

PFLEGE ZEITSCHRIFT

70. Jahrgang •• Januar 2017

1 | 2017

Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege



www.springerpflege.de

Geriatric/Altenpflege^x

Kultursensible Begleitung am Lebensende
Migranten in der Pflege

Bessere Pflege für Demenzkranke?
Das Modellprojekt FallDem

Welche Auswirkungen hat die Pflegereform?
Das Pflegestärkungsgesetz

3 Ausgaben gratis!



Testen Sie „Heilberufe“

- **Informieren:**
Aktuelles Wissen für PflegePraxis und PflegeManagement
- **Fortbilden:**
Punkten Sie mit dem Heilberufe PflegeKolleg
- **Recherchieren:**
Geballtes Fachwissen im Heilberufe-Archiv
www.heilberufe.de

Bestellen
Sie jetzt!

Ja, ich möchte die nächsten 3 Ausgaben der Zeitschrift Heilberufe kostenlos testen.

Ich gehe mit dieser Bestellung keinerlei Verpflichtung ein.
Das Test-Abonnement endet automatisch nach Erhalt des dritten Heftes.

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Datum, Unterschrift

Faxantwort 089 / 203043-1410 oder einsenden an:

Springer Medizin Verlag GmbH
Leserservice
Aschauer Straße 30
81549 München

Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin
Amtsgericht Berlin-Charlottenburg
HRB 167094 B
Geschäftsführer: Joachim Krieger, Fabian Kaufmann

Abschied im Aufbruch

Es wird Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, sicherlich gleich aufgefallen sein: das Cover dieser Ausgabe ziert das Logo von Springer Pflege. Sieben Jahrzehnte lang erschien die Pflegezeitschrift im Verlag W. Kohlhammer – bis 1970 als Deutsche Schwesternzeitung, dann bis 1993 als Deutsche Krankenpflegezeitschrift.

Was hat uns veranlasst, so fragen Sie zurecht, die Pflegezeitschrift in neue Hände zu legen? Vor genau einem Jahr informierten wir Sie an dieser Stelle über unsere Pläne, das Profil der Zeitschrift zu erneuern und zu schärfen – ein konsequent praxisorientiertes Fachjournal war unser Ziel, das die Belange einer modernen Pflege im Schnittpunkt einer komplexen multiprofessionellen Gesundheitsversorgung zukünftig noch besser vertritt. Im Laufe dieses Jahres wurde uns in Stuttgart jedoch deutlich, dass diese neue Zielsetzung, profundes Knowhow effektiv via Zeitschrift in die deutschsprachige Pflege-Community zu verbreiten, deutlich wirkungsvoller im Umfeld eines Verlags zu verwirklichen ist, der im Gesundheitssektor – d.h. in den Bereichen Pflege, Medizin, Therapieberufe – im Zeitschriftensegment wesentlich breiter aufgestellt

ist. Wir freuen uns deshalb, Ihnen mit dieser Ausgabe die Springer Medizin Verlag GmbH als neuen Verlag der Pflegezeitschrift vorstellen zu dürfen. Wir sind uns sicher, dass die Kollegen aus Berlin die Pflegezeitschrift für und im Interesse der Pflege weiterführen und -entwickeln werden.

Ein herzliches Dankeschön geht an dieser Stelle zunächst an Sie, liebe Leserinnen und Leser, für Ihre über viele Jahre fortdauernde Verbundenheit mit der Pflegezeitschrift. Danken möchten wir auch den Autorinnen und Autoren, die mit ihren Artikeln entscheidend zu Qualität und Renommee der Zeitschrift beigetragen haben. Schließlich gilt unser Dank unseren Partnern aus Wissenschaft (hier besonders den Mitgliedern des Editorial Board), Fachverbänden, Buchhandel und Industrie für die stets gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit.

Last but not least: Kohlhammer bleibt der Pflege verbunden – mit einem breiten Angebot an Fachbüchern für Ausbildung, Studium und Praxis.

Dr. Ruprecht Poensgen
Verlagsleitung W. Kohlhammer

Willkommen bei Springer

Das Titelbild der Pflegezeitschrift ziert eine alte Dame, das Thema der Ausgabe ist die Altenpflege und dann verabschiedet der Verlag die liebgewordene Zeitschrift nach 70 Jahren und übergibt sie an den Springer Verlag – das ist doch auch nicht gerade das, was man in „jüngere Hände“ legen nennen würde – oder? Denn Springer ist doch noch ein bisschen älter als Kohlhammer. Ja, aber: Springer Pflege ist noch ganz jung. Die jüngste Marke unseres Verlages und erst im vergangenen Jahr unter dem Dach von Springer Medizin gegründet worden. Ein wichtiges Zeichen: Springer hat damit der Pflege im Unternehmen Raum gegeben. Und wir im Team von Springer Pflege nutzen das: Neben den etablierten Medien des Verlages, wie der Zeitschrift HEILBERUFE, die viele von Ihnen kennen werden, und der über 20-jährigen Expertise auf dem Gebiet der live-Fortbildung auf Kongressen in Berlin, Dresden und Hamburg geht Springer Pflege

auch neue Wege: mehr Fort- und Weiterbildung – zum Beispiel mit einer neuen E-Learning-Plattform – und eine umfangreiche online Plattform. Damit wollen wir unserer Funktion als Impulsgeber, Diskussionspartner und Informationsvermittler in der Pflege gerecht werden und zur Stärkung des Berufsstandes der Professionell Pflegenden beitragen.

Dass dieser Weg richtig ist, zeigt uns auch das Vertrauen, das der Kohlhammer Verlag in Springer gesetzt hat. Wir freuen uns daher sehr über den Zuwachs. Und wir haben großen Respekt vor der neuen Aufgabe. Gilt es doch, Sie als Leserinnen und Leser der Pflegezeitschrift zu binden, Ihnen neue vielfältige Fortbildungsmöglichkeiten zu eröffnen und Sie hoffentlich auch zu Besuchen unserer Kongresse zu verleiten – eine spannende Aufgabe für uns. Vielfältige Möglichkeiten für Sie. Sind Sie dabei?

Falk H. Miekley
Director Professional Care

Katja Kupfer-Geißler
Chefredakteurin

Aus produktionstechnischen Gründen erscheint die nächste Ausgabe der *Pflegezeitschrift* als Doppelnummer Ende Februar. Sie erhalten dafür ein thematisches Spezialheft aus dem Hause Springer, das der *Pflegezeitschrift* 4/2017 beiliegt.

Telegramm

Pflegeberatung soll besser werden
 Berlin (dpa) - Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sollen künftig besser über die Möglichkeiten bei der Pflege beraten werden. Kommunen sollen Beratung verstärkt vermitteln und mit der Altenhilfe und anderen Trägern abstimmen. Das sieht das dritte Pflegestärkungsgesetz vor, das die Koalition am Donnerstag im Bundestag beschloss. Betrügern in der ambulanten Pflege soll es schwerer gemacht werden: Gegen Abrechnungsbetrug soll die gesetzliche Krankenversicherung ein systematisches Prüfrecht erhalten. Nach jüngsten Todesfällen im Zuge von Heilpraktiker-Behandlungen wird zudem eine rechtliche Grundlage für Leitlinien zur Überprüfung von Heilpraktikeranwärtern geschaffen. Die Linken und die Grünen stimmen gegen das Gesetz.

Aus produktionstechnischen Gründen erscheint die nächste Ausgabe als Doppelnummer Ende Februar.

VORSCHAU 2-3/2017

Schwerpunkt:
Management

Nachwuchs
Was es für die Spitze braucht

VAR Healthcare
Norwegens digitale Göttin der Weisheit

Pflegeberufsgesetz
Was gibt es Neues in Sachen Generalistik?

PFLEGE ZEITSCHRIFT

Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege

Verlag und Redaktion:
 Springer Medizin Verlag GmbH
 Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin
 Tel.: 030 82787-5500, Fax: 030 82787-5505
 E-Mail: pflegezeitschrift@springer.com
 Internet: www.springerpflege.de

Abonnenten-Service:
 Tel.: 06221 345-4303
 E-Mail: leserservice@springer.com

Redaktion:
 Katja Kupfer-Geißler (Chefredakteurin, verantwortlich), Anschrift wie Verlag; Heike Ottow (Leitende Redakteurin); Josefine Baldauf, Ute Burtke, Nicoletta Eckardt (Redakteurinnen); Dorit Schmidek (Redaktionsassistentin)

Unter Mitarbeit von
 medproduction GmbH, Köln
 Redaktion & Projektmanagement:
 Sabina Filipovic, Nicole Lücke, Veronika Toth, Dr. Martin Waitz

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 Gräse, Bremen
 Elisabeth Holoch, Stuttgart
 Sascha Köpke, Lübeck
 Christa Lohrmann, Graz
 Rüdiger Ostermann, Münster
 Bernd Reuschenbach, München
 Friederike Störkel, Münster
 Antje Tannen, Berlin

Inhaber- und Beteiligungsverhältnisse:
 Die alleinige Gesellschafterin der Springer Medizin Verlag GmbH ist die Springer-Verlag GmbH mit einer Beteiligung von 100%. Die Springer-Verlag GmbH ist eine 100%ige Tochtergesellschaft der Springer Science+Business Media GmbH. Die alleinige Gesellschafterin der Springer Science+Business Media Deutschland GmbH, die 100% der Anteile hält. Die Springer Science+Business Media Deutschland GmbH ist eine 100%ige Tochtergesellschaft der Springer SBM Two GmbH. Die Springer SBM Two GmbH ist eine 100%ige Tochter der Springer SBM One GmbH. Die Springer SBM One GmbH ist eine 100%ige Tochter der Springer SBM Zero GmbH. An der Springer SBM Zero GmbH hält die Springer Science+Business Media G.P. Acquisition S.C.A., Luxemburg, 47% der Anteile und die GvH Vermögensverwaltungsgesellschaft XXXIII mbH 53% der Anteile.

Geschäftsführer:
 Joachim Krieger, Fabian Kaufmann

Director Professional Care:
 Falk H. Miekley
 Tel.: 030 82787-5585, Fax: 030 82787-5505
 E-Mail: falk.miekley@springer.com

Anzeigen:
 Timo Hannemann
 Tel.: 030 82787-5506, Fax: 030 82787-5505
 E-Mail: timo.hannemann@springer.com
 www.springermedizin.de/mediadaten

Frank Noll (Stellenmarkt)
 Tel.: 06102 506164, Fax: 06102 506179
 E-Mail: frank.noll@springer.com

Zurzeit gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 47 vom 1.1.2017

Herstellung:
 Ulrike Drechsler (Leitung)
 Tel.: 06221 487-8662
 E-Mail: ulrike.drechsler@springer.com

Vertrieb:
 Frank Niemann (Leitung)
 Tel.: 089 203043-1411

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

Herstellung und Druck
 W. Kohlhammer GmbH, 70549 Stuttgart, Telefon 0711 78630,
 W. Kohlhammer Druckerei GmbH+Co KG, Augsburgstraße 722, D-70329 Stuttgart, Telefon 0711 32720, www.kohlhammer.de

Bestellungen nimmt der Verlag unter Tel.: 06221 345-4303, Fax: 06221 345-4229, und über jede Buchhandlung entgegen. Das Abonnement gilt für ein Jahr. Es verlängert sich automatisch um jeweils ein weiteres Jahr, wenn dem Verlag nicht 30 Tage vor Ende des Bezugszeitraums die Kündigung vorliegt.

Copyright, allgemeine Hinweise:
 Zur Veröffentlichung kommen nur Arbeiten und Beiträge, die an anderer Stelle weder angeboten noch erschienen sind. Die Autoren sind verpflichtet zu prüfen, ob Urheberrechte Dritter berührt werden. Eine redaktionelle Bearbeitung bleibt vorbehalten.

Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos wird keine Haftung übernommen. Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Übersetzung und jeglicher Wiedergabe auch von Teilen dieser Zeitschrift durch Nachdruck, Fotokopie, Mikrofilm, EDV-Einspeicherung, Funk- oder Fernsehaufzeichnung vor. Der Verlag kann den Beitrag auch online Dritten zugänglich machen. Jede gewerblich hergestellte oder benutzte Fotokopie verpflichtet nach § 54 (2) UrhRG zur Gebühreinzahlung an die VG Wort, Abt. Wissenschaft, Goethestr. 49, 80336 München, von der die Modalitäten zu erfragen sind. Die Honorierung für Beiträge in der „Pflegezeitschrift“ schließt eine mögliche Veröffentlichung in der „Heilberufe“ und in dem österreichischen Pflegemagazin „procare“ ein.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen etc. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen, Anwendungsgebiete und Applikationsformen von Medikamenten, für Empfehlungen im Expertenrat sowie für Abrechnungshinweise kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

© Springer Medizin Verlag GmbH

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



- AKTUELLES**
- 6 **7. Hochschultag der Deutschen Gesellschaft für Pflege-
wissenschaft (DGP)**
Drei Posterpreise ausgezeichnet
REGINA ROSENBERG
- ZUR DISKUSSION**
- 9 **✕ Und wenn Du nicht artig bist ...**
Ein Erfahrungsbericht
MICHAEL THOMSEN
- LESERBRIEF**
- 12 **Der einzige Weg der Pflege in Richtung Zukunft**
JASMIN DYMNY
- 13 **Die Erwiderung**
VERENA BIKAS
- PFLEGEPRAXIS**
- 15 **✕ Die geriatrische Verlaufskurve: Eine Chance zur Individualisierung**
Betreutes Wohnen
MARGIT GRATZ, ANNE KREMER-HARTMANN & TRAUGOTT ROSER
- 20 **✕ Eine Chance für Pflegebedürftige, Angehörige und die
professionelle Pflege**
Das Potenzial der Tagespflege
CHRISTA BÜKER
- 24 **✕ Kultursensible Begleitung am Lebensende**
Migranten in der Pflege
MARIA WASNER
- 28 **✕ Therapeutische Risiken und pflegerische Konsequenzen**
Der geriatrische Patient im Krankenhaus
ELISABETH HÖWLER
- 32 **Sepsis – Ein lebensbedrohliches Krankheitsbild**
Hintergrundwissen für Assistenzberufe in der Medizin
HARDY-THORSTEN PANKNIN, FRANK-RAINER KLEFISCH,
URSULA MÜLLER-WERDAN & STEFAN SCHRÖDER
- 42 **Moralischer Stress in der Pflege**
Ein Lösungsmodell
CINDY CARINA HOLSTEN
- PFLEGE PÄDAGOGIK**
- 48 **Gute Pflege umfasst persönliche Betreuung**
Patientenzentrierung in der Praxis
FRIEDHELM HENKE
- 51 **Praxisanleitung in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung**
Theorie-Praxis-Transfer
DAJANA BENNER & CORINNA KRONSTEINER-BUSCHMANN
- PFLEGEMANAGEMENT**
- 56 **✕ Bessere Pflege für Demenzkranke?**
Das Modellprojekt FallDem
ANNE VOLMERING-DIERKES & IRMGARD BRACHT
- 60 **✕ Welche Auswirkungen hat die Pflegereform?**
Das Pflegestärkungsgesetz
BJÖRN MAIER, TANJA MAIER & KAI TYBUSSEK
- 66 **Strukturierte Übergaben in Routine- und Notfallsituationen**
Verbesserte Patientensicherheit
CLARA MONACA & TANJA MANSER
- PFLEGEWISSENSCHAFT**
- 72 **✕ Interventionen zur Delir-Prävention bei älteren Menschen in
Langzeitpflegeeinrichtungen**
Cochrane-Review
IRENA SCHREYER & ANDREA KOBLEDER
- RECHTSFRAGEN**
- 74 **Wann ist Suizidbeihilfe geschäftsmäßig?**
Neuer Straftatbestand führt zu rechtlicher Grauzone
MARTINA WEBER



Foto: patcharaporn1984/Fotolia

24 Transkulturelle Pflege

Maria Wasner zeigt in ihrem Artikel, dass pflegebedürftige Menschen aus anderen Kulturkreisen eine andere Pflege benötigen. Der transkulturelle Ansatz wird dabei als vielversprechender Weg dargestellt und praktische Hilfestellung für Pflegenden angeboten.



Foto: Kzenon/Fotolia

48 Persönliche Betreuung

Betreuungstätigkeiten in der Pflege werden zunehmend komplexer. Friedhelm Henke erläutert, wieso Pflege nicht ohne Betreuung funktionieren kann und gibt wertvolle Betreuungstipps, die auch im Klinikbereich Anwendung finden können.



Foto: Blend Images/Fotolia

60 Auswirkungen der Pflegereform

Damit die veränderten Lebenswirklichkeiten von zu Pflegenden berücksichtigt werden können, müssen neue Gesetze erlassen werden. Welche Auswirkungen die Pflegegesetze für Pflegedienste und Pflegeheime haben, erklären Björn Maier, Tanja Maier und Kai Tybussek.

- 1 Editorial
- 2 Impressum
- 4 Kurzberichte
- 70 ImPuls der Wissenschaft
- 79 Stellenmarkt/Anzeigen

✕ = Schwerpunktthema

Titelbild: DeVisu/Fotolia

Veranstaltungsankündigung

Das Phänomen Schmerz in der Versorgung alter Menschen



Das Institut für Wissenschaftliche Weiterbildung (IWW) der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar lädt ein zu der Tagung „Das Phänomen Schmerz in der Versorgung alter Menschen“ aus der Reihe Profession, Qualität & Innovation in der gerontologischen Pflege.

Schmerz ist im Alter ein zentrales Phänomen und hat starke Auswirkungen auf die Teilhabe am Alltag. Ob in der Akutpflege, wie auch in der palliativen Versorgung stellt der Umgang mit diesem Phänomen alle Betroffenen vor große Herausforderungen. Schmerzassessment und schmerzreduzierende Maßnahmen sind zudem ein großer „Posten“ in der Versorgung alter Menschen. In dieser Veranstaltung werden das Phänomen Schmerz und der Umgang damit aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet. Welche ethischen Implikationen hat z. B. der Schmerz in der letzten Lebensphase und welche Aufgaben haben unterschiedliche Akteure im multidisziplinären Team. Während der Veranstaltung werden theoretische Grundlagen, Konzeptionen ebenso wie

die Vernetzung in die Versorgungspraxis behandelt.

Das Ziel der Veranstaltung ist es, die aktuellen Herausforderungen und Lösungsvorschläge gemeinsam zu diskutieren und im Anschluss an die Veranstaltung die Beiträge in der Buchreihe „Gerontologische Pflege. Innovationen für die Praxis“ beim Kohlhammer-Verlag zu publizieren. Vor diesem Hintergrund wird ein moderierter Dialog zwischen Vortragenden und Publikum angestoßen. Davon profitieren die Vortragenden, denn sie erhalten eine Rückmeldung zu ihren Überlegungen und den Präsentationen. Und auch für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erweist sich diese Konzeption als sinnvoll, denn so kann ein direkter und persönlicher Dialog zu Perspektiven von Praxis und Wissenschaft entstehen, der seinen Niederschlag in der sich anschließenden Publikation findet.

Die Tagung findet vom 30. bis 31. März 2017 in Vallendar statt. Weitere Informationen und die Möglichkeit zur Anmeldung finden Sie im Internet unter www.pthv.de/institute/iww.

Patientenschützer

Für viele Menschen lohnt sich Pflegeantrag 2016

Berlin – Für heutige und für den überwiegenden Teil der künftigen 2,8 Millionen Pflegebedürftigen gibt es nach der Systemumstellung zum Jahreswechsel höhere Leistungen. Aber eben nicht für alle.

Für viele Menschen, die absehbar pflegebedürftig werden, kann es sich lohnen, noch vor dem 1. Januar einen Pflegeantrag nach dem alten dreistufigen System zu stellen. Darauf hat jetzt die Deutsche Stiftung Patientenschutz aufmerksam gemacht. Wie Stiftungsvorstand Eugen Brysch der Deutschen Presse-Agentur erläuterte, empfiehlt sich dies besonders für Menschen, die unter körperlichen Einschränkungen leiden, aber bisher keine Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten.

Sie sollten vor dem 1. Januar 2017 die Pflegestufe 1 beantragen mit einer Leistung von monatlich 244 Euro. Wenn sie diese Pflegestufe bekommen, wechseln sie 2017 automatisch in den Pflegegrad 2

und erhalten damit monatlich 316 Euro. Bei Anträgen von 2017 an aber werden sie den Pflegegrad 2 wohl nicht direkt erreichen. Im Pflegegrad 1 gibt es dann nur noch 125 Euro von der Pflegekasse. Geschätzt seien davon 125 000 Menschen betroffen, sagte Brysch.

Noch einschneidender sei das für Menschen, die einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch nehmen könnten.

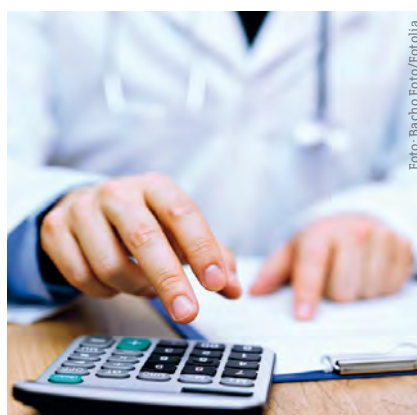


Foto: Barcho Foto/Fotolia

Bisher zahlen die Kassen hier 468 Euro. Stellen die Betroffenen erst 2017 einen Antrag bei der Pflegekasse, erhalten sie nur noch 125 Euro. Das betreffe rund 50 000 Menschen, unterstrich Brysch weiter.

Hintergrund ist, dass zum Jahreswechsel die zweite Stufe des Pflegestärkungsgesetzes II in Kraft tritt. Dabei wird das bisherige Pflegesystem mit seinen drei Stufen in das neue System nach fünf Pflegegraden übergeleitet. Die bisherigen Pflegebedürftigen sollen dabei nicht schlechter gestellt werden. Pflegestufe 1 wird danach automatisch in den Pflegegrad 2 übergeleitet. Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz etwa wegen Demenzerkrankung werden zwei Pflegegrade höher eingestuft, also von Pflegestufe 1 in den Pflegegrad 3.

Heute erhalten in Pflegestufe 1 rund 822 000 Menschen 244 Euro Pflegegeld und 351 000 Menschen 468 Euro Sach-

leistungen. Experten gehen davon aus, dass bei künftiger Antragstellung 15 Prozent weniger Menschen diese Leistung erhalten werden.

Auch Menschen mit niedriger Pflegestufe, die demnächst ohnehin in ein Heim ziehen wollen, sollten überlegen, ob es nicht sinnvoll sei, den Umzug noch 2016 ins Auge zu fassen, sagte Brysch.

Denn für vollstationäre Pflege in der Stufe 1 gibt es von der Pflegekasse bis Ende des Jahres 1064 Euro. Nach der Umstellung sind es dann für den Pflegegrad 2 nach Angaben des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) nur noch 770 Euro. Für Personen, die schon 2016 die Stufe 1 hatten, zahlt die Pflegekasse die Differenz von 294

Euro monatlich ans Heim. Ein 2017 neu eingestuftter Pflegebedürftiger muss die Differenz aus eigener Tasche zahlen.

Ähnliches gilt für die Umstellung in der vollstationären Pflege von der Stufe 2 (1330 Euro) zum Pflegegrad 3 (1262 Euro). Hier beträgt die Differenz 68 Euro. (dpa)

Erstmals Empfehlungen zur Behandlung Crystal-Meth-Süchtiger

Abhängige der Droge Crystal Meth sollen eine bessere medizinische Versorgung bekommen



Berlin – Wissen zur korrekten Behandlung sei nun weltweit erstmals in einem Leitfaden unter anderem für Mediziner, Therapeuten und die Suchthilfe zusammengefasst, teilte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marlene Mortler (CSU),

am Freitag mit. Ziel sei es, Menschen aus der Abhängigkeit zu holen.

Grundlage der medizinischen Leitlinie ist laut Angaben internationale Fachliteratur zum Thema. Dabei geht es zum Beispiel um Medikamente für Betroffene

und Entzugsangebote. Mortler fasste zusammen: «Die Abhängigkeit von Crystal Meth ist heilbar.»

3000 Menschen in Deutschland werden den Angaben zufolge jedes Jahr wegen Crystal-Konsums auffällig. Inzwischen sehen sich nach Angaben Mortlers Mediziner und Suchthilfeeinrichtungen in mehreren Regionen Deutschlands mit den Folgen konfrontiert. Ursprünglich war vor allem das Grenzgebiet zu Tschechien ein Brennpunkt.

Crystal gilt als stark aufputschend. Nach dem Rausch kann es zu Depressionen und Angstzuständen kommen. Deshalb nehmen Konsumenten oft zusätzlich weitere Drogen. Bei längerfristigem Konsum drohen schwere körperliche Schäden und Psychosen. (dpa)

Bessere Pflegeberatung und Schutz vor Betrug

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sollen künftig intensiver beraten und besser vor Pflegebetrug geschützt werden



Berlin – Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sollen künftig intensiver beraten und besser vor Pflegebetrug geschützt werden. Kernpunkte des dritten Pflegestärkungsgesetzes:

- Beratung in der Pflege: Um das Netz der Beratungsstellen weiter auszubauen, sollen Kommunen für die

Dauer von fünf Jahren ein Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten erhalten. Darüber hinaus sollen auch die Kommunen künftig Beratungsgutscheine für eine Pflegeberatung einlösen und ergänzend zu ihren eigenen Aufgaben auch Bezieher von Pflegegeld beraten können, wenn diese das wünschen.

- Zudem soll in bis zu 60 Landkreisen und kreisfreien Städten für die Dauer von fünf Jahren eine Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen aus einer Hand durch kommunale Beratungsstellen erprobt werden. Die Beratungsaufgaben der Pflegekassen gehen in diesem Fall auf die Kommunen über.

- Bessere Abstimmung vor Ort: Die Pflegekassen werden verpflichtet, sich an Pflegeausschüssen zu beteiligen. Regionale Besonderheiten in der pflegerischen Versorgung sollen so künftig besser berücksichtigt werden können. Denn diese Gremien sollen unter anderem sicherstellen, dass es jeweils genug Pflege gibt.

- Gegen Abrechnungsbetrug in der Pflege soll die gesetzliche Krankenversicherung ein systematisches Prüfrecht erhalten. Auch Pflegedienste, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Auftrag der Krankenkassen erbringen, sollen zukünftig regelmäßig von den Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst erfasst werden. (dpa)

7. Hochschultag der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) Drei Posterpreise ausgezeichnet

REGINA ROSENBERG



Der 7. DGP-Hochschultag fand am 07.10.2016 an der Universität Bremen statt, die in Lehre und Forschung eine langjährige Tradition im Bereich pflegewissenschaftlicher Studiengänge aufweisen kann. Rund 350 Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten die Wahl zwischen fünf Sessions sowie einem Symposium mit insgesamt 18 Einzelbeiträgen sowie einer Posterpräsentation.

In Deutschland entwickelt sich langsam ein Verständnis für die Notwendigkeit, spezifische Fragestellungen durch Pflegeexpertinnen und -experten bearbeiten zu lassen. Die Expertenstandards des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) spielten dabei eine wichtige Rolle, gleichwohl geht diese Entwicklung über die Expertenstandards hinaus. Expertise, das bedeutet vertieftes Fachwissen und reflektierte Erfahrung verbunden mit einem erweiterten, situationsangepassten Entscheidungs- und Handlungsspielraum.

Das Motto des 7. DGP-Hochschultages rückt die Bedeutung der Expertise in den Vordergrund. Die DGP ist sich bewusst, dass eine Organisation im Gesundheits- und Pflegewesen immer nur im Zusammenspiel von Pflegefachpersonen

funktionieren kann, die teilweise breit und teilweise spezifisch qualifiziert sind. Das Gesundheits- und Pflegewesen ist vertraut mit breit qualifizierten Pflegefachpersonen. Die Akzeptanz und der Einsatz expertenhafter Pflegekompetenzen befinden sich jenseits der durch die Expertenstandards gesetzten Themen jedoch noch in den Kinderschuhen.

Prof. Dr. Marie Boltz von der Pennsylvania State University, College of Nursing präsentierte in ihrem Eröffnungsvortrag einen internationalen Überblick zum Thema „International Nursing Research to Promote Healthy Societies: From Novice to Expert“. Sie zeigte insbesondere den Nachwuchswissenschaftlern Perspektiven für ihre zukünftige Arbeit auf und ermunterte sie, sich in pflegewissenschaftliche Forschung einzubringen, um so die Zukunft der Pflege aktiv mitzugestalten.

In seinem Abschlussvortrag stellte Andreas Kocks, Universitätsklinik Bonn, die Ergebnisse eines Survey's zur Einbindung von Pflegefachpersonen mit Hochschulabschlüssen an deutschen Universitätskliniken vor. Mit einer standardisierten schriftlichen Befragung der Pflegedirektionen aller

32 Universitätskliniken und medizinischen Hochschulen in Deutschland im Jahr 2015 ist der Anteil hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen und deren Tätigkeitsprofil an deutschen Universitätskliniken ermittelt worden. Bei einer Rücklaufquote von 75 % ergab sich eine Quote von hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen von 1,7 % insgesamt und 1,0 % in der direkten Patientenversorgung. Ihr Tätigkeitsprofil entsprach dem Profil einer erweiterten Pflegepraxis, darunter konzeptionelle Entwicklung (76 %), Qualitätssicherung und Förderung einer evidenzbasierten Versorgung (72 %), Praxisprojekte (64 %) und Patientenberatung (56 %). Es gab bundesweit deutliche Schwankungen zwischen einzelnen Kliniken hinsichtlich der Entgeltstufen bei gleichzeitigem Fehlen von verlässlichen Tarifstrukturen. In seinem Fazit machte Kocks darauf aufmerksam, dass die Quote an Hochschulabsolventen im Pflegedienst weit unter den offiziellen Empfehlungen des Wissenschaftsrats liegt und wies auf einen erheblichen Reformbedarf hin. Eine Folgeerhebung ist 2017 geplant.

Zwischen diesen beiden Eckpunkten des 7. DGP-Hochschultages spannte

sich ein großer Themenbogen. Pflegeische Expertise wurde diskutiert in Themen der Langzeitversorgung ebenso wie in speziellen Fragestellungen, beispielsweise der Beratung für Menschen mit multipler Sklerose oder der bedürfnisorientierten Versorgung von Flüchtlingen. Pflegewissenschaftliche Expertise (als Grundlage für vertieftes Wissen) zeigt sich u.a. in zunehmender Methodenkompetenz, etwa im Kontext der Identifikation von Dimensionen der Pflegebedürftigkeit oder der Analyse von Sturzprotokollen. Kompetenzentwicklung bedarf durchdachter und erprobter Qualifizierungskonzepte – sowohl in der beruflichen Ausbildung als auch im Pflegestudium.

23 Posterbeiträge wurden in diesem Jahr ausgestellt und präsentiert. Die Poster wurden von einer wissenschaftlichen Jury, bestehend aus vier Reviewern, anhand einer Beurteilungsmatrix unabhängig voneinander bewertet. Zu den Bewertungskriterien gehören die Logik des Aufbaus, die theoretisch-inhaltliche sowie methodische Qualität und die Originalität. Ein weiteres wichtiges Kriterium ist die Beachtung ethischer Richtlinien. Nach konsentierter Entscheidung innerhalb der Jury wurden die Posterpreise den Preisträgerinnen am Ende des Hochschultages durch JProf. Dr. Erika Sirsch, stellvertretende Vorstandsvorsitzende der DGP, überreicht. Die Beiträge der Preisträgerinnen der drei Posterpreise werden nachfolgend vorgestellt.

Der **erste Posterpreis** ging an Natalie Hubenthal und Marit Zimmermann, betreut von Prof. Dr. Sandra Bachman, Hochschule für Gesundheit in Bochum. In ihrem Beitrag erfassten sie den Bedarf hinsichtlich der Transition von der pädiatrischen Versorgung in die Erwachsenenversorgung unter der Fragestellung, welche Bedürfnisse und Gesundheitskompetenzen chronisch kranke Jugendliche und junge Erwachsene haben. Transition beschreibt den geplanten Übergang chronisch kranker Jugendlicher von der Pädiatrie in die erwachsenen-zentrierte Gesundheitsversorgung, welcher mit Eintritt der Volljährigkeit notwendig wird. Dies setzt einen eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung voraus, da sich die Strukturen beider Versorgungssettings grundsätzlich unterscheiden. In dieser sensiblen Lebensphase kann der nicht-begleitete Wechsel zu Non-Adhärenz, Kontaktab-

brüchen und schwerwiegenden gesundheitlichen Komplikationen führen. Vor diesem Hintergrund wurde mit einer Beobachtungsstudie mit einem Mixed-Methods-Design nach den Bedürfnissen und Wünschen chronisch kranker Jugendlicher an die Transition gefragt und deren transitionsrelevante Gesundheitskompetenzen mit dem Ziel erhoben, die Sicherstellung einer individuellen, alters- und entwicklungsgerechten Begleitung in die Erwachsenenmedizin zur kontinuierlichen Versorgung zu gewährleisten. Dabei wurden die Bedürfnisse und Wünsche qualitativ, die Gesundheitskompetenzen quantitativ erhoben. Da keine klinische Intervention an den Probanden erfolgt, ist auf einen Ethikantrag verzichtet worden. Die Teilnahme erfolgte freiwillig und konnte jederzeit widerrufen werden. Es wurden Teilnehmende mit in der Erwachsenenmedizin bekannten chronischen Erkrankungen einbezogen. Innerhalb der qualitativen Datenerhebung wurden junge Erwachsene befragt, die maximal 25 Jahre alt sind und das Versorgungssetting bereits gewechselt haben. Die quantitativen Daten wurden unter Probanden im Alter von 12–25 Jahren in beiden Versorgungssettings erhoben. Die qualitative Datenerhebung erfolgte durch zehn leitfadengestützte Interviews. Der Leitfaden war auf Grundlage einer Literaturanalyse entwickelt und

an 2 Probanden getestet worden. Die quantitativen Daten wurden ab Juli 2016 online anhand des validierten Transitionskompetenz-Fragebogens der Universität Greifswald erhoben. Die Interviews wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse mit MAXQDA ausgewertet. Die statistische Analyse der quantitativen Daten erfolgt mit SPSS. Die Ergebnisse sollen den Bedarf für Transitionsbestrebungen für chronisch kranke Jugendliche und junge Erwachsene abbilden, um diese ggf. in die Regelversorgung integrieren zu können. Die Studie wird Ende Februar 2017 abgeschlossen sein.

Den **zweiten Platz** belegten Viktoria Mosin und Julia Wolke von der Universität Bremen, betreut durch Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann und Annika Schmidt mit dem Beitrag „Kindertagesstätte und Demenzdomizil – Ein innovativer Blickwinkel auf eine intergenerative Lebens- und Wohngestaltung“. Die Anzahl an Demenz erkrankten Menschen nimmt stetig zu und fordert Konzeptentwürfe mit innovativen Versorgungsmaßnahmen wie z. B. die Bereitstellung alternativer Lebens- und Wohnformen. Eine alternative Lebensweltgestaltung bietet das Konzept „Demenzdorf mit Kindertagesstätte“, das einen ersten Schritt in Richtung umgekehrte Inklusion ermöglicht. Da es bislang an validen Daten zu dieser Thematik fehlt, wurde im Rahmen eines

Anzeige

gesundheitskongresse.de

Interprofessioneller Gesundheitskongress

28. und 29. April 2017
Internationales Congress Center Dresden

Pflege • Medizin • Therapie • Wissenschaft

Weitere Informationen:
030 / 82787-5514
info@gesundheitskongresse.de

Springer Medizin Springer Pflege

studentischen Projektes untersucht, inwiefern die Zusammenführung des äußeren Wohnumfelds und der Bewohner einer Wohneinrichtung für Menschen mit Demenz gelingen könnte. Ziel des vorliegenden Beitrages ist es dabei explizit, nicht die Perspektive der Menschen mit Demenz, sondern der Kinder – stellvertretend durch die Eltern und Erzieher – anhand empirischer Ergebnisse zu beleuchten. Mittels leitfadengestützter Interviews wurde sprachliches Material erhoben, das verschiedene Perspektiven zur umgekehrten Inklusion von Personen aus Einrichtungen mit einem ähnlichen Konzept zulässt. Das Datenmaterial wurde systematisch nach den qualitativ-inhaltsanalytischen Methoden in Anlehnung an Mayring (2009) ausgewertet. Insgesamt wurden n=9 Interviews (n=2 Elternteile, n=5 Erzieher, n=2 Kindertagesstättenleitungen) geführt. Die Ergebnisse zeigen, dass es für die Verwirklichung eines „Demenzdorfs mit Kindertagesstätte“ von Seiten der Erzieher und Kindertagesstättenleitungen besonders wichtig erscheint, einen kontinuierlichen Austausch zum Pflegepersonal und den Pflegedienstleitungen zu verfolgen. Ferner sollten die Zeiten für gemeinsame Aktivitäten gut abgestimmt werden und ein ausreichender Personalspiegel bei der Durchführung gemeinsamer Angebote gewährleistet sein. Auf pädagogischer Ebene wird eine kindergerechte Auseinandersetzung zum Thema „Altsein“, „Älterwerden“ oder „Demenz“ als notwendig beschrieben. Dies müsste im Rahmenkonzept des Kindergartens einen didaktischen Schwerpunkt haben. Kritisch betrachtet werden bei der Kooperation zwischen Demenzdorf und Kindertagesstätte einerseits der Schweregrad der demenziellen Erkrankung und andererseits die beidseitige Akzeptanz der jeweiligen Lebenswelten bzw. Lebenslagen. Eltern sehen das Konzept als eine vorteilhafte Gelegenheit für ihre Kinder, regelmäßig Kontakt zu einer Generation zu bekommen, die es in ihrer Familienkonstellation in der Form häufig nicht gibt. In Ihrem Fazit folgern die Autorinnen, dass das Thema „Demenz“ bzw. „Alter“ im Rahmenkonzept des Kindergartens etabliert sein sollte, um das Vorhaben „Demenzdorf mit Kindertagesstätte“ zu verwirklichen. Gemeinsame Räumlichkeiten wie ein Bewegungsraum, ein Speiseraum, aber auch eine Grünanlage mit Spielplatz wären geeignete Schnitt-

stellen, um beiden Generationen ein Miteinander zu ermöglichen. Gleichzeitig könnten die Außenflächen für die Nachbarschaft offengehalten und so in den bestehenden Sozialraum integriert werden.

„Dass da Meerjungfrauen waren – Erleben des Intensivaufenthalts durch beatmete Patienten“. Dies war der Titel des Beitrags des **dritten Posterpreises**, den Lyn Anne von Zepelin, betreut durch Dr. Johanna Feuchtinger vom Universitätsklinikum Freiburg, erhielt. Vor dem Hintergrund, dass das Wissen zum Erleben des Intensivaufenthalts für beatmete Patienten in deutschen Kliniken noch begrenzt ist, interessierte die Fragestellung, wie beatmete Patienten einer internistischen Intensivstation eines Universitätsklinikums ihren Aufenthalt auf der Intensivstation und die Wochen danach erlebt haben. Aus diesen Informationen sollen Erkenntnisse darüber gewonnen werden, was während der Zeit auf der Intensivstation als hilfreich und was als belastend erlebt wurde und ob diese Patienten später einen Informations- oder Beratungsbedarf haben. In einer qualitativen Untersuchung wurden acht Patienten, die mindestens vier Tage beatmet waren, mittels halbstrukturierter Interviews sechs Wochen nach Entlassung von der Intensivstation besucht und befragt. Die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und mit der Methode der Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Wie die Ergebnisse zeigen, konnten folgende Kategorien gebildet werden: Erinnerungslücken, Umgebung/Orientierung, Phänomene physisch und psychisch, Kommunikation während Beatmung, Ressourcen, Rekonvaleszenz, Gesundheitsempfinden, Verarbeitung und Auswirkungen. Kein Patient konnte sich an den Tag der Aufnahme und die ersten Tage des Intensivaufenthalts erinnern. Nach dem Aufwachen orientierten sie sich langsam in Raum und Zeit. Träume und Wachsein konnten manchmal nicht unterschieden werden. Umgebungsgeräusche wurden zum Teil traumhaft verarbeitet. So assoziierte eine Patientin das Plätschern ihres betteigenen Kühlgeräts mit der Vorstellung, unter Wasser zu sein, umgeben von Meerjungfrauen. Patienten litten unter Ödemen und Bewegungsunfähigkeit. Sich nicht mitteilen zu können, wurde als schlimm und entsetzlich bezeichnet. Pflege wurde als Ressource wahrgenommen. Ange-

hörige spielten eine zentrale Rolle bei der Bewältigung und Verarbeitung. Kein Patient hatte zum Zeitpunkt des Interviews weiteren Gesprächsbedarf mit professionellen Ansprechpartnern. Bei allen Patienten hat der Intensivstationsaufenthalt Spuren hinterlassen und die Haltung zum Leben verändert. Es kann geschlossen werden, dass die Ergebnisse helfen können, die Sicht von Patienten bei der Pflege beatmeter Patienten besser zu verstehen. Orientierungshilfen sollten verbessert werden, z. B. in Form von sichtbaren Uhren und Tageslicht. Es sollte berücksichtigt werden, dass Patienten Geräusche medizinischer Geräte, Unterhaltungen oder Witze am Bett traumhaft oder illusionär verarbeiten können. Um beatmete Patienten an ihrer Pflege und an Entscheidungen zu beteiligen, sollte die Kommunikation verbessert werden. Eine wertschätzende Haltung der Pflegenden trägt dazu bei, dass Patienten den Intensivaufenthalt verstehen und verarbeiten können. Die psychologische Unterstützung durch eine psychosomatische Liaisonärztin wurde als hilfreich erlebt. Für welche Patienten Interventionen wie Follow-Up-Gespräche oder Patiententagebücher nützlich sein könnten, wäre ein weiteres Forschungsfeld. Auch wäre zu untersuchen, welche Unterstützung für Angehörige angeboten werden könnte. <<

Autorenkontakt:

Regina Rosenberg MScN, Geschäftsstelle
Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V.

Kontakt: info@dg-pflegewissenschaft.de

> Ein Erfahrungsbericht

Und wenn Du nicht artig bist ...

MICHAEL THOMSEN

Freiheitsentziehende Maßnahmen bedeuten für die betroffenen Menschen immer eine eklatante Einschränkung der Lebensqualität. Den Pflegekräften obliegen daher vielfältige Sorgfaltspflichten. Diese beginnen aber nicht erst bei der korrekten Durchführung solcher Maßnahmen, sondern bereits sehr viel früher im Rahmen des Pflegeprozesses. Gerichte setzen gezielt Verfahrenspfleger ein, die im Falle einer beantragten Genehmigung in die Einrichtung schauen und versuchen, mildere Mittel oder Alternativen zu erproben und zu einer gemeinsam getragenen Entscheidung zu gelangen, auch wenn eine Bewegungseinschränkung nicht zu umgehen ist, denen das Gericht folgen kann. Seit 2011 ist Michael Thomsen für verschiedene Amtsgerichte als Verfahrenspfleger tätig. Der nachfolgende Text soll zur Diskussion herausfordern.



Foto: © sudok1/Fotolia

und Gangsicherheit) vollkommen falsch ein und vergaß stets die therapeutische Notwendigkeit ihrer Bettlagerung, die die Folge einer Beckenringfraktur war. Sie litt entsprechend der Hinweise aus den bereitgestellten Unterlagen an einer Polyarthrose, an einer Sinterungsfraktur (Wirbelkörperbruch) an der unteren Wirbelsäule und an einer fortgeschrittenen Demenz.

Bewegungseinschränkung als Therapiemaßnahme

Den Beckenringbruch hatte sie sich nach einem Sturz im Januar 2015 zugezogen, dessen Therapie eine strenge Bettruhe über einen längeren Zeitraum erforderlich machte. Insbesondere längeres Sitzen und Gehen behinderten die Heilung. Mittlerweile konnte sie wieder für einige Zeit in den Rollstuhl gesetzt werden. Aber eigene Mobilisierungsabsichten, ohne die Hilfe des Personals, bargen nicht allein die Gefahr eines erneuten, möglicherweise folgenschweren Sturzes, sondern behinderten darüber hinaus den Erfolg der Therapie.

Leider zeigten sie insbesondere in den Nächten Verwirrtheits- und Desorientierungszustände und Versuche, aus dem Bett aufzustehen. Da sie ausreichend Kraftreserven besaß, um das Bettseitenteil zu übersteigen, musste zu ihrer Sicherheit zusätzlich zu den hochgezogenen Bettseitenteilen ein Bauchgurt angebracht werden. Dieser verfügte allerdings nicht über die vorgeschriebene Schrittsicherung, worauf ich das Pflegepersonal hinwies.

Neben Schmerzmitteln erhielt sie gegen ihre Verwirrtheitszustände, zunächst ohne Erfolg, das atypische Neu-

Es gibt Patienten, die aus vielerlei Gründen „schwierig“ sind. Oft kommen neben körperlichen Erkrankungen auch psychische Beeinträchtigungen hinzu, erst recht bei Demenzkranken. Ich schildere hier meine ganz persönlichen Erlebnisse aus einem Pflegeheim. Deutlich wird die Überforderung der Pflegekräfte. Deutlich wird darüber hinaus, dass kommunikative Kompetenzen oft nicht entwickelt sind und Pflegefachlichkeit fehlt.

In einem renommierten Altenpflegeheim in einer größeren Stadt in Deutschland stehe ich auf dem Flur. Die Frau, derentwegen ich gekommen bin, ist fast 86 Jahre alt.

Der erste Besuch

Bereits vor einem Jahr hatte ich sie besucht. Damals saß sie aufrecht im Bett und hatte die Tageszeitung vor sich lie-

gen. Während des Gesprächs bemerkte ich Wortfindungsstörungen. Sie erzählte vom Grund ihrer Heimaufnahme und wirkte insgesamt freundlich und im Gespräch durchaus beredt. Sie erzählte mir, dass sie noch täglich am Rollator, sie nannte ihn „Schiebe-Mercedes“, mobil sei. Gegen das Bettgitter habe sie keine Einwände, aber der Bauchgurt, auf den ich mit meiner Hand zeigte, störe sie sehr. Sie war sichtlich bemüht, ihre Fassade durch konfabulierenden (das Ausfüllen von Gedächtnislücken mit objektiv falschen Angaben) Smalltalk aufrecht zu erhalten. Angesichts der offenkundigen Gedächtnisstörungen und den zwischenzeitlichen Verwirrtheitszuständen konnte man von ihr keine verlässliche Einwilligung zu medizinisch notwendigen oder pflegerisch-prophylaktischen Maßnahmen einholen. Laut Aussage des Pflegepersonals und der Physiotherapie schätzte sie ihre Ressourcen (Kraft

roleptikum Risperidon, das dann auf das klassische Haldol umgestellt wurde. Zur Beruhigung und Schlafunterstützung erhielt sie zur Nacht zusätzlich ein schwachpotentes Neuroleptikum.

Sturzgefahr durch Sensortechnik

Zwar war sie zeitweise kognitiv noch in der Lage, die in Griffweite befindliche Klingel zu bedienen, vergaß aber deren Handhabung insbesondere im Rahmen der nächtlichen Unruhezustände: So wurden nächtliche Kontrollgänge nötig. Die Option eines Niederflurbettes wurde erörtert, aber verworfen, da man nicht sicher sein konnte, ob sie zuerst mit den Füßen im Sinne eines Aufstehversuchs die Matratze betreten und dann darauf angesichts der Instabilität unweigerlich schwer stürzen würde. Darüber hinaus würden diese Bewegungsaktivitäten die Heilung der vorhandenen Knochenbrüche stark gefährden. Eine an die Rufanlage gekoppelte, mechanische (Matte) oder optische (Lichtschranke) Sensortechnik musste ebenfalls aus den bereits genannten Gründen verworfen werden, da sie sehr rasch und unweigerlich stürzen würde, sobald sie aus dieser Position heraus versuchen würde aufzustehen. Sie war noch sehr instabil und konnte nicht mehr ohne Begleitung gehen oder alleine stehen.

