Männer wird bei sonst gleicher Eignung der Vorzug gegeben. Wir freuen uns über Bewerbungen von Menschen mit Migrationshintergrund.

Allgemeine Informationen über das LVR-Klinikum Düsseldorf und den Landschaftsverband Rheinland finden Sie im Internet unter www.klinikum-duesseldorf.lvr.de bzw. www.lvr.de.

Bitte schicken Sie Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen sowie Ihre Gehaltsvorstellungen bis zum 15.02.2016 an die E-Mail-Adresse: Martina.Wenzel-Jankowski@lvr.de

oder an

**Landschaftsverband Rheinland
 Dezernat „Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen“
 LVR-Dezernentin Martina Wenzel-Jankowski
 50663 Köln**



Ostalb-Klinikum Aalen
Klinikum der Zentralversorgung
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Ulm

Das Ostalb-Klinikum Aalen ist ein modernes und leistungsfähiges Klinikum der Zentralversorgung und akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Ulm. Zur Erweiterung des Teams im Bildungszentrum Gesundheit und Pflege mit über 100 Auszubildenden in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege und Operationstechnischen Assistenz suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt Sie als

Pflegepädagogen (w/m) für die OTA-Klassen- und Fachbereichsleitung

Sie haben eine abgeschlossene Ausbildung in der Krankenpflege oder Operationstechnischen Assistenz mit entsprechender Fach- und Weiterqualifizierung.

Ausführliche Informationen erhalten Sie unter www.ostalb-klinikum.de/karriere

Wir bieten einen interessanten und anspruchsvollen Aufgabenbereich mit Zukunftsperspektiven. Eine leistungsgerechte Vergütung nach TVöD mit den Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes.

Schwerbehinderte Bewerber werden bei gleicher Eignung bevorzugt berücksichtigt.

Bewerbungsunterlagen und Anfragen richten Sie bitte bis 31.01.2016 an das

Ostalb-Klinikum Aalen
Pflegedirektor Günter Schneider
Im Kälblesrain 1
73430 Aalen
E-Mail: edith.kuehnle@ostalb-klinikum.de
Tel.: 07361 55-2001



Institut Ehlert
Ausbildungen im therapeutischen Bereich

Ausbildung zum Heilpraktiker Psychotherapie

Neue Berufe – Gute Chancen

Heilpraktiker/in	Psychologische/r Berater/in	Ernährungsberater/in	Wir machen Ausbildung bezahlbar!
Erziehungs- und Entwicklungsberater/in	Gesundheitsberater/in	Fitness- und Wellnessberater/in	
Entspannungs-trainer/in	Seniorenberater/in	Mediator/in	viele weitere Ausbildungen siehe Homepage



Staatlich zugelassene Fernlehrgänge mit Wochenendseminaren in vielen Städten

Beginn jederzeit möglich!

Impulse e. V.

Hochschule APOLLON
Bachelor
per Fernstudium – ohne Abitur!
Bachelor Gesundheitsökonomie
Bachelor Pflegemanagement (B. A.)

Bachelor Gesundheitsökonomie (B. A.)
Zertifikatskurse! U. a. Gerontologie, Ernährungsberater, Praxismanagement
apollon-hochschule.de
Kostenlose Infos: 0800 5427055 (gebührenfrei)
Ein Unternehmen der Klett Gruppe

Deutsches Rotes Kreuz



HELFT AFRIKA
Infos: www.DRK.de

Spendenkonto: 41 41 41
BLZ: 370 205 00
Bank für Sozialwirtschaft
Kennwort: Helft Afrika

Heilpraktiker/in	Psychologische/r Berater/in	Ernährungsberater/in	Wir machen Ausbildung bezahlbar!
Erziehungs- und Entwicklungsberater/in	Gesundheitsberater/in	Fitness- und Wellnessberater/in	
Entspannungs-trainer/in	Seniorenberater/in	Mediator/in	viele weitere Ausbildungen siehe Homepage



Staatlich zugelassene Fernlehrgänge mit Wochenendseminaren in vielen Städten

Beginn jederzeit möglich!

Impulse e. V.

Rubensstr. 20a · 42329 Wuppertal · Tel. 0202 / 73 95 40
www.Impulse-Schule.de



SOS-Kinderdorf-Stiftung
www.sos-kinderdorf-stiftung.de



Ihre Stiftung für Kinder.

Verwirklichen Sie Ihre persönliche Stiftungs-idee mit der SOS-Kinderdorf-Stiftung.

Fordern Sie jetzt Informationen unter:

SOS-Kinderdorf-Stiftung
Petra Träg
Renatastraße 77 · 80639 München
Telefon 089 12606-109
stiftung@sos-kinderdorf.de

Kontonummer:

DAB-Bank · Filiale München
Konto Nr. 307 065 4003
BLZ 701 204 00

Verwendungszweck: Zustimmung

Sie kennen und schätzen...