Dennoch regte ich an, dass das Pflegeteam noch einmal im Rahmen einer Fallbesprechung erörterte, ob mildere Mittel oder Alternativen erprobt werden könnten. Wenn es zu einer Abheilung der Knochenbrüche käme, würde die weitere Mobilisierung zusammen mit der Physiotherapie erfolgen. Ein Ziel könnte es dabei sein, dass sich die Patientin wieder am Rollator in dem Wohnbereich bewegen oder eine eigenständige Mobilität im Rollstuhl erfahren könnte. Um diese Ziele erreichen zu können, mussten die bewegungseinschränkende Maßnahmen aber leider fortgeführt werden. Danach hätte man auf die zurzeit angewandten Maßnahmen (Bauchgurt, Bettgitter) verzichten können. Mittels Kontakt- oder Signalsystemen und Umgebungsgestaltung wäre es möglich gewesen, die Mobilität bei einem weiter bestehenden Sturz-Restrisiko zu fördern.

Die freiheitseinschränkende Maßnahme hinsichtlich der Lagerung im Bett mittels Bettgitter war also für diesen

besonderen Fall durchaus zielführend und therapeutisch indiziert, bedurfte aber weiterhin der richterlichen Genehmigung. Allerdings sollte die Genehmigungsdauer in diesem besonderen Fall eine deutlich kürzere Zeitspanne umfassen. Da leider unklar war, bis wann die Heilung der Frakturen abgeschlossen und die oben skizzierten Ziele unter weitestgehendem Verzicht auf bewegungseinschränkende Maßnahmen erreicht sein würden, schlug ich einen Zeitrahmen von maximal einem Jahr vor.

Der zweite Besuch

An einem verschneiten Tag im Januar, ein Jahr nach meinem letzten Besuch, bin ich wieder da und habe einen Termin mit einem examinierten Pfleger. Eine Schwester weist mich an, noch auf dem Flur vor dem Zimmer der Dame zu warten, bis er käme.

Nicht nur die grüne Anwesenheitsleuchte zeigt mir an, dass noch jemand im Zimmer ist und die Dame versorgt – es ist kurz vor zehn am Morgen. Ein Pflegewagen steht neben der Tür. Ich höre das Wimmern und Rufen der Dame. Auch Wortfetzen einer anderen Person dringen zu mir. Das geht etwa fünf Minuten, mal lauter, mal leiser, mal befehlstonartig, mal mehr Wimmern. Ich trete schlechten Gewissens, als Horcher entlarvt zu werden, näher an die Tür heran: „Und wenn du jetzt nicht artig bist, dann setzte ich dich mit dem nackten Arsch in den kalten Schnee!“

Überforderung in der Pflege

Ich spüre die Überforderung und schäme mich fremd für diese Entgleisung. Das doppelte „Du“ entsetzt mich, und ich denke, das wird kein Einzelfall sein. Ich frage mich, wie ich reagieren soll. Aber erst einmal bin ich fassungslos, aber andererseits wundert es mich irgendwie nicht. Sehe ich hier doch das Muster von laienhafter oder überforderter Pflege, wie es das beispielsweise auch in der Kindererziehung gibt: das Kind nicht ernst nehmen und als Person wahrnehmen und stets bevormunden, es stets besser wissen und unreflektiert maßregeln und drohen. Haben wir ein Recht auf solcherart Bevormundung und Gewaltausübung? Nein! Die Notwendigkeit der Körperhygiene, die ärztliche Anweisung zur Wundversorgung, die nasse Vorlage – all das muss doch

erledigt werden, damit es nicht noch schlimmer wird.

Aber wenn die Zeit drängt und niemand helfen kann, alle sind doch beschäftigt, und wenn die Patientin sich doch wehrt ...? Zeigt mir diese Aussage nicht Hilflosigkeit? Dennoch: Sollte Pflege in einem Altenheim sich nicht von Laienpflege unterscheiden? Was läuft bei uns schief, dass so etwas geschehen kann? Ist es die Ausnahme? Oder bekommen wir vieles gar nicht mit, was hinter verschlossenen Zimmertüren geschieht?

Mangelndes Fachwissen in der Dokumentation

Es bleibt fast still, und ich höre nur noch ein unterdrücktes Wimmern. Bevor ich weiter verzweifeln und grübeln kann, kommt der junge Pfleger. Er kennt mich von der Bewegung „Pflege am Boden“, die seit Oktober 2013 deutschlandweit jeden zweiten Samstag des Monats zu Smartmobs in Fußgängerzonen aufruft, um auf den Pflegenotstand aufmerksam zu machen.

Weil die Pflegerin noch mit der morgendlichen Grundpflege beschäftigt ist, schlage ich vor, zunächst einen Blick auf die Dokumentation zu werfen.

Ich erkläre ihm meine Rolle und stelle meine Fragen. Kognitiver Status: Einwilligungsfähigkeit ist weiterhin nicht gegeben.

Und wieder stelle ich fest, dass bestimmte Wissensinhalte der Pflegeausbildung nicht „sitzen“. Mobilitätsstatus: Obwohl er gerade erst seine Ausbildung beendet hat, weiß er nichts vom Entwurf für den Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität“, er kennt nicht die Mobilitätsphasen – hin zur Bettlägerigkeit – nach Angelika Zegelin. Er hat große Probleme – wie die vielen Pflegerinnen russischer Herkunft, mit denen ich es häufig zu tun habe – mir zu schildern, wie die Mobilität der Dame beschaffen ist, wie ein Transfer genau stattfindet. Ob mit Lifter, Aufstehhilfe oder mittels Drehscheibe oder mit zwei Personen, ob tief oder im Stand oder mit Rutschbrett, ob die Dame noch allein und frei oder nur mit Halt und zugreifender Sicherung stehen oder gehen kann, ob sie den Rollstuhl noch mit den Händen selbst bewegt oder geschoben werden muss, ob sie mit den Beinen den Boden berührt und tippelt, wie ihre Lageveränderungen im Bett erfolgen, ob

sie Kraft hat, das Bettseitenteil, das nicht professionell abgepolstert ist, wie ich hinterher feststelle, zu übersteigen und und und. Immer wieder erlebe ich auf meine Frage nach dem Mobilitätsstatus diese Sprachlosigkeit des Pflegers. Ich muss alles gezielt nachfragen, bis ich ein Bild habe. Es wird mir nicht präsentiert, und auch aus der Dokumentation kann ich es kaum ablesen.

Im weiteren Verlauf des Gesprächs erfahre ich, dass die alte Dame stark abgebaut habe und zunehmend verwirrt sei und auch verbal aggressiv reagiere. Ein Transfer mit einer Hilfsperson aus dem Bett sei möglich, und man könne sogar ein paar Schritte laufen, aber sie würde fallen, wenn man sie nicht stütze und halte. Sie erhält das starke Beruhigungsmittel Tavor. Und wegen der Schmerzen – welcher Schmerzen, frage ich – „ja, wegen der Polyarthrose“ – erhalte sie ein Betäubungsmittel als Pflaster, und sie werde zunehmend bewegungsempfindlich und steif.

Verhalten der Patientin nicht interpretierbar

In das Zimmer können wir nur, wenn wir Handschuh und Mundschutz anlegen, denn die Dame hat nun auch noch eine Gürtelrose. Ich denke: „Na toll, nun komme ich als Fremder und will mit ihr kommunizieren, und sie kann meine Lippenbewegungen nicht mitlesen.“ So gestaltet sich dann auch das Gespräch. Die Dame versteht mich nicht, und auch ich kann sie nicht verstehen. Ich vernehme nur Wortfetzen und irgendein „Gebrabbel“. Der Pfleger bewegt den Arm, um zu testen, woher die im verzerrten Gesicht erkennbaren Schmerzen herrühren. Plötzlich schlägt sie mit der Hand. Wir können den Auslöser nicht gleich erkennen. Vielleicht ist es nur unsere Gegenwart, verummte Menschen, die sie nicht versteht? Auch

das gezielte Nachfragen führt zu keinem Ergebnis. Den gereichten Trinkbecher wehrt sie ab.

Ich sehe kleine Hämatome an den Händen, kann aber nicht erkennen, woher sie rühren – möglicherweise Blutentnahmen oder Schläge an das nicht abgepolsterte Bettseitenteil? Ich schaue vorsichtig unter die Decke und kann keinen Gurt erkennen, auch der Pfleger ist überrascht. Dann sagt er, das läge an der Gürtelrose. Ein Gurt würde direkt darüber führen, und daher lasse man ihn weg. „Also braucht sie eigentlich gar keinen“, denke ich und frage, ob sie es denn überhaupt noch schaffe, das Bettseitenteil zu übersteigen. Das sei schwer zu sagen, aber „vermutlich ja“. Ich denke: „Also müsste das Bett herabgelassen werden und vor dem Bett zur Sicherheit ein Safebag oder eine Matratze positioniert werden.“

Wir verabschieden uns. Beim Herausgehen bemerke ich, dass sie keine Gelegenheit hat, per Schelle nach der Schwester zu rufen. Ich weise den Pfleger darauf hin und erkläre, seinem Einwand zuvorkommend, dass sie zwar dazu kognitiv nicht mehr in der Lage sei. Aber trotzdem sei es vorgeschrieben, dass eine Klingelanlage in Reichweite sei – und man könne ja auch „zumindest ein Glöckchen neben das Getränk stellen“. Wenn ein „Prüfer vom MDK hier aufmerksam sei, könnte das für die Einrichtung schon ärgerlich sein“, schiebe ich nach und finde den Klingelschalter an der Wand gegenüber dem Fußende des Bettes. Da ich keine andere Einsteckmöglichkeit finde, improvisiere ich und ziehe die Schnur wie eine Wäscheleine zum Bettseitenteil, wo ich die Klingel am Bettseitenteil und in Reichweite der Dame fixiere.

Das Verhalten der Dame hat mich stark verunsichert, und ich versuche, es zu verstehen. Ich weiß, dass eine Gürtelrose sehr starke Schmerzen verursa-

chen kann. Das herausfordernde Verhalten könnte Ausdruck solcher starken Schmerzen sein. Ich rege an, den Hausarzt darüber zu unterrichten und nach einer Erhöhung der Schmerzmedikation zu fragen. Unsicher bin ich mir, inwieweit sie tatsächlich genügend Kraft und Willen aufbringt, das Bettseitenteil zu übersteigen. Sie würde bei heruntergelassenem Bettseitenteil sicher stürzen, da hülflos auch kein Niederflurbett. Angesichts des akut schlechten Allgemein- und Gesundheitszustands rege ich an, noch einmal mit der Vorsorgebevollmächtigten zu sprechen und nach ein paar Tagen eine Fallkonferenz im Pflegeteam abzuhalten. Wir verabreden, dass ich nach einer Woche noch einmal angerufen werde, um das Ergebnis der Besprechungen zu erfahren.

Ich fahre nach Hause und habe im Ohr: „Und wenn Du nicht artig bist ...“ <<

Zusammenfassung

„Jeder pflegt allein“ – im Sinne dieses Buchtitels von Daniel Drepper erleben zunehmend die von Pflege betroffenen Menschen Überforderungssituationen. Die Pflegefachlichkeit entspricht nicht immer den Erfordernissen. Darunter leiden nicht nur die Patienten und Pflegenden. Der Erfahrungsbericht eines Verfahrenspflegers bestätigt dies. Sind solche Erfahrungen die Ausnahme oder erleben immer mehr Betroffene solche Situationen? Diskutieren Sie mit!

Schlüsselwörter: *Fixierungsvermeidung, Verfahrenspfleger, Pflegenotstand*

Autorenkontakt:

Michael Thomsen, Fachkrankenpfleger für Geriatrie Rehabilitation, Heimleiter, Altenpflege-Experte
Kontakt: michael-thomsen@osnanet.de

Der Leserbrief

JASMIN DYMNY



zum Artikel „Der einzige Weg der Pflege in Richtung Zukunft“
von Verena Bikas in der Pflegezeitschrift 10/2016, S. 567–570

Sehr geehrte Frau Bikas,
vielen Dank für Ihre Ausführungen in der Pflegezeitschrift 2016/10.

Lassen Sie mich zu einigen Ihrer „Pro Argumente“ Stellung beziehen. Sie schreiben, dass wachsende Anforderungen an das Pflegepersonal es nicht mehr zulassen, die Aufgaben der Kinderkranken-, der Kranken- und der Altenpflege getrennt zu betrachten. Sie begründen dies mit der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den schriftlichen Teil der Prüfung, der sich auf die Pflegesituation bei Menschen aller Altersgruppen bezieht. Hierbei unterlassen Sie allerdings den Hinweis, dass die schriftliche Prüfung nicht nur aus diesem Themenbereich, sondern noch aus zwei anderen besteht und der Gesetzgeber explizit voraussetzt, dass bei der Auswahl der Aufgaben die Differenzierungsphase (s. §13 (2) und 16 (2)) entsprechend zu berücksichtigen ist. Weiterhin führen Sie an, dass aufgrund zunehmend komplexer Pflegesituationen (...) es nicht mehr sinnvoll sei, eine Grenze zwischen den Pflegeausbildungen zu ziehen. Hierzu führen Sie keine Begründung an. Steigt die Komplexität einer Aufgabenstellung, spricht Ihr Argument stärker für eine Spezialisierung der Tätigkeit. Der Vorgang der Spezialisierung ist in der freien Wirtschaft gang und gäbe: So ist der Beruf des Elektrikers mittlerweile in sieben elektronische Berufe unterteilt. Ein weiteres Argument ist aus Ihrer Sicht, dass viele Unterrichtseinheiten und Themengebiete in allen drei Ausbildungen wirklich identisch seien. Hierzu müsste eine wissenschaftliche Expertise herangezogen werden, um die Identität der Unterrichtseinheiten zu belegen. In NRW werden in der Gesundheits-, Kranken- und Gesundheits- sowie Kinderkrankenpflege in der sogenannten integrativen Phase, also in der Phase, in der es um die Pflege von Menschen aller Altersgruppen geht, diese Einheiten zusammen unterrichtet.

Trotzdem entstehen dahingehend Unterschiede, ob dies an einem Schulverbund stattfindet, der neben der Krankenpflege- auch eine Kinderkrankenpflegeschule vorhält oder nicht. Nur beispielhaft sei hier die Pulsfrequenz aufgeführt – und ob das Wissen über die Pulsfrequenz eines Säuglings mit unterrichtet wird oder nicht. Sie begrüßen es grundsätzlich, dass von „unserer Bundesregierung“ versucht wird, den Pflegeberuf attraktiver zu gestalten, indem man durch eine grundständige Ausbildung den Pflegenden die Wege für die Zukunft offen lässt.

Dieses Argument wird mittlerweile immer wieder bemüht, lässt sich aber nicht beweisen. Lediglich eine Schülerbefragung des Bundesinstituts für Berufsbildung aus dem Jahr 2016 untersucht dieses Argument und kommt zu dem Schluss: „Die Befunde unterstreichen vielmehr das Risiko, durch die Zusammenlegung der Pflegeausbildungen jene Interessenten zu verlieren, die sich nur für einen der drei Pflegebereiche interessieren.“ Zudem stellen Sie mit diesem Argument einen Zusammenhang zum lebenslangen Lernen her. Außerdem weisen Sie darauf hin, dass einerseits durch die Generalistik dem Anspruch des ICN Genüge getan werde und andererseits nur ein Teil der nach dem jetzigen Gesetz ausgebildeten Pflegenden es für notwendig halte, die eigenen Kompetenzen auszubauen. Aus meiner Sicht ist ersteres bloße Behauptung und zweites eine Diskreditierung der aktuell Pflegenden.

Sie bewerten die Einführung von Vorbehaltenen Tätigkeiten als entscheidenden Fortschritt des angedachten Pflegeberufgesetzes. Hier stimme ich mit Ihnen überein, hätte mir hier allerdings eine differenzierte Aussage des Gesetzgebers gewünscht. Ob, wie Sie folgern, allerdings die Arbeitgeber, denen Sie indirekt pauschal unterstellen, zurzeit den Pflegeprozess an Hilfskräfte zu delegieren, zukünftig deshalb überlegen, ob sie diese Tätigkeiten nicht von Hilfskräften durchführen lassen, sei dahingestellt. Als weiteren Fortschritt bewerten Sie, dass kein Schulgeld bezahlt werden muss. Auch hier stimme ich Ihnen formal zu. Dies könnte allerdings auch durch eine Änderung des Altenpflegegesetzes herbeigeführt werden.

Sie kritisieren zu Recht, dass die Wahl der Vertiefung schon zu Beginn der Ausbildung stattfinden soll und schlagen vor, dies als „Kann“- und nicht als „Muss“-Regelung zu führen. Ihrer Ansicht nach sollte die Vertiefung zu jedem Zeitpunkt der Ausbildung ohne Probleme möglich sein. Dieses wird sich nicht in die Realität umsetzen lassen, da es kaum organisatorisch zu erfüllen sein wird, dies zu „jedem Zeitpunkt“ umzusetzen. Prinzipiell muss hinterfragt werden, ob die angedachte Vertiefung überhaupt mit dem Gedanken der Generalistik vereinbar ist. Sie erscheint mir eher eine Struktur zu zementieren, die wir zurzeit in den Pflegeschulen vorliegen haben. Aus meiner Sicht gibt es die Möglichkeiten, die Ausbildung generalistisch zu führen und dann in Weiterbildungsmaßnahmen die speziellen Erfordernisse herauszubilden oder eben auf die Generalistik zu verzichten, was nur konsequent wäre. Auch eine Verlängerung der Ausbildung muss bei diesem Hintergrund noch einmal überprüft werden. Zu guter Letzt: Sie halten Ihre Schüler für ebenso qualifiziert und kompetent wie die herkömmlich ausgebildeten. Gerade diese Einschätzung spricht nicht für einen Wechsel des Systems, sondern eher für die Beibehaltung, da eine höhere Kompetenz anscheinend auch an Ihrer Ausbildungsstätte nicht erreicht wird.

Autorenkontakt:

Jasmin Dymny, Kinderkrankenschwester,
Diplom Berufspädagogin
Kontakt: jasmindymny@t-online.de

Die Erwidrung

VERENA BIKAS



Sehr geehrte Frau Dymny,
herzlichen Dank für Ihre Anmerkungen bezüglich meines im Oktober veröffentlichten Artikels. Lassen Sie mich zu Ihrer Stellungnahme ein paar Worte sagen.

Dass die Zusammenlegung aller Pflegeberufe in Zukunft für die wachsenden Anforderungen an das Pflegepersonal unabdingbar ist, begründe ich nicht anhand des Beispiels aus der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. Dies ist ein Beispiel dafür, dass bereits bei der Gesetzesänderung 2003 daran gedacht wurde, die Inhalte, die in der Gesundheits- und Kinder- und Gesundheits- und Krankenpflege gleich sind, auch gemeinsam unterrichtet und geprüft werden. Die Differenzierungsbereiche des ersten und zweiten Tages des schriftlichen Examens mussten meiner Meinung nach nicht explizit erwähnt werden, da die jetzige Gesetzgebung nun einmal noch die Differenzierung der beiden Pflegeberufe vorsieht. Dies sollte nur eine Veranschaulichung sein, dass, obwohl die beiden Berufe noch getrennt ausgebildet werden, es bereits jetzt schon gemeinsame Prüfungsinhalte gibt. Deshalb ist Ihr Argument hier ein wenig aus dem Zusammenhang gerissen. Dazu kommt, dass Sie eine wissenschaftliche Expertise verlangen, um zu belegen, dass Unterrichtseinheiten in Pflegeausbildungen wirklich identisch seien. Hierzu reicht es, die Lehrplanrichtlinien heranzuziehen. Die Gestaltung des schuleigenen Curriculums dagegen ist Sache der jeweiligen Berufsfachschulen, auch das wird voraussichtlich bei einer grundständigen Pflegeausbildung nicht anders sein. Sie nehmen das Beispiel der Pulsfrequenz, ich nehme das Beispiel der Hygienerichtlinien. Sind diese nicht essenziell, ob Gesundheits- und Kinderkranken-, Gesundheits- und Kranken- oder Altenpflege? Sollten diese nicht in allen Pflegeberufen gleich und immer in Anlehnung an die Aussagen des Robert-Koch-Instituts unterrichtet werden? Es ist nicht professionell, an einzelnen Themen zu analysieren, ob die Zusammenlegung der Pflegeberufe sinnvoll ist oder nicht. Vielmehr sollte hier von dem Gremium, welches die Lehrplanrichtlinien für die grundständige Pflegeausbildung erstellt, darauf geachtet werden, dass diese für alle Pflegeschulen in Zukunft zufriedenstellend ist. Deshalb gebe ich Ihnen dahingehend Recht, dass sich die schulinternen Curricula in Deutschland zukünftig nicht mehr so stark unterscheiden sollen. Hier sehe ich also auch Kritik Ihrerseits an dem bisherigen System. Durch die Einführung der grundständigen Pflegeausbildung hätte man diesbezüglich die Chance, die Curricula ganz neu und innovativ zu generieren.

Weiterhin kritisieren Sie meine Meinung, dass die Komplexität des Pflegeprozesses, egal in welcher pflegerischen Versorgung, es verlangt, die Grenze zwischen den Pflegeberufen aufzuheben und begründen dies mit dem Beispiel des Elektrikers. Wie in jeder beruflichen Entwicklung soll es natürlich auch in der Pflege Spezialisierungen geben, nach einer grundständigen Ausbildung. Auch jetzt gibt es die Möglichkeit, sich nach der Ausbildung für beispielsweise die Bereiche Anästhesie- und Intensivpflege oder den OP-Bereich weiter zu qualifizieren. Ich kann mich nicht erinnern, beschrieben zu haben, dass dies in Zukunft nicht mehr angeboten werden soll. Auch das kann nach einer grundständigen Pflegeausbildung möglich sein. Hier sehe ich wieder einen Vorteil. Denn so können auch die Fort- und Weiterbildungen weiterentwickelt werden und auf der grundständigen Pflegeausbildung aufgebaut werden. Derzeit können Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger, die keine Anstellung in einer Kinderklinik bekommen, ohne Probleme auch in einem Krankenhaus arbeiten. Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger haben es aber sehr schwer, eine Anstellung in einer Kinderklinik zu bekommen. Ebenso Altenpflegerinnen und -pfleger im Krankenhaus. Mit einer grundständigen Pflegeausbildung würde darüber überhaupt nicht mehr diskutiert werden müssen.

Betrachten Sie mein Argument, „den Pflegeberuf dadurch attraktiver zu gestalten“, nicht als zwanghafte Bemühung, sondern eher als These, die es sich zu diskutieren lohnt. Es kommt immer darauf an, aus welcher Sicht dieses Argument angebracht wird. Aus dem Bereich der Altenpflege wird mir diesbezüglich von vielen Seiten zugestimmt, auch aus dem Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege. Sie führen an, dass aus der Schülerbefragung des Bundesinstituts für Berufsbildung hervorgeht, Schülerinnen und Schüler, die sich jetzt für die Pflege entscheiden würden, würden es nach Einführung einer grundständigen Pflegeausbildung nicht mehr tun. Zum einen wurde diese Befragung bei Schülerinnen und Schülern aus NRW durchgeführt, was ist mit den anderen Bundesländern? Zum anderen wird bei der Ergebnissicherung dieser Befragung explizit darauf eingegangen, dass für die Befragten das Image Ihres zukünftigen Berufs eine große Rolle spielt. Bei den Befragten steht die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege an erster, die Gesundheits- und Krankenpflege an zweiter und die Altenpflege an dritter Stelle. Man könnte annehmen, dass beispielsweise das Image der Altenpflege aufgewertet werden kann, weil das bessere Image der Gesundheits- und Kinder- oder Gesundheits- und Krankenpflege auf den neuen grundständigen Pflegeberuf übertragen wird. So will ich die These aufstellen, dass seitens der Berufsgruppe Kinderkrankenpflege eine Abwertung des positiven Images in unserer Gesellschaft befürchtet wird. Und ich glaube, dass ist die eigentliche Begründung, warum man sich gegen die grundständige Pflegeausbildung sträubt. Wir sollten uns eher darauf konzentrieren, der Pflege als Beruf in der Gesellschaft ein professionelleres Ansehen zu verschaffen, als sich innerhalb der pflegerischen Berufsgruppen zu degradieren.

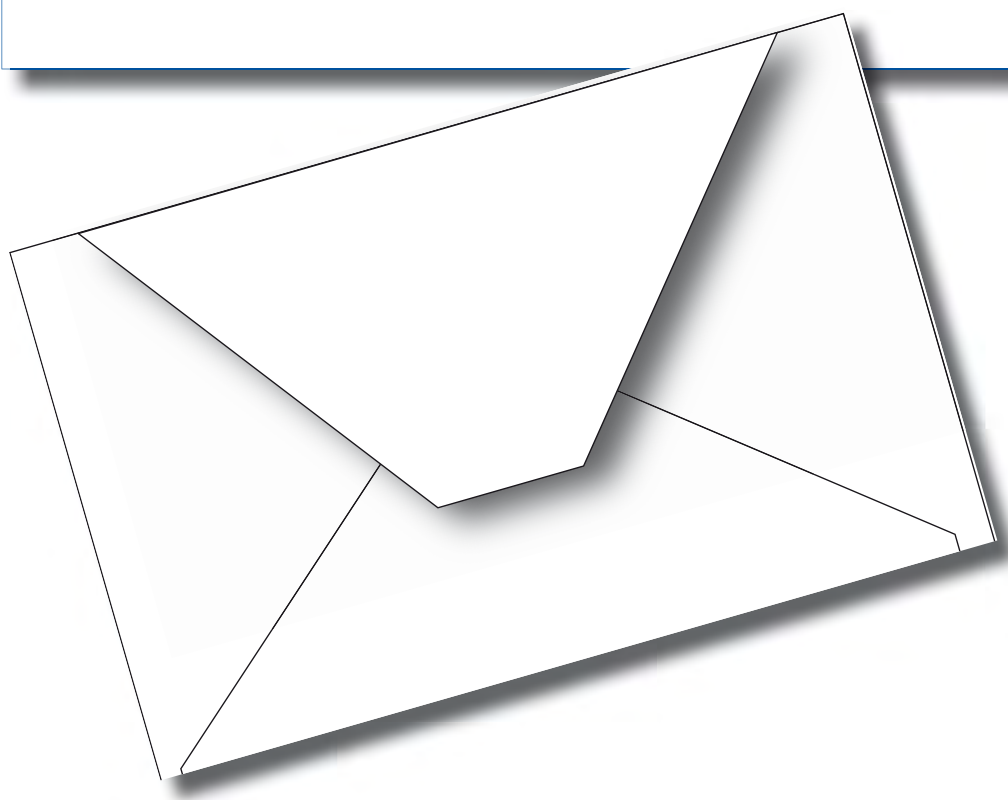
Eine Diskreditierung der aktuell Pflegenden findet meinerseits sicherlich nicht statt, sonst würde ich mich ja selbst in einen schlechten Ruf bringen. Ebenso die Unterstellung, ich würde pauschal behaupten, jeder Arbeitgeber delegiert die Durchführung des Pflegeprozesses an Hilfskräfte. Ich denke, dass ist Ihre persönliche Einschätzung. Für eine konstruktive Auseinandersetzung sind solche Unterstellungen Ihrerseits keine solide Argumentationsgrundlage, weshalb ich auch nicht näher darauf eingehen möchte.

Der Vertiefungsansatz soll nicht als Spezialisierung dienen, sondern als Orientierung. Derzeit ist es auch möglich, beispielsweise von der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege in die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu wechseln (ebenso umgekehrt), gerade weil sehr viele Unterrichtsinhalte gleich sind und auch zusammen beschult werden können. Deshalb sehe ich die Vertiefungen als Chance. Es muss keinesfalls befürchtet werden, die Versorgung, egal welcher Patientengruppe, könne nicht mehr gewährleistet werden. In anderen Ländern funktioniert dies einwandfrei, warum also nicht auch bei uns in Deutschland. Ihren Vorschlag, die Ausbildung insgesamt zu verlängern, kann ich unterstützen. Darüber sollte noch einmal nachgedacht werden. Aber wie Sie meinem Artikel entnehmen können, unterschreibe ich den jetzigen Gesetzesentwurf nicht einfach, sondern sehe sehr wohl Kritikpunkte, die noch einmal überprüft werden müssen. Nichtsdestotrotz sehe ich keine ausschlaggebenden Argumente, die Generalistik nicht umzusetzen.

Sicherlich maße ich mir nicht an, zu behaupten, die generalistisch ausgebildeten Absolventen unserer Berufsfachschule seien kompetenter als die herkömmlich ausgebildeten. Genauso wenig umgekehrt. Zum einen hängt das immer von jedem einzelnen persönlich ab, wie sie/er sich entwickelt. Wir bieten an unserem Bildungszentrum durch Lernarrangements jedem Teilnehmer die Möglichkeiten an, sich selbst das notwendige Wissen anzueignen und Kompetenzen zu entwickeln. Zum anderen ist der Zeitpunkt einer Expertise in Bayern viel zu früh, aber vielleicht hören Sie im Rahmen einer Studie diesbezüglich noch einmal von mir.

Autorenkontakt:

Verena Bikas, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Gesundheits- und Pflegepädagogin B.A., Schulleiterin der Berufsfachschule für Krankenpflege am Klinikum Fürth
Kontakt: verena.bikas@klinikum-fuerth.de



> Betreutes Wohnen

Die geriatrische Verlaufskurve: Eine Chance zur Individualisierung

MARGIT GRATZ, ANNE KREMER-HARTMANN & TRAUGOTT ROSER

Menschliches Leben ist individuell und entzieht sich jeglichen Standardisierungsversuchen – dennoch halten Leitlinien, Checklisten, Zertifizierungsmaßnahmen, Qualitätskriterien, Verfahrensanweisungen und ähnliche Aspekte, die etwas mit Vergleichbarkeit und Normierung zu tun haben, verstärkt Einzug in die palliativmedizinische und -pflegerische Versorgung. Der Versuch, das Leben eines alternden Menschen anhand einer „geriatrischen Verlaufskurve“ als Arbeitshilfe zu visualisieren, wirft die Frage auf, ob damit die Gefahr einer Normierung individueller Lebens- und Krankheitsverläufe einhergeht. Oder ist es eine Möglichkeit, Hospizkultur und Palliativversorgung den Bedürfnissen von Bewohnerinnen und Bewohnern entsprechend zu planen, zu gestalten und damit überprüfbar zu machen?



Foto: Ingo Bartussek/fotolia

Leben in einer Seniorenresidenz

Seit dem Jahr 2012 ist das Augustinum damit befasst, für seine etwa 7.500 älter werdenden, teils hochbetagten Bewohner das vorhandene Betreuungs- und Versorgungskonzept zu untersuchen und weiter zu entwickeln: Kann das hospizlich-palliative Angebot verbessert werden? Als ein gemeinnütziger diakonischer Träger von 23 Wohnstiften in Deutschland sichert das Augustinum mit seinen 4.500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Form des Betreuten Wohnens eine ambulante Versorgung im eigenen Appartement bis zum Lebensende. Im Rahmen der Untersuchung

der vorhandenen Hospizkultur und Palliativkompetenz wurde festgestellt, dass Formen des Betreuten Wohnens bislang wenig im Blickfeld sind – wenig im Blick von Fachliteratur, Forschung und Fachverbänden, aber auch nicht im Blick des Hospiz- und Palliativgesetzes. Dies ist durchaus verwunderlich, haben doch Diskussionen und Modelle über Lebensmöglichkeiten im Alter zugenommen und können nicht eindeutig den herkömmlichen ambulanten oder stationären Versorgungsformen zugeordnet werden. Die höhere Lebenserwartung des Menschen führt zu kreativen Ansätzen des Wohnens, aber auch zu Überlegungen, wie Formen des Betreuten Wohnens auf die biographischen

Veränderungen in hohem Lebensalter abgestimmt werden können.

Das Leben in einer Seniorenresidenz des Augustinum unterscheidet sich erheblich vom Leben in z. B. Senioren-Wohngemeinschaften oder in einem Alten- und Pflegeheim. Die durchschnittliche Verweildauer im Augustinum beträgt ab Einzug etwa zehn Jahre, weshalb die Sterberate mit etwa 10 % jährlich entsprechend niedriger ist als z. B. in einem Alten- und Pflegeheim und das Personal sich darauf gut einstellen kann. Das Leben und Sterben eines Bewohners begleiten verschiedene, im Wohnstift fest installierte Berufsgruppen. Dazu gehören Mitarbeiter in der Pflege, in der Küche, Servicekräfte im Restaurant, Mitarbeiter von Haustechnik, Bewohnerservice und Einzugsbegleitung, Reinigungspersonal, Mitarbeiter am Empfang, im Vertrieb, die Stiftsdirektion, Seelsorger und Kulturreferenten. Hausärzte gehören nicht zum fest angestellten Personalstamm, sind aber ebenso wie Physiotherapeuten mit eigener Praxis in den Räumen der Seniorenresidenzen ergänzende Kooperationspartner. Teils verfügen sie über palliativmedizinische Zusatzqualifikationen. Mit dieser beruflichen Vielfalt sind alle Bedürfnisse, die in Palliative Care dem Konzept von Total Pain entsprechen, gleichwertig im Blick. Alle zusammen stellen das Team, das sich um die Belange eines Bewohners kümmert – zu unterschiedlichen Zeiten des Tages, zu unterschiedlichen Lebensphasen des Bewohners und als individuelle Ansprechpartner.

„Geriatrische Verlaufskurve“ – ein Instrument für die Praxis

Ein strukturierter Zugang im Rahmen der Reflexion und Verbesserung von Hospizkultur und Palliativkompetenz in den Seniorenresidenzen eröffnete den Blick auf ungenutztes Potenzial. Anhand von 45 Bewohnerbeispielen, die im multiprofessionellen Setting und mittels systematisch angelegter Herangehensweise wie auch regelgeleiteter Diskussion erarbeitet wurden, stellte sich heraus, dass die Lebensverläufe dieser Bewohner vom Einzug bis zum Tod trotz aller Unterschiede auch Gemeinsamkeiten aufweisen. Dieses Ergebnis war möglich, weil nicht nur Berufsgruppen einbezogen waren, die vom Erstkontakt und Einzug an mit den Bewohnern und ihren Angehörigen in Kontakt sind, sondern auch jene, die scheinbar patienten- bzw. bewohnerferne Aufgaben haben. Sämtliche Seniorenresidenzen der Augustinum-Gruppe stellten je eine Fallgeschichte von Lebensverläufen ihrer Bewohnerinnen und Bewohner vom Zeitpunkt des Einzugs bis zum Tod sowie

ein aktuelles Fallbeispiel eines Bewohners oder einer Bewohnerin mit palliativem Bedarf zur Verfügung. Darin ging es um Funktionsstatus, Krankheitssituation, Pflegebedarf und psychosozial-spiritueller Betreuung. Es zeigten sich wiederkehrende Muster von Verläufen; die Dauer der einzelnen Phasen unterschied sich zum Teil erheblich, die Abfolge allerdings blieb durchweg stabil: Anfängen von einer Phase der Neuorientierung und Umgewöhnung (manchmal begleitet von einer psychischen Verschlechterung beim Einzug aufgrund von Abschiedsprozessen vom bisherigen Leben oder Trauer um den Lebenspartner, welche die Entscheidung für den Einzug begünstigt hat) über mögliche oder aktuelle gesundheitliche Einbrüche mit Konsequenzen für das weitere Leben bis hin zu „markanten Veränderungen“. Diese machten sich z. B. durch Gewichtsverlust, kognitive Veränderungen oder sozialen Rückzug bemerkbar. Dennoch konnten Phasen als idealtypisch identifiziert werden:

Die praktische Arbeit mit der Verlaufskurve wurde in multiprofessionellen Workshops getestet: Aktuelle

Situationen mit unklarem Versorgungsbedarf wurden vorgestellt und auf die Verlaufskurve bezogen. Die Mitarbeiter sollten dabei den ursprünglichen Impuls aus Pflege und psychosozialer Versorgung: „Irgendetwas bei Bewohner_in XY läuft nicht richtig. Was müssen wir tun?“ zurückstellen und sich von der Frage leiten lassen „Wo steht Frau/Herr ... – Von welcher Situation sprechen wir eigentlich?“ Dadurch wurde die Visualisierung der akuten Bedarfssituation vor dem Hintergrund einschneidender individueller Lebensstationen und nicht nur des Krankheitsverlaufs ermöglicht. Dies veränderte die Sichtweise. Informationen über Ressourcen, frühere Verhaltensweisen sowie Willensäußerungen von Bewohnern wurden erinnert und eingebracht. In der Konsequenz bedeutet dies eine spürbare Unterstützung bei Teambesprechungen, um den weiteren Handlungsbedarf zu klären und den Konsensprozess zu fördern. In der Regel konnte der Handlungsauftrag auf eine bestimmte Berufsgruppe oder Kontaktperson konzentriert werden. Entgegen der Erwartung in einem Hospiz-Palliativ-Projekt, dass es hierbei in erster Linie

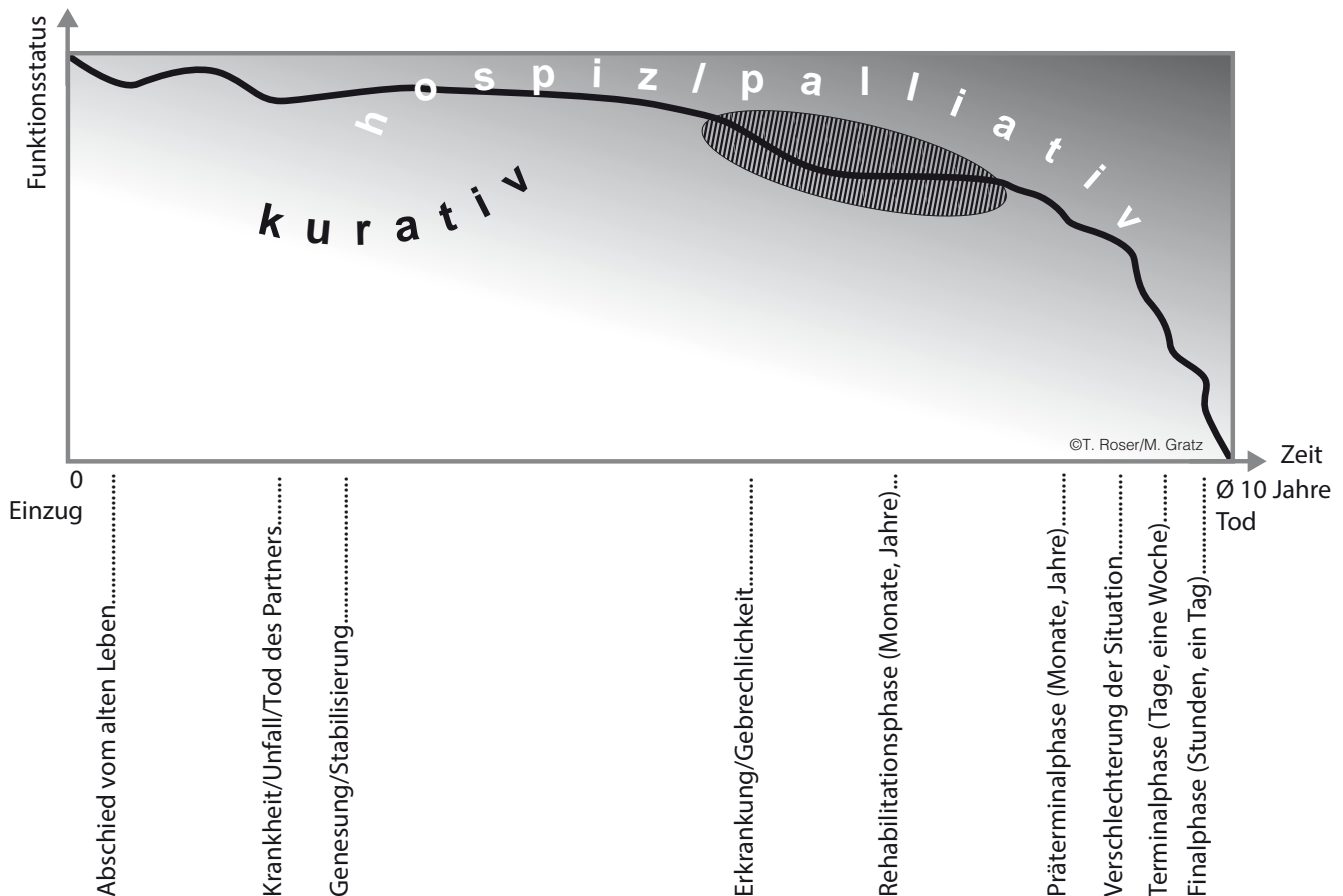


Abbildung 1: Geriatrische Verlaufskurve (© T. Roser, M. Gratz)

um die letzte Lebensphase geht, gibt es auch Bewohner, bei denen sich die Periode der Erkrankung/Gebrechlichkeit als klärungsbedürftig erweist, wenngleich durchaus wieder eine längere stabile Phase folgen kann. Klärungsbedarf macht sich dabei nicht notwendig an der Gewissheit fest, dass eine körperliche, kognitive oder psychische Veränderung stattfindet. Vielmehr ist im Vorfeld die eventuell nicht näher spezifizierbare Vermutung ernst zu nehmen, die Handlungs-, zumindest Veränderungsbedarf im Begleitungs- bzw. Versorgungskonzept errahnen lässt ohne jegliche Klarheit, was diesen Bedarf genau ausmacht. Bereits in dieser Phase und damit frühzeitig regelgeleitete Gespräche im Team einzuleiten kann rechtzeitig Orientierung geben und unkoordinierte Aktivitäten verhindern.

Erkenntnisse

Zwei Merkmale unterscheiden die „geriatrische Verlaufskurve“ von Bewohnern von Seniorenresidenzen von anderen Kurvenverläufen der Fachliteratur: Die „geriatrische Verlaufskurve“ ist

1. nicht diagnosebezogen (Verlaufskurve von Tumorerkrankung, Organversagen wie Herz- oder Lungenversagen, Frailty, Demenz) (Lunney et al. 2003; Pfisterer 2012), sondern biographiebezogen und führt entlang des Lebens eines Menschen mit allen gesunden und kranken Facetten, oder einschneidenden Lebensereignissen
2. nicht begrenzt auf die Lebensphase ab einer Diagnose, sondern nimmt die (schraffierte) „kritische Phase“ vorher in den Blick, die häufig Unsicherheit im Team auslöst, weil die Betreuungsstrategie zu diesem Zeitpunkt noch unklar ist. Sie ist typisch für krisenhaft empfundene Situationen in der ambulanten Versorgung, häufig verbunden mit dem Bedarf nach diagnostischen Klärungen. Eine geordnete, multiprofessionell durchgeführte Betrachtung /Analyse der kritischen Phase, ggf. unter Einbeziehung des Bewohners und der Angehörigen bzw. anderer Bezugspersonen, gibt frühzeitig Orientierung und bringt gleichzeitig auch entscheidende Impulse für die Krankheits- und letzte Lebensphase, weil jede gezielte Auseinandersetzung mit einer Bewohnersituation auch dessen persönliche Wünsche, Vorlieben und Abneigungen thematisiert, die bei



Foto: firstflight/fotolia

Krankheit und Sterben relevant werden können. Dies können vielfältige Dinge sein wie z.B. Bedeutung von lebenserhaltenden Maßnahmen, familiäre Beziehungen, religiöses Leben, Erfahrungen und Grenzen im Umgang mit Krisen, Angst vor Pflegebedürftigkeit, Regelung von Vorsorge und Nachlass. Die Kurve erlaubt die Unterscheidung älter werdender Menschen in zwei Lebensphasen: Das „dritte Lebensalter, das sich auf die sogenannten ‚jungen Alten‘ bezieht“ sowie die „Hochbetagten, ‚alten Alten‘“ (Wiegele & Poulaki 2012, S. 44). Der Blick auf die dritte Lebensphase ist entscheidend und wichtig, wenn es um die Begleitung und Versorgung in der letzten Lebensphase entlang der individuellen Bedürfnisse geht. Denn „Altern ist ein körperliches, psychisches und soziales Geschehen, das in hohem Maße individuell und für jeden Menschen einzigartig verläuft. Das Erleben und die Lebensqualität werden in jeder Phase der Alterung durch diese Determinanten bestimmt“ (Wiegele & Poulaki 2012, S. 45). Aus der Perspektive von Hospizarbeit und Palliative Care ist das spirituelle Geschehen als vierte Determinante miteinzubeziehen.

Mehr als die Frage nach dem Übergang von kurativ zu palliativ beschäftigt also die Phase, die mit einem zunehmenden, noch nicht näher spezifizierbaren Veränderungsprozess einhergeht. Vom Mitarbeiter wahrgenommene und geäußerte Veränderungen bilden den Ausgangs-

punkt. Sie sind nicht selten lange vor einer Diagnose ersichtlich und dennoch wenig konkret und fordern das Personal heraus. Eine „kritische Phase“ kristallisiert sich heraus – kritisch nicht primär hinsichtlich des Patienten bzw. Bewohners und seines Zustandes, sondern v.a. kritisch hinsichtlich des Teams und des Klärungs- und möglichen Handlungsbedarfs aufgrund der Veränderungen. Die Klärung kann auch eine begründete und von allen gemeinsam getragene Entscheidung ergeben, am bestehenden Begleitungs- und Versorgungskonzept bis auf Weiteres nichts zu verändern.

Die „kritische Phase“ am Ende des Lebens eines Bewohners ist besser bzw. gut zu bewerkstelligen, wenn die „kritische Phase“ der Unklarheit im Team frühzeitig erkannt und regelgeleitet diskutiert wird sowie in einen konkreten und abgestimmten Handlungsansatz mündet.

Zielsetzung und Anwendungsbereich

Vor diesem Hintergrund ergeben sich verschiedene Ansätze für die Praxis:

Aus Teamperspektive kann nicht nur mittels Daten aus der Patienten- bzw. Bewohnerdokumentation, sondern auch mithilfe visueller Unterstützung bearbeitet werden, in welche Lebensphase hinein eine Situationsklärung ggf. vorgenommen werden muss, d.h. an welcher Stelle der „geriatrischen Verlaufskurve“ sich der Bewohner mit welcher Begründung befindet. In der Folge kann ein Konsens hergestellt werden, ob die für das Team „kritische Phase“ bereits eingesetzt hat. In stationären Einrichtungen bzw. in ambulanten, aber stationär-ähnlichen Wohnverhältnissen, die mit festen multiprofessionellen Teams arbeiten, eröffnet sich eine Chance und lässt sich damit die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen fördern. Im ambulanten Bereich, dessen Versorgungssituation primär durch Einzelaufträge an Pflegedienst, Hausarzt, Hospizdienst, Apotheke und andere Leistungserbringer gekennzeichnet ist, werden andere Strukturen und die Arbeit in Hospiz- und Palliativversorgungs-Netzwerken (Rösch 2016) erforderlich sein, um die Situation einschätzen und über die weitere Behandlung abgestimmt gemeinsam entscheiden zu können. Für Patienten bzw. Bewohner wird dadurch das Konzept von Pal-

liative Care erfahrbar: Es geht darum, Veränderungen frühzeitig zu erkennen, ihnen gegebenenfalls vorbeugend zu begegnen und die Orientierung an den Patienten- bzw. Bewohnerwünsche sicher zu stellen, welche auch den Abbruch oder Verzicht von Maßnahmen mit einschließen kann. Bevollmächtigte oder Angehörige können, je nach Wunsch, in die Einschätzung eingebunden werden. Der Blick auf die Phase vor der „kritischen Phase“ fördert die Überlegungen, was gemäß einer Gesundheitlichen Versorgungsplanung (mit dem Hospiz- und Palliativgesetz durch §132g SGB V eingeführte Advanced Care Planning, hier ACP genannt, solange die Begriffsklärung auf Bundesebene nicht konsentiert ist) zu tun ist. Im Falle kognitiver Veränderungen und/oder kommunikativer Einschränkungen sollten wichtige Informationen in die Planungen einfließen können.

Nicht immer sind Fragen nach dem Therapieziel gegeben oder ethische Entscheidungssituationen vorhanden oder möglich, die dann eine ethische Fallbesprechung erfordern würden. Lange vor Eintreten einer z.B. ethischen Entscheidungssituation oder der „kritischen Phase“ des Betroffenen gibt es durchaus Veränderungen, die eine klärungsbedürftige „kritische Phase“ für das Team auslösen. Diese Phase geht nicht zwingend mit einer konkreten Frage einher, sondern eher mit dem Gefühl oder einem Eindruck, ein Bewohner oder Patient beschäftige die Mitarbeiter überdurchschnittlich bei Übergaben, Teambesprechungen etc. Palliative Fallbesprechungen sind dafür geeig-

net, Klarheit zu schaffen und für alle Beteiligten Wege aufzuzeigen. Anlässe und Moderationsablauf sind deshalb durchaus anders als bei ethischen Fallbesprechungen (Anlässe, Hintergründe und Moderationsanleitung palliativer Fallbesprechung werden separat publiziert). Inwiefern ACP dazu beiträgt, den Bedarf an Fallbesprechungen zu reduzieren oder gar anders zu gestalten, wird die Praxis zeigen.

Die „geriatrische Verlaufskurve“ ist wirksam, um insbesondere für die finale Lebensphase alle begleitungs- und versorgungsrelevanten Aspekte zusammenzuführen und zum Wohle des Bewohners nutzbar zu machen. In den verschiedenen ambulanten und stationären Versorgungskontexten wird die Frage relevant werden, an welchen Stellen Gespräche im Sinne des ACP sinnvoll und umsetzbar sind. Für ein ganzheitliches ACP ist es notwendig, neben medizinisch-pflegerischen Aspekten auch die psychosozialen-spirituellen Gegebenheiten zu erfassen, zu thematisieren und in die Gesamtplanung von Versorgung und Begleitung einzubinden.

Grundlage der „geriatrischen Verlaufskurve“ ist, dass Bedürfnisse, Nöte und Ressourcen

- auf allen vier Ebenen
- in allen Lebensphasen
- und mit unterschiedlicher Ausprägung vorkommen und entscheidend sein können.

In der Grafik sind diese beispielhaft dargestellt. Bei Multimorbidität können physische Belange unter Umständen

den andere Bedürfnisse überlagern. Bei eingeschränkter Mobilität kann das Bedürfnis nach Sozialkontakt zunehmen. Manche Bewohner äußern psychische Belastungen, andere haben ein ausgeprägtes Bedürfnis nach spiritueller Begleitung. Diese können vom Bewohner oder nahen Personen selbst benannt oder von Mitarbeitern als Vermutung eingebracht werden. Mit den unterschiedlichen Lebensphasen sind unterschiedliche Lebensziele, Bedürfnisse und Vorstellungen von Lebensqualität verbunden. Erst der Blick auf das Ganze lässt die Prioritäten von Patienten und Bewohnern am Lebensende unter Einbeziehung vorhandener und/oder ermittelbarer Willensäußerungen verständlicher werden. Bestehende Verlaufskurven in der Literatur zeichnen meist die letzte Hälfte der „geriatrischen Verlaufskurve“ diagnosespezifisch nach.

Lange bevor eine palliative Fallbesprechung oder ein Gespräch im Sinne des ACP stattfindet, werden sich Einrichtungen, die sich für die Einführung eines Hospiz- und Palliativbeauftragten (Rösch et al. 2016) entschieden haben, sich mit Aufgaben und Ausstattung dieser Rolle beschäftigen müssen. Die „geriatrische Verlaufskurve“ kann dabei ein Hilfsmittel für Beauftragte sein, die Situation hochbetagter Menschen mit ihren Biographien, Bedürfnissen, Einschränkungen, multimorbiden Gesundheitszuständen und familiären Situationen, aber auch mit ihren Möglichkeiten und Perspektiven individuell in den Blick zu nehmen. Instrumente wie das Supportive and Palliative Care

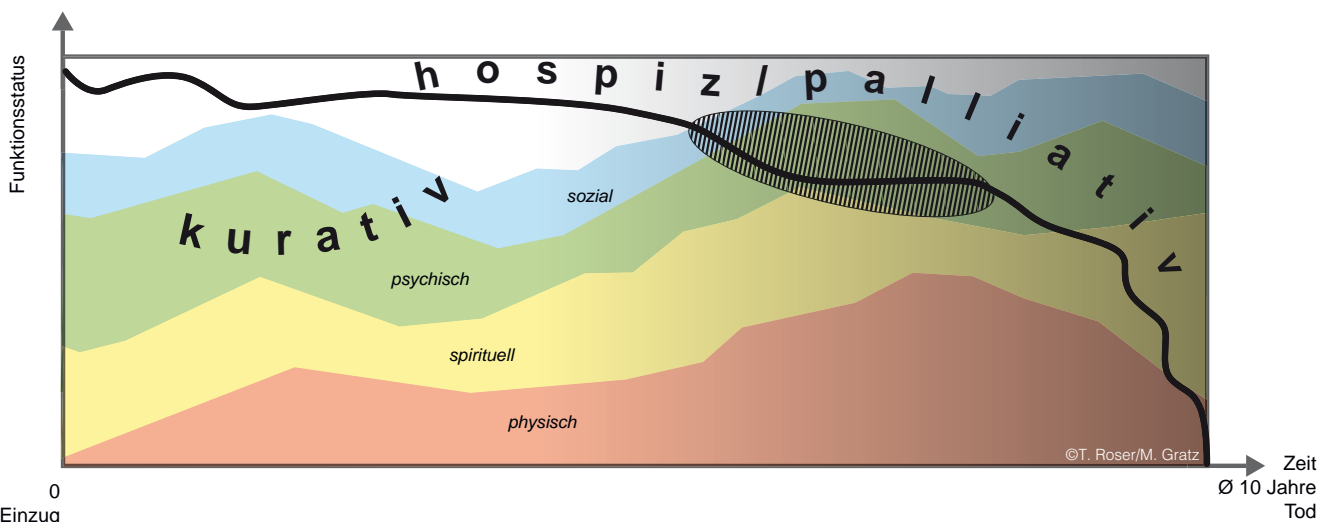


Abbildung 2: „Geriatrische Verlaufskurve“ vor dem Hintergrund von Total Pain (© T. Roser, M. Gratz)



Literatur

Afshar K., Müller-Mundt G., Schneider N. (2016) Wie können Patienten mit chronisch fortschreitenden nicht-onkologischen Erkrankungen erkannt werden, bei denen eine Palliativversorgung sinnvoll ist? Eine Pilotstudie zur Erprobung des Supportive and Palliative Care Indicator Tool (SPICt) im Krankenhaus. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 17 (3), S. 133-138.

Pfisterer M. (2012) Was ist geriatrische Palliativmedizin?. In: Fuchs C., Gabriel H., Raischl J., Steil H., Wohlleben U. (Hrsg.) (2012) *Palliative Geriatrie. Ein Handbuch für die interprofessionelle Praxis*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, S. 91-98.

Lunney R.L., Lynn J., Foley D.J., Lipson S., Guralnik J.M. (2003) Patterns of Functional Decline at the End of Life. *The Journal of the American Medical Association* 289 (18), S. 2387-2392.

Rösch E., Gratz M., Roser T. (2016) Hospiz- und Palliativbeauftragte im Gesundheitswesen. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 17 (3), S. 120-126.

Rösch E. (2016) Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerke gestalten. In: Bayerischer Hospiz- und Palliativverband (Hrsg.) (2016) *Umsorgen – Hospiz- und Palliativarbeit praktisch Band 5*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

Wiegele B. & Poulaki S. (2012) Hochbetagt: Was ist jetzt wichtig? Er-Lebensqualität im hohen Alter. In: Fuchs C., Gabriel H., Raischl J., Steil H., Wohlleben U. (Hrsg.) (2012) *Palliative Geriatrie. Ein Handbuch für die interprofessionelle Praxis*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, S. 44-49.

Autorenkontakt:

Margit Gratz, Diplom-Theologin, Fachkraft Palliative Care, Konzept und Umsetzung der Implementierung von Hospizkultur und Palliativkompetenz im Augustinum
Kontakt: margit.gratz@uni-muenster.de

Anne Kremer-Hartmann, Lehramt, Fachschwester Psychiatrie, Health Care Managerin, Pflegedienst- und Einrichtungsleitung, Geschäftsführerin der Augustinum Pflege gGmbH
Kontakt: anne.kremer-hartmann@augustinum.de

Traugott Roser, evangelischer Theologe, Pfarrer und Hochschullehrer, Lehrstuhl für Praktische Theologie an der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster, Projektleiter der Implementierung von Hospizkultur und Palliativkompetenz im Augustinum
Kontakt: traugott.rosler@uni-muenster.de

Indicator Tool (SPICt) (Afshar et al. 2016) können dabei helfen, Wahrnehmungen zu konkretisieren und Einschätzungen eines Palliativbedarfs vorzunehmen. Dies bleibt zu untersuchen. Es ist und bleibt eine Herausforderung, den Übergang vom kurativen in den palliativen Verlauf zu erkennen und zu gestalten. Die fachliche Diskussion, wann die palliative Phase bei verschiedenen Lebenssituationen und Krankheitsbildern beginnt und was sie kennzeichnet, ist nicht abgeschlossen.

Die „kritische Phase“ am Ende des Lebens eines Bewohners ist besser bzw. gut zu bewerkstelligen, wenn lange vor der „kritischen Phase“ der Unklarheit im Team alle vier Bedürfnisseebenen im Blick sind und mittels einzelner Gespräche (z.B. ACP und anderer regelhaft stattfindender Gesprächsmaßnahmen) zu einem Gesamtbild beitragen.

Schlussfolgerungen

Hospiz- und Palliativkultur in Einrichtungen der Seniorenhilfe tut gut daran, sich nicht auf die Sterbephase zu beschränken. Bewohner von Seniorenresidenzen und betreuten Wohnformen haben die Lebensphasen vom Einzug bis zur Erkrankung/Gebrechlichkeit durchlebt und mitunter auch mit professioneller (pflegerischer, psychosozialer) Hilfe bewältigt. Der Kooperations- und Vernetzungsbedarf mit Mitarbeitern aus früheren Phasen wird in der „kritischen

Phase“ besonders deutlich und ermöglicht kooperative Planung umfassender Betreuung bei akutem oder unmittelbar bevorstehendem Bedarf.

Durchschnittswerte, Skalen, Diagramme, Zertifizierungsmaßnahmen sind dann sinnvoll eingesetzt, wenn sie unter Beibehaltung individueller Patienten- bzw. Bewohnerversorgung im Sinne von Palliative Care als Instrument dienen, um Einschätzungen vorzunehmen und sich im Team zu verständigen. Sie sollten zu einem individuellen und frühzeitigen Handlungsansatz führen, der an den Bedürfnissen des Patienten bzw. Bewohners orientiert ist. Das Instrument der „geriatrischen Verlaufskurve“ unterstützt genau diese Team-Kommunikation und fördert die individuelle Sicht auf den Patienten bzw. Bewohner.

Vorrangig ist nicht die Frage, zu welchem Zeitpunkt die palliative Phase beginnt und damit Therapieziel und Versorgungsansatz neu diskutiert werden müssen, sondern die primäre Frage ist, wann sich im Lebens- und Krankheitsverlauf eines Patienten bzw. (scheinbar altersgemäß gesunden) Bewohners etwas verändert, was eine Umstellung des Begleitungs- und Versorgungsansatzes einleitet. Gleichzeitig sollte, davon abgeleitet, sichergestellt sein, dass Veränderungen wahrgenommen und kommuniziert werden können. Vermutlich passiert dies lange bevor eine Phase eintritt, die man palliativ nennen würde – was besonders die ambulanten Versorgungspartner herausfordert. <<

Zusammenfassung

Geriatrische Verlaufskurve – Chance für den Einzelnen? Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen sind durch das Hospiz- und Palliativgesetz verstärkt im Fokus. Davon unberührt bleiben bisher Menschen in Einrichtungen des Betreuten Wohnens, obwohl sie, wie das Augustinum mit festem Mitarbeiterstamm intensiv miteinander, am und mit dem Bewohner arbeiten. Die längere Verweildauer in diesen Einrichtungen bietet Chancen für Versorgung und Begleitung. Die geriatrische Verlaufskurve unterstützt, um Bedürfnisse und gesundheitliche Veränderungen situativ wahrzunehmen und die hospizlich-palliative Betreuung frühzeitig und langfristig auf die individuellen Bewohnerwünsche zu konzentrieren.

Schlüsselwörter: *Palliative Geriatrie, Betreutes Wohnen, Verlaufskurve*

> Das Potenzial der Tagespflege

Eine Chance für Pflegebedürftige, Angehörige und die professionelle Pflege

CHRISTA BÜKER

Ambulante und teilstationäre Betreuung werden bis heute wenig genutzt. Vorurteile, finanzielle Bedenken oder Unkenntnis haben dazu geführt. Dabei kann Tagespflege nicht nur den Betroffenen, sondern auch ihren Angehörigen eine große Hilfe sein – insbesondere bei Demenzkranken.



Von den derzeit etwa 2,6 Millionen pflegebedürftigen Menschen werden mehr als zwei Drittel zu Hause versorgt (Statistisches Bundesamt 2015). Die meisten von ihnen werden allein durch Angehörige betreut. Nur ein Teil nimmt Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch. Viele Familien entwickeln im Laufe der Zeit eine hohe Kompetenz in der Versorgung der pflegebedürftigen Person und bewältigen die damit einhergehenden Herausforderungen in bemerkenswerter Weise. Gleichwohl sind pflegende Angehörige vielfältig belastet, insbesondere wenn es sich um die Versorgung eines demenziell erkrankten Familienmitglieds handelt (Bestmann et al. 2014).

Mit der Pflegeversicherung wurden verschiedene Unterstützungsmöglich-

keiten für pflegende Angehörige auf den Weg gebracht, darunter auch die Tagespflege, die hier im Mittelpunkt steht. Tagespflegeeinrichtungen gehören zu den sogenannten teilstationären Angeboten. Sie gewährleisten eine qualifizierte Versorgung von pflegebedürftigen Menschen tagsüber, angefangen bei der Abholung und dem Rücktransport bis hin zur Verpflegung während des Aufenthalts. Den Abend und die Nacht verbringen die „Gäste“, wie die Nutzerinnen und Nutzer von Tagespflegeeinrichtungen genannt werden, in ihrem Zuhause.

Obwohl es deutschlandweit mehr als 2.000 Einrichtungen der Tagespflege gibt, erfahren sie sowohl von Seiten der potentiellen Nutzer und der Öffentlichkeit als auch von Seiten der professionel-

len Pflege nur geringe Aufmerksamkeit. Über das Geschehen in der Tagespflege ist wenig bekannt. Hier setzt der nachfolgende Beitrag an, indem er den folgenden Fragen nachgeht: Welche Ziele und Aufgaben haben Einrichtungen der Tagespflege? Was weiß man über die Wirkungen von Tagespflege? Wie steht es um die Nutzung der Einrichtungen? Wie kann die Attraktivität der Tagespflege gesteigert werden? Der Artikel möchte dazu beitragen, das Potenzial dieses Versorgungsangebots stärker sichtbar zu machen und die Tagespflege aus ihrem Schattendasein zu holen.

Ziele und Aufgaben der Tagespflege

Tagespflegeeinrichtungen verstehen sich als Ergänzung und Unterstützung der häuslichen Pflege und wenden sich somit an zwei Zielgruppen: die pflegenden Angehörigen und die Pflegebedürftigen. Ein wichtiges Ziel ist die Entlastung der Familien: Sie können die Verantwortung für die pflegebedürftige Person für ein paar Stunden abgeben. Ein weiteres Ziel liegt darin, die Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen zu erhalten und zu fördern, um so einen langfristigen Verbleib in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen. In der Einrichtung sollen die Gäste eine fachlich kompetente Versorgung, aktivierende Pflege und therapeutische Leistungen erfahren, um ihre vorhandenen Fähigkeiten zu stärken und durch soziale Betreuung und Möglichkeiten der Kommunikation einer Isolation vorzubeugen.

Das Geschehen in der Tagespflege wird wesentlich bestimmt durch die vielfältigen Möglichkeiten der Beschäftigung, Betreuung und Aktivierung. Es gilt, ein attraktives und abwechslungsreiches Tagesprogramm mit Gruppenangeboten, Einzelaktivitäten und Ruhephasen zu gestalten und dabei die individuellen

Wünsche und Bedürfnisse der Gäste zu berücksichtigen (Büker & Niggemeier 2014). Typische Aktivitäten sind:

- Gesprächs- und Vorleserunden
- Musikalische Aktivitäten (gemeinsames Singen, Musizieren, Musikhören)
- Gesellschaftsspiele (Brettspiele, Karten- und Würfelspiele)
- Kreatives Gestalten (Malen, Herstellung jahreszeitlicher Dekoration, Laubsägearbeiten)
- Maßnahmen zur Bewegungsförderung (Spaziergänge, Gehprogramme, Sitzgymnastik, Tanzgruppen)
- Sicherheitstrainings (Rollatortraining, Training zur Sturzprävention, Beratung im Umgang mit Gefahrensituationen)
- Wohlfühlangebote (Snoezelen, Aromapflege, Fußreflexzonenmassage)
- Kognitive Trainings (Gedächtnistraining, 10-Minuten-Aktivierung)
- Alltagstrainings (Kochen, Backen, Umgang mit Anziehhilfen, Telefontraining)
- Kulturelle Aktivitäten, Bildungsangebote und soziale Teilhabe (Kino- und Konzernachmittage, Buchbesprechungen, Museums- und Ausstellungsbesuche)

Die genannten Beispiele stellen lediglich eine kleine Auswahl dar. Nicht alle Maßnahmen sind für jede Einrichtung und jeden Gast geeignet. Die Durchführung hängt von den jeweiligen Erkrankungen und Funktionseinschränkungen sowie den individuellen Wünschen und Bedürfnissen der Besucherinnen und Besucher ab. Auch die örtlichen Gegebenheiten und die Ausstattung der jeweiligen Einrichtung spielen eine Rolle.

Wirkungen der Tagespflege

Verschiedene Studien haben sich mit den bereits genannten Zielsetzungen der Tagespflege beschäftigt. Die meis-

ten dieser Studien stammen aus dem angloamerikanischen Raum, aber auch in Deutschland gibt es inzwischen wissenschaftliche Erhebungen zu den Effekten der Tagespflege. Untersucht wurden schwerpunktmäßig:

- die Wirkung auf die pflegenden Angehörigen
- die Wirkung auf die Tagespflegegäste
- die Wirkung in Bezug auf eine Vermeidung bzw. Verzögerung einer vollstationären Unterbringung

Nachfolgend sollen einige der Erkenntnisse vorgestellt werden.

Wie die Untersuchungen zeigen, nimmt durch die Nutzung der Tagespflege der Stress bei den pflegenden Angehörigen ab, insbesondere wenn die pflegebedürftige Person an einer demenziellen Erkrankung leidet. Das psychosoziale Wohlbefinden der Angehörigen wird gesteigert, und sie können die freie Zeit für eigene Interessen oder zur Regeneration verwenden. Auch eine Vereinbarkeit von Beruf und Pflege kann unter Umständen ermöglicht werden, wenn die Öffnungszeiten der Tagespflegeeinrichtung entsprechend flexibel sind (Frey & Heese 2011; Zank et al. 2007).

Mit Blick auf die Tagespflegegäste zeigt sich ein eindeutig positiver Effekt auf ihre emotionale Befindlichkeit. Depressive Verstimmungen und demenziell bedingte Verhaltensauffälligkeiten, wie beispielsweise motorische Unruhe, gehen vielfach zurück (Fields et al. 2012). Bemerkenswert ist, dass die kognitive und körperliche Leistungsfähigkeit durch gezielte Trainingsmaßnahmen verbessert werden kann. Allerdings liegen bislang keine hinreichenden Erkenntnisse in Bezug auf eine Verbesserung der Alltagskompetenzen vor. Ferner fehlen Studien zur subjektiven Sichtweise der Tagespflegegäste, zu ihren Erwartungen und Wünschen an die Einrichtung sowie zu ihrer Zufriedenheit mit dem Versorgungsangebot. Wider-

sprüchlich und ebenfalls unzureichend ist die Datenlage zu den Auswirkungen der Tagespflege auf eine eventuelle Übersiedlung in ein Pflegeheim. Hier finden sich sowohl Studien, die auf eine Verzögerung der vollstationären Unterbringung hinweisen, als auch Studien, die keinen derartigen Effekt aufzeigen können.

Trotz der Forschungsdefizite lassen die Daten auf überwiegend positive Effekte einer Tagespflege – sowohl für die Angehörigen als auch für die Gäste – schließen. Besonders interessant sind die Erkenntnisse zu den Wirkungen von Trainingsprogrammen. Sie zeigen, welche Möglichkeiten sich mit der Tagespflege in Bezug auf Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation älterer Menschen eröffnen (Büker & Niggemeier 2014). Leider wird dieses Potenzial in Deutschland bislang kaum wahrgenommen und nicht ausgeschöpft. Das liegt unter anderem daran, dass teilstationäre Einrichtungen nur von einem geringen Teil der pflegebedürftigen Menschen besucht werden.

Nutzung der Tagespflege

Das Angebot der Tagespflege wurde der letzten Pflegestatistik aus dem Jahr 2013 zufolge von mehr als 57.000 pflegebedürftigen Menschen genutzt (Statistisches Bundesamt 2015). Dies ist zwar eine deutliche Steigerung im Vergleich zur vorherigen Erhebung in 2011. Bei der Betrachtung der Gesamtzahl an häuslich versorgten Pflegebedürftigen handelt es sich jedoch nach wie vor um eine eher kleine Gruppe, die diese Form der Unterstützung in Anspruch nimmt.

Zwar wissen viele Pflegebedürftige und ihre Angehörigen um die Möglichkeit der Tagespflege, gleichwohl lehnen die meisten von ihnen eine Inanspruchnahme ab (Dorin et al. 2014). Als wesentlicher Grund dafür galt lange Zeit die Finanzierung. Die Familien mussten sich nämlich entscheiden, ob sie entweder Pflegegeld (bzw. Pflegesachleistungen) oder die Tagespflege in Anspruch nehmen wollten. Aufgrund einer Änderung des Pflegeversicherungsgesetzes in 2015 kann jedoch inzwischen die Tagespflege zusätzlich zur Geldleistung bzw. ambulanten Pflegesachleistungen beantragt werden.

Dies hat zwar dazu geführt, dass die Tagespflege stärker genutzt wird, von einem regelrechten „Boom“ kann jedoch

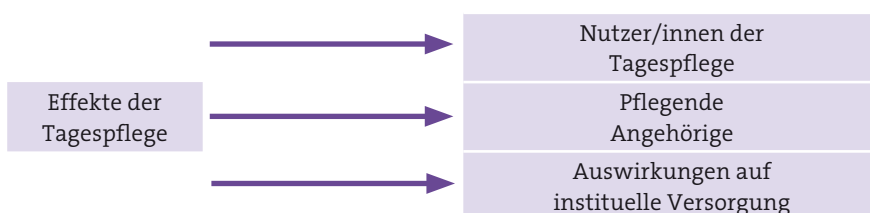


Abb. 1: Forschungsschwerpunkte zu den Wirkungen der Tagespflege (Büker & Niggemeier 2014, S. 22)

Jahr	Anzahl der Nutzer
2013	57.173
2011	43.782
2009	31.374
2007	23.196
2005	19.048
2003	17.078
2001	12.409

Tab. 1: Nutzung der Tagespflege (Büker & Niggemeier 2014, S. 13)

immer noch nicht gesprochen werden. Es müssen somit weitere Faktoren eine Rolle spielen, wie beispielsweise:

- Strukturelle Schwächen angesichts einer fehlenden flächendeckenden Verteilung von Tagespflegeeinrichtungen in Deutschland
- Unzureichende Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Familien über das Leistungsgeschehen in der Tagespflege und die positiven Effekte
- Der hohe bürokratische Aufwand des Aufnahmeverfahrens in die Tagespflege
- Der hohe Organisations- und Koordinationsaufwand für die Familien mit eventueller Änderung familiärer Routinen

Ein weiterer wichtiger Grund ist die generelle Zurückhaltung gegenüber außerhäuslicher Versorgung. Viele ältere Menschen fürchten sich davor, die gewohnte Umgebung zu verlassen, in der sie sich sicher und geborgen fühlen. Unter Umständen besteht auch die Sorge, die Tagespflege sei die Vorstufe zum Heim. Und nicht zuletzt resultiert die Reserviertheit gegenüber der Tagespflege aus dem „verstaubten“ Image der Einrichtungen, die nicht unbedingt als modern und innovativ wahrgenommen werden. Viele Einrichtungen investieren zu wenig in die Imagepflege und vernachlässigen es, ihre Leistungen und die Qualität ihrer Arbeit transparent zu machen.

Attraktivitätssteigerung der Tagespflege

Tagespflegeeinrichtungen sind ein idealer Ort, um Angebote der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation durchzuführen. Wie die Erkenntnisse der Forschung zeigen, können spezielle Trainingsprogramme und gezielte kör-

perliche Aktivierung den Gesundheitszustand der Gäste positiv beeinflussen. Mit der Aussicht auf eine Steigerung der Leistungsfähigkeit könnte ein Besuch der Tagespflege sowohl für die Besucher als auch für die Angehörigen als Gewinn erlebt werden. Zudem kann die Tagespflege mit der Betonung dieser Schwerpunktsetzung aus ihrem bisherigen Schattendasein hervorgeholt werden und in der Öffentlichkeit ein neues Image erhalten.

Die Attraktivität einer Tagespflegeeinrichtung wird wesentlich bestimmt vom angebotenen Beschäftigungsprogramm. Es ist zu erwarten, dass die Ansprüche der Gäste in Zukunft steigen werden. Sie erwarten abwechslungsreiche Programme, die ihren Interessen und Fähigkeiten entsprechen, möchten neue Kontakte knüpfen und am gesellschaftlichen Leben teilnehmen. Auch Bildungsangebote werden eine größere Rolle als bisher spielen. Wertvolle Anregungen kann diesbezüglich die Geragogik geben, eine noch relativ neue wissenschaftliche Disziplin, die sich mit Bildungsprozessen und Bildungskonzepten für ältere Menschen beschäftigt (Bubolz-Lutz et al. 2010). Die Geragogik mit ihren verschiedenen Zweigen (Musikgeragogik, Kulturgeragogik, Motogeragogik etc.) geht von einer prinzipiellen Lern- und Bildungsfähigkeit älterer Menschen aus und orientiert sich an einem auf Selbstbestimmung beruhenden Altersbild.

Eine wichtige Rolle spielt auch die Angehörigenarbeit einer Tagespflegeeinrichtung. Den Angehörigen kommt eine wichtige Rolle als zentraler Ansprechpartner und als Bindeglied zwischen der Tagespflege und der Häuslichkeit zu. Sie zu unterstützen, kann einen wesentlichen Beitrag zum Erhalt und zur Förderung des Pflegearrangements leisten. Tagespflegeeinrichtungen können Angehörigen dabei systematisch durch Information, Anleitung und Beratung,

Durchführung von Angehörigensprechstunden, Organisation von Angehörigentreffs und Gesprächskreisen oder die Gestaltung von Wohlfühlnachmittagen helfen.

Um Hemmschwellen und Scheu vor einer Inanspruchnahme der Tagespflege zu verringern, eignen sich unverbindliche Kennlernangebote für ältere Menschen und ihre Angehörigen, wie beispielsweise Schnuppertage, Besuchsnachmittage oder Tage der offenen Tür. Zwecks stärkerer Wahrnehmung einer Einrichtung in der Region bietet es sich an, öffentliche Veranstaltungen in den Räumlichkeiten der Einrichtung wie Vorträge über das Leistungsspektrum der Pflegeversicherung oder die Möglichkeiten einer Wohnraumanpassung durchzuführen.

Eine Chance für die Pflege

Einrichtungen der Tagespflege können einen wichtigen Beitrag dazu leisten, dass ältere Menschen länger eigenständig bleiben sowie pflegende Angehörige entlastet werden. Vor dem Hintergrund der steigenden Anzahl pflegebedürftiger Menschen steht zu erwarten, dass diesem Versorgungsangebot in Zukunft eine wachsende Bedeutung zukommt. Insbesondere in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation liegt eine große Chance für die Tagespflege, sich zu einem zentralen Ort für solche Aktivitäten zu entwickeln.

Für die berufliche Pflege bietet sich mit der Tagespflege die Chance, ihre Professionalität unter Beweis zu stellen. Pflegenden üben in den Einrichtungen eine höchst anspruchsvolle Tätigkeit aus. Es gilt, Rehabilitationspotenziale der Gäste zu erkennen und einzuschätzen, aktivierende Maßnahmen zu planen, umzusetzen und zu bewerten sowie die Tagesgestaltung flexibel auf die individuellen Wünsche der Besucherinnen und Besucher auszurichten. Weitere Aufgaben liegen in der Abstimmung der Versorgung mit den verschiedenen Berufsgruppen in der Tagespflege, in der Angehörigenarbeit und in der Vernetzung innerhalb der Region.

Die Tätigkeit in der Tagespflege zeichnet sich durch eine hohe Autonomie in der Gestaltung des eigenen Arbeitsbereichs aus. In nur wenigen Handlungsfeldern können Pflegenden sehr selbstständig und eigenverantwortlich arbeiten und ihre umfangreiche Exper-

tise unter Beweis stellen. Damit leisten sie einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung des Pflegeberufs sowie zur Stärkung der Position der Pflege im Gesundheitssystem. <<



Literatur

Bestmann B., Wüstholtz E., Verheyen F. (2014) Pflegen: Belastung und sozialer Zusammenhalt. Eine Befragung zur Situation von pflegenden Angehörigen. Wissenschaftliches Institut der Techniker Krankenkasse für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen, Hamburg.

Bubolz-Lutz E., Gösken E., Kricheldorf C., Schramek R. (2010) Geragogik – Bildung und Lernen im Prozess des Alterns. Das Lehrbuch. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

Büker C. & Niggemeier M. (2014) Tagespflege für ältere Menschen. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

Dorin L., Metzger S., Krupa E., Büscher A. (2014) Erholungszeiten für Familien von Schwerpflegebedürftigen: Inanspruchnahme und Potenzial von Tages- und Kurzzeitpflege. Pflege & Gesellschaft 19, S. 59–75.

Fields N.L., Anderson K.A., Dabelko-Schoeny H. (2012) The effectiveness of Adult Day Services for older adults: A review of the literature from 2000 to 2011. Journal of Applied Gerontology 33, S. 130–163.

Frey C. & Heese C. (2011) Impulse zur Gestaltung der Tagespflege für Demenzkranke aus Sicht der Angehörigen. Die Eichstätter Ange-

hörigenstudie »Demenz«. Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 62, S. 103–110.

Statistisches Bundesamt (2015) Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/Pflege-Deutschlandergebnisse5224001139004.pdf?__blob=publicationFile, Zugriff am 18. November 2016.

Zank S., Schacke C., Leipold, B. (2007) Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von dementiell Erkrankten (LEANDER). Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 11, S. 87–95.

Zusammenfassung

Einrichtungen der Tagespflege werden nur von einem geringen Teil der pflegebedürftigen Menschen genutzt. Auch von Seiten der Öffentlichkeit und der professionellen Pflege erfahren sie nur wenig Aufmerksamkeit. Dabei kann die Tagespflege einen wesentlichen Beitrag zur Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation leisten, indem sie pflegende Angehörige entlastet und die Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Personen fördert. Es ist zu erwarten, dass diesem Versorgungsangebot vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung in Zukunft eine wachsende Bedeutung zukommt.

Schlüsselwörter: Tagespflege, häusliche Pflege, pflegende Angehörige

Autorenkontakt:

Christa Büker, Professorin für Pflegewissenschaft und Dr. Public Health, Fachhochschule Bielefeld, Fachbereich Wirtschaft und Gesundheit
Kontakt: christa.bueker@fh-bielefeld.de

Anzeige



Richard Strack

Grundwortschatz für Pflegeberufe

11., aktualisierte Auflage 2016
 150 Seiten. Kart. € 12,90
 ISBN 978-3-17-029133-1
 Pflegekompakt

auch als
 EBOOK

Das Verständnis und der sichere Umgang mit der medizinischen Fachsprache gehören zu den Grundvoraussetzungen für Pflegeberufe. Dieses Buch bietet in alphabetischer Reihenfolge leicht verständliche Übersetzungen und Erklärungen geläufiger medizinisch-biologischer Fachbegriffe, Abkürzungen, Zeichen und Symbole sowie eine Zusammenstellung der wichtigsten Labor-Normwerte. Entsprechend den Entwicklungen in den Pflegeberufen wird das Arbeitsbuch regelmäßig aktualisiert – auch die 11. Auflage wurde um aktuelle Begriffe ergänzt.

Leseprobe und weitere Informationen unter www.kohlhammer.de

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

150 Jahre
Kohlhammer

> Migranten in der Pflege

Kultursensible Begleitung am Lebensende

MARIA WASNER

Pflegebedürftige Menschen anderer Kulturen und Ethnien müssen unter Umständen anders behandelt werden als unserem Kulturkreis angehörende Patienten. Hilfreich kann hierbei das transkulturelle Konzept sein, das auf individuelle Bedürfnisse und Befindlichkeiten, Traditionen und Gewohnheiten von Migranten verständnisvoll eingeht.



Foto: patcharaporn1984/Fotolia

über den Erwartungen der Kommunikationspartner aus anderen Kulturen zu verhalten“ (Nieweler 2003, S. 9). Es gibt feste Zuschreibungen zu bestimmten Kulturen, dabei werden die Unterschiede der einzelnen Kulturen betont. Der Fokus liegt auf der Wissensvermittlung. Ein gutes Beispiel dafür ist das Buch von Leininger „Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing“ (Leininger 1991), in dem 23 verschiedene Bevölkerungsgruppen in den USA mit ihren Besonderheiten, die für die Pflege relevant sein

Hintergrund

Die soziokulturelle Diversität ist in Deutschland so groß wie nie zuvor. Begleitungen von kranken und sterbenden Menschen, die sozial und kulturell unterschiedlich geprägt sind, sind schon heute Alltag im Gesundheitswesen. Für die nächsten Jahre ist zudem davon auszugehen, dass sich die Zahl der pflegebedürftigen Migranten zumindest verdoppelt (Zielke-Nadkarni 2013). Dies wird sich auch auf die Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen auswirken. Diese Entwicklungen verlangen in der Pflege spezielle Ansätze, um kranke Menschen unterschiedlicher Ethnien, sozialer Schichten und Weltanschauungen sensibel zu begleiten. So entstanden in den letzten Jahren Konzepte zur kultursensiblen Pflege und entsprechende Schulungsangebote. Reichen die existierenden Schulungen aus,

oder brauchen Pflegekräfte andere Kompetenzen, um den Bedürfnissen dieser Menschen gerecht zu werden, vor allem an deren Lebensende?

Interkulturelle Pflege am Lebensende: Alles paletti?

Als besondere Herausforderungen in der Versorgung von Menschen mit anderem kulturellen Hintergrund gelten die unterschiedliche Sprache, mangelndes Wissen über andere Religionen oder Wertvorstellungen, der Umgang mit der „Fremdheit“ und das Erleben von kulturellen Unterschieden in vermeintlich gleichen Kulturen (Fringer & Schnepf 2010; Zielke-Nadkarni 2013). Die meisten Schulungen in diesem Bereich beruhen bislang auf dem Konzept der interkulturellen Kompetenz. Diese „meint damit die Fähigkeit, sich adäquat gegen-

können, aufgeführt sind.

In den letzten Jahren wurde zunehmend Kritik an diesem Konzept laut: So ist eine Vorbereitung auf einzelne kulturelle oder sozial benachteiligte Gruppen aufgrund der enormen Diversität kaum möglich. Zudem besteht die große Gefahr der Stereotypisierung (Zielke-Nadkarny 2013; Jansky & Nauck 2015). Das Konzept abgeschlossener Kulturen verführt dazu, Handlungsrezepte zum Umgang mit verschiedenen Gruppen von Pflegebedürftigen zu suchen, die neue Routinen entstehen lassen und den Blick auf das Individuum verstellen. Im Umgang ist ein Perspektivwechsel von z. B. „der Muslim“, auf die individuelle Ebene hilfreich, um sich auf die speziellen Bedürfnisse eines jeden Menschen einlassen zu können (Neuberger 2009). Die Kultur eines Menschen hängt nämlich nicht nur von seiner Religions-

zugehörigkeit und seinem Herkunfts-ort ab, sondern auch von Geschlecht, Alter, Hautfarbe, Bildung und Schichtzugehörigkeit. Aus diesem Grund muss der Maßstab immer der individuelle Mensch sein. Das Hintergrundwissen über Herkunftsland oder Religion sollte nur als Ausgangspunkt betrachtet werden (Heller 2012), und dafür erscheint der interkulturelle Ansatz nur bedingt geeignet.

Transkulturelle Kompetenz in der Begleitung am Lebensende unverzichtbar

Menschen in ihrer letzten Lebensphase sind besonders verletzlich. Sie sind häufig hoch belastet und durch ihre Erkrankung geschwächt. Menschen mit Migrationshintergrund verlieren in den letzten Lebenstagen teilweise ihre Deutschkenntnisse und kommunizieren nur noch in ihrer Muttersprache. Rituale aus den Heimatländern und der Glaube gewinnen häufig an Bedeutung. Duffy und Kollegen (2006) untersuchten in einer Studie Bedürfnisse, die für Palliativpatienten mit Migrationshintergrund bedeutsam sind, unabhängig von ihrer ethnischen Zugehörigkeit oder Religion. Einen großen Stellenwert haben für sie Wohlbefinden und Schmerzfreiheit, gute Kommunikation zwischen Patient und Arzt, Aufrechterhaltung der Hoffnung, Achtung der eigenen Spiritualität und des Glaubens, stabile Beziehungen, Gestaltung von Plänen und das Abschiednehmen. Damit unterscheiden sich ihre Bedürfnisse nicht von denen anderer Patientengruppen.

Um diese Menschen aber angemessen begleiten zu können, erscheint das Konzept der transkulturellen Kompetenz nach Domenig (2007) gut geeignet. Unter Transkultureller Kompetenz versteht man dabei „(...) die Fähigkeit individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten“ (Domenig 2007, S. 174). Die Haltung, die dem transkulturellen Ansatz zugrunde liegt, ist eine verstehende, offene Grundhaltung. Sie ist individuums- und aushandlungsorientiert und auf Gemeinsamkeiten fokussiert (Schuster 2015). Domenig nennt folgende Fähigkeiten und Kenntnisse als ausschlaggebend für die transkulturelle Kompetenz: Hintergrundwissen,

Selbstreflexion und Erfahrung sowie Empathie mit dem Fremden/Anderen (Domenig 2001).

Hintergrundwissen

Grundlegendes Hintergrundwissen über Sterbe- und Trauerrituale ist ebenso wichtig wie Wissen über politische und soziale Zusammenhänge im Heimatland des zu Pflegenden und Kenntnisse über verschiedene, große Religionen. Wichtig ist dabei das Bewusstsein, dass es in den Kulturen und Religionen höchst unterschiedliche Auslegungen und Lebensweisen gibt – und dass man nie alles wissen kann, sondern in der Lage sein sollte, sensibel zu sein und zu fragen, auf was man achten sollte.

Selbstreflexion

Durch die kritische Reflexion über eigenes und fremdes Verhalten können Pflegende erfahren, wie sehr die Wahrnehmung des vermeintlich aus einer anderen Kultur stammenden Gegenübers durch Stereotype geprägt ist. Wichtig ist dabei, die eigene lebensweltliche und historische Prägung regelmäßig zu betrachten.

Hilfreiche Fragen für die Selbstreflexion können sein:

- Wie kann ich mit meinen Gefühlen der Unsicherheit und meiner teilweisen transkulturellen Inkompetenz umgehen?
- Darf ich mein Gegenüber auf seine Lebensgeschichte ansprechen oder ist das zu intim für ihn/sie?
- Wie kann ich verhindern, dass ich mein Gegenüber durch meine Fragen in seinen/ihreren Gefühlen verletze?
- Wie reagiere ich auf Aussagen, die mir fremd sind und meine eigenen ethischen Prinzipien infrage stellen?
- Wie prägen mich meine persönlichen Erfahrungen und Erlebnisse?
- Wie kann ich verhindern, dass sich Vorurteile und stereotype Bilder zwischen mein Gegenüber und mich schieben?
- Wo liegen meine eigenen Grenzen in der Beziehungsgestaltung?

Empathie mit dem Anderen

Ziel ist es, mehr über die individuelle Sichtweise des betroffenen Menschen zu erfahren. Einer kulturalisierenden Sicht-

weise wird somit ein kontext-, system- und situationsbezogenes sowie allein auf die Biografie zentriertes Vorgehen entgegengesetzt. Es geht also um das Verständnis für die konkrete, individuelle oder familiäre Praxis und nicht um die Anwendung von „Kulturrezepten“. Unverzichtbar ist dabei eine angepasste Gesprächsführung. „Kern einer erfolgreichen Interaktion im Migrationskontext, aber auch bei allen uns anders, different oder schlicht fremd erscheinenden Menschen, ist der Aufbau einer Vertrauensbeziehung, der insbesondere durch eine respektvolle, nicht diskriminierende und menschenwürdige Kommunikation gefördert wird“ (Domenig 2013). Die von Domenig entwickelte transkulturelle Pflegeanamnese (Domenig et al. 2007) kann als ein ganz konkretes Hilfsmittel betrachtet werden, um einen guten Einstieg in das Gespräch mit Menschen anderer Herkunft zu bekommen. Man sollte dabei an folgende migrations- und lebensweltspezifische Themenschwerpunkte denken, die für die Pflege am Lebensende von besonderer Bedeutung sein könnten:

- Lebens- & Migrationsgeschichte (z. B. Herkunft, Schichtzugehörigkeit, Werte usw.)
- Soziales Netz (z. B. Familiensystem, soziales Umfeld)
- Arbeit, Beruf und Ausbildung
- Religion (z. B. Zugehörigkeit, Einfluss auf Pflege und Versorgung)
- Kommunikation (z. B. Muttersprache, Deutschkenntnisse, Regeln)
- Schmerz (z. B. Form des Schmerzausdrucks, Einstellung zu Schmerzmitteln)
- Ernährung (z. B. Ernährungsgewohnheiten, religiöse Vorschriften)
- Gesundheit und Krankheit (z. B. Krankheits-Erklärungsmodell)
- Begleitung (z. B. Erwartungen an die Pflege, Vorbehalte)
- Sterben, Tod (gewünschte Rituale, Versorgung des Leichnams)

Natürlich gilt es, Schwerpunkte zu setzen und sich zu überlegen, welche Themenbereiche zwingend angesprochen werden sollten und welche verschoben werden können – und welche Fragen überhaupt sinnvoll sind.

Eine transkulturell kompetente Pflegeperson nimmt somit Sterbende und ihre Angehörigen mit ihrer ganz besonderen Lebensgeschichte, ihrer individuellen Lebenswelt sowie ihrem eigenen



Foto: Diego Ceavo/Fotolia

sozialen Umfeld wahr und bezieht all diese Faktoren angepasst und richtig interpretiert in die Begleitung mit ein (Domenig 2013).

Was ist noch hilfreich?

- Mehrsprachiges Informationsmaterial für Betroffene
- Mitarbeiter anderer Kulturkreise als Experten nutzen
- Literatur- und Medienlisten für Mitarbeiter
- Zeitnaher, unkomplizierter Zugang zu geschulten Dolmetschern
- Vernetzung mit relevanten Fachstellen, Glaubensgemeinschaften und Migrantenorganisationen

Fazit

In den letzten Jahren kam es in der Pflege zu einer Sensibilisierung für kul-

turelle Unterschiede. Um Menschen unterschiedlicher Ethnien, Herkunft und Schichten kompetent am Lebensende begleiten zu können, reicht Hintergrundwissen alleine aber nicht aus. Stattdessen bedarf es einer Erfassung der individuell Einfluss nehmenden Faktoren. Dafür scheint der transkulturelle Ansatz am besten geeignet. Dieser basiert auf Hintergrundwissen, Selbstreflexion und der Fähigkeit, sich auf das Gegenüber mit seinen individuellen Bedarfen und Bedürfnissen einzulassen. Schulungen in transkultureller Kompetenz könnten die Unsicherheit im Umgang mit Menschen mit anderem kulturellen Hintergrund reduzieren. Parallel dazu sollten weitere Maßnahmen ergriffen werden, um die Versorgung dieser Menschen am Lebensende zu verbessern. <<

Zusammenfassung

Die soziokulturelle Diversität in Deutschland ist in der Pflege bereits heute unübersehbar. Um Menschen mit anderem kulturellen Hintergrund am Lebensende kompetent begleiten zu können, erscheint der transkulturelle Ansatz sinnvoll und praktikabel. Dieser umfasst neben Hintergrundwissen auch Selbstreflexion und vor allem das Einlassen auf das Gegenüber. Eine transkulturelle Pflegeanamnese kann dabei hilfreich sein. Daneben sollten weitere Maßnahmen wie der Zugang zu Dolmetschern oder die Vernetzung mit Fachstellen umgesetzt werden, um den Bedürfnissen von allen Menschen am Lebensende gleichermaßen gerecht zu werden.

Schlüsselwörter: *kultursensibel, Lebensende, transkulturell*



Literatur

Domenig D. (2001) Professionelle Transkulturelle Pflege. Hans Huber, Bern.

Domenig D., Stauffer Y., Georg J. (2007): Transkulturelle Pflegeanamnese In: Domenig D. (Hrsg.) (2007) Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Hans Huber, Bern, S. 301-308.

Domenig D. (Hrsg.) (2007) Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Hans Huber, Bern.

Domenig D. (2013) Ein Kommentar zur transkulturellen Kompetenz. In: Harold B. (Hrsg.) (2013): Wege zur transkulturellen Pflege. Mit Kommunikation Brücken bauen. Facultas, Wien, S. 53-57.

Duffy S., Jackson F., Schim S., Ronis D., Fowler K. (2006) Cultural concepts at the end of life. *Nursing Older People* 8, S. 10-14.

Fringer A. & Schnepf W. (2010) Sprache als Voraussetzung für eine kultursensitive Pflege. *Pflegezeitschrift* 12, S. 734-737.

Heller B. (2012) Wie Religionen mit dem Tod umgehen. Grundlagen für die interkulturelle Sterbebegleitung. Lambertus, Freiburg.

Jansky M. & Nauck F. (2015) Palliativ- und Hospizversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. Aktueller Stand und Handlungsempfehlungen für Hospiz- und Palliativversorger. Klinik für Palliativmedizin, Göttingen.

Leininger M.M. (Hrsg.) (1991): Culture care diversity and universality: a theory of nursing. National League for Nursing, Washington, USA.

Neuberger J. (2009) Sterbende unterschiedlicher Glaubensrichtungen pflegen. Huber, Bern.

Nieweler A. (2003) Lernkompetenzen im Französischunterricht entwickeln. *Der Fremdsprachliche Unterricht Französisch* 63-64, S. 4-12.

Schuster E. (2015) Widerstand bzw. Verunsicherung als Didaktisches Konzept beim Schulungsthema „Transkulturelle Kompetenz“ im Bereich Pflege. Unveröffentlichte Masterarbeit, Katholische Stiftungsfachhochschule München.

Zielke-Nadkarni A. (2013) Forschungsbericht zu den "Empfehlungen zu Hospiz- und Palliativbetreuung von Menschen mit Migrationshintergrund", Münster. DRK Landesverband Westfalen-Lippe e.V./ Akademie am Johannes-Hospiz, Münster.