...die Pflegezeitschrift und ihre Art, den Dingen der Pflege auf den Grund zu gehen. Jeden Monat bringt sie Ihnen Beiträge kompetenter Experten aus Praxis und Wissenschaft zu Themen der stationären oder ambulanten Pflege ins Haus. Und jeden Monat liefert sie Ihnen viele Gründe, auch andere an den dort veröffentlichten Erfahrungen und Meinungen teilhaben zu lassen.

Empfehlen Sie die Pflegezeitschrift und sichern Sie sich Ihre Prämie:

Fachbuch „Pflegeplanung exakt formuliert und korrigiert“



Damen-Reise-Set



Multifunktions- Taschenlampe mit Werkzeugset



Was müssen Sie tun?

Füllen Sie einfach zusammen mit dem von Ihnen geworbenen Abonnenten den Bestellcoupon aus und senden diesen per Post oder Fax an:
W. Kohlhammer GmbH, Pflegezeitschrift, 70549 Stuttgart, Fax: (0711) 78 63-84 36

Ja, ich abonniere die Pflegezeitschrift ab der nächsten Ausgabe.

Ich war in den letzten drei Monaten nicht Abonnent der Pflegezeitschrift. Das Abo gilt für ein Jahr und kostet 58,70 € zzgl. 8,40 € Versandkosten (für Schüler und Studenten gegen Vorlage einer Bescheinigung 31,90 € zzgl. 8,40 € Versandkosten). Das Abonnement verlängert sich automatisch, wenn es nicht gekündigt wird. Eine Kündigung ist jeweils bis zu sechs Wochen vor Ende eines Kalenderjahres möglich.

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

Ich zahle: gegen Rechnung durch Bankeinzug

IBAN: _____ BIC: _____

Geldinstitut: _____

Unterschrift des Abonnenten: _____

Datum: _____

Ich habe den neuen Abonnenten der Pflegezeitschrift geworben.

Bitte schicken Sie mir für meine Empfehlung folgende Prämie zu (bitte nur eine Prämie ankreuzen):

Fachbuch „Pflegeplanung exakt formuliert und korrigiert“
ISBN 978-3-17-029072-3

Damen-Reise-Set
Art.-Nr. 90189

Multifunktions-Taschenlampe mit Werkzeugset
Art.-Nr. 90199

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

Das Prämienangebot gilt nur, solange der Vorrat reicht. Aus rechtlichen Gründen dürfen Abonnent und Prämienempfänger nicht identisch sein. Die Zusendung der Prämie erfolgt circa vier Wochen nach Zahlung des Abonnements.



* Angebot nur für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen inkl. Reinigung

Jetzt offiziell im Pflegestandard
 in den Niederlanden



Beroepsvereniging van zorgprofessionals

DAS POSEY[®] BETT



Die humane Alternative zur herkömmlichen Fixierung

Das patentierte Posey[®] Bett ist eine Alternative zur körpernahen Fixierung und hilft bei der größtmöglichen Reduzierung dieser. Es wird mit einer hohen Zufriedenheit in mehr als 1.650 Kliniken und Pflegeeinrichtungen eingesetzt. Es verbessert die Lebensqualität des Patienten oder des Bewohners.

VORTEILE

- Vermittlung von Geborgenheitsgefühl
- Verbesserte Ernährungsaufnahme
- Patienten schlafen besser und fühlen sich wohler
- Arbeitserleichterung für das Pflegepersonal
- Minimierung des Sturzrisikos
- Höhere Mobilität durch Bewegungsfreiheit
- Das Posey[®] Bett hilft bei der größtmöglichen Reduzierung einer Fixierung



REFERENZEN

„Die Alternative zur körpernahen Freiheitsentziehenden Maßnahme“

F. MÜLLER
 (Pflegedirektor / Geschäftsleitung -
 Rheinhessen Fachklinik Alzey)

„Wir können Fixiergurte ganz vermeiden und die Bewohner können in ihrer Lieblingsposition schlafen“

M. MITTAG
 (Wohnstättenleiterin - Haus am Karswald)

„Ein wertvolles Hilfsmittel im „Werdensfelser Weg“

B. JUDASCHKE
 (Stationsleitung)

„Viele Patienten erleben das Bett als eine Art Zelt oder Nest“

B. ANDERL-DOLIVIA
 (Stiftungsprofessorin und
 Verbundleitung Psychiatrieverbund
 Nordwestpfalz)

„Die Patienten können Ihren Bewegungsdrang ausleben“

M. TRÜBEL
 (B.Sc.Stv. Pflegedienstleitung
 Asklepios Klinik Schilda/ta)



Bei Interesse melden Sie sich unter **02154/91242-0**, um einen Termin zu vereinbaren oder weitere Informationen zu erhalten.

KREWI Medical Produkte GmbH Telefon 02154/91242-0
 Siemensring 78a Fax 02154/427691
 47877 Willich email: krewi@krewi.de

www.krewi.de