Autorenkontakt:

Prof. Dr. Maria Wasner ist Kommunikationswissenschaftlerin und Psychoonkologin. Seit 2008 ist sie Professorin für Soziale Arbeit in Palliative Care an der Katholischen Stiftungsfachhochschule (KSFH) München und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Kinderpalliativzentrum der LMU München, seit 2012 ist sie zudem Vizepräsidentin der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

Kontakt: maria.wasner@ksfh.de

Fernfortbildung
mit dem PflegeKolleg
heilberufe.de



PflegeKolleg
Top im Job

Die richtigen Worte finden
Kommunikationsstrategien anwenden

Dicke Luft auf Station
Verbessern Sie das Betriebsklima

Jetzt sind Sie dran
Achten Sie (auf) sich selbst

3
Punkte
ZERTIFIZIERTE
FORTBILDUNG

Zertifizierte Fortbildung in Zusammenarbeit mit



Werner-Schule

Deutsches Rotes Kreuz

Das PflegeKolleg

Die Fernfortbildung für professionell Pflegende

- Pflegewissen auf höchstem fachlichen Niveau
- Zwei Fortbildungseinheiten pro Monat
- Übersichtlich aufbereitet mit Checklisten und Praxis-Tipps
- Jede Pflegekraft kann mitmachen:
online, per Post oder Fax
- Zertifiziert im Rahmen der Registrierung beruflich Pflegender beim Deutschen Pflegerat und anerkannt vom MDK

**Jetzt
teilnehmen!**

Informieren Sie sich und nehmen Sie teil unter
heilberufe.de/pflegekolleg

> Der geriatrische Patient im Krankenhaus

Therapeutische Risiken und pflegerische Konsequenzen

ELISABETH HÖWLER

Der geriatrische Patient, der akut oder chronisch erkrankt im Krankenhaus aufgenommen wird, ist 80 Jahre oder älter, gebrechlich (Frailty) und leidet an Muskelabbau (Sarkopenie). Aufgrund altersbedingt erhöhter Verletzlichkeit und einem hohen Risiko an Komplikationen und Folgeerkrankungen werden therapeutische Möglichkeiten erschwert und die Genesung verläuft schleppender (Rau et al. 2016).



Foto: digitalskillet/Photolia

Zu den geriatritypischen Diagnosen zählen: 28,3% Schmerz, Seh-/Hörstörungen 26,3%, Komplikationsrisiko 14,2%, Sturzneigung und Schwindel 11,0%, Inkontinenz 8,8%, kognitive Defizite 7,7%, Sensibilitätsstörungen 7,6%, Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes 6,5% sowie Depressionen und Angststörungen 5,9%. Nach einem stationären Krankenhausaufenthalt besteht die Gefahr eines Relokalisationssyndrom, bei dem der Patient Stress und Unwohlsein verspürt, weil er in eine ungewohnte Umgebung verlegt wird („einen alten Baum soll man nicht verpflanzen“), insbesondere wenn pflegende Angehörige durch eine nicht behandelte, akute Ver-

wirrtheit des Patienten überfordert sein können oder der Patient in der Zeit nach der Klinik sich nicht kooperativ verhält (Compliance) und ärztliche oder pflegerische Wünsche sowie Verordnungen (Adhärenz) nicht befolgt (Meinck et al. 2013).

Die therapeutische Behandlung im Akutkrankenhaus geschieht interdisziplinär mit einem Team aus Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen, Pflegenden, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Psychologen und Sozialpädagogen. Dabei sind oftmals palliativmedizinische Maßnahmen (Behandlung, die nicht auf die Heilung einer Erkrankung abzielt, sondern darauf,

die Symptome zu lindern oder sonstige nachteilige Folgen zu reduzieren) einzubeziehen, die auf den jeweiligen biografischen und sozialen Kontext des Patienten eingehen sollten.

Kommunikationserschwernisse

Sinnesbeeinträchtigungen wie Altersschwerhörigkeit oder Sehschwächen erschweren die Verständigung bei Information, Beratung und Anleitung in Bezug auf therapeutische Maßnahmen. Aus missverstandenen Inhalten entwickeln sich schnell Konflikte u. a. auch für pflegende Angehörige. Dies vermindert im Behandlungsverlauf die notwendige Adhärenz und Compliance.

Pflegende achten bei der Verständigung mit einem seh- oder hörbeeinträchtigten, betagten Patienten zunächst darauf, dass dieser seine Brille oder das Hörgerät trägt. Oft ist es nötig, den Patienten wiederholt Neues wie Handlungsempfehlungen mitzuteilen, solange, bis sich dies ausreichend verfestigt hat.

Akzessorische Symptome

Oft treten während eines Krankenhausaufenthaltes durch Untersuchungen und Operationen ausgelöste zusätzliche psychische und körperliche Symptome zum ursächlichen Erkrankungsgeschehen hinzu: Panikattacken, Albträume, Intrusionen, neuropsychiatrisches Syndrom (Delir), Depressionen, Vermeidungsverhalten, Flashbacks, Wahn, ausgeprägte Amnesien und akute Schmerzen. Eine medizinische Behandlung u. a. mit sedierenden und schmerzlindernden Medikamenten auf Intensivstationen kann die kognitiven Fähigkeiten eines

betagten Patienten verschlechtern und sich sogar traumatisch auswirken. Diese Symptome können im Krankenhausalltag kaum befriedigend aufgefangen werden. Bei der Delirdiagnostik mittels der CAM-ICU-Skala (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit) werden Aufmerksamkeit, Orientierung, Gedächtnis, Verständnis und Wachheit berücksichtigt und hypo- wie auch hyperaktive Formen eines Delirs erfasst. Da die meisten Delirfälle am ersten Tag nach einer OP in Erscheinung treten, sollten geschulte Pflegende den Test frühzeitig und mindestens einmal pro Tag durchführen (Klugkist 2008). Eine flexible Besuchszeit nicht nur auf Intensivstationen für Bezugsangehörige kann das Vertrautheitsgefühl bei ängstlichen Patienten erhöhen. Dem emotionalen Rückzug vorzubeugen vermeidet weitgehend ein postoperatives Delir (Höwler 2016).

Eine milde Form der demenziellen Veränderung (Mild cognitive impairment) fällt oftmals erst während des stationären Krankenhausaufenthaltes auf. Aus dieser Form kann sich unbeachtet ein handfestes und unumkehrbares Demenzsyndrom entwickeln, was pflegende Angehörige, insbesondere bei plötzlicher Pflegeübernahme im häuslichen Bereich, vor unvorbereitete Herausforderungen stellt. Besonders hilfreich ist das so genannte „Rooming-In“. Dabei übernachten Angehörige im Krankenhaus im Zimmer der Patienten. Die pflegenden Angehörigen von demenziell Erkrankten fühlen sich beruhigter, das Pflegepersonal erfährt Unterstützung und die Erkrankten empfinden dadurch Vertrautheit. Das Konzept sollte in allen Akuthäusern mittlerweile umgesetzt werden.

Sturzgefahr

Nach dem Aufnahmegespräch wird von Patienten erwartet, dass sie sich mit Pyjama bekleidet ins Bett legen, im Patientenzimmer bleiben und sich für diagnostische Maßnahmen bereithalten. Diese Erwartungshaltung, die in der Regel alle Mitarbeiter während des stationären Aufenthalts an Patienten haben, führt insbesondere bei betagten Patienten mit bereits vorhandenem Muskelabbau zu dessen Verschlimmerung – die Folgen sind eine erhöhte Sturzgefahr und absolute Bettlägerigkeit.

Durch altersphysiologische Einschränkungen der Sinnesorgane haben viele

Patienten Probleme, sich in der fremden Krankenhausumgebung örtlich zu orientieren. Besonders beim nächtlichen Aufsuchen der Toilette stürzen in den ersten Tagen des stationären Aufenthalts vermehrt Patienten. Pflegende können dieses Risiko durch sorgfältige Beobachtung des betagten Patienten mittels einer Sturzskala einschätzen und minimieren, indem sie mit ihm den Gang zur Toilette üben, auf Haltegriffe hinweisen, Niedrigflurbetten mit Sturzmatten und Dämmerleuchten aufstellen. Orientierungshilfen, wie z. B. Farbsysteme auf dem Fußboden oder Wände und Bilder zum Auffinden der Patientenzimmer oder WC, geben einem desorientierten Patienten mehr Wiedererkennungswert. Gangunsichere Patienten bekommen das Angebot von Hüftprotektoren oder Gehhilfen, wie z. B. einem Rollator.

Schlafstörungen

Ein hoher Geräuschpegel und störende Lichtquellen auf den Stationen tragen zu einem störanfälligen Schlaf und damit zu einer verlangsamt Genesung bei. Sorge für eine gesunde Schlafhygiene von Seiten der Pflegenden, wie z. B. Angebot an Ohrstöpseln, Augenmasken und Geräuschreduzierungen beim Monitoring, verbessern das ohnehin störanfällige Schlafverhalten eines betagten Menschen.

Überforderung bei Anwendung von ärztlichen Verordnungen

Der Umgang mit Medizinprodukten/Hilfsmitteln/Medikamenten, wie z. B. Stoma- und Wundversorgungen, Inkontinenzvorlagen, Schienen, Bandagen, Rollstuhl oder Rollator, eine neue Medikation etc. kann Unsicherheit, Überforderung, sogar Ablehnungsverhalten bei Patienten auslösen. Anwender wie auch pflegende Angehörige benötigen umfassende Informationen, Beratungen und Anleitungen im Umgang mit ärztlichen Anordnungen. Bezugspfleger gewährleisten kontinuierliche Ansprache für Patienten und deren Angehörigen.

Sie führen mit behandelnden Ärzten u.a. ambulante Nachsorgetermine durch und bewerten die praktische Anwendbarkeit aller bisherigen Behandlungen. Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus werden Angehörigen und Patienten im Idealfall Adressen von Selbsthilfegruppen und Sanitätshäusern möglichst in Wohnortnähe genannt, was die Versorgung im häuslichen Be-

reich sicherstellt und ein Relokalisationsyndrom vermeiden kann.

Erschwerte Medikation

Aufgrund höherer Erkrankungshäufigkeit und Multimorbidität werden betagten Patienten mehr Medikamente verordnet als Jüngeren, sodass sich Medikamenten-Wechselwirkungen und -Nebenwirkungen häufen. Dies erschwert eine medikamentöse Behandlung eines älteren Patienten erheblich.

Eine so genannte Polymedikation liegt vor, wenn der Patient täglich mindestens vier rezeptpflichtige Medikamente einnimmt. Dies ist problematisch, da etliche Pharmaka bei alten Menschen anders wirken als bei jungen. Besonders häufig kommt dies bei Digitalispräparaten, Schlafmitteln oder Psychopharmaka wie Lithium vor. Bei diesen Mitteln besteht die Gefahr der Anreicherung mit der Folge einer Vergiftung. Beispiele demonstrieren die Medikamentenproblematik bei mehrfach erkrankten Menschen:

Bei einer Nierenfunktionsstörung dürfen Medikamente nur in geringer Dosierung verabreicht werden. Ein blutdrucksenkendes Medikament verbessert zwar z. B. eine Hypertonie, kann aber eine andere, gleichzeitig bestehende Erkrankung, wie z. B. eine arterielle Durchblutungsstörung, verschlechtern. Eine eingeschränkte Funktion der Lunge oder des Herzens verursacht erhebliche Komplikationen nach operativen Eingriffen, wie z. B. eine erschwerte Beatmungsentwöhnung.

Bei Schluckproblemen im Rahmen von neurologisch bedingten Erkrankungen sind in Absprache mit dem Arzt andere oder schluckerleichternde Darreichungsformen wie Zäpfchen, Pulver zum Auflösen, Tropfen, ggf. zermörserte Tabletten geeigneter.

Benzodiazepine und Psychopharmaka, insbesondere hochpotente Neuroleptika, werden zum Einschlafen und zur Beruhigung eingesetzt. Die Halbwertszeit der Mittel liegt in der Regel zwischen 11 und 18 Stunden. Die Medikamente verschlechtern bereits bestehende kognitive Defizite und bergen ein hohes Abhängigkeitspotenzial. Paradoxe Wirkungen werden durch ein verändertes Rezeptorengedüge im Gehirn verursacht, welches einen gesteigerten Antrieb mit Sturzgefahr auslöst (Höwler 2016).

Eine verständliche und empathische Aufklärung über Anwendungs- und

Wirkweise sowie eventuell auftretende Nebenwirkungen der Medikamente von Seiten der Ärzte und eine gute Krankenbeobachtung der Pflegenden sowie regelmäßige Blutabnahmen zur Feststellung der Medikamentenspiegel sind erforderlich und verbessern die medizinische Therapie.

Pflegende achten bei der abendlichen Vergabe von das Zentralnervensystem beeinflussenden Medikamenten darauf, dass der Patient nach der Einnahme nicht mehr alleine aufsteht, kognitiv beeinträchtigte Patienten werden bei der Vergabe von neuen Präparaten engmaschig auf deren Reaktionen überwacht. Medikamente aus der Gruppe der Benzodiazepine sollten bei betagten Patienten präoperativ nicht mehr eingesetzt werden, weil die Mittel die Gefahr eines Delirs in der postoperativen Phase erhöhen. Die Tagesdosierung ist übersichtlich zu halten, d. h. nur wenige Mittel sind zu möglichst festen Zeiten zu verabreichen, um Einnahmefehler zu umgehen. Da bei anfänglich guter Medikamentenverträglichkeit Nebenwirkungen oft erst verzögert eintreten können, sollten betagte Patienten nach Medikamentenumstellungen gut beobachtet werden. Pharmaka mit erhöhtem ADE-Risiko (ADE-RISIKO = adverse drug events: erhöhtes Risiko für Arzneimittelinteraktionen und unerwünschten Arzneimittelereignissen) werden in der Priscus-Liste seit 2010 erfasst. Diese Liste sollte als Kurzversion im Stationszimmer, insbesondere auf geriatrischen Stationen, einsehbar sein. Patienten mit Sehbeeinträchtigungen und/oder eingeschränkten motorischen Fähigkeiten benötigen Medikamentenschieber, die einfach zu bedienen sind und Hinweise in großer Schrift aufweisen, z. B. die Uhrzeit der Einnahme.

Erschwerte Diagnostik

Die Diagnostik bei betagten bzw. hochbetagten und mehrfach erkrankten Patienten wird durch unspezifische Befunde erschwert. Insbesondere die Beobachtung und Interpretation von Symptomen fordert erhebliche Erfahrung. Problematisch gestalten sich diagnostische Maßnahmen durch Kernspintomographie, insbesondere bei gerontopsychiatrisch Erkrankten. Bei Patienten mit Demenz und Angststörungen kann das erforderliche Still-Liegen über einen Zeitraum von 20–30 Minuten, die Geräuschbelästigung und die räumliche Enge in



Foto: Katarzyna Bialasiewicz/izp/photographie.eu

der Untersuchungsrohre Panikattacken auslösen. Invasive Untersuchungsmethoden und operative Eingriffe verursachen bei betagten Patienten u. a. mit chronischen Erkrankungen infolge Herabsetzung der Immunabwehr, höhere Komplikationsraten wie Infektionen, Thrombose, Embolie, Pneumonie, Delir, Wundliegen (Dekubitus) und verzögerte Wundheilung. Minimal invasive Techniken belasten einen betagten Organismus nicht so sehr wie z. B. eine offene Bauchoperation, weil der Patient im Nachhinein schneller mobilisiert werden kann, z. B. bei Gallenblasenentfernung per Laparoskopie. Grundsätzlich sollte für geriatrische Patienten die Wartezeit im Funktionsbereich, wie z. B. Röntgen, Endoskopie, EKG und Blutabnahmen verkürzt werden. Ein desorientierter Patient vergisst sehr schnell, worauf er warten soll, wird ungeduldig und kann aufgrund innerer Unruhe nur leicht bekleidet die Klinik verlassen und sich selbst dadurch gefährden.

Rückgriff auf alternative Behandlungskonzepte

Im fortgeschrittenen Alter häufen sich Kontraindikationen gegenüber kurativen und invasiven Therapieformen. Spezifische Maßnahmen wie z. B. Antibiosen gegen bestimmte Infektionserreger können allergische Reaktionen auslösen oder bei multiresistenten Erregern unwirksam sein. Strikte Bettruhe bei Patienten im fortgeschrittenen Alter als eine allgemeine therapeutische Maßnahme

schaft nicht immer eine effektive Bedingung für einen Heilungserfolg. Im Gegenteil kann diese in kürzester Zeit eine akute Verwirrtheit auslösen und eine bestehende Immobilität verstärken. Kausale Therapiestränge richten sich in der Regel gegen einzelne Symptome. Infolge Multimorbidität vermischen sich Symptome, fehlen ganz oder treten nur diffus in Erscheinung. Aufgrund dessen führen medizinische und pflegerische Behandlungsstrategien oftmals nicht zum Erfolg. Medizinische und pflegerische Diagnosen sowie therapeutisch-pflegerische Maßnahmen müssen dann neu überdacht werden.

Komplementäre Methoden können zur Symptomlinderung eingesetzt werden, weil sie bei betagten Patienten weniger Nebenwirkungen aufweisen. Im Rahmen der basalen Stimulation werden schlaffördernde pflanzliche Tees (Lavendel, Orangenblüten), schmerzlindernde Teil- oder Vollbäder (Rosmarin, Wacholder, Kiefernadeln, Fichten), Wickel und Auflagen (Heilerde, Quark, Senfmehl, Essig, Kartoffeln, Zwiebeln), Einreibungen (ASE), basalanregende oder basalanregende Waschungen (ätherische Öle) angewendet.

Mangelernährung

Geschmack und Geruch nehmen bis zum 70. Lebensjahr ab, dies betrifft zu ca. 2/3 die Geschmacksknospen. Dies erklärt, weshalb viele betagte Patienten über die angebliche „fade“ Krankenhauskost klagen, nur wenig essen oder die Nahrung

ganz ablehnen. Nahrungsverweigerung führt schnell zum Gewichtsverlust und kann Frailty (Gebrechlichkeit) verstärken.

Während der Mahlzeitenvergabe achten Pflegende auf das Tragen von Zahnersatz und/oder eine mundgerechte Zubereitung der Speisen, einen Umgang mit Schluckbeschwerden und geeignete Esshilfen. Bei Verdacht auf Mangelernährung wird bei der Anamnese die Lieblingskost erfragt und den Patienten unter Arztabsprache im Rahmen einer verordneten Diät serviert. Motorisch-funktionelles Training mit Koordinationsübungen zum Erhalt der körperlichen Kraft sollte täglich ergotherapeutisch und/oder physiotherapeutisch durchgeführt werden.

Fazit

Pflegende haben die Aufgabe, systematisch Gefährdungen, Risiken und Bedrohungen in der Behandlung des multimorbiden Patienten in physischer, psychischer und sozialer Hinsicht zu erkennen. Eine Bewertung des Gesundheitszustandes eines geriatrischen Patienten wie das Resident Assessment Instrument (RAI) kann helfen, Defizite aufzudecken, um die Ressourcen des betagten Patienten im Hinblick auf das definierte Pflegeziel gut nutzen zu können. Die Pflege und medizinische Behandlung sollte immer auf die Verbesserung des funktionellen Status und der Lebensqualität im sozialen Umfeld zielen, anstatt nur einzelne oder mehrere organischen Leiden zu betrachten.

Pflegende sind bei betagten Patienten auf möglich eintretende Pflegediagnosen vorbereitet und wenden kompensierende Pflegemaßnahmen an. Sie kennen allgemeine prophylaktische Pflegeschwerpunkte und wissen, welche frühzeitig zur Abwendung von Kom-

plikationen durchzuführen sind. Nicht nur auf geriatrischen Stationen sollten Pflegende im Umgang mit betagten Menschen Sensibilität und Geduld aufweisen, sondern sich auch empathisch in die Situation der pflegenden Angehörigen hineinversetzen. <<



Literatur

Höwler, E. (2016) Gerontopsychiatrische Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für die geriatrische Pflege. Hannover

Klugkist, M.H. (2008) Diagnostik des postoperativen Delirs bei kardiochirurgischen Patienten mit der Confusion Assessment Method fort he Intensive Care Unit (CAM-ICU), Dissertation an der Medizinischen Fakultät Lübeck

Meinck M, Lübke N (2013) Geriatrietypische Multimorbidität im Spiegel von Routinedaten- Teil 3: Prävalenz und prädiktiver Wert geriatrietypischer Merkmalskomplexe in einer systematischen Altersstichprobe. In: Gerontologie/Geriatrie 46:645-657

Rau R, Djukic M, Wappler M (2016) Geriatrie - eine interdisziplinäre Herausforderung. In: Nervenarzt 87: 603-608

Autorenkontakt:

Dr. rer. cur. Elisabeth Höwler, Trier, ist in der Aus-, Fort- und Weiterbildung tätig
Kontakt: elisabethhoewler@yahoo.de

Zusammenfassung

Die Versorgung geriatrischer Patienten im Krankenhaus ist anspruchsvoll, bedarf spezieller therapeutisch-pflegerischer Konzepte, ist eine interdisziplinäre Aufgabe und wird ergebniswirksam von Pflegenden mitgestaltet. Idealerweise weisen Pflegende Kompetenzen und Kenntnisse über kompensierende Pflegemaßnahmen für die Bereiche Demenz, Depressionen, Schlaganfall, Parkinson-Syndrome, epileptische Anfälle, Schwindel, Folgen degenerativer Wirbelsäulenerkrankungen und Schmerzzustände auf.

Schlüsselwörter: *Geriatrie, Multimorbidität, Therapie, kompensierende Maßnahmen*

Anzeige



Josef Galert

Gesundheits- und Berufspolitik für Physiotherapeuten und weitere Gesundheitsberufe

Grundlagen, Stand und Ausblick – ein praxisnahes Lehrbuch für Ausbildung, Studium und Beruf

2016. 189 Seiten, 16 Abb., 7 Tab. Kart. € 34,-
 ISBN 978-3-17-030758-2

 auch als EBOOK

Die Heilmittelberufe haben in den vergangenen 20 Jahren einige berufspolitische und ausbildungsreformativ-Prozesse angestoßen: von der rasch zunehmenden Akademisierung über die Forderung nach mehr Eigenverantwortung bis hin zur Kritik an der prekären Entlohnung. Das Werk stellt die gesundheitspolitischen Akteure, Strukturen und Prozesse sowie die momentane berufspolitische Situation der Physiotherapeuten vor und gibt einen Ausblick auf deren berufspolitische Probleme und Forderungen. Das Buch soll allen Gesundheitsfachberufen, im Speziellen der Physiotherapie, im Hinblick auf die zunehmende Akademisierung und Professionalisierung ein hilfreiches Lehrbuch und Nachschlagewerk sein.

W. Kohlhammer GmbH
 www.kohlhammer.de

 150 Jahre Kohlhammer

> Hintergrundwissen für Assistenzberufe in der Medizin

Sepsis – Ein lebensbedrohliches Krankheitsbild

HARDY-THORSTEN PANKNIN, FRANK-RAINER KLEFISCH, URSULA MÜLLER-WERDAN & STEFAN SCHRÖDER

Eine schwere Sepsis verläuft nicht selten tödlich. Gerade ältere und mehrfacherkrankte Menschen sind besonders häufig betroffen. Durch eine gezielte Früherkennung, sofortige Antibiotikatherapien und Ausschaltung der Ursache können viele Todesfälle verhindert werden. Dafür ist es wichtig, die Anzeichen der Erkrankung rechtzeitig zu erkennen.



Einleitung und Epidemiologie

Im Jahre 2011 wurden in deutschen Krankenhäusern 175.051 Patienten mit septischen Erkrankungen behandelt. Die Krankenhaussterblichkeitsraten betragen 10,5 % für Sepsis, 42,8 % für die schwere Sepsis und 60,5 % für den septischen Schock (Brunkhorst et al. 2006 und Heublein et al. 2013). Eine aktuelle epidemiologische Studie aus Deutschland (INSEP Study), die das Auftreten von schwerer Sepsis und septischem Schock auf 129 Intensivstationen unterschiedlicher Fachdisziplinen in 95 Kliniken untersuchte, zeigte für das untersuchte Kollektiv von 11.883 Patienten, dass eine schwere Sepsis/septischer Schock bei 1.503 Patienten (12,6 %) nachgewiesen werden konnte. Die häufigsten Infektionen betrafen mit 46,6 % die obe-

ren Luftwege (Respirationstrakt), den Bauchraum inkl. Gastrointestinaltrakt mit 28,7 % und das harnableitende System (12,6 %). Die Häufigkeit der Neuerkrankungen (Inzidenz) der Sepsis betrug 11,76 pro 1.000 Intensivbehandlungstage. Die Letalität, die mit schwerer Sepsis und septischem Schock einherging, betrug 34,4 % – etwa 5,5-mal höher als bei Patienten ohne schwere Sepsis/mit septischem Schock (Marx G. & INSEP-Study Group Germany 2015). Damit ist die Sepsis mit ihren unterschiedlichen Ausprägungsgraden hinsichtlich der Erkrankungsschwere trotz aller medizinischen Fortschritte in deutschen Kliniken in den vergangenen Jahren nach wie vor eine lebensbedrohliche Erkrankung mit annähernd gleichbleibender Letalität. Jährlich erkranken weltweit 20 bis 30 Millionen Menschen an einer Sepsis, was rechnerisch alle drei bis vier Sekun-

den zu einem Todesfall führt (Welt Sepsis Deklaration 2013).

Sozioökonomische Bedeutung

In Deutschland betragen die jährlichen Behandlungskosten der Sepsis für die Gesellschaft schätzungsweise zwischen 3,6 und 7,8 Mrd. Euro. Die direkten anteiligen Kosten, die allein für die intensivmedizinische Behandlung von Patienten mit schwerer Sepsis anfallen, liegen bei ca. 1,77 Mrd. Euro. Etwa 30 % des Budgets für Intensivmedizin werden damit in die Behandlung der Sepsis investiert. Die schwere Sepsis ist somit auch aus gesundheitsökonomischer Sicht von großer Bedeutung (Brunkhorst 2006).

Vor diesem Hintergrund dürfen ökonomische Überlegungen oder statistische Überlebenswahrscheinlichkeiten für Alter, Komorbiditäten und Scores keinen direkten Einfluss auf Entscheidungen haben, die zu einer Begrenzung der Therapie führen. Falls im Einzelfall heilende, also kurative Therapieziele in Richtung einer palliativen Intensivmedizin geändert werden, sollte dieser ärztlichen Entscheidung ein strukturierter Prozess vorangehen, bei dem die nächsten Angehörigen, das Behandlungsteam und bestenfalls ein Ethiker eingebunden werden. Diese medizinisch und ethisch begründete Entscheidung muss durch den bekannten oder mutmaßlichen Patientenwillen gedeckt sein und sollte rechtssicher dokumentiert werden. Der Wille und das Wohl des Patienten müssen im Vordergrund stehen.

Pathophysiologie der Sepsis

Die Sepsis und der septische Schock werden entsprechend der Dritten Internationalen Konsensus Konferenz als lebensbedrohliche Organdysfunktion definiert, die durch eine überschießende Reaktion des Immunsystems auf eine Infektion hervorgerufen wird. Dabei handelt es

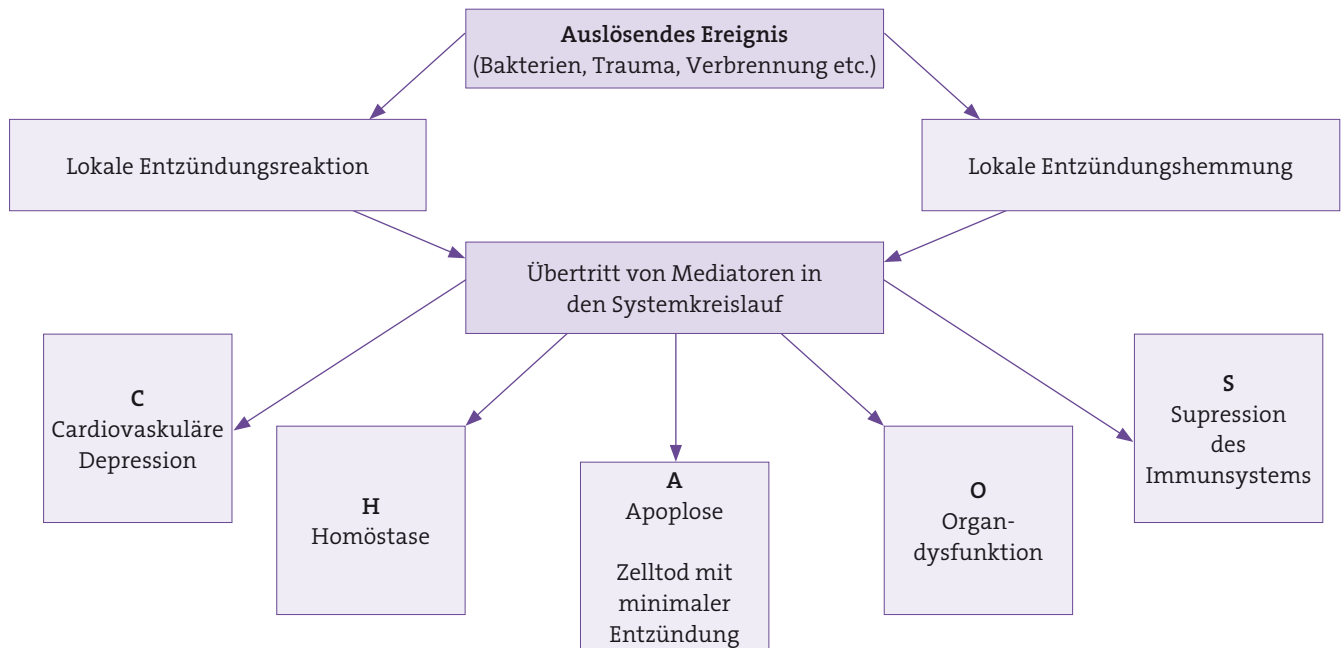


Abbildung 1a: Schematische Darstellung der Fehlreaktion des Immunsystems mit gestörtem Gleichgewicht pro- und antiinflammatorischer Mechanismen und Auswirkungen auf die unterschiedlichen Organsysteme – modifiziert nach Bone (Bone et al. 1992)

sich um eine lebensbedrohliche Erkrankung, bei der die Reaktion des Körpers auf eine Infektion zu einer Schädigung der eigenen Gewebe und Organe führt (Singer et al. 2016).

Mit Verschlechterung der Blutzirkulation und Zunahme zellulärer und den Stoffwechsel betreffender Störungen steigt das Risiko nicht umkehrbarer Organschäden mit Multiorganversagen und Tod des Patienten. Die Entstehung des septischen Multiorganversagens unterscheidet sich dabei nicht fundamental von nicht-infektösen Schockursachen (z. B. bei Trauma, Verbrennung, Herzversagen, Blutung etc.). Die Infektionskraft (Virulenz) der Erreger, Mehrfacherkrankungen des Patienten, Lebensalter und Ernährungszustand (Mangelernährung oder Fettleibigkeit) haben Einfluss auf das Sterberisiko. Nach wie vor fehlen einfache und eindeutige klinische Diagnosekriterien oder spezifische Laborparameter. Dementsprechend schwer fallen die Abgrenzung der Sepsis von anderen Krankheitsbildern sowie die Unterscheidung der verschiedenen Schweregrade einer Sepsis. Um neue Ansatzpunkte und Strategien für die Therapie der Sepsis entwickeln zu können, ist ein fundamentales Verständnis der Ursachen des Multiorganversagens erforderlich.

Autopsische Daten der Sepsis

In einer Analyse von insgesamt 3.770 Obduktionen der Jahre 1991–1994 an einem deutschen Städtischen Klinikum fanden sich 371 Sektionsprotokolle (9,8%), die eine Sepsis als Todesursache bescheinigten. 320 (86,3%) der untersuchten Patienten waren älter als 50 Jahre. In ca. einem Fünftel aller obduzierten



Abbildung 1b: Patient mit schwerer Sepsis und Multiorgandysfunktion (Foto: Prof. Dr. med. Götz Geldner, Ludwigsburg)

Sepsisfälle wurden ein septischer Schock oder ein Multiorgandysfunktionssyndrom (MODS) dokumentiert. 168 (43,5%) der Patienten mit Sepsis waren kurz vor dem Tod einer Operation unterzogen worden. Davon konnte bei 129 (34,8%) Patienten ein Zusammenhang zwischen der Operation und dem Auftreten einer Sepsis hergestellt werden (Lindner 1998). Eine ältere Untersuchung zeigte bei 35.200 Obduktionsprotokollen einer österreichischen Universitätsklinik in den Jahren 1950–1984 eine Sepsis-Häufigkeit von 2% (707 Patienten). In den Jahren 1980–1984 wurde eine deutliche Zunahme des Anteils von Patienten ab einem Alter von 52 Jahren beobachtet (Mikuz & Kreczy 1989).

Bei einer weiteren Auswertung von 3.338 Sektionsprotokollen an einer deutschen Universitätsklinik aus den Jahren 1984–1995 konnte bei 617 (18,48%) Patienten eine Sepsis verifiziert werden. In den Jahren 1990–1995 wurde ein Altersanstieg bei den Patienten beobachtet (Klosterhafen & Töns 1997). In diesem Zusammenhang wurden ebenfalls 750 Millionen Krankenhausentlassungen aus den Jahren 1979 bis 2000 in den USA ausgewertet. Dabei fanden sich über zehn Millionen Fälle von septischen Komplikationen. Dies entspricht 1,3% aller Krankhauseinweisungen (Martin et al. 2001).

Sepsis infolge von Krankenhaus-Infektionen

Die Sepsis ist eine häufige Todesursache, und es ist zu erwarten, dass die Mortalität tendenziell eher weiter zunimmt. Als Gründe dafür werden

- die allgemein steigende Lebenserwartung von Patienten,
- die deutliche Zunahme der Überlebenszeit chronisch kranker Menschen,
- die verbesserten Möglichkeiten der Intensivtherapie,
- die zunehmende Invasivität vieler diagnostischer und operativer Eingriffe,
- der zunehmende unkritische Einsatz von Antibiotika
- und die zunehmende Antibiotikaresistenz angesehen (Walmrath et al. 2001).

Die wichtigsten Eintrittspforten für die Erreger sind beim stationären Patienten chirurgische Wunden, Urin- und Gefäßkatheter sowie alle anderen künstlichen Zugänge (Drainagen, Tuben, laparoskopische, thorakoskopische und arthroskopische Zugänge usw.). Allgemeine Faktoren wie z. B. Alter, Cortisonbehandlung, Diabetes mellitus oder konsumierende Grunderkrankungen wie Krebs sind Faktoren, die eine Sepsis begünstigen. Patienten mit einer schweren Neutropenie (verminderte Fähigkeit zur Infektabwehr) sind für Infektionen besonders anfällig. Bakterien aus oberflächlichen, lokalen Verletzungen können in den Körper eindringen und zu einer Blutvergiftung führen. Allerdings kann über die Ursache der Infektionsquelle – innerlich oder äußerlich (endogen oder exogen) – nur dann eine Aussage gemacht werden, wenn eine epidemiologische Untersuchung durchgeführt wurde. Kann eine endogene Infektion ausgeschlossen werden, so müssen bei der Suche nach einer exogenen Quelle im Umkreis des Patienten auch Ärzte und Pflegepersonal mit in die Abklärungen einbezogen werden. Nach der Untersuchung von Martin et al. waren in den USA von 1979 bis 1987 gram-negative Bakterien vorherrschend verantwortlich für das Entstehen einer Sepsis. Der Anteil gram-positiver Bakterien- sowie Pilzinfektionen nimmt seither stetig zu. So wurden im Jahr 2000 52,1 % der septischen Krankheitsbilder durch gram-positive Erreger und nur noch 37,6 %

Vom Patienten ausgehend (endogen)	Durch Therapie verursacht (exogen)
Maligne Tumoren	1. Größere Operationen
Diabetes mellitus	2. Intubation
Polytraumata	3. Luftröhrenschnitt (Tracheotomie)
Verbrennungen	4. Immunsuppressive Therapie
Lebererkrankungen	5. Langzeitantibiotikatherapie
Chronische Nierenerkrankungen	6. Kortisontherapie
Harnwegsinfekte	7. Transplantationen
Patienten im fortgeschrittenen Alter	8. Unterkühlung, prä- und postoperativ
Immunsuppressive Erkrankungen	
Chronische Malnutrition (Mangelernährung)	

Tabelle 1: Prädisponierende Faktoren für eine Sepsis (Quelle: Autoren)

durch gram-negative Bakterien verursacht, was einem Anstieg gram-positiver Infektionen von 26,3 % pro Jahr entspricht. Die Anzahl durch Pilzorganismen bedingter Sepsisfälle hat sich im Zeitraum von 1979 bis 2000 sogar um 207 % erhöht (Martin et al. 2003).

Die Tabelle 1 gibt einen Überblick über begünstigende Faktoren für septische Komplikationen.

In einer einjährigen Studie zur Erfassung von schweren Infektionen in einem deutschen Universitätsklinikum wurde bei 315 Patienten in 77,8 % der Fälle eine Infektion der oberen Atemwege als Ursache gefunden. Über 70 % der Patienten waren mit teilweise sehr lange liegenden Kathetern versorgt und viele von ihnen entweder in intensivmedizinischer Betreuung oder standen unter Immunsuppression, was in beiden Fällen ein großes Infektionsrisiko darstellt (siehe auch Abbildung 1b als Beispiel, Patient mit schwerer Sepsis). Eine Sepsis trat bei 10 Fällen pro 1000 aufgenommene Patienten auf. Fast ein Viertel von ihnen litt unter Krebs oder Leukämie. Der Immunstatus dieser Patienten war ebenso beeinträchtigt wie der von 28 % der Patienten, die eine immunsuppressive Therapie erhielten (Kainer 1997).

Eine aktuelle Studie aus dem Sahloul Hospital, Sousse, Tunesien, Afrika unterstreicht die Brisanz von Infektionen der oberen Atemwege. Hier wurden innerhalb eines Jahres 628 Patienten einer operativen Intensivstation mit 26 Betten und einer medizinischen Intensivstation mit 5 Betten untersucht. Die dabei ermittelte Sterberate von 35,8 % (24/67 Patienten) bei Patienten mit Atemwegs-Infektionen verdeutlicht,

dass diese lebensbedrohlich sein können (Rejeb et al. 2016). In westlichen Ländern liegt die Sterberate bei nosokomialen Infektionen zwischen 5,8 % und 33,5 %. Wie mehrere Studien eindrucksvoll belegen konnten, ist sie von der Zeit bis zur Diagnosestellung, dem Beginn der Antibiotikatherapie, den Erregern und der Wirksamkeit der initialen Antibiotikabehandlung abhängig (Klevens et al. 2006; Ylipalosaari et al. 2006; Januel et al. 2010). Datenanalysen von 897.774 Intensivpatienten aus dem deutschen Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) für den Zeitraum Januar 1997 bis Juni 2004 zeigten für Patienten mit nosokomialer Pneumonie eine Sterblichkeit von 8,8 %, und für Patienten mit primärer Sepsis eine Letalität 10,9 % (Gastmeier et al. 2005).

Sepsis bei geriatrischen Patienten

Die Epidemiologie der Sepsis bei älteren Patienten wurde in zwei US-amerikanischen Übersichtsarbeiten dargestellt (Girard et al. 2005; Girard et al. 2007). Danach ist die Sepsis beim älteren Patienten nicht nur häufiger, sondern hat im Vergleich zu jüngeren Personen ein anderes Erregerspektrum. Ältere Patienten (> 65 Jahre) erkranken 1,31 Mal häufiger an einer Sepsis durch gram-negative Bakterien als jüngere Patienten mit Sepsis. Während bei jüngeren Patienten *Staphylococcus aureus* der häufigste Sepsiserreger ist, steht bei älteren Personen mit außerhalb des Krankenhauses erworbener Sepsis *Escherichia coli* an erster Stelle der Infektionserreger. Weitere häufig vorkommende gram-negative Erreger sind *Enterobacter* spp.,

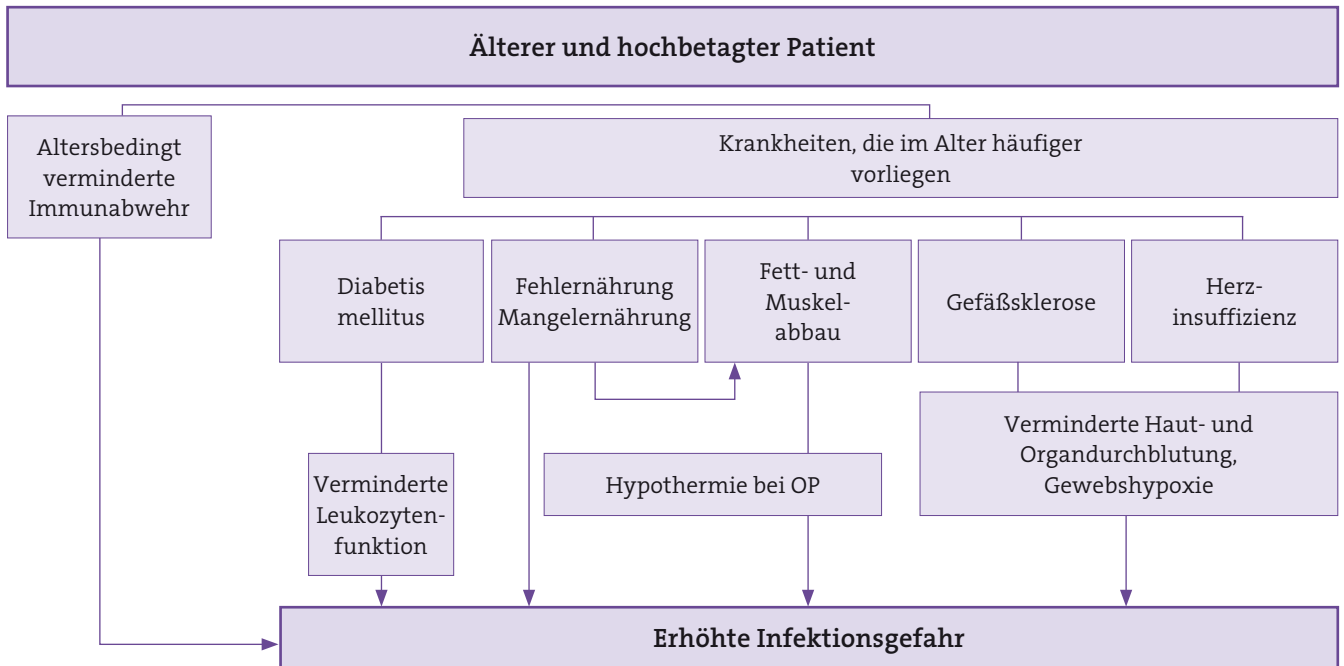


Abbildung 2: Mechanismen der erhöhten postoperativen Infektionsgefahr bei älteren Menschen (eigene Darstellung, in Anlehnung an Kaye et al.)

Klebsiellen und Pseudomonas aeruginosa. Die Ursache wird darin gesehen, dass bei älteren Personen oft ein liegender Harnblasenkatheter und eine dadurch verursachte Bakterien-Ansammlung im Urin den Ausgangspunkt der Sepsis darstellen. Leibovici et al. (1993) untersuchten in einer Studie die Unterschiede im Erregerspektrum zwischen 60–79-Jährigen und Patienten, die älter als 80 Jahre waren. Die Harnwege waren bei 50 Prozent der > 80-Jährigen die Eintrittspforte der Sepsis, im Vergleich zu lediglich 34 Prozent bei 60- bis 79-Jährigen (Leibovici et al. 1993).

Alle Bereiche des Immunsystems sind von den altersbedingten Veränderungen betroffen, wobei reduzierte Zellzahlen sowie Funktionsverluste bzw. gestörte Balancen das Auftreten von Infektionen erleichtern. Die natürlichen Killerzellen verlieren mit dem Alter an Funktion, was die Zunahme der Sepsis bei diesen Patienten begründen kann (Abbildung 2). Das Alter gilt auch als unabhängiger Risikofaktor für das Auftreten von Sepsis mit Todesfolge (Martin et al. 2005). Immer mehr Menschen werden immer älter, und somit sind auch weiter steigende Fallzahlen für Sepsis und septischen Schock zu erwarten. Ältere Patienten reagieren auf eine systemische Infektion mit einer weniger starken Entzündungs- und Abwehrreaktion. Stattdessen kommt es oft schon zu Beginn zu minderschwer

mangelhaften Organfunktionen, wie beispielsweise einer Eintrübung des Bewusstseins oder einer akuten Verwirrtheit, die gelegentlich sogar an ein Delir denken lässt. Ebenso kann der Gasaustausch in der Lunge beeinträchtigt sein, was sich klinisch durch eine Erhöhung der Atemfrequenz bemerkbar macht. Fieber und eine Erhöhung der weißen Blutkörperchen können dagegen bei diesen Patienten oft fehlen.

Die neue internationale Sepsisdefinition 2016

Der seit Jahrzehnten gebräuchliche Begriff der „Septikämie“ beschränkte das Krankheitsbild auf fieberhafte klinische Zustände, bei denen eine positive Blutkultur vorlag. Im Jahr 1992 wurde die Blutkultur als Diagnosekriterium quasi abgeschafft. Stattdessen wurde durch den Intensivmediziner Roger Bone der Begriff des SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome, systemische inflammatorische Reaktion) geprägt (Bone et al. 1992). Ein SIRS lag vor, wenn zwei oder mehr der folgenden Entzündungszeichen nachgewiesen wurden:

- Fieber oder Hypothermie (Körpertemperatur über 38 °C oder unter 36 °C)
- Tachykardie (Herzfrequenz über 90/min)
- Tachypnoe (Atemfrequenz über 20/min oder PaCO₂ unter 4,3 kPa unter 32 mmHg)

- Leukozyten > 12 x 10⁹/l (Leukozytose) oder < 4 x 10⁹/l (Leukopenie) oder mehr als 10 % Stabkernige.

Eine Sepsis wurde nach Bone angenommen, wenn mindestens 2 SIRS-Kriterien erfüllt waren und zusätzlich der Nachweis einer Infektion erfolgt war bzw. der hochgradige Verdacht bestand. Eine schwere Sepsis war definiert als Sepsis plus Organversagen, wie z. B. eine septische Enzephalopathie mit Wachheitsverminderung und/oder akuter Verwirrtheit, Funktionseinschränkungen von Nieren oder Lunge und vermindertem Blutdruck (Hypotonie). Ein septischer Schock erforderte die Kriterien der Hypotonie trotz adäquater Flüssigkeitszufuhr und die Notwendigkeit des Einsatzes eines Medikamentes zur Stabilisierung des Blutdrucks (z. B. Noradrenalin als Vasopressor).

Die Italian Sepsis Study aus dem Jahre 1995 von Salvo und Kollegen untersuchte vorausschauend Patienten von 99 Intensivstationen. Dabei wurden die Patienten entsprechend den von Bone festgelegten Sepsis-Definitionen zugeordnet. Die meisten der als septisch diagnostizierten Patienten erfüllten am Aufnahmetag die SIRS-Kriterien (52 %), wenige die Kriterien für Sepsis (4,5 %), schwere Sepsis (2,1 %) und septischen Schock (3 %) (Salvo et al. 1995). Die SIRS-Kriterien sind unspezifisch und zum Teil sehr schnell erfüllt, wie Tachykardie (Herzrasen) und Tachypnoe (Schnellat-

mung). Des Weiteren gibt es Patienten ohne SIRS-Kriterien, die trotzdem eine schwere Sepsis haben, weil ein Infektionsfokus vorliegt und eine Organdysfunktion besteht.

Die neue Sepsisdefinition wurde auf Initiative der Fachgesellschaften durch eine Arbeitsgruppe von 19 Klinikern und Grundlagenwissenschaftlern vorbereitet. An der Endfassung des Dokumentes arbeiteten Wissenschaftler von 31 weiteren Fachgesellschaften mit, die auch für die kürzlich erschienene Publikation mit verantwortlich zeichneten (Singer et al. 2016). In der Publikation begründen die Autoren die Notwendigkeit einer Neufassung der Sepsisdefinition. In der internationalen Literatur und in der Liste der ICD-Kodes (International Code of Diagnosis) finden sich zahlreiche verschiedene Begriffe und Codes zum Thema Sepsis. So wird unter anderem von

- septischem Syndrom,
- Systemic inflammatory Response Syndrome (SIRS),
- septic response oder
- Septikämie gesprochen.

Diese Begriffe werden oft für im Detail unterschiedliche Krankheitsbilder verwendet. Da ein einzelner diagnostischer Marker zum Nachweis der Sepsis fehlt, wird ein klinischer Kriterienkatalog benötigt, auf den sich die internationale wissenschaftliche Gemeinschaft einigen kann. Nach neueren pathophy-

siologischen Erkenntnissen liegt bei einer Sepsis immer eine Organdysfunktion vor. Dysfunktionen eines oder mehrerer Organe können zu Beginn des septischen Geschehens noch maskiert sein, bestimmen jedoch entscheidend die weitere Prognose. Die Aufnahme des Kriteriums „Organdysfunktion“ schien der Arbeitsgruppe daher für eine zukünftige Sepsisdefinition unabdingbar.

Der SOFA-Score zur Bewertung von Organdysfunktionen

Die Arbeitsgruppe evaluierte verschiedene Möglichkeiten, um das Vorliegen von Organdysfunktionen objektiv zu erfassen. Sie kam zu der Auffassung, dass sich der seit den 1990er Jahren etablierte SOFA-Score am besten dafür eignet. Das Akronym bedeutet „Sepsis-related Organ Failure Assessment“. Es handelt sich um ein intensivmedizinischen Punktescore, der die in Tabelle 2 aufgeführten Parameter umfasst. Ab einem Punktwert von 2 im SOFA Score steigt die Mortalität von Intensivpatienten nach Literaturerfahrungen auf ca. 10 % an. Dieser Wert ist höher als die Sterblichkeitsrate bei einem akuten erstmaligen Herzinfarkt (ca. 8 %). Damit ist ein SOFA-Punktwert von 2 und höher in Verbindung mit den Zeichen einer akuten Infektion nach Auffassung der Autoren geeignet, eine

schwerwiegende Sepsis von einer unkomplizierten systemischen Inflammation abzugrenzen.

Die Sepsis ist ein medizinischer Notfall – Früherkennung ist entscheidend

Die Sepsis wird häufig zu spät diagnostiziert, weil Symptome wie Fieber, Tachykardie und beschleunigte Atmung und/oder Laborwerte wie Leukozytose/CRP unspezifisch sind, bei Patienten und medizinischem Personal häufig noch Unkenntnis und Unsicherheiten zur Sepsis bestehen und anerkannte Behandlungsrichtlinien unzureichend umgesetzt werden. Bei Kindern bestehen häufig nur geringe Symptome, die sich dann plötzlich dramatisch verschlechtern. Bei älteren Menschen zeigen sich initial oftmals kaum oder nur gering ausgeprägte klinische Symptome. Das Kardinalsymptom Fieber ist in über 30 % der bakteriellen Infektionen beim älteren Patienten nicht vorhanden (Martin et al. 2006). In Folge dessen führt die spätere Erkennung zur einer verzögerten Therapie und dem höheren Risiko von Komplikationen und Tod. Während das klinische Personal der Intensivstation häufig in der Erkennung geschult ist und Intensivärzte mit dem SOFA-Score zur Erfassung von Organdysfunktionen

Organsystem	Punktwert				
	0	1	2	3	4
Atmung PaO ₂ /FiO ₂	≥400 ^a	<400	<300	<200 mit Beatmung	<100 mit Beatmung
Gerinnung Thrombozytenzahl x 10 ³ pro µl	≥150	<150	<100	<50	<20
Leber Bilirubin, mg/dl	<1,2	1,2–1,9	2,0–5,9	6,0–11,9	>12,0
Herz-Kreislaufsystem	MAD ^b ≥70mmHg	MAD ^b <70mmHg	Dopamin <5 ^c oder jegliches Dobutamin	Dopamin 5,1-15 oder Adrenalin ≤0,1 oder Noradrenalin ≤0,1	Dopamin >15 oder Adrenalin >0,1 oder Noradrenalin >0,1
Zentrales Nervensystem Glasgow Koma Skala ^d	15	13–14	10–12	6–9	<6
Niere Kreatinin, mg/dl	<1,2	1,2–1,9	2,0–3,4	3,5–4,9	>5,0

Abkürzungen: ^a arterieller Sauerstoffpartialdruck geteilt durch Sauerstoffanteil in der Atemluft bzw. im Atemgas; ^b MAD=mittlerer arterieller Druck; ^c Dosierung der Katecholamine in µg pro kg pro min; ^d Glasgow Koma-Skala reicht von 3 (Koma) bis 15 (normaler Bewusstseinszustand) Punkten.

Tabelle 2: Bewertung von Organdysfunktionen mit dem SOFA-Score (Singer et al. 2016)

vertraut sind, ist im ambulanten Bereich und auf Normalstationen das Risiko, eine Sepsis zu verkennen, groß. Dabei kommt den Pflegekräften auf den Normalstationen eine Schlüsselfunktion bei der frühzeitigen Erkennung einer Sepsis zu (**Abbildung 3**), da diese den intensivsten Kontakt zur Patienten mit Allgemeininfekten haben.

Pflegewissenschaftliche Studien beschäftigen sich daher in den letzten Jahren mit der Frage, ob Pflegenden Zeichen einer Sepsis frühzeitig erkennen können oder ob bestimmte klinische Konstellationen für sie schwierig zu interpretieren sind (Santos & Tristram 2015).

Auf der Basis von 800.000 Patientenakten aus 177 Krankenhäusern wurde daher von Seymour et al. (2016) ein Quick-SOFA-Score (qSOFA) entwickelt und validiert, der mit wenigen Kriterien die Erkennung einer Sepsis durch geschultes medizinisches Personal verbessern soll. Bei einem Verdacht auf eine Sepsis bzw. klinischen Anzeichen für ein „septisches“ Geschehen muss sofort ein Arzt informiert werden. Jede neu aufgetretene akute Verwirrtheit sollte bis zum Beweis des Gegenteils an eine Sepsis denken lassen!

SOFA- und quick SOFA-Score zum Identifizieren von Patienten mit Sepsis

Klinische Kriterien zur schnellen Identifikation von Patienten mit möglicher Sepsis

1. Atemfrequenz $\geq 22/\text{min}$
2. Verändertes Bewusstsein (GKS < 15)
3. Systolischer Blutdruck $\leq 100 \text{ mmHg}$

Bei nur einem erfüllten Kriterium des sogenannten quick SOFA (qSOFA) sollte der Patient überwacht und, sofern klinisch indiziert, kurzfristig auf eine mögliche Sepsis hin erneut untersucht werden.

Sind bei Patienten mit einer möglichen Infektion mindestens zwei von drei Kriterien des qSOFA erfüllt, sollte umgehend eine ärztliche Untersuchung erfolgen, um mit den SOFA-Variablen Organdysfunktionen zu erfassen:

- Glasgow Koma Scale -> Cerebrale Dysfunktion?
- Serum-Kreatinin und Urinvolumen -> Nierendysfunktion?
- PaO₂/FiO₂ Ratio -> Lungendysfunktion?
- Mittlerer art. Blutdruck (Notwendigkeit der Gabe von herzkreislaufwirksamen Medikamenten, z. B. Katecholamine) -> Kreislaufdysfunktion?
- Bilirubin -> Leberdysfunktion?
- Thrombozyten -> Gerinnungsdysfunktion?

Ein septischer Schock wird folgendermaßen definiert: Trotz adäquater Volumengabe sind

1. blutdruckerhöhende Medikamente bei andauernder Hypotonie erforderlich, um einen mittleren arteriellen Druck $\geq 65 \text{ mmHg}$ aufrecht zu erhalten und
2. Serumlaktat $\geq 2 \text{ mmol/l}$ (18 mg/dl)

Unter Einbeziehung des SOFA-Scores bzw. von qSOFA wurden von der Arbeitsgruppe zusammenfassend folgende Definitionen entwickelt (**s. Kasten**)

Die Abgrenzung der Sepsis von einer postoperativen systemischen Entzündungsreaktion ist mitunter schwierig.

Jede Verwirrtheit, verminderte Urinausscheidung und Atembeschwerden sollten Anlass für eine intensive Suche nach einem Grund sein. Zur Suche dienen neben der gründlichen klinischen Untersuchung bildgebende Verfahren wie z.B. die Ultraschalluntersuchung, das konventionelle Röntgen des Thorax und bei spezifischer Fragestellung die Computertomographie.

Mikrobiologische Diagnostik

Bei jedem Verdacht auf Sepsis müssen unabhängig von der Höhe der Körpertemperatur Blutkulturen abgenommen werden. Die Abnahme sollte idealerweise vor Behandlungsbeginn bzw. am Ende eines Antibiotika-Dosierungsintervalls erfolgen. Mittels strikt aseptischer Gefäßpunktion sind Blutkulturpaare aus verschiedenen Entnahmeorten zu gewinnen. Eine Probenentnahme aus einem liegenden Katheter ist nur bei Verdacht auf eine ZVK-assoziierte Infektion sinnvoll.

Neben der Anzahl der Blutkulturpaare (aerob und anaerob) ist auch die ausreichende Menge von 8–10 ml Blut pro Flasche (bei Erwachsenen) für die Wahrscheinlichkeit der Erregerentdeckung von Bedeutung. Empfohlen sind mindestens zwei bis drei Blutkulturpaare (Sixpack). Bei Verdacht auf Endokarditis (Herzinnenhautentzündung) erhöht die Entnahme von zahlreichen Blutkulturen über einen Zeitraum von mehreren Stunden die Wahrscheinlichkeit der Keimidentifizierung.

Die Intensität der weiteren mikrobiologischen Diagnostik richtet sich

Die neue Sepsisdefinition (Singer et al. 2016)

- Eine Sepsis ist definiert als eine lebensbedrohliche Organdysfunktion, die durch eine dysregulierte Wirtsantwort auf eine Infektion entsteht.
- Die Sepsis-bedingte Organdysfunktion kann durch einen Anstieg des SOFA-Score um ≥ 2 Punkte im Zusammenhang mit der Infektion identifiziert werden.
- Bei Patienten ohne vorbestehende Organdysfunktion kann der Ausgangs-SOFA-Score als 0 angenommen werden.
- Bei hospitalisierten Patienten mit vermuteter Infektion korreliert ein SOFA-Score von 2 mit einer Gesamtmortalität von ca. 10 %. Eine sofortige, adäquate therapeutische Intervention ist daher unbedingt erforderlich, falls nicht bereits erfolgt.
- Der septische Schock ist definiert als Sepsis mit Kreislaufversagen, was den Einsatz von Blutdruck-steigernden Medikamenten notwendig macht. Bei Vorliegen dieser Konstellation beträgt die Mortalität auf der Intensivstation ca. 40 %.
- Zur raschen Abschätzung einer möglichen Sepsis eignet sich der qSOFA. Der qSOFA ist positiv beim Vorliegen von 2 der 3 Kriterien:
 - Atemfrequenz $\geq 22/\text{min}$
 - veränderte Bewusstseinslage
 - Abfall des systolischen Blutdrucks auf $\leq 100 \text{ mm Hg}$.
- Definition für Laien: Eine Sepsis ist ein lebensbedrohlicher Zustand, der entsteht, wenn die Antwort des Körpers auf eine Infektion die eigenen Organe und Gewebe schädigt.

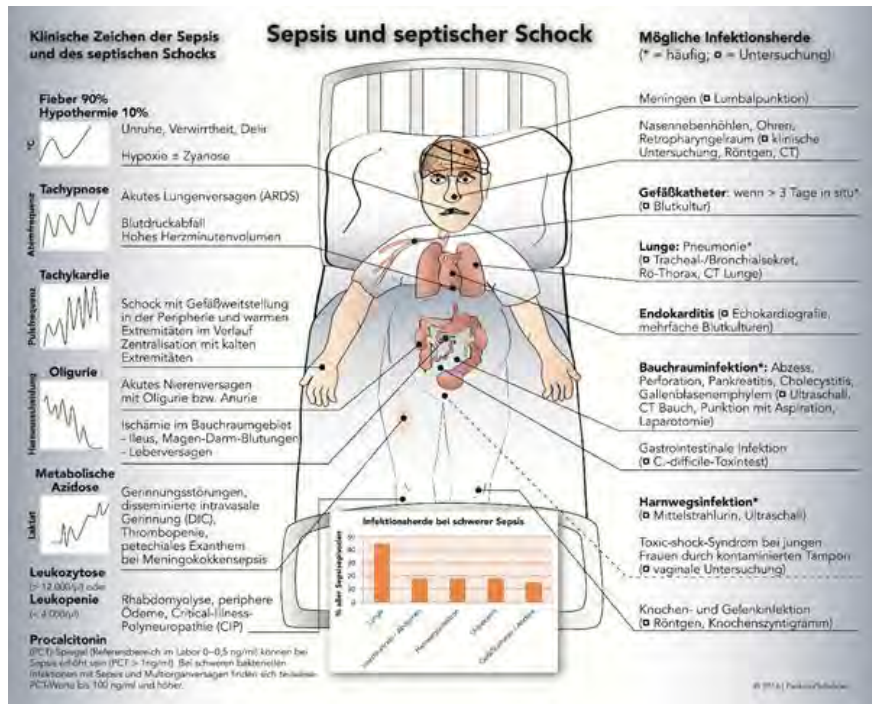


Abbildung 3: Klinik und Diagnostik von Sepsis und septischem Schock (Quelle: Panknin und Schröder)

nach dem vermuteten Grund, wie z. B. Liquorpunktion bei Meningitis, Atemwegssekret bei schwerer Pneumonie oder Gewebeproben und Abstriche bei Wundinfektionen.

Frühe zielorientierte Therapie

Um ein rasches, strukturiertes Handeln zu erleichtern, führten Rivers und Mitarbeiter aus dem Universitätsklinikum von Detroit, Michigan, USA, ein standardisiertes Vorgehen für die ersten sechs Stunden nach der Diagnosestellung eines septischen Schocks ein. Die vorgeschlagenen Maßnahmen wurden 2012 von der internationalen Sepsiskampagne (Surviving Sepsis Campaign, SSC) mit leichten Veränderungen übernommen (Tabelle 3).

Im Wesentlichen sieht das Rivers-Konzept eine intravenöse Flüssigkeitszufuhr im Sinne einer Zielgrößen-orientierten Stabilisierung der Hämodynamik mit dem Ziel der Optimierung des Sauerstoffangebots auf zellulärer Ebene vor. Für das Maßnahmenbündel werden heute üblicherweise die Begriffe „Early Goal Directed Therapy“ (EGDT, „frühe zielorientierte Therapie“) oder „Maßnahmenbündel der ersten sechs Stunden“ verwendet.

Zwei kürzlich publizierte Metaanalysen zeigten, dass ein wissenschaftlicher

Beleg für das Konzept aber nach wie vor aussteht. Die erste dieser Metaanalysen wurde im April 2015 von Zhang und Mitarbeitern aus der Universitätsklinik von Sichuan in Westchina durchgeführt. Die Autoren recherchierten die verfügbare internationale Literatur aus einschlägigen medizinischen Datenbanken. Für den Zeitraum 2001 bis 2014 konnten sie zehn randomisierte kontrollierte Studien mit 4.157 Patienten auswerten. Einchlusskriterium in die Studie waren ein

neu diagnostizierter septischer Schock oder eine schwere Sepsis. Der primäre Endpunkt war die Beeinflussung der Mortalität durch das Maßnahmenbündel innerhalb der ersten sechs Stunden (EGDT). Sekundäre Endpunkte waren die Dauer des Intensivaufenthalts und der maschinellen Beatmung, der Einsatz von Katecholaminen und die Gabe von Bluttransfusionen. Die Metaanalyse ergab, dass Patienten, die eine EGDT erhielten, in den ersten sechs Stunden signifikant häufiger mit inotropen Substanzen (Kontraktionskraft des Herzens beeinflussend) behandelt wurden, häufiger parenterale Flüssigkeit sowie signifikant häufiger Erythrozyten-Konzentrate erhielten als Patienten unter Standardtherapie. Trotz dieser offensichtlich intensivierten frühzeitigen Therapiemaßnahmen kam es jedoch in den EGDT-Gruppen nicht zu einer signifikanten Absenkung der Mortalität (relatives Risiko [RR] 0,91; p = 0,17) (Zhang et al. 2015).

Eine zweite Metaanalyse zu dieser Thematik erschien im September 2015 in einer internationalen Zeitschrift für Notfallmedizin (Rusconi et al. 2015). Die Autoren betrachteten lediglich fünf randomisierte Studien mit hoher methodischer Qualität. Auch sie konnten zeigen, dass die Sterblichkeit im Krankenhaus nicht signifikant zwischen den EGDT-behandelten und konventionell behandelten Gruppen differierte.

Da in beiden Metaanalysen ein Trend zu einer vorteilhaften Beeinflussung der

Durchzuführen in den ersten drei Stunden:

- Bestimmung des Plasma-Lactatwerts
- Abnahme von Blutkulturen vor Beginn der Antibiotikatherapie
- Beginn einer empirischen Therapie mit Breitspektrum-Antibiotika
- Intravenöse Flüssigkeitsgabe (30 ml/kg KG Kristalloide) bei arterieller Hypotension oder Plasma-Lactatwert ≥ 4 mmol/l

Durchzuführen in den ersten sechs Stunden:

- Bei Nichtansprechen auf Flüssigkeit zur Stabilisierung des Blutdrucks Gabe von Katecholaminen (erste Wahl: Noradrenalin) bis zum Erreichen eines arteriellen Mitteldrucks von ≥ 65 mm Hg
- Bei persistierender arterieller Hypotension trotz Flüssigkeitsersatz (septischer Schock) oder initialem Plasma-Lactatwert ≥ 4 mmol/l: Messung des zentralen Venendrucks*
- Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung (ScvO₂): Zielwert $> 70\%$
- Erneute Bestimmung des Plasma-Lactats, wenn Initialwert erhöht

* Die Bestimmung des zentralen Venendrucks wird in der deutschen S3-Leitlinie „Intravasale Volumentherapie beim Erwachsenen“ nicht empfohlen (Marx 2015).

Tabelle 3: Aktuelle Empfehlung der Surviving-Sepsis-Kampagne zum Maßnahmenbündel der ersten sechs Stunden (Dellinger et al. 2013).

Mortalität erkennbar war, befürworteten die Autoren den weiteren Einsatz dieses Maßnahmenbündels. Zusammenfassend ist die monozentrische Studie von Rivers als Meilenstein hinsichtlich der standardisierten, frühzeitigen und zielorientierten Therapie der schweren Sepsis und des septischen Schocks anzusehen, deren Grundlagen Einzug in den klinischen Alltag gefunden und zu einer Optimierung der Sepsistherapie geführt hat. Eine möglichst frühzeitige protokollbasierte Diagnostik und Therapie, wie sie in den Sepsis-Bundles umgesetzt wird, sollte kontinuierlich weiterentwickelt und an aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse angepasst werden.

Lactat-Clearance als Erfolgsmarker?

Aufgrund von Mikrozirkulationsstörungen mit eingeschränktem Sauerstofftransport durch die Gefäßmembranen kommt es bei der schweren Sepsis zu einer Sauerstoffunterversorgung wichtiger Organe und der Muskulatur auf zellulärer Ebene. Die Folge ist eine Zunahme des anaeroben Glucose-Abbaus, die an einem Anstieg des Plasma-Lactatwerts erkannt werden kann. Ein Plasma-Lactatwert von ≥ 4 mmol/l ist typisch für eine schwere Sepsis. Während Rivers und Mitarbeiter (2011) in ihren Studien den Plasma-Lactatwert zwar bestimmten, aber nicht als Zielparameter in das therapeutische Management einschlossen, integrierten nachfolgende Studiengruppen das Ziel einer Absenkung des Lactatwerts innerhalb der ersten Stunden der Sepsistherapie ebenfalls in ihren initialen Maßnahmenkatalog. In einer Studie aus der Universitätsklinik in Hebei, China, konnte kürzlich an zwei kleinen Gruppen von je 25 Patienten der Erfolg der frühen Sepsistherapie unter Berücksichtigung der beiden Zielgrößen Lactat-Clearance und zentralvenöse Sauerstoffsättigung ermittelt werden (Yu et al. 2013). In der einen Gruppe wurde eine zentralvenöse Sauerstoffsättigung von über 70 % als therapeutisches Ziel angesehen, in der anderen Gruppe wurde die Therapie mittels stündlich bestimmter Plasma-Lactatwerte gesteuert. Zielwert war eine Absenkung des zu Beginn gemessenen Lactatwerts um mindestens 10 % in den ersten drei Stunden. Es konnte gezeigt werden, dass sich die 28-Tage-Mortalität in den beiden Gruppen nicht wirklich auffällig unterschied. Der Lac-

tatwert wurde von diesen Autoren daher als Alternative für die zentralvenöse Sauerstoffsättigung angesehen. Auch andere Autoren kamen zu der Überzeugung, dass sich die Lactat-Clearance als Marker für die Therapiesteuerung in den ersten Stunden eignet (Jones 2011). Der Lactatwert sollte hierfür nach drei Stunden erneut ermittelt werden. Eine Pro- und Kontra-Diskussion zeigte aber, dass vermutlich beide Marker bestimmt werden müssen und sich am besten gemeinsam zur Therapiesteuerung eignen (Jones 2011; Rivers et al. 2011).

Antibiotikatherapie der Sepsis

Da die Antibiotikatherapie so früh wie möglich eingeleitet werden sollte, können die Ergebnisse mikrobiologischer Kulturen nicht abgewartet werden. Selbst Schnelltests wie die molekulare Blutkultur (z. B. der SeptiFast® Test) haben eine Bearbeitungszeit von zwei bis drei Stunden. Ihr Ergebnis kann somit allenfalls genutzt werden, um eine begonnene Therapie anzupassen. Zunächst müssen jedoch Antibiotika bzw. Antibiotikakombinationen eingesetzt werden, die das zu erwartende Erregerspektrum einschließlich möglicher Erregersensibilitäten optimal erfassen. Bei der Erhebung der Anamnese müssen somit die speziellen Risikofaktoren des Patienten für eine Infektion mit (multi-)resistenten Erregern erfragt bzw. durch Befragung von Angehörigen in Erfahrung gebracht werden (z. B. vorangegangene Krankenhausaufenthalte, antibiotische Vortherapie). Unbedingt ist auch eine gezielte Reiseanamnese zu erheben (z. B. Aufenthalt in Malaria-gebieten). Bei der klinischen Untersuchung sollte größte Sorgfalt verwendet werden, den Sepsisherd möglichst organbezogen eingrenzen zu können. Die Antibiotikawahl sollte jedoch in jedem Fall den weiteren Ergebnissen aus der klinischen Diagnostik angepasst werden. Das Ansprechen auf die Antibiotikatherapie kann spätestens am Folgetag durch den klinischen Verlauf sowie die Entwicklung des Procalcitonin-Werts (PCT) beurteilt werden. Die Steuerung der Dauer einer antibiotischen Therapie bei kritisch kranken Patienten mit bakteriellen Infektionen kann durch den Biomarker Procalcitonin (PCT) unterstützt werden. Die Anwendung von PCT wird in den internationalen Sepsisleitlinien und in

den deutschen Leitlinien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus empfohlen. Verschiedene Studien und Metaanalysen konnten die effektive Verkürzung der antibiotischen Therapiedauer durch Anwendung von PCT-Protokollen ohne negative Effekte für das klinische Outcome der Intensivpatienten zeigen (Zimmerli & Trampuz 2003; Koleff 2014; Hohn et al. 2016).

Merke: Die Früherkennung der Sepsis durch eine klinische Untersuchung sowie Bestimmung von Vitalfunktionen und Laktat bleibt entscheidendes Kernelement der erfolgreichen Therapie. Dazu kommt die Identifikation des Infektfokus mit Sanierung und frühzeitiger Antibiotikatherapie!

Surgical Care Improvement Project

Das „Surgical Care Improvement Project“ (SCIP) als nationale Qualitätspartnerschaft amerikanischer Kliniken hat sich zum Ziel gesetzt, Patientenleben dadurch zu retten, dass die Inzidenz chirurgischer Komplikationen um 25 % gesenkt wird. Als erforderlich hierfür ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Chirurgen, Anästhesisten, Pflegenden, dem Apotheker, dem Infektionsteam und dem Krankenhausverantwortlichen anzusehen (Wollweber et al. 2015). Zu den Maßnahmen, die in der Empfehlung mit hoher Evidenz genannt werden, gehören:

- die chirurgische Händehygiene,
- eine korrekte Antibiotikaphylaxe,
- Verschieben ausgewählter Eingriffe bei Vorliegen auch entfernterer Infektionen und
- geeignete präoperative Haarentfernung.

Es sollten alle Maßnahmen zur Infektionserkennung erfolgen, wie Anamnese zur Identifikation von Risikofaktoren und gezieltes Aufnahmescreening (Richter 2012).

Stop Sepsis – save lives

Im Rahmen der „Stop Sepsis – save lives“ Initiative (Wollweber et al. 2015) wird eine stärkere Umsetzung aller geeigneten Maßnahmen zur Sepsisprävention und Reduzierung der Sepsissterblichkeit

Zeitraum	Maßnahmen
Gesamt	<ul style="list-style-type: none"> – Surveillance – Checkliste – Compliance Überprüfungen und Beobachtungen – Schulungen – Training
Präoperativ	<ul style="list-style-type: none"> – Händedesinfektion – Möglichst kurzer präoperativer Krankenhausaufenthalt – MRSA Screening – Haarkürzung/Haarentfernung
Perioperativ	<ul style="list-style-type: none"> – Antibiotikaprophylaxe – Antiseptik – Blutglukose-Kontrolle – Körpertemperatur-Kontrolle
Postoperativ	<ul style="list-style-type: none"> – Handschuhwechsel/doppelte Handschuhe – Drainagen – Verbandwechsel

Tabelle 4 zeigt einen Überblick über die Einzelmaßnahmen zur Prävention von postoperativen Wundinfektionen aus: Empfehlung des Arbeitskreises Krankenhaus- und Praxishygiene der AWMF Strategien zur Prävention von postoperativen Wundinfektionen. AWMF-Register Nr. 029/031, S1-Leitlinie (HygMed [2014] 39:139–141).

gefordert, als es derzeit der Fall ist. Für folgende Maßnahmen konnte gezeigt werden, dass sie zu einer erheblichen Reduktion des Risikos für eine Sepsis führen:

- **Impfungen:** Da eine Sepsis sich aus nahezu jeder akuten Infektion entwickeln kann, lassen sich durch Impfungen von Risikopopulationen gegen Influenza, Pneumokokken, Hämophilus Influenza und Meningokokken jährlich Tausende Sepsis-Todesfälle verhindern.
- **Hygiene:** Durch die strikte Einhaltung von Hygienemaßnahmen sind in deutschen Krankenhäusern jährlich ca. 1.500–4.500 Sepsistodesfälle vermeidbar.
- **Früherkennung und -behandlung:** Die Sepsisdiagnose wird derzeit häufig erst verzögert gestellt. Durch Frühdiagnose und -therapie lässt sich die Sepsis-Sterblichkeit um etwa die Hälfte senken.
- **Antibiotikaresistenzen eindämmen:** Stopp des unsachgemäßen Einsatzes von Antibiotika in der Medizin, Landwirtschaft und Tierzucht.

Der Deutsche Ärztetag hat auf seiner Jahrestagung im Mai 2015 eine Entschließung zum Thema Sepsis verabschiedet und fordert darin eine verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit, der Ärzteschaft und des medizinischen Assistenzpersonals über die Möglichkeiten zur Prävention und Früherkennung

von schweren Infektionen und Sepsis. Er hält deshalb folgende Maßnahmen für erforderlich:

- Stärkere Berücksichtigung von Infektiologie und Sepsis in den Lehrplänen für die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzten und des medizinischen Assistenzpersonals.
- Etablierung von Qualitätsinitiativen zur Sepsisprävention.
- Sepsisfrüherkennung in der notärztlichen Versorgung und in allen relevanten ambulanten und stationären Gesundheitseinrichtungen.
- Durchführung einer breit und langfristig angelegten Informationskampagne für Laien unter der Schirmherrschaft der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung über die Möglichkeiten, sich durch Impfung gegen lebensbedrohliche Infektionen zu schützen und die Frühsymptome

einer Sepsis besser erkennen zu können (Wollweber et al. 2015).

Fazit

Die Sepsis-Mortalität hat sich in den letzten Jahren trotz Verbesserung antibiotischer und intensivmedizinischer Therapien nicht wesentlich verändert und ist weiterhin beängstigend hoch. Es ist anzunehmen, dass durch die veränderte Bevölkerungsdemografie mit vermehrt älteren und mehrfach erkrankten Patienten sowie zunehmender Resistenz von Erregern gehäuft komplizierte septische Krankheitsbilder auftreten. Es ist herausfordernd, die Diagnose Sepsis zu stellen, da kein einzelner klinischer und Labor-Parameter zur Verfügung steht, der eine Sepsis im Frühstadium voraussagen könnte. Bei kritisch Kranken können Primärsymptome der Sepsis wie Fieber, Schüttelfrost, Hyperventilation, Bewusstseinsstörungen, Hautveränderungen fehlen. Die Früherkennung der Sepsis durch eine entsprechende Wachsamkeit für das lebensbedrohliche Krankheitsbild mit der Identifikation der Infektionsursache, dessen Sanierung und frühzeitiger Antibiotikatherapie sowie eine zügige zielorientierte Stabilisierung der Hämodynamik sind wesentliche Kernelemente der erfolgreichen Therapie. Die Vorbeugung von Atemwegsinfektionen ist für viele Patienten entscheidend, da die meisten Fälle von Sepsis bis zum septischen Schock auf solche Infektionen zurückzuführen sind. Eines der vorrangigen Ziele ist die Senkung der Rate von Infektionen der oberen Atemwege durch Intensivierung von Hygienemaßnahmen. Vor allem für Intensivpflegepatienten sollten daher alle effektiven Prophylaxe- und Therapiestrategien ausgeschöpft werden. <<

Zusammenfassung

Die Sepsis mit ihren unterschiedlichen Ausprägungsgraden hinsichtlich der Erkrankungsschwere ist trotz aller medizinischen Fortschritte in den vergangenen Jahren nach wie vor eine lebensbedrohliche Erkrankung mit annähernd gleichbleibender Letalität in Deutschland. Die Früherkennung der Sepsis durch eine entsprechende Wachsamkeit mit nachfolgender klinischer Untersuchung durch Bestimmung von Vitalfunktionen und Laktat bleibt entscheidendes Kernelement zur Reduktion der Sterblichkeit. Dazu tragen auch die zügige Identifikation des Infektfokus mit Sanierung und frühzeitiger Antibiotikatherapie sowie die Zielgrößen-orientierte Stabilisierung der Hämodynamik bei.

Schlüsselwörter: Sepsis, Diagnostik, Therapie



Literatur

Bone R.C., Balk R.A., Cerra F.B., Dellinger R.P., Fein A.M., Knaus W.A. et al. (1992) Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. *Chest* 101 (6), S. 1644–1655.

Brunkhorst F.M. (2006) Epidemiologie, Ökonomie und Praxis + Ergebnisse der deutschen Prävalenzstudie des Kompetenznetzwerkes Sepsis (SepNet). *Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie* 41 (1), S. 43–44.

Dellinger R.P., Levy M.M., Rhodes A., Annane D., Gerlach H., Opal S.M. et al. (2013) Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2012. *Critical Care Medicine* 41 (2), S. 580–637.

Gastmeier P., Sohr D., Geffers C., Zuschneid I., Behnke M., Rüden H. (2005) Letalität auf deutschen Intensivstationen: Mit oder wegen nosokomialer Infektion? *Anästhesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie* 40 (5), S. 267–272.

Girard T.D., Opal S.M., Ely E.W. (2005) Insight into severe sepsis in older patients: From epidemiology to evidence-based management. *Clinical Infectious Diseases* 40 (5), S. 719–727

Girard T.D., Ely E.W. (2007) Bacteremia and sepsis in older adults. *Clinics in Geriatric Medicine* 23 (3), S. 633–647.

Global Sepsis Alliance (Hrsg.) (2013) Welt Sepsis Deklaration. <http://www.sepsis-gesellschaft.de/DSG/Deutsch/Welt-Sepsis-Tag/Welt-Sepsis-Erklärung?sid=UttfsHzUYHxr3shW3M8IPg&iid=4>, Zugriff am 25. November 2016.

<http://www.world-sepsis-day.org/?MET=SHO&WCONTAINERID=300> Zugriff am 03.12.2016

Heublein S., Hartmann M., Hagel S., Hutagalung R., Brunkhorst F.M. (2013) Epidemiology of sepsis in German hospitals derived from administrative databases. 6th International Congress on Sepsis and Multiorgan Dysfunction, September 4–6 2013, Weimar. *Infection* 41 (1), Supplement.

Hohn A., Heising B., Schütte J.K., Schroeder O., Schröder S. (2016) Procalcitonin-guided antibiotic treatment in critically ill patients. <https://www.springermedizin.de/procalcitonin-guided-antibiotic-treatment-in-critically-ill-pati/10239778>, Zugriff am 10. Juni 2016.

Januel J.M., Harbarth S., Allard R., Voirin N., Lepape A., Allaouchiche B. et al. (2010) Estimating attributable mortality due to nosocomial infections acquired in intensive care units. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 31 (4), S. 388–394.

Jones AE. (2011) Point: should lactate clearance be substituted for central venous oxygen saturation as goals of early severe sepsis and septic shock therapy? Yes. *Chest* 140 (6), S. 1406–1408.

Kainer D.J. (1997) Sepsis im Universitätsklinikum Ulm - eine prospektive Studie zur computergestützten Infektionserfassung. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Kaye K.S. et al. (2004) Surgical site infection in the elderly population. *Clin Infect Dis* 39, S. 1835–1841.

Klevens R.M., Edwards J.R., Richards C.L. Jr, Horan T.C., Gaynes R.P., Pollock D.A. et al. (2007) Estimating health care-associated infections and deaths in U.S. hospitals, 2002. *Public Health Reports* 122 (2), S.160–166.

Klosterhofen B. & Töns Ch. (1997) Sepsis. In: Töns C., Schumpelick V. (Hrsg.) (1997) *Chirurgische Notfall- und Intensivmedizin*. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Koleff M.H. (2014) What can be expected from antimicrobial de-escalation in the critically ill? *Intensive Care Medicine* 40 (1), S. 92–95.

Leibovici L., Pitlik S.D., Konisberger H., Drucker M. (1993) Bloodstream infections in patients older than eighty years. *Age Ageing* 22 (6), S. 431–442.

Lindner K. (1998) Die Sepsis im Sektionsgut, eine retrospektive Analyse des Obduktionsgutes der Jahre 1991-1994 am Institut für Pathologie und Tumordiagnostik des Städtischen Klinikums St. Georg zu Leipzig. Dissertation der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig.

Martin G.S., Mannino D.M., Moss M. (2006) The effect of age on the development and outcome of adult sepsis. *Critical Care Medicine* 34 (1), S. 15–21.

Martin G.S., Mannino D.M., Eaton S., Moss M. (2003) The epidemiology of sepsis in the United States from 1979 through 2000. *New England Journal of Medicine* 348, S. 1546–1554.

Marx G. & the INSEP-Study Group Germany (2015) Incidence of severe sepsis and septic shock in German intensive care units – the insep study. *Intensive Care Medicine Experimental* 3 (1), A223.

Marx G. (2015) Neue AWMF-S3-Leitlinie Volumentherapie - Auf Wiedersehen Emotionen – willkommen Evidenz. *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin* 110 (2), S. 108–109.

Mikuz G. & Kreczy A. (1989) Epidemiologie der autopsisch verifizierten Sepsis. *Wiener klinische Wochenschrift* 101, S. 244–249.

Rejeb M.B., Sahli J., Chebil D., Khefacha-Aissa S., Jaidane N., Kacem B. et al. (2016) Mortality among Patients with Nosocomial Infections in Tertiary Intensive Care Units of Sahloul Hospital, Sousse, Tunisia. *Archives of Iranian Medicine* 19 (3), S. 179–185.

Richter A. (2012) Chirurgische Standards der perioperativen Patientenbehandlung. *Der Chirurg* 83 (4), 343–350.

Rivers E.P., Elkin R., Cannon C.M. (2011) Counterpoint: should lactate clearance be substituted for central venous oxygen saturation as goals of early severe sepsis and septic shock therapy? *Chest* 140 (6), S. 1408–1413.

Rusconi A.M., Bossi I., Lampard J.G., Szavakovats M., Bellone A., Lang E. (2015) Early goal-directed therapy versus usual care in the treatment of severe sepsis and septic shock: a systematic review and meta-analysis. *Internal and Emergency Medicine* 10 (6), S. 731–743.

Salvo I., de Cian W., Musicco M., Langer M., Piadena R., Wolfler A. et al. (1995) The Italian Sepsis study. Preliminary results on the incidence and evolution of SIRS, sepsis, severe sepsis and septic shock. *Intensive Care Medicine* 21 (2), S. 244–249.

Santos P.S. & Tristram D. (2015) A practical guide to the diagnosis, treatment and prevention of neonatal infections. *Pediatric Clinics of North America* 62 (6), S. 491–508.

Seymour C.W., Liu V.X., Iwashyna T.J., Brunkhorst F.M., Rea T.D., Scherag A. et al. (2016) Assessment of Clinical Criteria for Sepsis: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *Journal of the American Medical Association* 315 (8), S. 762–774.

Singer M., Deutschman C.S., Seymour C.W., Shankar-Hari M., Annane D., Bauer M. et al. (2016) The Third International Consensus definitions for sepsis and septic shock (sepsis3). *Journal of the American Medical Association* 315 (8), S. 801–810.

Walmrath D., Grimminger F., Seeger W. (2001) Schwere Sepsis – neue Therapieverfahren. *Internist* 42 (12), S. 1619–1630.

Wollweber A., Gerlach H., Reinhart K. (2015) World Sepsis Day am 13.09.2015. *Anästhesiologie Intensivmedizin* 56 (6), S. 465–466.

Ylipalosaari P., Ala-Kokko T.I., Laurila J., Ohtonen P., Syrjälä H. (2006) Intensive care acquired infection is an independent risk factor for hospital mortality: a prospective cohort study. *Critical Care* 10 (2), R66.

Yu B., Tian H.Y., Hu Z.J., Zhao C., Liu L.X., Zhang Y. et al. (2013) Comparison of the effect of fluid resuscitation as guided either by lactate clearance rate or by central venous oxygen saturation in patients with sepsis. *Zhongguo wei zhong bing ji jiu yi xue* 25 (10), S. 578–83.

Zhang L., Zhu G., Han L., Fu P. (2015) Early goal-directed therapy in the management of severe sepsis and septic shock in adults: a meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Medicine* 13, S. 71.

Zimmerli W. & Trampuz A. (2003) Pathogenese und Therapie der Sepsis. *Schweizerisches Medizin-Forum* 35, S. 811–818.

Autorenkontakt:

Hardy-Thorsten Panknin, Fachjournalismus Medizin – Schwerpunkt klinische Infektiologie
Kontakt: ht.panknin@berlin.de
Dr. med. Frank-Rainer Klefisch, Kardiologische Nachsorge und Intensivmedizin, Paulinenkrankenhaus Berlin
Kontakt: klefisch@paulinenkrankenhaus.de
Prof. Dr. med. Ursula Müller-Werdan, Evangelisches Geriatriezentrum Berlin gGmbH, Lehrstuhl für Geriatrie der Charité - Universitätsmedizin Berlin
Kontakt: ursula.mueller-werdan@egzb.de
Prof. Dr. med. Stefan Schröder, Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie, Krankenhaus Düren gem. GmbH,
Kontakt: stefan.schroeder@krankenhaus-dueren.de

> Ein Lösungsmodell

Moralischer Stress in der Pflege

CINDY CARINA HOLSTEN

Pflegende haben einen hohen Anspruch an die Qualität ihrer Arbeit. Den können sie jedoch nicht immer umsetzen. Ein Grund dafür ist Zeitmangel, der zum Beispiel aus zu knappen Personalressourcen entsteht. Wer jedoch nicht so handeln kann, wie er es aus ethischen Gründen möchte, erlebt moralischen Stress. Das hier vorgestellte Modell zeigt Wege auf, um die Situation zu verändern.



Foto: 9nong/Fotolia

„Viele Pflegende leiden unter der Tatsache, dass sie wissen, was sie tun sollten, dies auch gerne machen würden, weil es ihrem eigenen Bild der Pflege entspricht, aber aufgrund knapper Ressourcen nicht tun können“ (Fölsch 2012, S. 139).

Die Problematik, die sich hinter diesem Zitat verbirgt, wird in der englischsprachigen Fachliteratur als moral distress (moralische Not) bezeichnet. Diese Erfahrung kann bei Pflegenden Gefühle von Frustration, Verzweiflung, Erschöpfung und Schuld hervorrufen (Epstein & Delgado 2010). Denn: Dem Patienten die bestmögliche Pflegequalität zukommen zu lassen, ist einer der Hauptansprüche innerhalb der Berufsgruppe der Pflege (American Association of Critical-Care Nurses 2008). Doch nicht immer kann dieses Ideal erreicht werden. Oft besteht ein Konflikt zwischen dem Pflegeverständnis mit individuellen Moral- und Wertevorstellungen und der Realität

mit ihren nur begrenzt verfügbaren Ressourcen.

Begrenzungen in der Pflege

Pflegende müssen während des Pflegealltags Prioritäten setzen. Gründe sind wirtschaftliche Engpässe, die daraus resultierende Personalknappheit und der wiederum daraus folgende Zeitmangel. Auch administrative Tätigkeiten sind mögliche Ursachen. Durch die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) ist die Aufenthaltsdauer der Patienten begrenzt. Die Bevölkerung wird im Rahmen des demografischen Wandels nicht nur immer älter, sondern weist vielfach Mehrfacherkrankungen auf. Für die Pflege bedeutet dies – neben der Personalknappheit – ein steigendes Arbeitsaufkommen, das in einer immer kürzeren Zeit zu bewältigen ist.

Doch es gibt auch Begrenzungen innerhalb einer Person selbst. Dazu gehö-

ren beispielsweise ein Mangel an Selbstbewusstsein, Selbstzweifel, der innere Drang, die Regeln zu befolgen und die Unfähigkeit, Situationen schnell und umfassend überblicken zu können. Diese Begrenzungen innerhalb einer Person können Ausdruck einer individuellen Persönlichkeit sein und diese schon vor Berufseintritt charakterisieren. Allerdings können sie auch durch begrenzte Ressourcen innerhalb einer Institution entstanden sein und sich verstärkt haben (Hamric 2012).

Fühlen sich Pflegende gestresst, beschreiben sie, dass sie Fragen und Anmerkungen der Patienten nur noch deutlich reduziert beachten. Verhärtete sich das Stressempfinden, fehlte ihnen oft die Fähigkeit, sich Hilfe zu holen. Manche Pflegende fragten die Kollegen nicht um Hilfe, da sie den Eindruck hatten, dass Stress zum Berufsalltag gehört. Sie gingen weiterhin ihren beruflichen Tätigkeiten wie gewohnt nach, jedoch mit steigendem Leistungsabfall und Kontrollverlust, sinkender Arbeitsmotivation, häufiger Abwesenheit durch Erkrankung, bis zum möglichen Austritt aus dem Beruf (Grønksjaer 2013).

Dabei ist ein gelebtes und bewusstes Moralempfinden seitens der Pflege eine wichtige Eigenschaft, um den Pflegealltag für den Patienten positiv zu gestalten!

Eintreten für das Wohlbefinden der Patienten

Durch mangelhafte Kommunikation, etwa mit dem Patienten und seinen Angehörigen über das Lebensende, sowie durch den Einsatz lebensverlängernder Maßnahmen, die nicht im Interesse des Patienten liegen, erleben Pflegekräfte ein intensives Gefühl von moralischer Verzweiflung. Sie erfahren das Phänomen am intensivsten, wenn sie für die Rechte und das Wohlbefinden des Patienten eintreten wollen, gleichzeitig aber durch institutionelle Begrenzungen daran gehindert werden. Dies tritt insbesondere dann auf, wenn sie durch finanzielle Engpässe und Personalkür-

zungen den Eindruck haben, keine hohe Pflegequalität leisten zu können. Dies zeigt eine qualitative Studie von Huffman und Rittenmeyer (2012).

Alltagsstress und Moralischer Stress

Stress im Berufsalltag äußert sich bei Pflegenden mit häufigen Fehlzeiten im Dienst und psychischen Problemen, wie Isolation, Ruhelosigkeit, Herzkreislaufproblemen oder Depression (Grønkaer 2013). Bemerkten Pflegenden die Stress-Symptome nicht oder ändern sie nichts an den Gegebenheiten, kann es zum Burnout-Syndrom kommen. Nach Scharnhorst (2008) ist das

Burnout-Syndrom eine psychologische Überanstrengung, die durch länger anhaltenden beruflichen Stress ausgelöst wird. Charakteristisch ist die emotionale Erschöpfung und Entkräftigung, mangelnde emotionale Ressourcen, Müdigkeit, ein Mangel an Empathie und sozialen Fähigkeiten. Durch die Bedingungen im pflegerischen Berufsalltag wechseln viele Pflegenden den Arbeitsplatz oder verlassen das Berufsfeld der Pflege ganz und orientieren sich neu. All dies sind die Auswirkungen von Stress im pflegerischen Alltag.

Moralischer Stress ist eine erweiterte Form vom Alltagsstress. Daraus muss aber nicht zwangsläufig moralische Verletzlichkeit folgen. Die Symptome

können indes ähnlich sein: Durch die wiederkehrenden Situationen moralischer Notlagen und den Nachklang dieser werden die Anspannung und das moralische Stressempfinden höher, was – ebenso wie im Fall des Alltagsstresses – dazu führen kann, dass Pflegenden ihren Arbeitsplatz oder sogar den Beruf verlassen.

Ansätze zur Stressbewältigung

Dem Medizinwissenschaftler Hans Selye nach ist Stress bis zu einer bestimmten Grenze gesund und kann die Leistung und Lebensqualität sogar erhöhen. Er nennt diese Art von Stress „eustress“ (1974, S. 127). Diesen „eustress“ sieht er im direkten Zusammenhang mit einer geschützten und guten Gesundheit. Er betont, dass man Stress nicht vermeiden kann und ständig neue psychische und physische Anforderungen auf das Individuum einwirken müssen. Wird der Druck jedoch zu hoch, verliert der Stress seinen positiven Effekt und kann nicht mehr bewältigt werden. Diese Art von Stress nennt Selye „distress“ (S. 127). Laut dem gesundheitserhaltenden Ansatz von Antonovsky (1987) bleiben Menschen gesund, wenn sie die Fähigkeit besitzen, die ihnen gegebenen Ressourcen zu nutzen. Menschen, die ein positives Kohärenzgefühl (die Empfindungsfähigkeit eines Individuums für die stimmige Verbundenheit mit sich selbst bzw. dem sozialen Gefüge) haben, sehen das Leben als bedeutungsvoll, begreiflich und lenkbar an – und können den Stress handhaben. Bezogen auf die Praxis beschreiben auch einige Pflegenden selbst eine durch institutionelle Begrenzungen verursachte, unberechenbare und zufällige Arbeitsumgebung im klinischen Bereich, in welcher sie kaum Möglichkeiten für einen Handlungsspielraum sehen (Grønkaer 2013).

Moralischen Stress aktiv bewältigen

Das Phänomen „moral distress“ ist im deutschsprachigen Raum bisher wenig untersucht (Kleinknecht-Dolf et al. 2015). Eine Möglichkeit der Bewältigung könnten Fort- und Weiterbildungen für Pflegenden – zugunsten eines gesunden Arbeitsumfeldes – sein (Fölsch 2012; Huffman & Rittenmeyer 2012). Einige Schulungsprogramme für Pflegenden

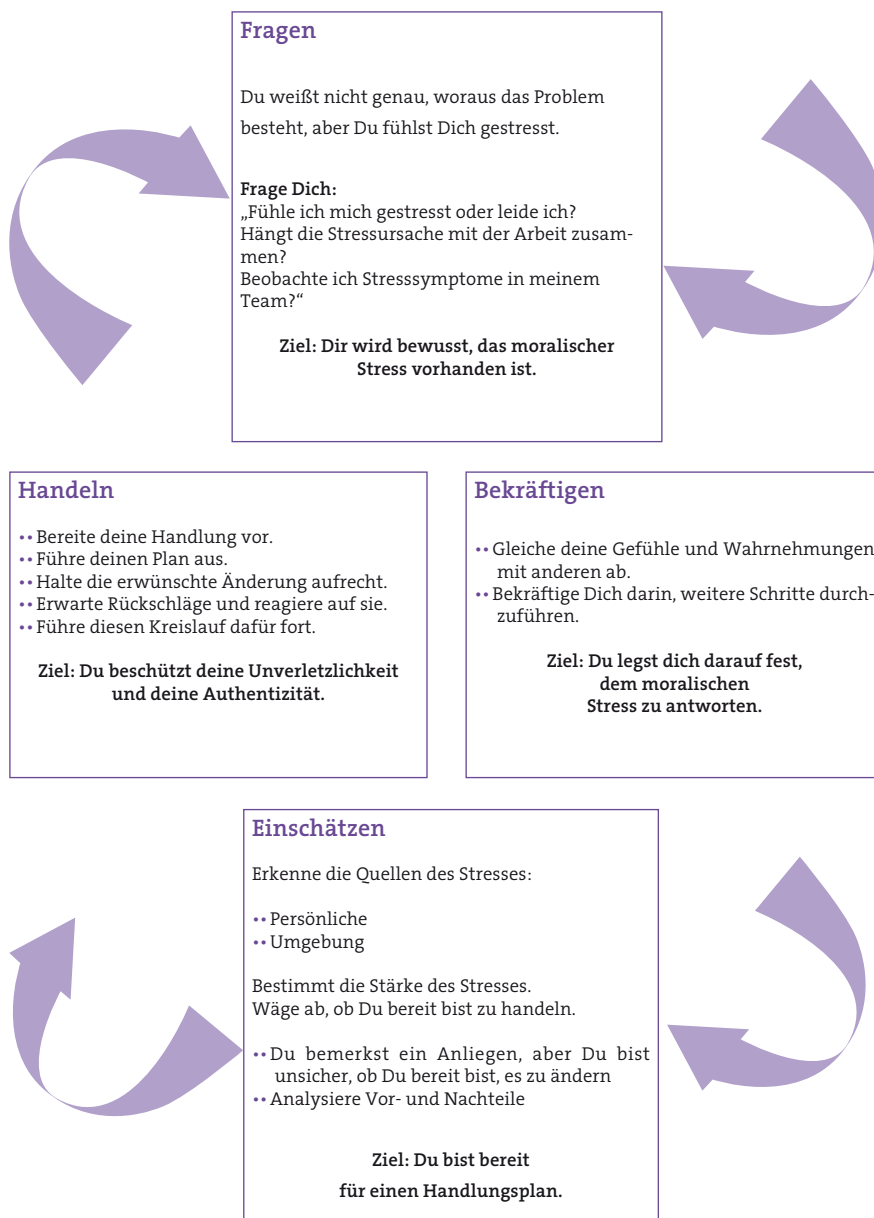


Abbildung 1: Sich gegen moralischen Stress erheben – ein Handlungskreislauf (Quelle: American Association of Critical-Care Nurses, Seite 2)

Schätze auf einer Skala von 0 bis 5 (0= gar nicht; bis 5= sehr) die folgenden Fragen ein:

1. Wie wichtig ist eine Änderung der Situation für dich?
2. Wie wichtig ist eine Änderung der Situation für deine Kollegen?
3. Wie wichtig ist eine Änderung der Situation für die Patienten und deren Angehörigen?
4. Wie stark ist dein Wunsch, eine Änderung der Situation zu versuchen?
5. Wie überzeugt bist du von deinen Fähigkeiten, Dinge zu ändern?
6. Wie entschlossen bist du auf diese Änderung hinzuwirken?

Zähle die eingeschätzten Zahlen zusammen und teile sie durch 6. Schau, in welche Einteilung sie im unten stehendem Barometer passt.

Barometer – Bereitschaft zu handeln

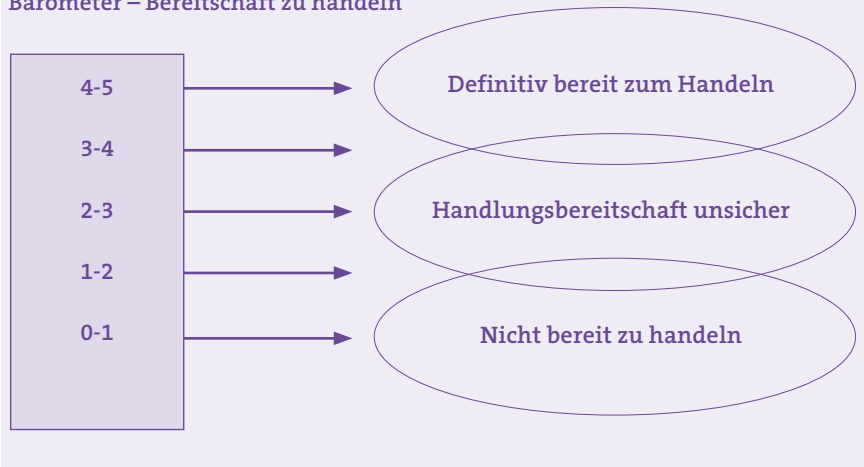


Abbildung 2: Selbsteinschätzung der Handlungsbereitschaft (Quelle: American Association of Critical-Care Nurses, Seite 5)

wurden bereits mit Hinblick auf moral distress fachgerecht beurteilt und geben Hinweise auf die angemessene Herangehensweise an das Phänomen im Klinikalltag. Es kann als Ansatz der Bewältigung auch sinnvoll sein, beratende und auf moral distress spezialisierte Ethikkomitees hinzuzuziehen (Hamric 2014). Die Ethikberaterin Doris Fölsch (2012) betont die Relevanz der Institutionen selbst, die trotz der begrenzenden Ressourcen einen Rahmen für ethisches Handeln bieten und einen Raum für angemessene ethische Diskussionen innerhalb des Behandlungsteams ermöglichen müssen. Nach Tietze (2010) können auch ethische Fallbesprechungen oder kollegiale Beratungen Raum schaffen, um moralischen Stress im Team zu bewältigen.

Die American Association of Critical-Care Nurses (AACN) hat als konkrete Antwort auf das Erleben der moralischen Verzweiflung bei Pflegenden ein Konzept entwickelt (Abbildung 1-3). Möchte man auf das Erleben von moralischer Verzweiflung eingehen, erfordert dies Veränderungen im Unternehmen,

innerhalb des Teams und der Pflegenden selbst. Die AACN hat einen Kreislauf entworfen, nach dem sich Pflegenden Schritt für Schritt ihrem Level von moralischem Stress bewusst werden und selbst Handlungsmöglichkeiten entwickeln können.

Der Prozesskreislauf startet damit, dass Pflegenden bereits erste Anzeichen von moralischer Verzweiflung oder einer Notlage bemerken. Im ersten Schritt wird durch verschiedene, von der AACN vorgegebene Fragen das erste Bewusstsein für moralischen Stress geweckt. Das Ziel ist also die Feststellung, dass moralischer Stress gegenwärtig ist. Im nächsten Schritt soll eine Pflegeperson ihre Verzweiflung und Verpflichtung gegenüber sich selbst bekräftigen. Sie soll sich außerdem vergewissern, dass sie eine professionelle Verpflichtung hat, die eigene Arbeitsumgebung möglichst gesund zu gestalten. Das Ziel ist es also auch, eine bewusste Selbstverpflichtung zu entwickeln, um das Gefühl der moralischen Verzweiflung anzugehen. Im dritten Schritt identifiziert eine Pflegeperson die Ursache für

ihren Stress innerhalb ihrer Person und ihrer Umgebung. Sie beobachtet, unter welchen Umständen die Symptome von moral distress erscheinen. Dies können bestimmte Pflegesituationen mit einem Patienten sein, in denen Pflegenden beispielsweise Handlungen ausführen sollen, welche sie für unnötig oder ungewünscht von Seiten des Patienten oder der Familie halten. Auch ein Mangel an Zusammenarbeit, Verfahren oder Praktiken seitens des Kollegiums können moralischen Stress aufleben lassen. Die Person hat die Aufgabe, die Stärke ihres Stresses zu ermitteln und über ihre Handlungsbereitschaft nachzudenken. Letzteres beinhaltet die Annahme, dass eine Pflegekraft ein Anliegen bemerkt, jedoch hinsichtlich der Handlungsbereitschaft zwiespältig ist. Deshalb sollen Pflegenden die Vor- und Nachteile analysieren. Die AACN hat aus diesem Grunde ein sogenanntes „Self-Assessment“ entwickelt (Abbildung 2).

Das 3-Schritte-Programm

Die Pflegekraft beantwortet für sich sechs Fragen mit einer Einschätzung von null bis fünf. Mit Hilfe dieses Instruments kann sie abschätzen, ob sie handeln sollte oder nicht. Falls sie noch unentschlossen sein sollte, kann sie mit Hilfe des „Benefits-Risks“-Instruments (Abbildung 3) einen besseren Zugang dazu erhalten, wie notwendig ihr Handeln wäre. Dazu werden alle Vorteile und Risiken aufgelistet und mit einer Einschätzung von 0 bis 5 versehen. Im Anschluss werden alle eingeschätzten Stärken der Vorteile und Risiken addiert und durch die Anzahl der einzelnen Themen der jeweiligen Rubrik dividiert. Für die Pflegekraft wird sichtbar, ob die Vorteile oder die Risiken zu handeln höher liegen. Ziel des dritten Schrittes ist also die Bereitschaft des Individuums, einen Handlungsplan zu erstellen.

Im letzten Schritt findet die praktische Ausführung statt. Die Pflegekraft bereitet sich dabei unter Berücksichtigung der eigenen Ressourcen auf die eigentliche Handlung vor. Dafür kann sie zum Beispiel einen Selbstpflegeplan erstellen, unterstützende Kollegen identifizieren und weitere Unterstützungsquellen suchen, wie ein Ethikkurs oder eine Literaturrecherche zur Problemstellung. Anschließend werden passende Handlungsstrategien entwickelt, die die gewünschten Veränderungen her-

Schreibe alle möglichen Vor- und Nachteile auf, die dir zu dem Anliegen, dass du ändern möchtest, einfallen. In der unten stehenden Liste sind einige Beispiele gegeben.

Schätze auf einer Skala von 0 bis 5 (0= gar nicht; bis 5= sehr) die Intensitäten deiner Vor- und Nachteile ein:

Vorteile	Intensität	Nachteile	Intensität
1. Die Handlung ist positiv für Patienten und Angehörige.		1. Manche Kollegen lehnen offene Besprechungen über Patienten ab.	
2. Mein Vorgesetzter unterstützt die Handlung.		2. Ärzte möchten keine Besucher auf Station während der Visite.	
3. Es gibt eine Forschungsgrundlage, die die Handlung unterstützt.		3. Es gibt festgefahrene Hierarchien.	
4. Mir fehlt die Energie oder Zeit um zu handeln.		4. Mir fehlt die Energie oder Zeit um zu handeln.	
5. Es gibt nur ungenügend Unterstützung, damit ich etwas ändern kann.		5. Es gibt nur ungenügend Unterstützung, damit ich etwas ändern kann.	
6. Die Risiken sind allgemein zu hoch (Sorgen über Kündigung, Rückschläge, kein Rückhalt im Team etc.).		6. Die Risiken sind allgemein zu hoch (Sorgen über Kündigung, Rückschläge, kein Rückhalt im Team etc.).	
7. Der ICN-Ethikkodex für Pflegende unterstützt das Anliegen.			

Zähle die Ergebnisse auf der Spalte für Vorteile zusammen und teile sie durch die Anzahl der gefundenen Items. Tue dasselbe bei den Nachteilen.

Beispiel: Vorteile, Punkte insgesamt= 31 geteilt durch 7 Items= 4,42
Nachteile, Punkte insgesamt= 14 geteilt durch 6 Items= 2,33

Wenn das Ergebnis bei den Vorteilen höher ist, als bei den Nachteilen, dann ist der richtige Zeitpunkt, um sich in der Handlungsnotwendigkeit zu bekräftigen und mutig zu handeln.

Abbildung 3: Ermittlung der Vor- und Nachteile (Quelle: American Association of Critical-Care Nurses, Seite 6)

vorbringen können. Ist beispielsweise die gegenwärtige Pflegesituation eines Patienten der Grund für das Empfinden von moralischem Stress, so gibt die AACN Ideen für eine mögliche Strategie vor. Zum Beispiel:

- Die Familie ermutigen, sich an Entscheidungen der Patientenpflege zu beteiligen und sich zu informieren. Als Befürworter des Patienten eintreten oder einen anderen Kollegen zum Patientenbefürworter ernennen. Ein Ethikkomitee einschalten.

Die Pflegeperson hat demnach die Aufgabe, gewünschte Veränderungen aufrechtzuerhalten. Dabei soll sie Rückschläge im Voraus erwarten, damit umgehen und daraus lernen. Ein erneutes Starten des Prozesskreislaufes kann helfen, neue Rückschläge zu verarbeiten und zu bewältigen. Ziel des letzten Schrittes ist folglich der Erhalt der per-

sönlichen Unverletzlichkeit, also der Integrität, und der Authentizität.

Bewusstsein wecken

Moralischer Stress kann bei Professionellen im Gesundheitssystem nicht gänzlich vermieden werden. Institutionelle Begrenzungen werden Pflegenden auch in Zukunft in Situationen mit eingeschränktem Handlungsspielraum bringen. Seitens der Institutionen und der Professionellen im klinischen Team muss also ein Bewusstsein für moral distress entwickelt und ein ethisches Arbeitsklima geschaffen werden. Dafür ist ein offener Austausch im Team und der Institution selbst erforderlich, in dessen Rahmen auch Platz für Kompetenzerweiterungen in Form von ethischen Schulungen gegeben sein muss. Auch sollten spezielle Themenbereiche für Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie für Studierende

der Pflege in den Lehrplan als präventive Komponente aufgenommen werden.

Gerade weil die Entwicklung im Gesundheitssystem als Teil der deutschen Wirtschaft kontinuierlich eine Begrenzung von Ressourcen verursacht, dürfen Themen der Ethik und der eigenen Moral- und Wertevorstellungen nicht vernachlässigt werden. Die Notwendigkeit, Pflege basierend auf ethischen Werten praktisch ausüben zu können, steht im Interesse des Patienten, der Pflegenden, der Ärzte, aller weiteren Professionellen im Gesundheitsbereich und auch im Interesse der Gesellschaft.

Dabei sollte an dieser Stelle noch erwähnt werden, dass die steigenden institutionellen Begrenzungen von den Professionellen des Gesundheitssystems nicht hingenommen werden dürfen. Stattdessen müssen die Beteiligten in Politik, Kliniken, Spitzenverbände und der Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflegenden konstruktiv an



Foto: Syda Productions/Fotolia

der Verbesserung der Pflegesituation in Deutschland arbeiten.

Dieser Artikel basiert auf der Bachelorarbeit „Moral distress bei Pflegenden durch institutionelle Begrenzungen: Möglichkeiten zur Bewältigung von moral distress im stationären Bereich“,

die im Rahmen des Dualen Studiengangs Pflege an der HAW Hamburg zum 01. Juni 2015 angefertigt wurde (Die vollständige Arbeit kann unter folgendem Link geöffnet werden: <http://edoc.sub.uni-hamburg.de/haw/volltexte/2016/3295/>). <<

Zusammenfassung

Moralischer Stress ist im pflegerischen Alltag stets präsent. Er tritt auf, wenn eine Person die ethisch korrekte Handlung kennt, sich jedoch durch institutionelle Begrenzungen machtlos fühlt, diese durchzuführen. Ethische Fallbesprechungen, kollegiale Beratungen oder das Hinzuziehen von Ethikkomitees können helfen. Ein hier vorgestellter Prozesskreislauf kann Pflegenden Schritt für Schritt dabei unterstützen, die Ursache für ihren moralischen Stress zu identifizieren und anhand des Modells Lösungsstrategien zu entwickeln.

Schlüsselwörter: *Moralischer Stress, Stressbewältigung, Ethik*



Literatur:

- American Association of Critical-Care Nurses (2008) Position Statement: Moral Distress. http://www.aacn.org/wd/practice/docs/moral_distress.pdf, Zugriff am 4. November 2016.
- Antonovsky A. (1997) Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. In: Alexa Franke (Hrsg.) (1997) Salutogenese. 1. Aufl. dgvt-Verlag, Tübingen.
- Epstein E.G. & Delgado S. (2010) Understanding and addressing moral distress. The Online Journal of Issues in Nursing 15 (3). <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/Courage-and-Distress/Understanding-Moral-Distress.html>, Zugriff am 4. November 2016.
- Fölsch D. (2012) Ethik in der Pflegepraxis: Anwendung moralischer Prinzipien auf den Pflegealltag. 2. Aufl. Facultas WUV Univ.-Verlag, Wien.
- GrønkJaer L. (2013) Nurses' experience of stress and burnout: a literature review. Klinisk Sygepleje 27 (1), S. 15–26. http://svemedplus.kib.ki.se/Default.aspx?Dok_ID=127556, 4. November 2016.
- Hamric A.B. (2012) Empirical research on moral distress: issues, challenges, and opportunities. HealthCare Ethics Committee Forum 24 (1), S. 39-49.
- Huffman D.M. & Rittenmeyer L. (2012) How professional nurses working in hospital environments experience moral distress: a systematic review. Critical care nursing clinics of North America 24 (1), S. 91-100.
- Kleinknecht-Dolf M., Frei I.A., Spichiger E., Müller M., Martin J.S., Spirig R. (2015) Moral distress in nurses at an acute care hospital in Switzerland: results of a pilot study. Nursing ethics 22 (1), S. 77-90.
- Scharnhorst J. (2008) Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland: Psychologie, Gesellschaft, Politik 2008. <https://www.bdp-verband.de/aktuell/2008/bericht/BDP-Gesundheitsbericht-2008.pdf>, Zugriff am 4. November 2016.
- Selye H. (1974) Stress without distress. http://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-1-4684-2238-2_9#page-1, Zugriff am 4. November 2016.
- Tietze K.-O. (2010) Kollegiale Beratung: Problemlösungen gemeinsam entwickeln. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg.
- Grafiken (eigene Übersetzung) original: American Association of Critical-Care Nurses. The 4 A's to Rise Above Moral Distress. Rushton CH, Westphal CG, chairpersons. Aliso Viejo, CA: American Association of Critical-Care Nurses. All rights reserved. Translated with permission from AACN; December 2016.

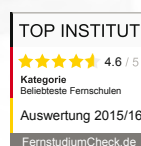
Autorenkontakt:

Cindy Carina Holsten, Gesundheits- und Krankenpflegerin mit Bachelor of Arts (Pflegerwissenschaften) im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf auf der Station für Neurochirurgie
Kontakt: c.holsten@uke.de

Fachkraft für Expertenstandards in der Pflege

Buchen Sie noch heute Ihre Fortbildung auf
www.mbd-online.de

- ✓ **Berufsbegleitend**
- ✓ **ZFU zugelassen**
- ✓ **Persönliche Betreuung**
- ✓ **Hohe Abschlussquote**
- ✓ **Bequeme Ratenzahlung**



> Patientenzentrierung in der Praxis

Gute Pflege umfasst persönliche Betreuung

FRIEDHELM HENKE

Übernehmen Fachkräfte in der Gesundheits- und Krankenpflege genauso wie Altenpfleger die erforderlichen Betreuungstätigkeiten ihres Klientels, das zunehmend multimorbider wird? Warum Pflege nicht ohne Betreuungsleistungen stattfinden kann und welche Möglichkeiten die praktische Umsetzung und Optimierung der Pflege bietet, erfahren Sie in diesem Plädoyer. Es geht um die praktische Umsetzung der Patientenzentrierung bei Personen mit erheblich eingeschränkten Alltagskompetenzen (PEA).



Foto: © Kzenony/Fotolia

Vorgaben der Pflegeberufsgesetze

Für die Ausbildung in der Altenpflege regelt das Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz AltPflG) seit 2003 in § 3 Absatz 1: „Die Ausbildung in der Altenpflege soll die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die zur selbständigen und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen erforderlich sind. [...]“. Im Berufsgesetz der Gesundheits- und Krankenpfleger/in finden sich keine konkreten Angaben zur Betreuungsaufgabe der Pflegekräfte. Der § 5 aus dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG) formuliert unter Absatz 3: „Die Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen 1. die folgenden Aufgaben selbstständig auszuführen: [...] g) Erhaltung, Wiederherstellung, Förderung, Aktivierung und Stabilisierung individueller Fähigkeiten der zu pflegenden Menschen insbesondere im Rahmen von Rehabilitationskonzepten sowie die Pflege und Betreuung bei Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten [...]“.

Pflegebedarfserfassung und Pflegeprozess führen zur Betreuung

Erst durch den Beziehungsprozess wird der Problemlösungsprozess (Henke & Horstmann 2016) zum eigentlichen „Pflegeprozess“, indem er schließlich die individuellen Bedürfnisse und Wünsche des Pflegebedürftigen im Rahmen einer ganzheitlichen Sichtweise integriert. Zudem werden damit die Fähigkeiten

Betreuungsbedarf in Kliniken

Schon kurz nach der Aufnahme eines Patienten in einem Krankenhaus kann es passieren, dass sich der Patient desorientiert verhält, während ein ihn begleitender Angehöriger zur Zentrale geht, um Telefon und Fernsehen anzumelden. Er oder sie, auf seinem Zimmer allein zurückgelassen, packt die Reisetasche wieder ein, zieht die Straßenkleidung an und ruft dem Angehörigen zu: „Ah, da bist du ja! Kannst du mich nach Hause bringen?“ Die Angehörigen sind über eine derartige akute Bewusstseinsstörung (Delir) des Patienten verständlicherweise besorgt.

Sie wünschen sich eine möglichst direkte und engmaschige persönliche Betreuung für den Patienten, wenn sie ihn in der Klinik zurücklassen. Auch Argumenten, wie der „Patient braucht jetzt Ruhe“ und dürfe nicht mit weiteren Aktionen belastet werden, können Angehörige nicht unbedingt folgen. Sie haben das berechtigte Gefühl, dass der Patient trotz räumlicher, zeitlicher, persönlicher und/oder situativer Orientierungsstörungen mehr oder weniger auf sich selbst gestellt ist. Hinzu kommt der Gedanke, dass dem Pflegepersonal vielerorts die erforderliche Zeit für den individuellen Betreuungsbedarf einzelner Patienten fehlt.



Foto: © Kzenon/Fotolia

und der Unterstützungs- und Pflegebedarf des jeweiligen Pflegebedürftigen systematisch verdeutlicht und berücksichtigt. Der Patient erfährt hierbei ein echtes und spürbares Interesse an seiner Person, seiner Biografie und seinem individuellen Umfeld. Er und auch seine primären Bezugspersonen erhalten individuelle Unterstützung. Wichtig ist es, diese Planungs- und Arbeitsschritte im Rahmen eines gemeinsamen Aushandlungsprozesses, also zusammen mit der zu pflegenden Person, festzulegen. Erst dann können sämtliche Bedürfnisse berücksichtigt und ein möglichst großes Maß an Zufriedenheit erreicht werden. Dazu ist eine vertrauensvolle Beziehung notwendig. Diese kann nur im Kontext einer gelungenen Kommunikation (Rogers 2016) zwischen Klient und Pflegeperson geschaffen werden, denn ohne diese Vertrauensbasis gibt der Patient seine Gedanken, Ansprüche und Wünsche kaum preis. Als Folge würden bestehende Pflegeprobleme nicht erfasst oder verkannt und Ressourcen sowie Bedürfnisse verfälscht dokumentiert, was wiederum Probleme in der täglichen Praxis nach sich zöge. Ebenso wie dieser Beziehungsprozess wirkt sich das Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Neues Begutachtungsassessment, NBA) im Modul 6 „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ auf den Kernbereich der Betreuung aus. Bewertet wird hier zum Beispiel, wie der Tagesablauf und die täglichen Aktivitäten der zu pflegenden Person gestaltet sind.

Patientenzentrierung mittels Betreuungskonzepten

Der britische Psychologe Tom Kitwood (1995) stellt mit seinem Ansatz der personenzentrierten Pflege die Einzigartigkeit der Person in den Mittelpunkt. Der Erhalt sowie die Stärkung des „Person-Seins“ ist Kitwoods oberstes Ziel, um den Prozess einer Demenzerkrankung positiv zu beeinflussen. Ähnlich wie niederschwellige Betreuungsangebote im Sinne der Pflegeversicherung und des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes, die Entlastungsangebote für pflegende Angehörige darstellen, sind Betreuungsangebote zumindest teilweise auch im Klinikbereich geeignet. Zur praktischen Patientenzentrierung eignen sich verstärkte praktische Umsetzungen dieser aktuell vorwiegend im Bereich der Altenpflege vorzufindenden Betreuungsangebote. Diese werden im Folgenden kurz erläutert:

1. Milieutherapie

Sie bezieht sich sowohl auf die räumliche Umgebung als auch auf Umgangsformen und Aktivitäten. Sie soll Überforderung abbauen sowie Sicherheit und Geborgenheit vermitteln. Dazu gehört unter anderem eine feste Bezugsperson.

2. Validation

Naomi Feil stellt in ihrem Konzept die subjektive Realität des Betroffenen auch bei Orientierungsstörungen niemals in Frage. Der Schlüssel zu einer adäquaten

Kommunikation ist ihrer Ansicht nach die Validation (also das „Für-Gültig-Erklären“).

3. Biografiearbeit

Die Beschäftigung mit den persönlichen Lebensereignissen des im Mittelpunkt stehenden Klienten ist in sämtlichen Betreuungskonzepten ein wesentlicher Bestandteil. Im Alter ist besonders bei demenziell erkrankten Menschen das Kurzzeitgedächtnis eingeschränkt und das Langzeitgedächtnis, welches Lebenserfahrungen speichert, noch relativ intakt.

4. Reminiszenz-Therapie (Erinnerungs- und Selbsterhaltungstherapie)

Diese Therapie kann Erinnerungen durch bekannte Märchen oder Musikstücke aufleben lassen und bei den Betroffenen – einzeln oder in Gruppen – die geistige Anregung fördern. Hier geht es auch um den Erhalt des Wissens um die eigene Persönlichkeit, z. B. durch alte Fotos oder Geschichten aus dem eigenen Leben.

5. Snoezelen

Dieses Betreuungskonzept stammt aus dem Holländischen und bedeutet so viel wie „schnüffeln“ und „dösen“. Wenn der Umgang mit Sprache schwierig wird, können die Betroffenen über die Sinne, das heißt über das Hören, Riechen, Sehen, Schmecken und Fühlen sowohl angeregt als auch entspannt werden.

6. Aromapflege

Ätherische Essenzen können in der Gesundheitsförderung verwendet werden und zum Beispiel bei Unruhezuständen und Schlafproblemen wohltuend sein, wenn bei der Anwendung bestimmte Grundregeln insbesondere hinsichtlich der Dosierung und Verträglichkeit beachtet werden.

7. Basale Stimulation

Es handelt sich um Beschäftigung und Verständigung mittels sinnlicher Wahrnehmung (wie in der „Urkommunikation“) über gezielte Empfindungsreize, zum Beispiel mit visuellen oder akustischen Reizen sowie Berührungen und/oder Anregungen des Geruchs- und Geschmacks- sowie des Tast- und Greifsinnes.



Foto: © Kzenon/Fotolia

8. Realitätsorientiertes Training (ROT)

Primäres Ziel ist es hierbei, die Gedächtnisleistung zu steigern sowie die zeitliche, örtliche, situative und personelle Orientierung zu verbessern. Konkrete Beispiele sind das Anbringen großer Uhren, Kalender, Wegweiser und Namensschilder sowie die farbliche Gestaltung verschiedener Funktionsbereiche. Dieses Konzept soll nicht korrigierend erfolgen, also für den Klienten nicht belastend sein. Zielführender sind dagegen eine an die jeweilige Individualität des Patienten angelehnte Orientierungshilfe sowie eine personenzentrierte Raumgestaltung- und Tagesstrukturierung. Dies lässt sich in Kliniken allerdings nur schwer verwirklichen.

9. Humor in der Pflege

Miteinander zu lachen schafft Momente der Vertrautheit und setzt „Glücks-

hormone“ (Endorphine) frei. Eine heitere und fröhliche Stimmung (z. B. durch alltäglichen Humor oder professionelle Klinikclowns) trägt zu einer entspannten Arbeitsatmosphäre bei und wirkt sich positiv auf die Stimmung der Klienten aus.

10. Musik in der Pflege

Auch die gezielte Anwendung von Musik (jedoch keine überreizende und unreflektierte Dauerbeschallung) fördert Erinnerungen und Bewegungen der Patienten. Bekannte Musik sowie vertraute Geräusche können helfen, die Identität des Menschen so lange wie möglich zu erhalten, seine körperliche, geistig-seelische und soziale Gesundheit zu fördern. Musik fördert insbesondere die Kontaktfähigkeit der Klienten und hilft häufig dabei, Personen mit kognitiven Einschränkungen emotional zu stabilisieren. <<

Zusammenfassung

Pflege und Betreuung sind nicht nur im Bereich der Altenpflege, sondern insbesondere in der Gesundheits- und Krankenpflege untrennbar miteinander verbunden. In Sachen Pflege und Betreuung kann der Gesundheits- und Krankenpflegeberuf viel vom Altenpflegeberuf übernehmen und von ihm lernen. Angesichts einer ständigen Arbeitsverdichtung und zunehmenden herausfordernden Verhaltensweisen von Personen mit erheblich eingeschränkten Alltagskompetenzen (wie Menschen mit Demenz) sind besonders im Krankenhaus mehr Betreuungsangebote fachbereichsübergreifend auszuprobieren. Erst dann können die Angehörigen eine PEA mit etwas mehr Ruhe und Zuversicht in stationären Einrichtungen zurücklassen.

Schlüsselwörter: *Betreuung, Betreuungskonzepte, Patienten mit erheblich eingeschränkten Alltagskompetenzen, Patientenzentrierung*



Literatur

Bundesministerium für Gesundheit (2016) Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG). http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/160308_Pflegeberufsgesetz.pdf, Zugriff am 17. Oktober 2016.

Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (2003) Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz AltPflG). <https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/altplfg/gesamt.pdf>, Zugriff am 16. Oktober 2016.

Henke F. & Horstmann C. (2016) Pflegeplanung exakt formuliert und korrigiert. Arbeitshilfen für Lehrende und Lernende. 4. Aufl. Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Kitwood T. (2003) Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Huber, Göttingen.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (2008) Grundsatzstellungnahme Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen. <https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Grundsatzstellungen/Grundsatzst-Demenz.pdf>, Zugriff am 17. Oktober 2016.

Rogers C. (2016) Personenzentrierte Gesprächstherapie. <http://www.carlrogers.de/sites/entwicklung-personenzentrierte-gespraechstherapie.html>, Zugriff am 17. Oktober 2016.

Autorenkontakt

Friedhelm Henke, Anröchte-Berge, Lehrer für Pflegeberufe am Stift Cappel-Berufskolleg in Lippstadt im Differenzierungsbereich Pflege und Betreuung und Fachbuchautor, Gesundheits- und Krankenpfleger, Multiplikator der Bundesregierung zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation, Verfahrenspfleger nach dem Werdenfelser Weg
Kontakt: Friedhelm.Henke@gmx.de
Internet: www.menschenpflege.de

› Theorie-Praxis-Transfer

Praxisanleitung in der Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildung

DAJANA BENNER & CORINNA KRONSTEINER-BUSCHMANN

Seit dem 1. Januar 2004 sind die ausbildenden Praxiseinrichtungen gem. Paragraph 2 KrPflAPrV verpflichtet, eine geplante und strukturierte praktische Ausbildung anzubieten. Für die Umsetzung dieser Aufgabe sollen Praxisanleiter als Bindeglied zwischen Praxis und Schule eingeteilt werden.



Foto: spotmatikphoto/Fotolia

Diese Praxisanleiter (PA) übernehmen eine wichtige Rolle in der Ausbildung und tragen zur Verbesserung des Theorie-Praxis-Transfers bei. Zu ihren wichtigsten Aufgaben zählen die Begleitung, Förderung und Beurteilung der Auszubildenden. Sie organisieren, strukturieren und koordinieren die praktische Ausbildung und die Einarbeitung neuer Mitarbeiter. Die Stellung der Berufsgruppe der Praxisanleiter ist je nach Bundesland unterschiedlich geregelt, und auch die nötigen Vorkenntnisse und Eignung sind nicht berufsgesetzübergreifend festgelegt. Es existieren lediglich Aussagen hinsichtlich Qualifizierung, Umfang und Aufgaben der Praxisanleitung, ebenso fehlen klare Vorgaben, wie und ob Praxisanleiter freigestellt werden können (Mamerow 2010).

Praxisanleiter – kein einfacher Job

Erste Studien zum Thema Praxisanleitung belegen, dass die gesetzlich festgelegten Vorgaben nicht oder nur teilweise eingehalten werden (LPR BW 2014). Demnach ist die gemeinsame Zeit in Anleitungssituationen von Praxisanleiter und Auszubildenden zu gering (durchschnittlich 8,48 Stunden pro Monat). So finden Anleitungssituationen und Reflektionsgespräche häufig außerhalb der Dienstzeit statt (40 %), und weniger als die Hälfte der Praxisanleiter erhält dafür eine entsprechende Vergütung (48 %) (Demal et al. 2013).

Der unklare Status und die häufig nicht eingehaltenen gesetzlichen Anforderungen erschweren die Arbeit der Pra-

xisanleiter in den Einrichtungen. Hinzu kommen die Rollenpluralität dieser Berufsgruppe und die damit verbundenen unterschiedlichen Erwartungen. Denn es gilt die eigene pflegerische Berufsqualifikation, die berufspädagogische Qualifikation, die Prüfungsverantwortung sowie die individuelle Selbstverantwortung zu vereinen.

Eine hochwertige Weiterbildung ist unumgänglich

Im Hinblick auf die vielfältigen An- und Herausforderungen bei dieser Berufsgruppe bedarf es einer gut strukturierten, fachlich und pädagogisch hochwertigen Zusatzqualifikation, um der Rolle des Praxisanleiters gerecht werden zu können.

Eine Möglichkeit der Zusatzqualifikation soll am Beispiel der Praxisanleitungsbildung am DRK-Bildungszentrum für Gesundheitsberufe Hachenburg vorgestellt werden. Seit 2006 wird dort das in Zusammenarbeit mit den zentralen Praxisanleitern der DRK Trägereinrichtungen erarbeitete Konzept zur praktischen Ausbildung verwendet.

Weiterbildung zum Praxisanleiter am DRK Bildungszentrum Hachenburg

Diese berufspädagogische Weiterbildung qualifiziert Pflegekräfte für fachkompetente, reflektierte und professionelle Anleitung, Beratung sowie situative Begleitung der Schüler in der Praxis. Die Weiterbildung erfolgt nach den Grundsätzen der Erwachsenenpädagogik mit handlungsorientierten Methoden sowie der Selbst- und Praxisreflexion. Das Konzept der Weiterbildung wurde in Kooperation mit der Werner Schule des Verbandes der Schwesternschaft durchgeführt.

Die 260 Gesamtstunden der berufs begleitenden Weiterbildung gliedern sich in theoretische Präsenzphasen, Hospitationen und Selbststudienzeit. Die Inhal-

te der Qualifizierungsmaßnahme tragen zur Förderung der pflegfachlichen, methodischen sowie der psychosozialen und kommunikativen Kompetenz bei. Zudem werden die rechtlichen Aspekte der praktischen Ausbildung vermittelt.

Die Weiterbildung schließt mit einer Abschlussarbeit und einem Kolloquium ab. Die Absolventen erhalten schließlich ein Zertifikat und einen Nachweis der theoretischen und praktischen Inhalte.

Ausbildung am DRK Bildungszentrum Hachenburg

Zielsetzung und Organisation der Praxisanleitung

Das wesentliche Ziel der praktischen Anleitung ist es, eine qualifizierte Umsetzung der theoretischen Ausbildung in der Praxis sicherzustellen. Dabei muss die Zielvorgabe des aktuellen Ausbildungsgesetzes berücksichtigt werden. Die praktische Anleitung in der Gesundheits- und Krankenpflege am Bildungszentrum Hachenburg wird einerseits durch den Einsatz von zentralen (also übergreifend für alle Auszubildenden in der Einrichtung zuständigen) Praxisanleitern gestaltet, die für ihre Aufgaben vom Arbeitgeber freigestellt werden. Zum anderen gibt es dezentrale Praxisanleiter, die die Auszubildenden auf den Stationen und in den Abteilungen betreuen. Dabei arbeitet mindestens ein dezentraler Praxisanleiter in jeder einzelnen Abteilung. Sie führen die praktischen Anleitungen im Rahmen ihrer eigenen Pflgetätigkeit durch.

Formal sind beide Berufsgruppen der Pflegedirektion unterstellt. In fachlicher und organisatorischer Hinsicht unterstehen die zentralen Praxisanleiter der Leitung des Bildungszentrums, während die dezentralen Praxisanleiter der Pflegedirektion untergeordnet sind.

Aufgaben der Praxisanleiter

Die Organisation und Durchführung der fachlichen Aufgaben nehmen die zentralen Praxisanleiter selbständig und eigenverantwortlich wahr.

Zu den wesentlichen Tätigkeiten zählen Planung, Organisation, Durchführung, Nachbereitung und Dokumentation der praktischen Anleitungen sowie die Beratung und Begleitung aller Auszubildenden, während sie Lernaufgaben des Bildungszentrums bearbeiten. Eine weitere Aufgabe ist es, die Praxismappe zu überprüfen, inklusive der

beurteilenden Dokumentation der praktischen Einsätze. Zudem führen die zentralen Praxisanleiter nach jedem praktischen Einsatz Gespräche mit den Auszubildenden, arbeiten intensiv mit den dezentralen Praxisanleitern zusammen und sind für einen ständigen Informationsaustausch mit dem Schulteam zuständig. Sie nehmen als Mitglieder der Prüfungskommissionen an den praktischen Abschlussprüfungen teil, gestalten den praktischen Unterricht mit, beteiligen sich an der Erstellung von Lernaufgaben und entwickeln praktische Ausbildungskonzepte. Hinzu kommt die Organisation und Gestaltung der monatlichen dezentralen Praxisanleitertreffen in Absprache mit dem Bildungszentrum.

Zu den Aufgaben der dezentralen Praxisanleiter gehören insbesondere die Planung, Organisation, Durchführung, Nachbereitung und Dokumentation der praktischen Anleitungen sowie die Begleitung der Auszubildenden auf der jeweiligen Station. Sie kontrollieren die Tätigkeiten der Auszubildenden oder Praktikanten und geben Rückmeldung an die Stationsleitung und die zentralen Praxisanleiter.

Im Gegensatz zu den zentralen PA sind die dezentralen Praxisanleiter nicht nur dafür zuständig, Auszubildende auf den Stationen anzuleiten und zu begleiten, sondern sie betreuen auch weitere Lernende wie etwa Praktikanten.

Außerdem tragen die dezentralen Praxisanleiter bei der Umsetzung des Qualitätsmanagements zur Motivation der Mitarbeiter, Auszubildenden und Praktikanten bei.

Folgend werden nun der Aufbau und die Struktur der praktischen Ausbildung am DRK Bildungszentrum Hachenburg näher erläutert. Wesentliche Bestandteile sind das Lernfeldkonzept, die Kompetenzorientierung sowie der Einsatz von Praxisaufgaben und einer Praxismappe.

Strukturierung der praktischen Ausbildung Lernfeldkonzept

Das 1996 in die berufliche Bildung eingeführte Lernfeldkonzept verordnet eine stärkere Ausrichtung des Berufsschulunterrichts an den „Prozessen beruflicher Tätigkeiten“. Eine Strukturierung der Lehrpläne in Lernfelder unterstützt laut Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutsch-

land (KMK) diesen Tätigkeitsbezug und fördert den Transfer von theoretischem Wissen in die Praxis. Das Lernfeldkonzept geht davon aus, dass der intensivere Berufs- und Handlungsbezug des schulischen Unterrichts die Anwendung von Wissen im beruflichen Tätigkeitsfeld erleichtert und der Erwerb von Handlungskompetenz, als übergeordnetes Ziel der beruflichen Bildung, unterstützt wird (KMK 2000). Gemäß der KMK-Definition sind Lernfelder „... durch Zielformulierung, Inhalte und Zeitrichtwerte beschriebene thematische Einheiten, die an beruflichen Aufgabenstellungen und Handlungsabläufen orientiert sind.“ (KMK 2000, S. 14).

Lernfelder sind didaktisch begründete, für den Unterricht aufbereitete Handlungsfelder und vereinen, entsprechend der beruflichen Wirklichkeit, komplexe Aufgabenstellungen mit beruflichen, gesellschaftlichen und individuellen Aspekten (KMK 2000).

Für die Bewältigung solcher Aufgabenkomplexe sind umfassende Kompetenzen erforderlich.

Kompetenzen

Der Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) definiert Kompetenz als „... die Fähigkeit und Bereitschaft des Einzelnen, Kenntnisse und Fertigkeiten sowie persönliche, soziale und methodische Fähigkeiten zu nutzen und sich durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten“ (AK DQR 2011, S. 4). Demnach wird „Kompetenz“ als umfassende Handlungskompetenz verstanden. Dazu zählen Fach-, Personal-, Sozial-, Methoden-, Lern- und Kommunikationskompetenz (Bader & Müller 2002; KMK 2011).

Dies gelingt nur, wenn diese verschiedenen Fähigkeiten erlernt und miteinander verknüpft werden (Bader & Schäfer 1998).

Dokumentation der praktischen Ausbildung

Nachweis Lernort Praxis

Zum Nachweis des Lernstandes und Lernverlaufs der Auszubildenden werden Lernziele für die praktischen Einsätze festgelegt, die es im Verlauf der Ausbildung zu erreichen gilt.

Unter Einbezug des Rahmenlehrplans Rheinland-Pfalz und der Empfehlungen für den „Lernort Praxis“ wurden für die einzelnen Module entsprechende Lernziele formuliert. Demzufolge ist der

Aufbau des Nachweises „Lernort Praxis“ modular und curricular strukturiert. Die jeweiligen Lernziele werden je nach Ausbildungsstand stufenweise bearbeitet bzw. realisiert. Beginnend mit dem Schritt „zusehen, erklärt bekommen“ bis hin zum Endziel „die Fähigkeit erreicht“ werden die Inhalte zu unterschiedlichen Zeitpunkten auf verschiedenen Stationen mehrfach wiederholt und geübt. Somit verbindet dieses lehrplangestützte Konzept den „Lernort Praxis“ mit den theoretischen Inhalten.

Ziel dieses Konzeptes ist es, den Theorie-Praxis-Transfer zu verbessern und den Auszubildenden einen Ausbildungsverlauf an die Hand zu geben – damit sie mehr Kompetenzen erlangen. Laut Bildungsrat sollen die Schüler am „Lernort Praxis“ „Pflege lernen“ in Kooperation mit dem „Lernort Schule“, an dem sie „für die Pflege lernen“ (ADS et al. 2004, S. 5).

Praxisaufgaben

Gemäß der Vorgaben des Rahmenlehrplans Rheinland-Pfalz wurden zu den Lernzielen für die einzelnen Module Praxis- bzw. Lernaufgaben konzipiert.

Lernaufgaben haben den Zweck, bewusste und zielgerichtete Lernprozesse auszulösen und zu gestalten. Laut der konstruktivistischen Lerntheorie wird dadurch das aktive Lernen unterstützt. Dieser Prozess geschieht unter authentischen Bedingungen, da die Lernaufgaben im praktischen Einsatz an eine

reale Situation gebunden sind (Müller 2005). Während die Auszubildenden die Lernaufgaben bearbeiten, wird das vorhandene Vorwissen mit neuem Wissen kombiniert und mit konkreten Handlungssituationen verbunden, was es den angehenden Pflegekräften in Zukunft erleichtern soll, in ähnlichen Situationen diese neuen Handlungsstrategien praktisch anzuwenden. Durch die Bearbeitung von Lernaufgaben wird die Entwicklung beruflicher Handlungskompetenz gefördert (Müller 2005).

Somit sind die Lernaufgaben fester Bestandteil der praktischen Ausbildung am DRK Bildungszentrum Hachenburg. Sie werden von den Auszubildenden innerhalb der Praxisphasen mit Hilfe des Praxisanleiters durchgeführt. Die Anzahl der Lernaufgaben orientiert sich an der Dauer der Praxisphase und den modularen Vorgaben. Die Bearbeitung erfolgt vom Auszubildenden in schriftlicher Form. Kontrolliert und reflektiert werden die Lernaufgaben durch die zentralen Praxisanleiter.

Praxismappe

Zum Ausbildungsbeginn erhält jeder Auszubildende eine sogenannte „Praxismappe“. Sie dient als Informationsquelle und zur Dokumentation der praktischen Ausbildung. Diese Mappe enthält wichtige Informationen, Praxisaufträge, Lernziele und Formulare sowie arbeitsrechtliche Schriftstücke zu Datenschutz, Schweigepflicht, Krankmeldung etc., die

für einen erfolgreichen und geplanten Ausbildungsverlauf notwendig sind.

Kommunikation

Der kontinuierliche Informationsaustausch muss sichergestellt werden. Deswegen sprechen die Praxisanleiter untereinander und tauschen sich mit dem Bildungszentrum aus. Hinzu kommen regelmäßige Treffen, zum einen die monatliche Praxisanleiter-Arbeitsgruppe (PA-AG) zum Fachaustausch der zentralen PA mit der Leitung des Bildungszentrums sowie Weiterentwicklung und Evaluation der praktischen Ausbildung. Zum anderen gibt es das monatliche Praxisanleitertreffen, in dem sich die dezentralen, die zentralen Praxisanleiter, die Pflegedirektion einer Einrichtung sowie die zuständigen Lehrer des Bildungszentrums zusammenfinden.

Erfahrungen

Soweit so gut, aber wie kommt das Konzept bei den Betroffenen an? Wie sind die Rückmeldungen der Praxisanleiter, der Lehrenden und der Auszubildenden? Befragungen ergaben, dass insbesondere der Einsatz von zentralen Praxisanleitern als positiv bewertet wurde. Dabei nimmt der Aspekt „Zeit“ eine besondere Stellung ein. Durch die Freistellung steht dieser Berufsgruppe ausreichend Zeit für die Anleitungen, deren Vorbereitung und Nachbesprechung sowie für individuelle Tipps zur Verfügung. Die Auszubildenden lobten zudem die Fachkompetenz,

Anzeige



Susanne Danzer

Palliative Wundversorgung

2016. 143 Seiten, 28 Abb., 26 Tab. Kart. € 16,-

ISBN 978-3-17-029096-9

Pflegekompakt

auch als
EBOOK

Die Zahl der Patienten, die eine palliative Wundversorgung benötigen, nimmt stetig zu. Insbesondere die Versorgung von Tumorzellen und deren Problematiken ist eine Herausforderung. Das Werk, das diesen Aspekt bei der Versorgung von Betroffenen im Palliativbereich herausgreift, bietet als kompaktes Nachschlagewerk hierfür eine Lösung. Durch die anschauliche Verknüpfung von Theorie und Praxis zeigt es die Umsetzung bei der Versorgung von Menschen mit Wunden in Palliativsituationen.

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

150 Jahre
Kohlhammer

das „Anspruchsbarein“ und das Äußern konstruktiver Kritik seitens der zentralen als auch dezentralen Praxisanleiter.

Kritikpunkte waren v.a. der Zeitmangel und die personelle Besetzung der dezentralen Praxisanleiter auf den einzelnen Stationen. Der Ausfall der zentralen Praxisanleiter wegen Krankheit oder Urlaub wird als „Lücke“ wahrgenommen – was noch einmal bestätigt, sie wichtig die Berufsgruppe ist.

Der Praxisnachweis in Form von Praxismappe und Lernaufgaben ermöglicht eine strukturierte, zielgerichtete Ausbildung. Die Praxismappe gibt den Auszubildenden und den anleitenden Pflegekräften einen Überblick über die praktisch zu erlernenden Inhalte und zeigt die Entwicklung eines Auszubildenden während seiner Ausbildungszeit. Durch den Einsatz von Praxis-/Lernaufgaben wird die Entwicklung von Handlungskompetenz gefördert. Von einem konkreten Arbeitsauftrag geleitet, bildet der Auszubildende Strategien aus, um die jeweilige Pflegesituation zu bewältigen, und betrachtet im Nachhinein kritisch seine pflegerische Arbeit.

Die Praxisanleiter-AG ist ein wichtiger Bestandteil der Informationsweitergabe zwischen Praxis und Schule. Zudem profitieren die zentralen Praxisanleiter von einem gegenseitigen Austausch während dieses Treffens. Durch den kontinuierlichen Informationsaustausch und die Reflektion der praktischen Ausbildung wird eine Weiterentwicklung des Praxiskonzeptes ermöglicht.

Die in den einzelnen Einrichtungen stattfindenden Sitzungen der Praxisanleiter stellen eine direkte Schnittstelle zwischen Schule und Praxis dar und sind wichtig für die Organisation der Ausbildung in der Praxis. In diesen Treffen wird die Entwicklung der einzelnen in dieser Einrichtung eingesetzten Auszubilden-

den reflektiert. Probleme, Lerndefizite aber auch Stärken werden erkannt und Unterstützungs- bzw. Förderungsmaßnahmen können besprochen werden. Somit ermöglichen die Praxisanleitersitzungen eine zielgerichtete, praktische Ausbildung der einzelnen Auszubildenden.

Resümee und Ausblick

Mit diesem Konzept können die rechtlichen Anforderungen erfüllt werden, jedoch ist viel Engagement der zentralen und dezentralen Praxisanleiter notwendig. Die zentralen Praxisanleiter sind für ihre Tätigkeit freigestellt, wohingegen die dezentralen die Praxisanleitung neben ihrer alltäglichen pflegerischen Arbeit leisten müssen. Ein erster Schritt wäre es, dass auch die dezentralen Praxisanleiter auf ihren Stationen strukturierte Anleitungen planen und durchführen können. Dazu müsste die praktische Anleitung organisatorisch mehr Berücksichtigung bei der personellen Besetzung und Dienstplangestaltung finden – was sich in Zeiten des Personalmangels häufig als schwierig erweist.

Wünschenswert wäre, dass sich alle Berufsgruppen in der Praxis für die praktische Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege verantwortlich fühlen und diesen Prozess unterstützen.

Das Konzept der praktischen Ausbildung soll dazu beitragen, dass diese Verantwortung auf die gesamte Einrichtung übertragen und von den einzelnen Personen wahrgenommen wird.

Die Ausbildung von Pflegefachkräften in den Gesundheitsberufen wird im Hinblick auf die demografische Entwicklung immer wichtiger: Denn die Auszubildenden von heute sind die Kollegen von morgen! <<



Literatur

ADS, DBfK, BA (Hrsg.) (2004) Positionspapier des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe: Vernetzung von theoretischer und praktischer Pflegeausbildung. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, Berlin.

Bader R., Müller M., (2002) Leitziel der Berufsbildung: Handlungskompetenz. Anregungen zur Ausdifferenzierung des Begriffs. Die berufsbildende Schule 54 (6), S. 176-182.

Bader R., Schäfer B. (1998) Lernfelder gestalten – Vom komplexen Handlungsfeld zur didaktische strukturierten Lernsituation. Die berufsbildende Schule 7-8, S. 229-234.

Demal B., Knigge-Demal B., Kluge S., Schürmann M. (2013) Evaluationsbericht zur Befragung der Schüler/-innen und Lehrenden sowie der Praxisanleiter/-innen in der Altenpflegeausbildung. Fachhochschule Bielefeld Fachbereich Wirtschaft und Gesundheit; Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) e.V. (Hrsg.). Bericht aus Lehre und Forschung Nr. 31 <http://www.fh-bielefeld.de/fb5/bereich-pflege-und-gesundheit/ueberuns/publikationen>, Zugriff am 01. August 2016

Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen (AK DQR) (2011) Deutscher Qualifikationsrahmen für Lebenslanges Lernen. http://www.dqr.de/media/content/Der_Deutsche_Qualifikationsrahmen_fue_lebenslanges_Lernen.pdf, Zugriff am 01. August 2016.

Landespflegerat Baden-Württemberg (LPR BW) (Hrsg.) (2014) Befragung zur Situation der Praxisanleitung in der Ausbildung für Pflegeberufe. <http://www.lpr-bw.de/downloads.html>, Zugriff am 01.08.2016

Mamerow (2010) Praxisanleitung in der Pflege. 5. Aufl. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg.

Müller K. (2005) Lernaufgaben – Wissenstransfer & Reflexion in realen Berufssituationen. PrInTerNet - Zeitschrift für Pflegewissenschaft 7 (12), S. 685-691.

Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.) (2007) Handreichungen für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz (KMK) für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. http://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2011/2011_09_23_GEP-Handreichung.pdf, Zugriff am 31. Oktober 2016.

Zusammenfassung

Zur Verbesserung des Theorie-Praxis-Transfers hat das DRK Bildungszentrum ein eigenes Konzept für die praktische Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege entwickelt. Wesentliche Bestandteile des Konzeptes sind der Einsatz von zentralen und dezentralen Praxisanleitern zur Anleitung und Begleitung der Lernenden in der Praxis (oder: in den Einrichtungen) sowie der schriftliche Ausbildungsnachweis in Form von Lernaufgaben und einer Praxismappe. Ein kontinuierlicher Informationsaustausch zwischen Praxisanleitern und dem Bildungszentrum ermöglichen eine zielgerichtete, strukturierte Ausbildung.

Schlüsselwörter: *Theorie-Praxis-Transfer, Praxisanleitung, Praktische Ausbildung*

Autorenkontakt

Dajana Benner, MA Lehrerin für Pflege und Gesundheit, BScN, wissenschaftliche Mitarbeiterin am DRK Bildungszentrum für Gesundheitsberufe Hachenburg
Kontakt: dajana.benner@drk-kh-hachenburg.de

Corinna Kronsteiner-Buschmann MScN, BScN Leitung DRK Bildungszentrum für Gesundheitsberufe Hachenburg
Kontakt: corinna.kronsteiner-buschmann@drk-kh-hachenburg.de

Kongress Pflege 2017

20. und 21. Januar 2017
Maritim proArte Hotel Berlin

Recht · Management · Bildung · Praxis · Personal

Der Start ins neue Fortbildungsjahr!



Premiere:
Forum
Altenpflege

Für Informationen zum Kongress senden Sie den Coupon bitte an:

Fax: 030/82787-5511 | E-Mail: info@gesundheitskongresse.de

Name, Vorname

Institution (bitte nur bei Dienstadresse!)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

> Das Modellprojekt FallDem

Bessere Pflege für Demenzkranke?

ANNE VOLMERING-DIERKES & IRMGARD BRACHT

Zwei demenzspezifische Fallbesprechungsmodelle (WELCOME Neo, WELCOME IdA) wurden in dem Modellprojekt „FallDem, Fallbesprechungen bei Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten in der stationären Altenhilfe“ implementiert. Im Folgenden werden diese beiden Modelle und die Erfahrungen aus der Sicht des Dozententeams der Kaiserswerther Seminare dargestellt. Dabei geht es nicht um die statistischen Analysen oder das Für und Wider der unterschiedlichen Fallbesprechungskonzepte, sondern um Überlegungen für eine gerechte Ressourcenverteilung in der stationären Altenhilfe.



Die Kaiserswerther Seminare (KWS) als traditionsreiches Fort- und Weiterbildungsinstitut der Kaiserswerther Diakonie (mit 130 Fortbildungen und 60 Weiterbildungen der Pflege und Pädagogik im Laufe eines Jahres) beteiligen sich immer wieder an wissenschaftlichen Projekten. Die Beweggründe sind unterschiedlich. Zum einen sehen die Verantwortlichen es als ihren gesellschaftlichen Auftrag, sich aktiv an der Weiterentwicklung von wissenschaftlichen Ideen zu beteiligen und den Transfer von der Theorie in die Praxis zu fördern. Zum anderen werden auf diese Weise Erkenntnisse gesammelt, die helfen, Angebote für Gesundheitseinrichtungen zu entwickeln, um deren oft schwierigen Arbeitsalltag besser und professioneller gestalten zu können.

Zum Thema Demenz und herausforderndes Verhalten haben sich die KWS

von 2008 bis 2010 im Rahmen eines Leuchtturmprojektes mit unterschiedlichen Konzepten und Strategien im Umgang mit demenziellen Veränderungen auseinandergesetzt. An diese Erfahrungen und Erkenntnisse konnte angeknüpft werden, und so entstand das Modellprojekt Fallbesprechungen bei Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten in der stationären Altenhilfe (2013–2015) in Kooperation der Kaiserswerther Seminare (KWS) und des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen in Witten (DZNE). Das Projekt erforschte unterschiedliche Fragen nach den Auswirkungen von Fallbesprechungen (FaB) auf das herausfordernde Verhalten und die Lebensqualität von Menschen mit Demenz.

Dieser Erfahrungsbericht der Koordinatorinnen und Dozentinnen der KWS

gibt einen besonderen Einblick in das Zusammenspiel von Pflegepädagogik und Pflegepraxis im Sinne von Wissensvermittlung, Moderation und Supervision des Implementierungsgeschehens. Er wirft letztlich die Frage nach einer gerechteren Verteilung von Ressourcen auch in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege auf.

Motivation fürs Modellprojekt

Die menschenwürdige Pflege von Menschen mit Demenz in Einrichtungen (ER) der stationären Altenhilfe stellt große Herausforderungen an alle Beteiligten dar. Hohe fachliche und kommunikative Kompetenzen sind gefragt. Dies gilt umso mehr, wenn die zu betreuenden Menschen im Zuge des Krankheitsverlaufes ein Verhalten zeigen, das als problematisch oder gar störend empfunden wird (Halek & Bartholomeyczik 2006). So bereiten Hin- und Herlaufen, unablässiges Rufen oder Schreien, aggressive Ausbrüche oder Antriebslosigkeit den Menschen mit Demenz und auch den Pflegekräften große Schwierigkeiten (Brodsky et al. 2003).

Diese tägliche Herausforderung für die Mitarbeiter in den ER, mit dem herausfordernden Verhalten umzugehen, war die Hauptmotivation, sich an diesem Modellprojekt zu beteiligen, Neues auszuprobieren und Bestehendes weiterzuentwickeln.

Demenzspezifische Fallbesprechungsmodelle

Beide FaB-Modelle, die während der insgesamt zweijährigen Phase der Modulschulung eingeführt wurden, unterlagen einer festen Ablauf- und

Rollenstruktur. Sie sollten die Pfleger darin unterstützen, spezifische Gründe für das herausfordernde Verhalten von Menschen mit Demenz zu identifizieren. Inhaltlich unterscheiden sich diese FaB-Modelle folgendermaßen:

- WELCOME Neo, das narrative Modell, ist themen- und lösungsorientiert. Es reflektiert in einem Prozess des freien Erzählens. Eine inhaltliche Struktur oder Themenfelder sind nicht vorgegeben (Buscher et al. 2012).
- WELCOME IdA führt die Pflegenden durch einen Reflexions- und Antwort-Options-Katalog in fünf festgelegten Themenkomplexen (Halek & Bartholomeyczik 2009; Buscher et al. 2012).

Die Einführung der Fallbesprechungskonzepte

Die Didaktik zur Implementierung der Fallbesprechungsmodelle ist vielfältig und abwechslungsreich. Der Transfer von der Theorie in die Praxis wird unterstützt durch Wahrnehmungsübungen, Kurzvorträge, Rollenspiele und moderierte Erfahrungsdiskussionen. Pflegefachkräfte sollen dadurch befähigt werden, Fachwissen bezüglich Fallbesprechungen, Demenz und herausforderndem Verhalten zu erlangen und dieses an Mitarbeiter weiterzugeben. Durch die Ausbildung von Multiplikato-

ren wird der Wissenstransfer nachhaltig gesichert. Das ist in Zeiten knapper Finanzen und wechselnder Mitarbeiter für viele Einrichtungen von großer Bedeutung, wenn es um die Frage geht, ob man sich an solchen Projekten beteiligen soll.

Die Schulungen sind so aufgebaut, dass das Wissen in Lerneinheiten vertieft, eingeübt und reflektiert wird, sodass die Teilnehmer zu einem wirklichen Fallverstehen gelangen. Hierbei können zusätzlich didaktische Methoden zur Anwendung kommen:

- Exemplarische Durchführung von moderierten FaB
- Einüben von Moderationstechniken in Kleingruppen, indem sie selbstständig durchgeführt werden
- Einüben der Systematik anhand vorbereiteter konkreter Fälle und Problemsituationen
- Vertiefung durch praktische Übungen
- Ermittlung von Ressourcen der ER in Bezug auf die Implementierung der FaB-Konzepte in die bestehende Organisationskultur
- Einbindung personaler und organisatorischer Kompetenzen, Potenziale und Ressourcen in die Veränderungsabsichten des Unternehmens, da es z. B. eine hohe Fachweiterbildungsrate der Mitarbeiter und Erfahrung der Managementverantwortlichen bei Erneuerungsprozessen gibt

Die Darstellung der Module lässt auch ohne große Berechnungen erkennen, dass die teilnehmenden ER ein hohes organisatorisches Geschick beweisen müssen, um zum einen die Teilnahme der Mitarbeiter zu gewährleisten und gleichzeitig die Versorgung der Bewohner sicherzustellen. In einer Einrichtung wurde die Schulung auf alle Mitarbeiter als eine Fortbildungsstunde pro Monat verteilt. In der Konsequenz musste eine Freistellung für Fortbildungen von Mitarbeitenden über ein Jahr von 2,3 % anstelle von sonst 1 % berechnet werden.

In den teilnehmenden Einrichtungen wurden über die Laufzeit des Projektes insgesamt 200 Pflegekräfte geschult. Erfreulich war für die Dozentinnen und Koordinatorinnen der KWS, dass die teilnehmenden Mitarbeiter hochmotiviert waren, die Strukturen und Denkweisen zu verändern, die den Pflegealltag im Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen bis dahin geprägt hatten.

*„Wir möchten die Bedürfnisse der Bewohner mit herausforderndem Verhalten verstehen. Wir brauchen eine gemeinsame Haltung, um gelassener und entspannter damit umgehen zu können. Wir brauchen ein Instrument.“
(ER 04. Die Einrichtungen wurden von 01 bis 12 durchnummeriert und so pseudonymisiert)*

Modul	Teilnehmer	Schulungseinheiten
Modul I: Demenz und Herausforderndes Verhalten	das gesamte Fallbesprechungsteam und weitere Interessierte insgesamt 2 Tage zu je 8 Schulungseinheiten (1. Tag: Gruppe 1 vormittags, 4 Schulungseinheiten, Gruppe 2 nachmittags, 4 Schulungseinheiten 2. Tag: Gruppe 1 vormittags, 4 Schulungseinheiten, Gruppe 2 nachmittags, 4 Schulungseinheiten)	8 Schulungseinheiten x der Teilnehmenden
Modul II: FaB	das gesamte FaB-Team der beteiligten Bereiche 2 halbe Tage	8 Schulungseinheiten x der Teilnehmenden
Modul III: Moderation von FaB	das gesamte FaB-Team der beteiligten Bereiche 2 halbe Tage	16 Schulungseinheiten x der Teilnehmenden
Modul IV: Implementierung durch Steuerungsgruppe	Implementierungsgruppe (3 halbe Tage)	12 Schulungseinheiten x der Teilnehmenden
Modul V: Training on the Job	das gesamte FaB-Team der beteiligten Bereiche (2 halbe Tage)	32 Schulungseinheiten x der Teilnehmenden

Tabelle 1: Darstellung der Module (*Eine Schulungseinheit beträgt 45 Minuten)

Verstärkt wurde diese Haltung sicherlich dadurch, dass für viele Pflegekräfte der Umgang mit den herausfordernden Verhaltensweisen der Bewohner als besonders belastend erlebt wurde und ein „normaler“ Umgang nahezu unmöglich schien. So beschrieben Teilnehmer an der Studie ihre Motivation folgendermaßen:

Erfahrungen aus Sicht des Implementierungsteams

Bei der Projektumsetzung unterstützten insgesamt sieben Dozentinnen und Koordinatorinnen der Kaiserswerther Seminare die ER. Die Beobachtungen wurden in den Sitzungen des Implementierungsteams der KWS regelmäßig mitgeteilt, reflektiert und in Verlaufsprotokollen festgehalten. Die Leiter der ER gingen sehr unterschiedlich mit der praktischen Umsetzung um.

„Die ER-Leitung bat mich, das Treffen (der Steuerungsgruppe, Anmerkung der Autoren) möglichst in kurzer Zeit durchzuführen, da sie die Mitarbeiter nicht für den geplanten Zeitraum freistellen kann.“ (E 04)

„Sowohl am Vormittag wie auch am Nachmittag waren die Teilnehmer sehr interessiert und aufmerksam (...). Gerade am Nachmittag ist das umso mehr anzuerkennen, da die meisten Teilnehmenden bereits einen kompletten Frühdienst gearbeitet haben (...).“ (ER 09)

Einzelne Verantwortliche waren überrascht von der Komplexität und dem Umfang der Implementierung. In einigen Einrichtungen fehlte es an personellen Ressourcen, um die Durchführung der Schulungsmodule zu gewährleisten. Das führte zu Situationen, die die Dozentinnen wie folgt beschrieben:

Eine Geschäftsführung wiederum nahm eine genaue Kostenkalkulation vor und war somit auf die herausfordernde Personalplanung während der Implementierung vorbereitet. Eine weitere ER nahm nach dem ersten Steuerungstreffen von der Umsetzung des Modellprojektes Abstand. Die Pflegedienstleitung sah sich außerstande, die Mitarbeiter für die verschiedenen Module freizustellen. Als Gründe nannten sie einen hohen Krankenstand und eine starke Mitarbeiterfluktuation.

Die Teilnehmer konnten gut annehmen, dass hinter dem herausfordernden Verhalten ein Sinn steckt. Zum einen wurden neue Maßnahmen vereinbart, „auf die bisher noch keiner gekommen ist“. (ER 04) Oder: „Man beschäftigt sich noch einmal ganz anders mit dem Bewohner.“ (ER 09)

„Die Mitarbeitenden wirkten offen und neugierig auf mich. (...) Sie schienen mit der Materie vertraut und glichen die Inhalte mit ihren Erfahrungen ab. Die Rückmeldung (...) zur letzten FaB war sehr erfreulich.“ (ER 04)

Hier konnte im Speziellen beobachtet werden, dass die Anmeldung zu diesem Modellprojekt nicht von dem Management der ER, sondern von einer übergeordneten Ebene vorgenommen worden war. Das Gleiche galt für eine ER, die zwar unter großem Widerstand des mittleren Managements die Modulumsatzung über sich ergehen ließ, aber anschließend eine weitere Umsetzung von FaB ablehnte. Zehn ER stellten sich dem hohen Aufwand des Implementierungsgeschehens. Management- und Mitarbeiterebene zeigten sich begeistert und brachten auf unterschiedliche Weise zum Ausdruck, dass sie nun endlich die nötigen Ansätze hätten, mit herausforderndem Verhalten von Bewohnern umzugehen.

Veränderte Haltung

Auch positive Auswirkungen von Fallbesprechungen auf das „System Altenheim“ wurden beschrieben und veränderten nicht nur die Haltung gegenüber den an Demenz erkrankten Bewohnern, sondern auch den Umgang im multiprofessionellen Team und mit Angehörigen sowie den Austausch auf Leitungsebene u.v.m.

Auch die Managementebenen thematisierten bei den Steuerungstreffen, dass viele Mitarbeiter eine große Bereitschaft zeigten, sich auf das neue FaB-Modell einzulassen.

Durch Krankheitsausfälle haben lediglich die Moderatoren an dem Tag teilgenommen. Es waren nur drei Teilnehmer beim Steuerungstreffen anwesend. (ER 04)

Strategien der Einrichtungen

Unterschiedliche Anpassungsstrategien der ER wurden angewandt, um das Implementierungsgeschehen umzusetzen. Eine Anpassung war zum Beispiel, dass nur die Mitarbeiter zu den Schulungen oder Treffen gesendet wurden, die freigestellt werden konnten.

Diese Strategie beeinflusste teilweise die Kontinuität der FaBs- und Steuerungsteams. Eine unterschiedliche Anzahl von Mitarbeitenden nahm zwar an den Modulen teil, jedoch mussten sich die Dozentinnen und Koordinatorinnen immer wieder den institutionellen Rahmenbedingungen anpassen, um die Schulungen umzusetzen. Terminverschiebungen mit der Modulkoordination der KWS wurden von einigen ER häufig angefragt, um trotz hohen Krankenstands der Mitarbeiter oder anderer Einflussfaktoren (z. B. unangekündigte Prüfungen durch die Heimaufsicht oder den MDK) weiterhin FaB zu üben. Häufig konnten aus Zeitmangel die FaB im Vorhinein von den Teilnehmenden nicht vorbereitet werden. Dadurch konnten weniger FaB durchgeführt oder diese mussten vorzeitig abgebrochen werden. Häufig war der Schulungsraum gleichzeitig das Dienstzimmer des Wohnbereichs. So konnte es passieren, dass die Mitarbeiter während der FaB immer wieder durch Klingelrufe der Bewohner unterbrochen wurden.

Langfristige Umsetzung

In regelmäßigen Telefonaten mit den Koordinatorinnen der KWS berichteten die Verantwortlichen der ER, dass sie die FaB nur noch teilweise in der Form und Anzahl, wie es das Projekt vorgesehen hatte, umsetzten. Die FaB wurden stattdessen zu Gunsten einer schnelleren Durchführung in Eigenregie angepasst, oder die Häufigkeit wurde herabgesetzt. In einigen ER konnten FaB gar nicht mehr durchgeführt werden, weil die dazu nötigen Moderatoren oder die Hauptverantwortlichen die ER verlassen hatten. Andere gaben zu, einfach eine Pause vom anstrengenden Implementierungsprozess zu brauchen und sich auf andere Problemstellung der ER konzentrieren zu müssen.

Gemeinsamer Workshop

Im September 2015 wurden die teilnehmenden ER eingeladen, an einem ge-

meinsamen Workshop in Kaiserswerth teilzunehmen. Ziel war es, beide FaB-Konzepte vorzustellen, den Austausch der Einrichtungen untereinander zu fördern, Netzwerke zu bilden und sich zukünftig untereinander auszutauschen und zu unterstützen. Die beiden Konzepte wurden in ihren jeweiligen Vor- und Nachteilen miteinander verglichen. Ganz unabhängig davon, welches Fallbesprechungsmodell in der jeweiligen Einrichtung geschult wurde, bekundeten beide Seiten, dass „ihr“ FaB-Konzept für die Mitarbeiter und Bewohner eine gute und erfolgreiche Methode sei. Einigkeit herrschte darin, dass, wenn nicht gar das herausfordernde Verhalten der Bewohner verändert werden konnte, doch Verständnis und Akzeptanz für dieses Verhalten gefördert wurde. Beim Konzept WELCOME Neo wurden die Flexibilität, die Schnelligkeit und die kurze Vorbereitungszeit positiv gewertet. Als nachteilig schätzten die Teilnehmer ein, dass das FaB-Team leichter abschweifen kann. WELCOME IdA wurde wegen seines auf die Ursachen gelenkten Blicks und der ganzheitlichen Betrachtung des herausfordernden Verhaltens von Bewohner gelobt. Nachteilig wurde der hohe Zeitaufwand gesehen.

Was können alle aus den geschilderten Erfahrungen lernen?

Durch diese Art der Erfahrungsberichterstattung können unterschiedliche Fragen und Probleme erkannt werden, denen bei zukünftigen Projekten Beachtung geschenkt werden sollte.

Die erste Frage ist, welche Voraussetzungen für die teilnehmenden ER geschaffen werden müssen, damit

Mitarbeitende an den Schulungen teilnehmen können – und gleichzeitig die Versorgungssituation der Bewohner während dieser Zeit gesichert ist. Es geht also um die gerechte Verteilung und Bereitstellung von Ressourcen, um solche versorgungsstrukturellen Veränderungen überprüfen zu können, ohne einen freiwilligen Einsatz der Mitarbeiter zu fordern, einen ständigen planerischen Spagat des Managements zu provozieren oder gar die Versorgung der Bewohner nachrangig zu behandeln.

Zum zweiten ist das Thema des Wissenstransfers zu betrachten. Schaeffer (2006, S. 12) schreibt hierzu: „Wenn Wissenstransfer im Ergebnis Veränderungen/Innovationen einleiten soll, dürfte es notwendig sein, dem Verwendungskontext und ebenso der Umsetzung von Wissen und angestrebten Innovations- und Reformprozessen besondere Aufmerksamkeit zu schenken und mehr noch: Die Umsetzung und Implementation persuasiv zu begleiten.“ Es braucht also Transparenz und eine klar kommunizierte Zielsetzung von Management und Mitarbeitenden und am Ende einen gemeinsamen Konsens, um Schulungen zu bestimmten Themen durchführen zu wollen.

Als drittes muss die klare Botschaft der Mitarbeiter der teilnehmenden ER als Wille und Notwendigkeit zur Veränderung eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden, etwa: „Wir wollen die Versorgungsqualität unserer Bewohner mit Demenz verändern.“ Es braucht also eine enge Anbindung der Pflegepraxis an die Pflegewissenschaft, einen kontinuierlichen Austausch und Wissenstransfer sowohl in die eine als auch in die andere Richtung. Dies ist ohne vernünftiges Personalmanagement nicht möglich.

Fazit

Es geht um die gerechte Verteilung von Ressourcen, um Wahrnehmung und Wertschätzung der unterschiedlichen Beteiligten, um Anerkennen von Rahmenbedingungen und damit immer auch um ethische Fragestellungen. Das Projekt Fallbesprechungen bei Demenz hat bei allen Beteiligten Lust und Neugier geweckt, mehr voneinander zu erfahren und miteinander zu erarbeiten – zum Wohle der an Demenz erkrankten Menschen und der Mitarbeiter in Pflege und Betreuung. <<



Literatur

Bartholomeyczik S., Halek M., Sowinski C., Besselmann K., Dürrmann P., Haupt M. et al. (2006) Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Bundesgesundheitsministerium, Berlin.

Buscher I., Reuther S., Holle D., Bartholomeyczik S., Vollmar H., Halek M. (2012) Das kollektive Lernen in Fallbesprechungen. Theoretische Ansätze zur Reduktion herausfordernden Verhaltens bei Menschen mit Demenz im Rahmen des Projektes FallDem. *Pflegewissenschaft* 14, S. 168–178.

Brodaty H., Draper B., Low L.F. (2003) Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: strain and satisfaction with work. *Journal of Advanced Nursing* 44 (6), S. 583–590.

Halek M. & Bartholomeyczik S. (2006) Verstehen und Handeln. Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.

Halek M. & Bartholomeyczik S. (2009) Assessmentinstrument für die Verstehende Diagnostik bei Demenz: Innovatives demenzorientiertes Assessmentsystem (IdA). In: Halek M. & Bartholomeyczik S. (Hrsg.) (2009) Assessmentinstrumente in der Pflege. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.

Schaeffer D. (2006) Wissenstransfer in der Pflege – ein Problemaufriss. In: Schaeffer D. (Hrsg.) (2006) Wissenstransfer in der Pflege. Ergebnisse eines Expertenworkshops. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld.

Zusammenfassung

Die KWS hat in Kooperation mit dem DZNE von 2013 bis 2015 zwei unterschiedliche Fallbesprechungskonzepte (WELCOME Neo & IdA) in zwölf Altenhilfeeinrichtungen in NRW implementiert und erforscht. Im Mittelpunkt stand das herausfordernde Verhalten und die Lebensqualität von Menschen mit Demenz. Unterschiedliche Anpassungsstrategien der ER wurden bei der Umsetzung der personell aufwendigen Inhouse Schulung beobachtet. Hieraus erwächst die Fragestellung nach einer gerechten Verteilung von Ressourcen bei Implementierungs- und Forschungsprojekten im Sinne eines sinnvollen Personalmanagements für die Pflegepraxis.

Schlüsselwörter: *Inhouse Schulung, Fallbesprechungen, Demenz, herausforderndes Verhalten, stationäre Altenhilfeeinrichtungen, Implementierung, Ressourcenverteilung*

Autorenkontakt:

Anne Volmering-Dierkes, 2014 bis 2015 Projektkoordinatorin Kaiserswerther Seminare, Studentin des Masterstudiengangs Pflegewissenschaft an der Philosophisch-Theologischen Hochschule in Vallendar
Kontakt: annedierkes@hotmail.de
Irmgard Bracht, Leitung der Kaiserswerther Seminare, 2013–2015 Projektmitarbeiterin und Projektleitung, Sozialmanagerin (M.A.) und Bildungsmanagerin
Kontakt: bracht@kaiserswerther-diakonie.de

> Das Pflegestärkungsgesetz

Welche Auswirkungen hat die Pflegereform?

BJÖRN MAIER, TANJA MAIER & KAI TYBUSSEK

Die 1995 eingeführte Pflegeversicherung wurde Ende 2012 reformiert, ab 2015 kam das erste Pflegestärkungsgesetz hinzu, ab Januar treten weitere Pflegegesetze in Kraft. Welche Folgen hat dies für das Management und Controlling von Pflegediensten und -heimen?



schen Leistungen bei der gesetzlichen Pflegeversicherung und knapp 200.000 Menschen bei der privaten Pflegeversicherung. Die Leistungsausgaben alleine in der sozialen Pflegeversicherung betragen im Jahr 2015 im stationären Bereich 12,1 Mrd. Euro und im ambulanten 14,6 Mrd. Euro (BMG 2016a).

Rechtliche Rahmenbedingungen

Durch die geänderten Rahmenbedingungen für den Pflegesektor ergeben sich bedeutende Auswirkungen auf die Kosten- und Leistungsträger, die ein Umdenken aller Beteiligten erfordern.

Gesetzliche Entwicklungen

Mit dem Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (PNG) vom 23. Oktober 2012 sollte die Selbstbestimmung und Unabhängigkeit der Pflegebedürftigen sichergestellt werden. Seit Januar 2013 erfolgte eine Ausweitung der Leistungen der Pflegeversicherung für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. Dies hatte zur Folge, dass neben der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung die Betreuung als weitere Säule in der ambulanten Versorgung hinzukam (BMG 2016b).

Einleitung

Seit Einführung der Pflegeversicherung zum 1. Januar 1995 stehen mit dem Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (PNG) sowie den drei Pflegestärkungsgesetzen gravierende und notwendige Änderungen im Pflegesektor an. Seit dem 23.10.2012 wurde die gesetzliche Pflegeversicherung nun in vier Reformschritten neu ausgerichtet und reformiert (siehe Abb. 1).

Die Notwendigkeit dieser Veränderungen ist v. a. dem demografischen Wandel sowie den veränderten Krankheitsbildern von Pflegebedürftigen geschuldet. Mit zunehmendem Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit deutlich zu, auf fremde Hilfe angewiesen zu sein. Zudem ist die Anzahl von Patienten mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Derzeit beziehen etwa 2,7 Mio. Men-

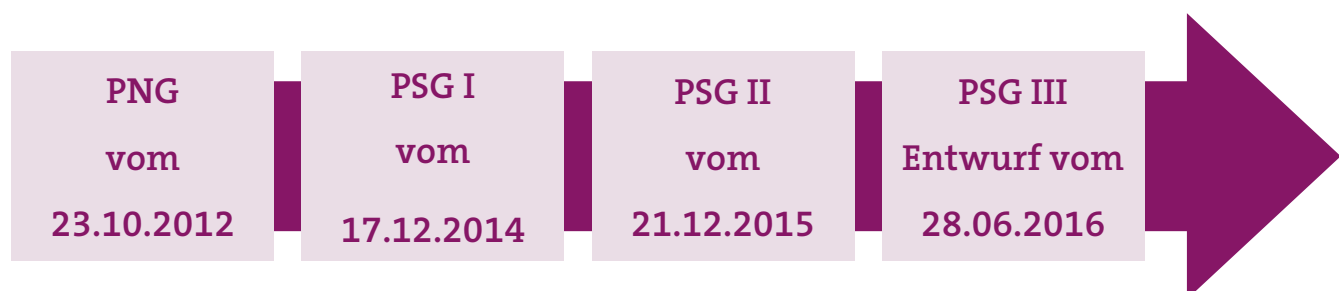


Abbildung 1 : Gesetze der Pflegereform (Quelle: eigene Darstellung)

Modul	Item
1. Mobilität	z. B. Positionswechsel im Bett
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	z. B. örtliche und zeitliche Orientierung
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	z. B. nächtliche Unruhe
4. Selbstversorgung	z. B. Essen und Trinken
5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	z. B. Medikation und Injektion
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	z. B. Gestaltung des Tagesablaufs

Tabelle 1: Module des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes (Quelle: eigene Darstellung nach § 14 SGB XI)

Erstes Pflegestärkungsgesetz

Das erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) trat zum 1. Januar 2015 in Kraft. Die Leistungen für Pflegebedürftige und Angehörige wurden nochmals deutlich ausgeweitet und verbessert. Allein für Betreuungs- und Pflegeleistungen in der häuslichen Versorgung stehen seither 1,4 Mio. Euro pro Jahr zur Verfügung. Zudem wurde ein Pflegefonds in Form eines Sondervermögens eingerichtet, der die langfristige Stabilität der Beitragssätze der sozialen Pflegeversicherung gewährleisten soll (BMG 2016c).

Zweites und drittes Pflegestärkungsgesetz

Das zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) tritt am 1. Januar 2017 in Kraft und beinhaltet den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsassessment (NBA). Der Zunahme an Demenzkranken wird im Rahmen der neuen Pflegegrade Rechnung getragen (BMG 2016d).

Im Juni 2016 hat das Bundeskabinett den Entwurf für ein drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III) beschlossen, dessen Regelungen ebenfalls überwiegend zum 1. Januar 2017 in Kraft treten sollen. Im Mittelpunkt stehen Beratungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige durch Pflegestützpunkte bzw. kommunale Beratungsstellen. Für jeden Pflegebedürftigen sollen individuell zugeschnittene Leistungen angeboten und zeitnah durchgesetzt werden. Ebenfalls ist die Pflegeselbstverwaltung verpflichtet, für ambulante Wohngruppen geeignete Qualitätsstandards zu entwickeln (BMG 2016e; BMG 2016f).

Die Länder sind für die Sicherstellung einer ausreichenden und wirtschaftlichen Infrastruktur im Pflegesektor verantwortlich. Versorgungsfragen sollen in Ausschüssen geklärt werden, in denen erstmalig die Teilnahme für die Pflegekassen verpflichtend ist. Die Empfehlungen der Ausschüsse, die auf eine verbesserte Versorgungssituation zielen, sind künftig von den Kostenträgern im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen zu beachten. Durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes müssen im Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII) und im Bundesversorgungsgesetz (BVG) entsprechende Änderungen erfolgen, sodass finanziell Bedürftige im Falle der Pflegebedürftigkeit angemessen versorgt werden. Des Weiteren sind mit dem Pflegebedürftigkeitsbegriff auch pflegerische Betreuungsmaßnahmen in die Pflegeversicherung integriert. Dies kann zu einer Schnittstellenproblematik zwischen der Eingliederungshilfe und der Pflegeversicherung führen. Um dies und damit verbundene Kostenverschiebungen zu verhindern, sind klare Regelungen zur Abgrenzung im PSG III enthalten (BMG 2016e; BMG 2016f).

Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und die fünf Pflegegrade

Der neue Begriff der Pflegebedürftigkeit nach Paragraph 14 Abs. 2 SGB XI bezieht sich gleichermaßen auf körperliche, geistige und psychische Einschränkungen. Psychische und kognitive Störungen wie etwa Demenz rücken wesentlich stärker in den Mittelpunkt. Für die

Einstufung ab dem 1. Januar 2017 sind gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten für eine voraussichtliche Dauer von mindestens sechs Monaten maßgebend. Damit spielen die zeitlich zu bemessenden Hilfebedarfe im Rahmen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes keine Rolle mehr.

Im Zuge des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes gelten ab dem 1. Januar 2017 die neu eingeführten fünf Pflegegrade. Sie lösen das bisherige System der Pflegestufen ab. Basis für die Einstufung in einen der fünf Pflegegrade ist natürlich zunächst eine Pflegebedürftigkeit und eine entsprechende Prüfung pflegefachlich begründeter Kriterien, sogenannter Items, in sechs verschiedenen Modulen auf Grundlage der neu überarbeiteten Begutachtungsrichtlinien (siehe Tabelle 1).

Die sechs Module berücksichtigen insgesamt 65 Items, anhand derer der Grad der Selbstständigkeit bzw. der Grad der Fähigkeiten innerhalb der jeweiligen Module durch Einzelpunkte ermittelt und im Zuge einer unterschiedlichen Gewichtung zu einer Gesamtbewertung zusammengeführt werden kann (vgl. auch Pkt. 3.1).

Auswirkungen auf das Management und Controlling von Leistungserbringern

Einstufung nach fünf Pflegegraden

Die sechs Module des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes sind in das neue Begutachtungsassessment (NBA) integriert (vgl. auch Pkt. 2.2). In mehreren Schritten kann der Schweregrad der Be-

Module	Gewichtung	Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten					Punkte
		0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
1. Mobilität	10 %	0–1	2–3	4–5	6–9	10–15	Summe der Punkte
		0	2,5	5	7,5	10	Gewichtete Punkte
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15 %	0–1	2–5	6–10	11–16	17–33	Summe der Punkte
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1–2	3–4	5–6	7–65	Summe der Punkte
Höchster Wert aus Modul 2 oder 3 geht in die Bewertung ein		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte
4. Selbstversorgung	40 %	0–2	3–7	8–18	19–36	37–54	Summe der Punkte
		0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte
5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen	20 %	0	1	2–3	4–5	6–15	Summe der Punkte
		0	5	10	15	20	Gewichtete Punkte
6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	15 %	0	1–3	4–6	7–11	12–18	Summe der Punkte
		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte

Tabelle 2: Ergebnis der Begutachtung nach dem NBA (Quelle: MDS und GKV-Spitzenverband (Hrsg.), 2016, Begutachtungs-Richtlinien Pflege (BRi), Seite 73-74)

einträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten für jedes Modul und jedes einzelne Item mittels pflegfachlich fundierten Einzelpunkten ermittelt werden. Als Hilfestellung dienen dabei die Begutachtungs-Richtlinien Pflege (BRi) vom 15. April 2016. In einem zweiten Schritt wird die Summe der Items je Modul in gewichtete Punkte umgerechnet (siehe Tabelle 2). Eine Besonderheit besteht darin, dass nicht beide Werte der Module 2 und 3 in die Berechnung eingehen, sondern nur der höchste der beiden gewichteten Punktwerte (vergleiche Begutachtungs-Richtlinien Pflege 2016, Seite 74).

Die Addition der gewichteten Punkte für die sechs Module ergibt einen Gesamtpunktwert, welcher für die Einstufung in einen Pflegegrad dient (siehe Tabelle 3).

Durch diese neue Systematik sollen die verschiedenen Beeinträchtigungen angemessen beziehungsweise verhältnismäßig berücksichtigt und die Pflegebedürftigen korrekt eingestuft werden.

Leistungsrechtliche Ausgestaltung der neuen Pflegegrade

Bisher haben ambulant versorgte Pflegebedürftige in den Pflegestufen 1 und 2 deutlich weniger Leistungen als in der vollstationären Pflege erhalten. Die neuen Leistungsbudgets spiegeln dagegen den Grundsatz „ambulant vor stationär“ wider. Durch die leistungsrechtliche Ausgestaltung wird eine fast gleiche Finanzierung der Leistungen für ambulante und stationäre Pflege geschaffen (vgl. §§ 36, 43 SGB XI).

Im Detail bringt das PSG II aufgrund der Umrechnungssystematik mitunter erhebliche Steigerungen der Leistungsbudgets mit sich. Lediglich die Absenkungen in den Pflegegraden 2 (2015: 1.064 €; 2017: 770 €) und 3 (2015: 1.330 €; 2017: 1.262 €) in der vollstationären Pflege stellen für Pflegebedürftige, die erstmalig ab dem 1. Januar 2017 Leistungen beziehen, ein finanzielles Problem dar. Dies bedeutet, dass Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 überwiegend in der häuslichen Umgebung versorgt werden. Die

Heimnotwendigkeit als Voraussetzung für einen leistungsrechtlichen Anspruch nach Paragraph 43 SGB XI für Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen entfällt ab dem 1. Januar 2017.

Der Pflegegrad 1 hat eine Sonderrolle, da die Pflegebedürftigen v.a. einen Hilfe- und Unterstützungsbedarf bei somatischen Beeinträchtigungen haben. Die Leistungen sind vorrangig auf den Erhalt und/oder die Wiederherstellung der Selbstständigkeit sowie die Sicherstellung der häuslichen Versorgung ausgerichtet.

Nach den durch das PSG II eintretenden Änderungen wird auch der Paragraph 87b SGB XI zum 1. Januar 2017 aus dem Gesetz gestrichen. Die zusätzlichen Betreuungsleistungen sind dann in Paragraph 43b SGB XI geregelt. Die Pflegebedürftigen haben danach einen Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht. Die damit verbundene Pflichtleistung muss von vollstationären Einrichtungen sowie im Bereich der Tages- und

Pflegegrad 1	geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	(ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte)
Pflegegrad 2	erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	(ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte)
Pflegegrad 3	schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	(ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte)
Pflegegrad 4	schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	(ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte)
Pflegegrad 5	schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung	(ab 90 bis 100 Gesamtpunkte)

Tabelle 3: Grad der Pflegebedürftigkeit (Quelle: MDS und GKV-Spitzenverband (Hrsg.), 2016, Begutachtungs-Richtlinien Pflege (BRi), Seite 75)

Nachtpflege angeboten werden. Bisherige Vereinbarungen nach Paragraph 87b SGB XI behalten dabei ihre Gültigkeit. Darüber hinaus bleibt das Abrechnungsverfahren bestehen, wobei neben der Pflegesatzvereinbarung ein separater Vergütungszuschlag zur Finanzierung des zusätzlichen Betreuungspersonals zu vereinbaren ist.

Übergangs- und Bestandsschutzregelungen

Übergangsregelungen sollen möglichst ausschließen (vgl. Paragraph 140 SGB XI (2017)), dass bereits pflegebedürftige und leistungsbeziehende Personen durch die Neuerung und Umstellung der sozialen Pflegeversicherung zum 1. Januar 2017 benachteiligt werden. Bezieht eine pflegebedürftige Person bereits im Jahr 2016 Leistungen der Pflegeversicherung, wird die Pflegestufe automatisch und ohne einen neuen Antrag auf Begutachtung per Gesetz in einen Pflegegrad umgewandelt. Pflegebedürftige mit lediglich körperlichen Einschränkungen werden dabei durch einen „einfachen Stufensprung“ in den nächsthöheren Pflegegrad (z. B. von Pflegestufe 2 in Pflegegrad 3), Menschen mit zusätzlichen geistigen Einschränkungen (eingeschränkter Alltagskompetenz) dagegen durch einen „doppelten Stufensprung“ in den übernächsten Pflegegrad übergeleitet (z. B. Pflegestufe 2 in Pflegegrad 4), um so eine Gleichstellung aller pflegebedürftigen Menschen zu verwirklichen.

In der stationären Pflege können sich aus Sicht des Pflegebedürftigen durch

den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (Zuzahlungsbetrag für Pflegebedürftige) Leistungseinbußen ergeben (vgl. Punkt 3.4). Ist der einrichtungseinheitliche Eigenanteil bei einer pflegebedürftigen Person der Pflegegrade 2 bis 5 nach der Umstellung auf das neue Recht im Vergleich zum individuellen Eigenanteil nach altem Recht (2016) gestiegen, so ist nach Paragraph 141 Abs. 3 SGB XI von Amts wegen und ohne gesonderten Antrag die Differenz in Form eines Zuschlags von der Pflegekasse zu tragen und zusätzlich zum entsprechenden Leistungsbetrag nach Paragraph 43 SGB XI an die Pflegeeinrichtung zu entrichten. Grundsätzlich ist dieser Zuschlag als eingefrorener Betrag zu betrachten. Eine Kürzung ist nur dann zulässig, sofern sich die Differenz in der Folgezeit verringert, dagegen ist ein etwaiger Anstieg von der pflegebedürftigen Person zu tragen.

Der Schutz des Besitzstandes im Bereich der häuslichen und teilstationären Pflege richtet sich 2017 nach dem neuen § 141 SGB XI. Grundsätzlich gilt, dass Pflegebedürftige, die 2016 bereits auf monatlich regelmäßig wiederkehrende Leistungen Anspruch hatten, auch nach dem 1. Januar 2017 unverändert die entsprechenden Leistungen erhalten. Vom Besitzstandsschutz ausgenommen sind einmalige Leistungen, wie etwa ein Zuschuss für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes. Keine Bedeutung hat der Besitzstandsschutz hinsichtlich der Kurzzeitpflege, da der jährliche Leistungsbetrag nicht verändert wird.

Vergütungsregelungen und Pflegesatzverfahren für vollstationäre Einrichtungen

Für die Pflegesätze im vollstationären Bereich sind in den Pflegegraden 2 bis 5 gleich hohe Beträge – der sogenannte einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EA) – für die nicht von der Pflegeversicherung gedeckten Kosten vorgesehen (vgl. Paragraph 92e SGB XI). Der EA unterscheidet sich nur von Einrichtung zu Einrichtung und wird ausgehend von dem jeweiligen vorausschauenden Versorgungsaufwand unter Abzug der Summe der Leistungsbeträge für die Pflegegrade 2 bis 5 ermittelt. Ein wichtiges Merkmal des EA ist die Tatsache, dass sich dieser vom Pflegebedürftigen bzw. dem Sozialhilfeträger zu tragende Aufwand nicht mehr mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit oder mit steigendem Pflegegrad erhöht.

Diese neue Zusammensetzung der Pflegesätze findet auch für die solitäre oder eingestreute Kurzzeitpflege Anwendung, wenngleich im Rahmen des PSG II für die Kurzzeitpflege weder eine Umrechnung, eine Neuverhandlung noch ein Bestandsschutz geregelt wurde.

Übergang der bisher vereinbarten Pflegesätze

Das PSG II sieht für die Überleitung von altem in neues Recht grundsätzlich zwei Möglichkeiten vor: die Neuverhandlung der Pflegesätze nach dem neuen Paragraph 92c SGB XI und die alternative Überleitung der Pflegesätze nach Paragraph 92d ff. SGB XI, im Rahmen

derer die Pflegesätze budgetneutral in das neue System der Pflegegarde sowie in die neu definierte Vergütungsstruktur überführt werden. Bezugnehmend auf den neuen Paragraph 92c SGB XI haben die Pflegesatzkommissionen auf Landesebene 2016 auf unterschiedliche Art und Weise die Ermächtigung zur Bestimmung eines vereinfachten Verfahrens umgesetzt und individuelle „vereinfachte und pauschale Pflegesatzverfahren“ für den Übergang beschlossen. Rund um den Stichtag 30. September 2016 (Stichtag zur alternativen und gesetzlichen Überleitung) haben die Landespflegesatzkommissionen sehr unterschiedliche Antrags- und Meldefristen sowie Daten und Zeiträume zur Ermittlung der Belegungsstruktur festgelegt.

Zur Vorbereitung auf die Pflegesatzverhandlungen bzw. Überleitung in das neue System müssen alle Bewohner vollstationärer Einrichtungen auf das Merkmal eingeschränkte Alltagskompetenz überprüft werden. Anschließend ist der Pflegestufenmix der Pflegebedürftigen nach dem neuen System zu ermitteln. Das Ergebnis bildet die Grundlage für die Einnahmen über Pflegesätze. Der einrichtungseinheitliche Eigenanteil sollte auf dem tatsächlichen Pflegestufenmix basieren, um später keine Erlöseinbußen zu haben. Allerdings sollten auch Wettbewerber nicht außer Acht gelassen werden, da zu hohe einrichtungseinheitliche Eigenanteile auf dem Pflegemarkt sich negativ auf die Auslastung der vollstationären Einrichtung auswirken. Pflegebedürftige bzw. deren Angehörige können durch die neu geschaffene Markttransparenz den Eigenanteil unterschiedlicher vollstationärer Einrichtungen vergleichen und das aus ihrer Sicht beste Angebot wählen.

Konsequenzen für das Controlling

Ein effektives und effizientes Controlling ist ein wichtiges Steuerungsinstrument im Zuge der geänderten Rahmenbedingungen, um bspw. Erlöseinbußen rechtzeitig zu erkennen und entgegenzusteuern. Für das operative Management ist eine genaue Betrachtung der jeweiligen Kostensituation notwendig. Dazu gehört u.a. der Aufbau einer fach- und sachgerechten Kostenarten- und Kostenstellenrechnung, kombiniert mit einer entsprechenden Leistungserfassung. Durch die geänderten Rahmenbedingungen müssen die Kostenstellen an die neuen Pflegegrade angepasst, darauf aufbauend Vollkosten- oder Teilkostenrechnungen durchgeführt werden. Die Steuerung der einzelnen Entscheidungsebenen in den Fachbereichen erfolgt über Kennzahlen und Kennzahlensysteme, die adressatengerecht aufbereitet sein müssen und Ansätze zur Entscheidungsunterstützung bieten.

Personalausstattung und Verfahren zur Personalbemessung

Hinsichtlich des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sind von den Vereinbarungspartnern der Landesrahmenverträge – ohne einen konkreten zeitlichen Rahmen – die Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene Personalausstattung zu überprüfen und anzupassen.

Abseits dessen haben die Vertragsparteien nach Paragraph 113 Abs. 1 SGB XI bis zum 30. Juni 2020 die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens abzuschließen, welches nach qualitativen und quantitativen Maßstäben zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs sowohl

in stationären als auch in ambulanten Einrichtungen dient. Dieses Verfahren soll auf Basis des durchschnittlichen Versorgungsaufwandes für direkte und indirekte pflegerische Maßnahmen sowie für Hilfen bei der Haushaltsführung erstellt werden und dabei den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsverfahren berücksichtigen.

Durch den einheitlichen Eigenanteil wird künftig die Diskussion um Höherstufungen mit Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen umgangen. Nimmt der Unterstützungsbedarf bei Pflegebedürftigen zu, entstehen diesem keine höheren Kosten. Die stationäre Einrichtung kann den Personalschlüssel an den aktuellen Pflegebedarf anpassen und vermeidet hierdurch einen Personalmangel aufgrund falscher Einstufungen.

Generell sind die Themen Personalgewinnung, -bindung und -entwicklung durch den Mangel an Fachkräften von großer Bedeutung. Dies stellt hohe Anforderungen an die Stellen- und Dienstplanung (Personalbemessungssysteme).

Neue Geschäftsmodelle

Durch die Zunahme an Demenzerkrankten und deren Begutachtungen verlagern sich soziale und gesundheitliche Versorgungsleistungen vom stationären in den ambulanten Bereich. Hierzu zählen ambulante Wohngruppen oder Hausgemeinschaften.

Ambulante Pflegedienste müssen prüfen, inwieweit ihre Erlöse durch die erweiterten Betreuungs- und Entlastungsangebote verbessert werden können. Hierbei gilt es u.a., neue Leistungen in den Leistungskatalog aufzunehmen und Preise zu kalkulieren, um diese mit den Kostenträgern abzustimmen. Die Betreuungsangebote können für einzelne Personen oder Gruppen (z. B. leichtes Bewegungsangebot) durchgeführt werden. Die Entlastungsangebote beinhalten hauswirtschaftliche Serviceleistungen und Dienstleistungen zur Organisation des Alltags (z. B. Einkauf, Behördengänge).

Vollstationäre Einrichtungen müssen ihr Angebot und damit auch die strategische Ausrichtung analysieren. Durch den Grundsatz „ambulant vor stationär“ ergeben sich gravierende Verschiebungen. Künftig werden Pflegebedürftige

Zusammenfassung

Die Pflegereform hat gravierende und notwendige Änderungen auf den Pflegesektor. Dem demografischen Wandel wird u.a. im neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und den damit verbundenen fünf Pflegegraden Rechnung getragen. Durch den Grundsatz „ambulant vor stationär“ gibt es eine Verschiebung von stationären hin zu ambulanten Leistungen. Dies bietet die Option neuer Geschäftsmodelle und fordert Leistungserbringer heraus, ihr Portfolio zu prüfen und strategisch auszurichten. Das Controlling ist hierbei ein wichtiges Steuerungsinstrument. Um die Veränderungsprozesse zu steuern und Mitarbeiter zu beteiligen, ist ein Change Management zu etablieren.

Schlüsselwörter: *Pflegestärkungsgesetze, Management, Controlling*

so lange wie möglich in der häuslichen Umgebung versorgt. Zur Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit müssen Alleinstellungsmerkmale herausgestellt, aufeinander abgestimmte Versorgungsketten geschaffen und Synergien sowie Ressourcen besser genutzt werden. Träger vollstationärer Einrichtungen sollten prüfen, ob aus dem Ausbau ambulanter und teilstationärer Leistungen (z. B. Tagespflege, Ausbau ambulanter Dienst) eine Steigerung der Erlöse erzielt werden kann. Aufschluss darüber können Umwelt- und Unternehmensanalysen geben. Dazu muss, ggf. in Abstimmung mit externen Beratern, ein unternehmensindividuelles Change Management entwickelt und aufgebaut werden. Das Change Management hat die Aufgabe, betriebliche Veränderungen zielorientiert zu gestalten, zu lenken, zu kontrollieren und dabei die Mitarbeiter als Individuen und Gesamtheit in die Veränderungsprozesse zu integrieren.

Fazit und Ausblick

Die grundlegende Reformierung der Pflegeversicherung ist notwendig, um das System zukunftsfähig zu gestalten und damit der veränderten Lebenswirklichkeit von Pflegebedürftigen näher zu kommen und sie auch gesetzlich sachgerechter zu behandeln. Weitere wesentliche Schritte der Reform beinhalten nicht nur die bessere Unterstützung der Pflegebedürftigen, sondern auch deren Angehörigen. Allerdings müssen weitere Nachbesserungen erfolgen. Nach wie vor wurden die Themen Rehabilitation bei Pflege, die Qualitätssicherung, die mittel- und langfristige Sicherung eines ausreichenden Angebots an Pflegekräften und die nachhaltige Finanzierung nicht geklärt. Diese stellen aber wichtige Grundvoraussetzungen für eine individuelle Versorgung dar.

Durch die Reformen erfolgte ein schnellerer Kapazitätsausbau in der ambulanten und stationären Pflege. Hierdurch wurde die Versorgungslage für Pflegebedürftige verbessert.

Gerade für die Leistungserbringer ist natürlich die Etablierung bzw. Weiterentwicklung unterschiedlicher, altersgerechter Wohnformen ein wesentlicher Punkt der Reform.

Die Anforderungen an das Management von Leistungserbringern steigen. Sie müssen aktiver agieren und begin-

nen, sich einem steigenden Markt- und Wettbewerbsdruck (z. B. Ausschreibungen, Selbstbeteiligungen, Höchstpreise) zu stellen. Dazu kommen u.U. zusätzliche regulative Eingriffe (z.B. Bedarfsplanungen, intensivere Eingriffe der Kostenträger in die Festlegung der Art der Versorgung) sowie in Teilen eine Entprofessionalisierung der Dienstleistungen. Es sind neue, marktfähigere Versorgungskonzepte zu entwickeln. <<



Literatur

Bundesministerium für Gesundheit (2016a) Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/zahlen-und-fakten-zur-pflegeversicherung.html>, Zugriff am 28. Oktober 2016.

Bundesministerium für Gesundheit (2016b) Pflege-Neuausrichtung-Gesetz (PNG). <http://www.bmg.bund.de/glossar-begriffe/p-q/pflege-neuausrichtung-gesetz.html>, Zugriff am 28. Oktober 2016.

Bundesministerium für Gesundheit (2016c) Das erste Pflegestärkungsgesetz. <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegestaerkungsgesetze/pflegestaerkungsgesetz-i.html>, Zugriff am 31. Oktober 2016.

Bundesministerium für Gesundheit (2016d) Das zweite Pflegestärkungsgesetz. <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegestaerkungsgesetze/pflegestaerkungsgesetz-ii.html>, Zugriff am 31. Oktober 2016.

Bundesministerium für Gesundheit (2016e) Drittes Pflegestärkungsgesetz im Kabinett beschlossen. <http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2016/psg-iii-kabinettd.html>, Zugriff am 28. Oktober 2016.

Bundesministerium für Gesundheit (2016f) Ingrid Fischbach: „Beratung für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen stärken – Schutz vor Pflegebetrug verbessern“. <http://www.bmg.bund.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-3-quartal-2016/psg-iii-1-lesung.html>, Zugriff am 31. Oktober 2016.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hrsg.) (2016) Richtlinien zum Verfahren der Feststellung von Pflegebedürftigkeit sowie zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstrumentes nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi) vom 15.04.2016. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/richtlinien_zur_pflegeberatung_und_pflegebeduerftigkeit/16-08-31_Pflege_BRi_ab_01-01-2017.pdf, Zugriff am 31. Oktober 2016.

Autorenkontakt:

Prof. Dr. Björn Maier, Studiendekan an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg Mannheim
Kontakt: maier@dhw-mannheim.de
Dr. Tanja Maier, Managing Director IMCOG GmbH
Kontakt: dr.tanja.maier@web.de
RA Kai Tybussek, Geschäftsführender Partner CURACON Weidlich Rechtsanwalts-gesellschaft mbH
Kontakt: Kai.Tybussek@curacon-recht.de

Anzeige

Andreas Schwarzkopf

Praxiswissen für Hygienebeauftragte

Anleitungen für stationäre Pflegeeinrichtungen einschließlich Rehabilitationseinrichtungen, für ambulante Dienste und Krankenhäuser

4., überarbeitete Auflage 2016
 322 Seiten, 21 Abb., 17 Tab. Kart. € 28,-
 ISBN 978-3-17-028660-3

Neu! 

Die Tätigkeit der Hygienebeauftragten in der Pflege ist in den vergangenen Jahren noch interessanter und vielseitiger geworden, allerdings wird auch mehr Fachwissen verlangt. Die Erstellung und Aktualisierung von Hygieneplänen auf der Basis von Risikobewertungen, wie vom Robert Koch-Institut gefordert, führt zur Zusammenarbeit mit behandelnden Ärzten. Die MRGN als neue Gruppe multiresistenter Erreger, die Ausbreitung von Clostridium difficile und die Aktualisierung vertrauter KRINKO-Empfehlungen stellen neue Herausforderungen dar. Dazu kommt die neue Rechtslage, die Chancen und Pflichten bietet.

W. Kohlhammer GmbH
 70549 Stuttgart
 vertrieb@kohlhammer.de

150 Jahre
Kohlhammer

> Verbesserte Patientensicherheit

Strukturierte Übergaben in Routine- und Notfallsituationen

CLARA MONACA & TANJA MANSER

Das Kommunikationsformat ISBAR unterstützt speziell die Kommunikation zwischen Pflegenden und Ärzten und ist international bereits weit verbreitet. Wesentliche behandlungsrelevante Informationen werden so in kurzer Zeit systematisch weitergegeben und eine sichere Patientenübergabe gewährleistet.

Wie viele Patientenübergaben in Krankenhäusern täglich stattfinden, ist kaum zu beziffern. Fest steht, dass Patienten im Krankenhaus immer häufiger von komplex zusammengestellten multidisziplinären Teams betreut werden. Hinzu kommen unterschiedliche Professionen, fachliche Hintergründe und Erfahrungen (Leonard et al. 2004). Durch die hiermit verbundene Vielzahl von Schnittstellen in der Patientenversorgung hat die Anzahl von Patientenübergaben in den letzten Jahren deutlich zugenommen (Manser 2013).

Im pflegerischen und ärztlichen Berufsalltag sind Übergaben ein wichtiger Bestandteil der Versorgung. Je nach Krankenhaus, Abteilung und Umfeld unterscheiden sie sich in der Art und Weise:

- zwischen Pflegenden, wie z.B. beim Schichtwechsel,
- zwischen Pflegenden und Ärzten, wie z.B. in Notfallsituationen oder
- zwischen mehreren unterschiedlichen Professionen, wie z.B. bei der Entlassung.

Dabei sind die Kommunikationsformen sehr unterschiedlich. Übergaben können mündlich, schriftlich oder in einer Kombination aus beidem durchgeführt werden. Sie erfolgen im Stationszimmer, am Patientenbett oder auch telefonisch. Während im Fokus der Übergabe oft die Weitergabe von behandlungsrelevanten Patienteninformationen steht, erfüllt sie noch weitere Funktionen. Zum einen erfolgt die Übertragung der Verantwortung von der Übergabe gebenden Person an die Übergabe empfangende Person (National Patient Safety Agency 2004). Zum anderen kann nur durch eine Über-

gabe die Kontinuität der Patientenversorgung, trotz zahlreicher Akteure, gewährleistet werden (Apker et al. 2010).

Organisatorische Gegebenheiten und Fehlerquellen

Oftmals sehen es weder die Situation noch die Organisation in einem Krankenhaus oder innerhalb einer Abteilung vor, dass sich alle Beteiligten ausreichend Zeit für die Übergabe nehmen können. Bestenfalls sollte die Übergabe gebende Person vorbereitet sein und alle relevanten Informationen klar priorisiert vorbringen können (Raduma-Tomás et al. 2011). Ebenso sollte sich die Übergabe empfangende Person, insbesondere bei einem Schichtwechsel, vor einer Übergabe Zeit nehmen, um z. B. die Patientenakte durchzusehen, damit gezielt Fragen gestellt werden können (Rayo et al. 2014). Dennoch wird der Übergabe oft nicht ausreichend Bedeutung beigemessen. Besonders kritisch ist dies bei Verlegungen von Patienten zwischen Abteilungen, beispielsweise in eine andere Fachabteilung oder aus dem Aufwachraum. Häufig ist keine 1:1-Übergabe zwischen der Person, die den Patienten zuletzt versorgt hat und derjenigen, die nun die Verantwortung übernimmt, gewährleistet. In diesem Fall finden verschiedene Kommunikationsprozesse parallel und oft nicht einwandfrei miteinander abgestimmt statt: die Dokumentation postoperativer Anordnungen in der Patientenakte, ein Anruf auf der Station, Rückfragen bei Unstimmigkeiten usw.

Ein weiteres Beispiel für organisatorische Fehlerquellen stellen Unterbrechungen dar. Während der Schichtwech-

sel oder Visiten gibt es eine Vielzahl von Unterbrechungen, die es erschweren, dass ein gemeinsames Verständnis von den aktuellen Behandlungsprioritäten existiert (Spooner et al. 2015). Während im Krankenhaus Unterbrechungen im Arbeitsalltag immer vorkommen, haben sie bei Übergaben besonders nachteilige Auswirkungen. Durch Unterbrechungen können Informationen teilweise oder ganz vergessen werden, was zugleich die Anzahl von Nachfragen bei Unklarheiten reduziert (Randmaa et al. 2015). Zudem können ineffektive Übergaben zu Verzögerungen bei der Diagnosestellung und Behandlung, zu fehlerhaften Behandlungen, lebensbedrohlichen unerwünschten Ereignissen, Patientenbeschwerden, erhöhten Gesundheitsausgaben, einer verlängerten Aufenthaltsdauer und einer Reihe anderer Effekte führen (Australian Council for Safety and Quality in Health Care 2005). Vergessene bzw. fehlende Informationen bei unzureichenden Übergaben sind ein hohes Patientenrisiko und haben zur Folge, dass der Patient keine optimale Behandlung erhält und sich die Sterblichkeit erhöht (National Patient Safety Agency 2004). Hinzu kommt, dass der Übernehmende die Prioritäten der Informationen nicht einordnen und verstehen kann oder ihm Informationen zu Medikamenten und/oder Untersuchungen fehlen.

Strukturierte Kommunikation

Aufgrund der getrennten Ausbildung von Pflegenden und Ärzten gestaltet sich die Kommunikation dieser Berufsgruppen über Patienten unterschiedlich. Da das Krankenhauspersonal häufig mehr untereinander als mit dem Patienten kommuniziert, ist es wichtig, dass ein gegenseitiges Sprachverständnis existiert, um Kommunikationsprobleme zu vermeiden (Marshall et al. 2008). Das Erlernen einer strukturierten Überga-

be findet häufig direkt in der Praxis als „Learning-by-doing“ statt. Selten ist eine eigene Lehreinheit in der Ausbildung oder eine Fortbildungsveranstaltung für den Bereich der Übergaben etabliert. Hinzu kommt, dass Kommunikationskompetenzen bei Auszubildenden in der Pflege anders gelehrt werden als bei Medizinstudierenden: Pflegende lernen, Patienten zu beschreiben sowie detailliert und erzählend über sie zu sprechen und möglichst nicht zu diagnostizieren. Ärzte hingegen werden ausgebildet, Anamnesen durchzuführen, zusammenzufassen, zu diagnostizieren und gesundheitliche Beschwerden zu behandeln.

Dass es unter diesen Voraussetzungen zwischen beiden Berufsgruppen zu Verständigungsproblemen kommen

kann, ist nachvollziehbar (Powell 2007). Dennoch ist es für die erfolgreiche Behandlung wesentlich, Informationen zur Versorgung effektiv auszutauschen. Insbesondere, wenn sich der Patientenzustand unerwartet verändert und Handlungsbedarf entsteht, kann eine strukturierte Verständigung dazu beitragen, relevante Informationen rasch und fokussiert weiterzugeben (Leonard et al. 2004).

Systeme zur Strukturierung der Kommunikation relevanter Behandlungsinformationen finden zunehmend Verbreitung im Gesundheitswesen. Sie werden häufig vor kritischen Behandlungsschritten (z. B. Checkliste Sichere Chirurgie/Team Time Out) oder in Notfallsituationen angewendet (Manser et

al. 2016). Sie eignen sich aber auch, um die Routinekommunikation zwischen Pflegenden und Ärzten sowie Übergaben zu unterstützen. Besonders bei Abteilungen mit einer geringen unmittelbaren Arztpräsenz sind strukturierte Kommunikationsformen unerlässlich. Im Folgenden wird ein solches System zur Strukturierung der Kommunikation vorgestellt. Dies wurde explizit für die Kommunikation zwischen Pflegenden und Ärzten entwickelt.

Das Kommunikationsformat ISBAR

Das international etablierte und in der Praxis weit verbreitete Kommunikationsformat namens SBAR steht mit seiner Abkürzung für: „Situation, Background, Assessment, Recommendation“ (Situation, Hintergrund, Einschätzung, Empfehlung) (Leonard et al. 2004). Ursprünglich wurde SBAR von der US-Navy entwickelt, um dringende und wichtige Informationen strukturiert weiterzugeben (Marshall et al. 2008). Für den Gesundheitssektor wurde das System bereits 2002 in Colorado/USA eingeführt, da sowohl Pflegende als auch Ärzte Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Verständigung zwischen ihren Berufsgruppen sahen. Die Pflegenden beklagten, dass die Ärzte, die sie in der Nacht anriefen, eine unzureichende Reaktion zeigten. Andererseits beklagten die Ärzte, dass Pflegende, die mitten in der Nacht anriefen, einen ausschweifenden Dialog führten, ohne dass der Arzt eine Vorstellung bekam, was die Pflegenden von ihm wollten. Beide Seiten wollten diese Situation verbessern und waren der Einführung von SBAR gegenüber aufgeschlossen (Denham 2008).

Für den Gesundheitssektor wurde das System weiter angepasst und ist mittlerweile in vielen unterschiedlichen Gesundheitsbereichen, häufig unter dem Akronym ISBAR (mit der zusätzlichen Angabe von I (Introduction/Vorstellung) etabliert (Hohenhaus et al. 2006). In Abbildung 1 ist die strukturierte Kommunikation anhand des ISBAR-Formates mit einem Praxisbeispiel detailliert beschrieben.

Die ISBAR-Strukturierung ermöglicht es, in kurzer Zeit eine Vielzahl wichtiger Informationen konzentriert weiterzugeben. Der Rahmen, den ISBAR vorgibt, lässt dem Übergebenden ausreichende Freiheiten, um die individuelle Patien-

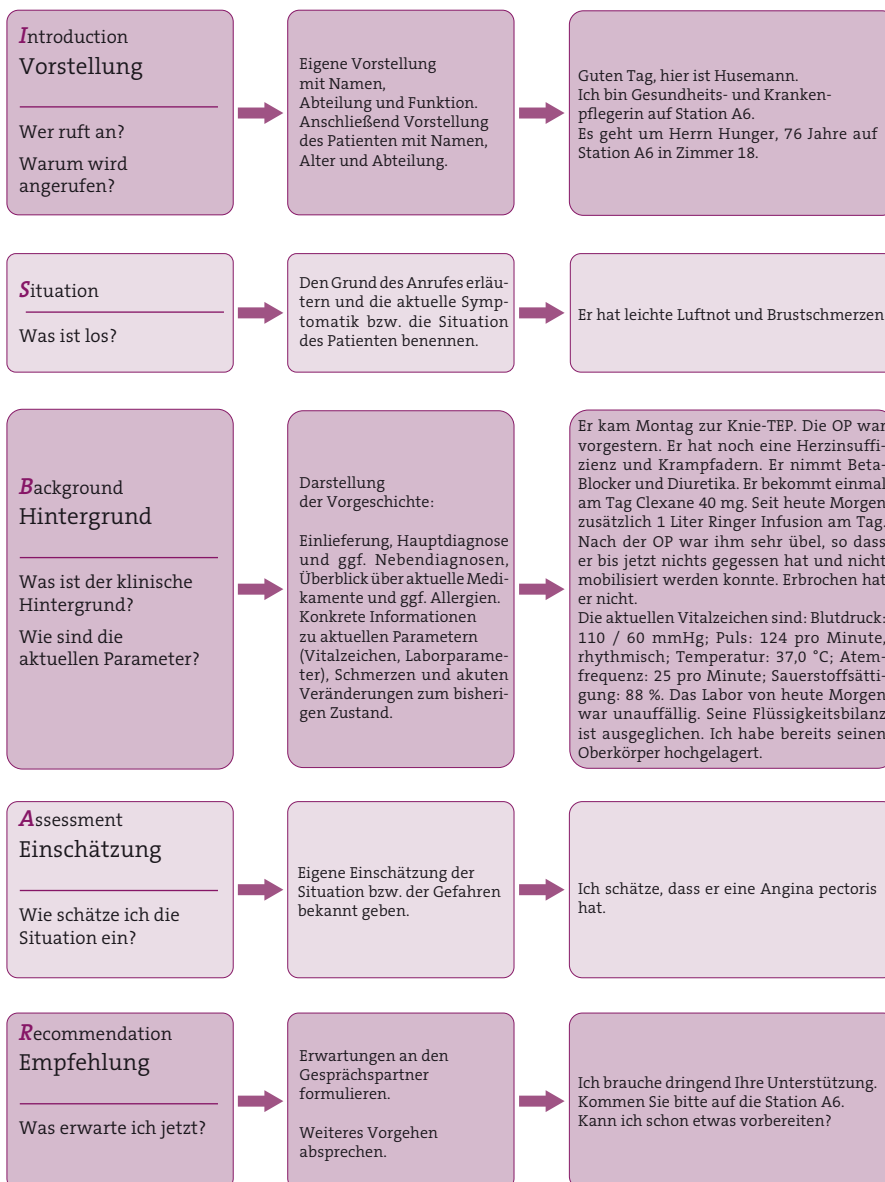


Abbildung 1: Strukturierte Kommunikation anhand des ISBAR-Formates (in Anlehnung an: ©2004 Kaiser Foundation Health Plan, Inc.; Dingley et al. 2008; Marshall et al. 2008)

tenhistorie abzudecken, und verhindert gleichzeitig ein Abschweifen in allzu ausführliche Erläuterungen. Die Struktur stellt hohe Anforderungen an den Übergebenden. Man muss sich vorher genau überlegen, wie man die Situation einschätzt und was man vom Gesprächspartner erwartet. Damit verhindert die ISBAR-Strukturierung vage und unklare Anfragen, die der Gesprächspartner evtl. nicht oder missverstehen bzw. übergehen kann, ohne dazu Stellung zu beziehen. Das systematische Vorgehen aus Abbildung 1 ist als Gesprächsleitfaden in der ISBAR-Checkliste abgebildet (Abbildung 2). Diese dient als Grundlage und kann helfen, sich auf das Gespräch vorzubereiten.

ISBAR eignet sich nicht nur für die telefonische Übergabe, z. B. in Notfallsitu-

ationen. Die Struktur kann auch genutzt werden, um eine Kurzanamnese des Patienten bei einem bereits eingetretenen Notfall an das eintreffende Notfallteam zu kommunizieren. In vielen Krankenhäusern wird sich inzwischen auch bei Vorstellungen bei Visiten, Verlegungen und Schichtübergaben an dieser Struktur orientiert.

Somit kann ISBAR in all diesen Situationen die unterschiedlichen gegenseitigen Erwartungen überbrücken (Leonard et al. 2004).

Umsetzung von ISBAR

Damit Kommunikationsstrukturen wie ISBAR ihr volles Potenzial entfalten können, müssen alle Beteiligten damit vertraut sein. Anhand von interdisziplinären Schulungen und Workshops erlernen diese die Kommunikation nach der ISBAR-Sprache häufig im Rahmen von Notfalltrainings. Vergleichbare Trainings können grundsätzlich überall und jederzeit mit Rollenspielen umgesetzt und auf die stations- oder hausspezifische Organisation angepasst werden. In gezielten Kommunikationsübungen erproben und trainieren Pflegende und Ärzte die praktische Anwendung und lernen, welche relevanten Informationen mit welcher Priorität zeit- und zielgerecht weitergegeben werden sollen. Ganze Abteilungen bis hin zur Leitungs-/Managementebene sollten diese Kommunikationsstrukturen kennen, fördern und unterstützen (Dingley et al. 2008). Die Kommunikationskultur der Einrichtung ist entscheidend dafür, ob ein System wie ISBAR konsequent genutzt wird. Erfahrungen zeigen, dass die Kommunikation am Anfang als etwas „künstlich“ erlebt wird. Dieses legt sich aber rasch und die Vorteile, vor allem im Dialog mit Personen, die man nicht kennt, treten deutlich in den Vordergrund.

Der Einsatz eines umfassenden ISBAR Schulungsprogramms und die Integration in den Krankenhausalltag können für die Patientensicherheit richtungweisend sein. Unterstützen können hierbei Workshops, z. B. Präsentationen, Diskussionsgruppen und Formblätter bzw. Karten für die Kitteltasche. Besonders in hierarchisch geprägten Häusern können die Phasen der Einschätzung (Assessment) und Empfehlung (Recommendation) von hierarchisch unterstellten Kolleginnen und Kollegen Unverständnis auslösen. Daher ist es entscheidend, dass die Führungskräfte Teamarbeit und Kommunikation als wichtige Faktoren in der Patientensicherheit ansehen, und diese in allen Abteilungen und unter allen Professionen vertreten werden.

Fazit

Die Übergabe von Patienteninformati- onen an Kolleginnen und Kollegen der nächsten Schicht oder einer anderen Station bzw. Abteilung bei einer Verlegung hat im Krankenhausalltag einen großen Stellenwert. Unstrukturierte Übergaben können zu Sicherheitsrisiken für Patienten und zu Frustration für die übergebende als auch für die Übergabe empfangende Person führen. Gelungene Übergaben führen hingegen auf beiden

ISBAR Checkliste

Bevor Sie anrufen, seien Sie vorbereitet!

Formulieren Sie klar und präzise, konzentrieren Sie sich auf das Hauptproblem und berichten Sie nur das, was für die aktuelle Situation relevant ist.

Bereiten Sie sich vor:

- Schätzen Sie die Situation des Patienten ein.
- Rufen Sie die zuständige Person an.
- Halten Sie aktuelle Laborwerte und die Krankenakte bereit.
- Machen Sie sich mit der Krankengeschichte vertraut.

Nutzen Sie folgenden Ablaufplan, um das Gespräch zu strukturieren:

I VORSTELLUNG (IDENTIFY):

Hier ist [eigener Name]. Ich bin [Berufsbezeichnung] auf Station [Stationsname]. Es geht um [Patientenname, Alter, Stationsname, Zimmernummer].

S SITUATION:

Er / Sie hat: [Hauptbeschwerden / akute Veränderung beschreiben].

B HINTERGRUND (BACKGROUND)

Er / Sie kam am [Aufnahmedatum] mit [Aufnahmegrund].

Die Hauptdiagnose ist: _____

Zusätzlich hat er / sie: _____

Bekannte Allergien sind: _____

Aktuelle Medikamente sind: _____

Aktuelle Parameter sind: [Vitalzeichen, Laborwerte, Mentaler Zustand, ggf. weitere Angaben zur Krankenbeobachtung]

Verändert hat sich: _____

Gemacht habe ich bereits: _____

A EINSCHÄTZUNG (ASSESSMENT):

Ich schätze, das Problem ist [Einschätzung der Schwere des Problems].

ODER: Ich weiß nicht, was das Problem sein könnte. Sein Zustand gefällt mir nicht und ich habe ein ungutes Gefühl.

R EMPFEHLUNG (RECOMMENDATION)

Ich brauche Ihre Unterstützung: _____

- kommen Sie bitte auf die Station
- verlegen Sie den Patienten/ Patientin
- etc.

Kann ich schon etwas vorbereiten?

In Anlehnung an: © 2004 Kaiser Foundation Health Plan, Inc.; Dingley et al. 2008; Marshall et al. 2008

Abbildung 2: ISBAR Checkliste



Literatur

Seiten zu einer positiven Empfindung. Beispielsweise können durch ein Klinik- bzw. Abteilungsarbeitsprogramm, bestehend aus Kommunikationstrainings, der Übung von Übergaben und einer effektiven Veränderung von Prozessen zur Optimierung von Übergabesituationen, vielversprechende Ergebnisse erzielt werden (Starmer et al. 2014).

Das hier vorgestellte Kommunikationsformat ISBAR ist eingängig und erreicht direkte Aufmerksamkeit beim Kommunikationspartner. Es wird durch einfache Methode sichergestellt, dass dem Empfänger alle relevanten Informationen mitgeteilt werden. Durch die offene Gestaltung des ISBAR-Kommunikationsablaufs bleibt genug Freiraum, um die individuellen Besonderheiten des Patienten weiterzugeben. Bei einer konsequenten Umsetzung von ISBAR kann sich die Patientensicherheit, insbesondere bei Übergaben, verbessern. <<

Apker J., Mallak L.A., Applegate E.B.3., Gibson S.C., Ham J.J., Johnson N.A. et al. (2010) Exploring emergency physician-hospitalist handoff interactions: development of the Handoff Communication Assessment. *Annals of Emergency Medicine* 55 (2), S. 161–170.

Australian Council for Safety and Quality in Health Care (2005) *Clinical Handover and Patient Safety: Literature Review Report*. Australian Council for Safety and Quality in Health Care, Darlinghurst, N.S.W.

Denham C.R. (2008) SBAR for Patients. *Journal of Patient Safety* 4 (1), S. 38–48.

Dingley C., Daugherty K., Derieg M.K., Persing R. (2008) Improving Patient Safety Through Provider Communication Strategy Enhancements. In: K. Henriksen, J.B. Battles, M.A. Keyes, M.L. Grady (Hrsg.) *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches* (Vol. 3: Performance and Tools). Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, S. 1–18.

Hohenhaus S., Powell S., Hohenhaus J.T. (2006) Enhancing Patient Safety During Hand-Offs. *American Journal of Nursing* 106 (8), S. 72A–72B.

Leonard M., Graham S., Bonacum D. (2004) The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care* 13 (suppl_1), S. i85–i90.

Manser T. (2013) Fragmentation of patient safety research: a critical reflection of current human factors approaches to patient handover. *Journal of Public Health Research* 2 (3), e33.

Manser T., Berning D., Huckels-Baumgart S. (2016) *Checklisten & Co: Instrumente zur Förderung der Patientensicherheit in der Chirurgie*. Allgemein- und Viszeralchirurgie up2date 10 (05), S. 309–328.

Marshall S., Harrison J., Flanagan B. (2008) The Evaluation of Structured Communication Tools in Healthcare. *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting* 52 (12), S. 860–864.

National Patient Safety Agency (2004) *Safe handover: safe patients: Guidance on clinical handover for clinicians and managers*. https://ama.com.au/sites/default/files/documents/Clinical_Handover_0.pdf, Zugriff am 8. November 2016.

Powell S.K. (2007) SBAR-it's not just another communication tool. *Professional Case Management* 12(4), S. 195–196.

Raduma-Tomás M., Flin R., Yule S., Close S. (2011) The importance of preparation for doctors' handovers in an acute medical assessment unit: a hierarchical task analysis. *BMJ Quality and Safety* 21, S. 211–217.

Randmaa M., Martensson G., Swenne C.L., Engstrom M. (2015) An observational study of postoperative handover in anesthetic clinics; the content of verbal information and factors influencing receiver memory. *Journal of Perianesthesia Nursing: Official Journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses* 30 (2), S. 105–115.

Rayo M.F., Mount-Campbell A.F., O'Brien J.M., White S.E., Butz A., Evans K. et al. (2014) Interactive questioning in critical care during handovers: a transcript analysis of communication behaviours by physicians, nurses and nurse practitioners. *BMJ Quality & Safety* 23 (6), S. 483–489.

Spooner A.J., Corley A., Chaboyer W., Hammond N.E., Fraser J.F. (2015) Measurement of the frequency and source of interruptions occurring during bedside nursing handover in the intensive care unit: An observational study. *Australian critical care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses* 28 (1), S. 19–23.

Starmer A.J., Spector N.D., Srivastava R., West D.C., Rosenbluth G., Allen A.D. et al. (2014) Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *The New England Journal of Medicine* 371(19), S. 1803–1812.

Zusammenfassung

Effektive Patientenübergaben sind für die sichere Patientenversorgung unerlässlich, denn dadurch wird eine kontinuierliche Weitergabe von behandlungsrelevanten Informationen gewährleistet. Häufig finden Übergaben unter Zeitdruck statt. Dadurch erhöht sich das Risiko, dass Informationen fehlerhaft weitergegeben oder gar ganz vergessen werden. Zur einheitlichen Strukturierung von Übergaben in Routine- und Notfallsituationen wird zunehmend das Kommunikationsformat ISBAR angewendet.

Schlüsselwörter: *Patientensicherheit, Übergabe, ISBAR*

Autorenkontakt:

Clara Monaca, M.Sc. Public Health; Gesundheits- und Krankenpflegerin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut für Patientensicherheit Universitätsklinikum Bonn
Kontakt: clara.monaca@ukb.uni-bonn.de
Prof. Dr. phil. Tanja Manser, Arbeits- und Organisationspsychologin, Direktorin Institut für Patientensicherheit Universitätsklinikum Bonn
www.ifpsbonn.de

Roboter im (Pflege-)Alltag – Weiterhin fehlt die Akzeptanz

Roboter – in welcher Form auch immer – sind nur eine von vielen technischen Neuerungen im Bereich von AAL (Ambient Assisted Living, übersetzt etwa mit „Altersgerechte Assistenzsysteme“), die in den kommenden Jahren und Jahrzehnten den Alltag und die Pflege nachhaltig verändern und – hoffentlich – erleichtern werden. Man erhofft sich, dass durch (Pflege-)Roboter viele alte Menschen länger ihre Unabhängigkeit bewahren können.

Dass ältere Menschen länger als bisher unabhängig leben können ist in einer Zeit, in der der demographische Wandel stärker denn je ist und gleichzeitig ein Pflegenotstand herrscht, nicht nur eine Hoffnung, sondern wahrscheinlich sogar eine Notwendigkeit. Um allerdings die Roboter auch im (Pflege-)Alltag einsetzen zu können, müssen sich v. a. an der Einstellung gegenüber Robotern und/oder dem Anspruch an den Robotern (z. B. am Design) selbst noch Einiges verändern. Denn nur mit einer positiven Einstellung gegenüber diesen technischen Hilfsmitteln können diese auch wirklich eine (Arbeits-)Erleichterung sein.

In bisherigen Studien wurde belegt, dass die Einstellung zu Robotern das Handling, also den Umgang mit ihnen, beeinflusst. Ein weiteres wichtiges Ergebnis bisheriger Studien in diesem Bereich ist, dass die Akzeptanz von Robotern durch direkte Erfahrungen verbessert wird.

Aus diesen Erkenntnissen heraus haben die Forscher aus Paris in der zugrundeliegenden Studie ihre Probanden über einen Zeitraum von einem Monat je einmal pro Woche für ca. eine Stunde direkte Interaktionen mit einem Roboter durchführen lassen und mit verschiedenen Methoden u. a. die Akzeptanz der Probanden gegenüber den Robotern gemessen. Um herauszufinden, welche Einflussfaktoren wichtig für die Ak-

zeptanz und die fehlerfreie Benutzung eines Roboters sind, akquirierten die Wissenschaftler elf ältere Menschen (Durchschnittsalter: 79,3 Jahre; neun Frauen und zwei Männer; hohes Bildungsniveau). Darunter waren sowohl Personen mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen (6) als auch kognitiv intakte ältere Erwachsene (5). Die Forscher vermuteten, dass die Probanden mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen größere (Akzeptanz-)Probleme mit den Robotern haben würden als die kognitiv intakten Personen.

Der Roboter, der in dieser Studie zum Einsatz kam trägt den Namen Kompai und wurde in Frankreich entwickelt. Er ist eine Art mobile Plattform mit zwei Antriebsrädern und kann u. a. Stimmen erkennen und einige einfache Sätze wiedergeben.

Die Studie wurde in einem Labor durchgeführt, in dem die Teilnehmer jede Woche eine Reihe von Aufgaben absolvieren sollten, um den Robotergebrauch im Alltag zu simulieren (z. B. einen Termin im Kalender vermerken, Denkspiele durchführen).

Nach der ersten und der vierten Woche sollten die Teilnehmer nach der Interaktion mit dem Roboter einen Fragebogen (5-Punkte-Likert-Skala) zur Akzeptanz ausfüllen und Fragen in einem teilstrukturiertem Interview beantworten. Außerdem wurden die Anzahl der Fehler bei der Benutzung der Roboter

aufgezeichnet, um Unterschiede bei den verschiedenen Probanden festzustellen.

Alle statistischen Analysen in dieser Studie wurden mit SPSS 17.0 Software durchgeführt. Die teilstrukturierten Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und anschließend eine induktive Kategorienentwicklung und thematische Analyse durchgeführt.

Sowohl nach der ersten Woche als auch am Ende der Studie war die Akzeptanz der Probanden gegenüber dem Roboter nur mäßig bis niedrig. Zwischen der Gruppe mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen und der kognitiv intakten Probandengruppe gab es, anders als die Forscher erwartet hatten, sowohl hinsichtlich der Akzeptanz als auch bei der Fehlerquote bzgl. der Interaktion mit dem Roboter keine signifikanten Unterschiede. Die Antworten aus den teilstrukturierten Interviews lieferten den Wissenschaftlern folgende Erkenntnisse: Die Probanden stellten häufig fest, dass sie derzeit keinen Roboter als Hilfe benötigen, da sie weiterhin unabhängig bleiben wollen. Sie nahmen die Roboter nicht als nützlich wahr. Ein weiterer, häufig genannter Grund für die geringe Akzeptanz war die Tatsache, dass sich die Probanden nicht zur IKT-Generation zählten. Nur wenige von ihnen drückten eine Absicht aus, einen Roboter in der Zukunft zu verwenden. <<

Quelle:

Ya-Huei Wu, Jérémy Wrobel, Mélanie Cornuet, Hélène Kerhervé, Souad Damné, Anne-Sophie Rigaud (2014): Acceptance of an assistive robot in older adults: a mixed-method study of human-robot interaction over a 1-month period in the Living Lab setting. Clinical Interventions in Aging Volume 9, 801–811



Kommentar

Das Thema und das Anliegen dieser Studie sind aktueller denn je. Es wird in Zukunft sehr wichtig sein, dass sowohl die Pflegekräfte als auch die Pflegebedürftigen eine positivere Einstellung zu (Pflege-)Robotern haben werden als dies derzeit noch der Fall ist. Diese Studie liefert trotz der sehr kleinen und homogenen Stichprobe und der realitätsfernen Bedingungen, unter denen sie durchgeführt wurde, einige wichtige Erkenntnisse darüber, wie die Akzeptanz älterer Menschen gegenüber Robotern gesteigert werden kann. Trotzdem ist es dringend nötig, weitere und v. a. größere Studien zu diesem Thema durchzuführen.

Autorenkontakt:

Referiert und kommentiert von **Oliver Ludwig**, examiniertem Gesundheits- und Krankenpfleger und Diplom-pflegepädagogen
Kontakt: oliver_ludwig@gmx.de

Alles, was Recht ist.



Das Wichtigste zur neuen Rechtslage – Heilberufe Spezial
„Pflege im Recht“:

- **Pflegeberufliche Bildung:** Pflegeberufsgesetz, Pflegekammern
- **Pflegedokumentation:** Entbürokratisierung durch das Strukturmodell
- **Pflegebedürftigkeit:** Pflegegrade nach PSG II
- **Pflege am Lebensende:** Hospiz- und Palliativgesetz, Patientenverfügung, Sterbehilfe

**Bestellen
Sie jetzt!**

**Ja, ich bestelle Heilberufe Spezial
„Pflege im Recht“ zum Preis von
€ 9,90 inklusive Versandkosten.**

Faxantwort 089/203043 - 1410 oder einsenden an:
Springer Medizin Verlag GmbH
Leserservice
Aschauer Straße 30
81549 München

.....
Name, Vorname

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

.....
Datum, Unterschrift

Diese Bestellung können Sie innerhalb von 14 Tagen schriftlich widerrufen. Rechtzeitige Absendung der Willenserklärung genügt (Poststempel). Springer Customer Service Center GmbH | Leserservice | Haberstraße 7 | 69126 Heidelberg | Telefax: +49 (0)6221 345 4229 | E-Mail: leserservice@springer.com
Eine ausführliche Belehrung über Ihr Widerrufsrecht finden Sie unter springermedizin.de/widerruf

> Cochrane-Review

Interventionen zur Delir-Prävention bei älteren Menschen in Langzeitpflegeeinrichtungen

IRENA SCHREYER & ANDREA KOBLEDER

Delir ist eine häufig auftretende Komplikation bei älteren und multimorbiden Menschen. Die Ursache des Delirs kann in Infektionen, neuen Medikamenten oder Umgebungsveränderungen liegen. Dieser Cochrane Review untersucht Interventionen in Langzeitpflegeeinrichtungen, die ein Delir möglicherweise verhindern können.



Die Autoren suchten im Spezialregister der Cochrane Dementia und Cognitive Improvement Gruppe ALOIS, welches durch regelmäßige Suchen in den Datenbanken MEDLINE, EMBASE, PsycInfo, CINAHL und LILACs aktuell gehalten wird. Zusätzlich erfolgte eine direkte Suche in den genannten Datenbanken sowie im Studienregister Clinicaltrials.gov, dem Suchportal ICTRP und in Referenzlisten relevanter Studien. Des Weiteren wurde graue Literatur bei der Suche berücksichtigt. Es erfolgte keine sprachliche Restriktion bei der Studiensuche. Eingeschlossen wurden randomisiert kontrollierte Studien (RCT) und Cluster RCTs,

welche einfache oder aus mehreren Komponenten bestehende nicht-pharmakologische und pharmakologische Interventionen zur Prävention von Delir bei älteren Personen in Langzeitpflegeeinrichtungen untersuchten. In den Studien mussten validierte Instrumente zur Diagnose des Delirs verwendet werden. Die Studienteilnehmenden mussten mindestens 65 Jahre alt sein.

Intervention und Kontrolle

Als Intervention galten pharmakologische und nicht-pharmakologische Maßnahmen zur Prävention eines De-

lirs. Als Kontrolle wurden alternative Interventionen oder keine Intervention definiert.

Zielkriterien

Primäre Zielkriterien waren die Inzidenz, Prävalenz und der Schweregrad des Delirs. Als sekundäre Zielkriterien definierten die Autoren die Dauer des Delirs, Anzahl von Delir-Episoden, kognitive Funktion, neu diagnostizierte Demenzerkrankungen, Verschlechterung des Demenzschweregrades, Lebensqualität, Kosten der Intervention, veränderte Gesundheitsversorgung und Effektivitätskosten der Intervention, Aktivitäten des täglichen Lebens und unerwünschte Folgen, wie z.B. Stürze, Dekubiti oder Mortalität.

Vorgehen

Zwei Autoren prüften unabhängig voneinander Titel und Abstracts der Studien anhand definierter Einschlusskriterien. Potenziell relevante Publikationen wurden anschließend anhand der Volltexte untersucht. Die Daten aus den eingeschlossenen Studien wurden durch zwei Autoren unabhängig voneinander mit Hilfe eines selbstentwickelten und vorher getesteten Formulars extrahiert. Die methodische Qualität der Studien wurde mit Hilfe des Cochrane Risk of Bias Tools bestimmt. Bei Unstimmigkeiten in der Studienauswahl, Datenextraktion und Bewertung der Qualität diskutierten die Autoren solange, bis ein Konsens erzielt werden konnte.

Datenanalyse

Die Autoren berechneten für die Darstellung des Behandlungseffekts relative Risiken (RR) mit dazugehörigen

95%-Konfidenzintervallen (KI). Die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines Ereignisses wurde durch Hazard Ratios (HR) bestimmt. Die Analyse erfolgte wenn möglich auf Basis Intention-to-Treat. Wenn dies nicht möglich war, erfolgte eine per-protocol Analyse. Aufgrund der klinischen Heterogenität der Studien konnte keine Metaanalyse durchgeführt werden.

Ergebnisse

In den Cochrane Review konnten 2 Studien mit insgesamt 3636 Teilnehmenden eingeschlossen werden. Ein Cluster-RCT (n=98) untersuchte die Auswirkungen von Flüssigkeitszufuhr als Intervention gegen das Delir. Ein weiteres Cluster-RCT (n=3538) untersuchte ein computergestütztes System, welches Medikamente identifizierte, die potentiell zu einem erhöhten Delir-Risiko beitragen.

Die auf Flüssigkeitszufuhr basierende Intervention konnte keine Verminderung von Delir-Inzidenzen im Vergleich zur Kontrollgruppe aufzeigen (RR 0.85, 95%KI 0.18 bis 4.00).

Im Gegensatz dazu führte ein computergestütztes System zur Erkennung von Medikamenten, die zu einer Steigerung des Delir-Risikos beitragen, zu einer beachtlichen Reduktion der Delir-Inzidenzen (HR 0.42, KI 0.34 bis 0.51). Das computergestützte System zeigte allerdings keine Auswirkungen auf Spitalaufnahmen (HR 0.89, KI 0.72 bis 1.10), Mortalität (HR 0.88, KI 0.66 bis 1.17) und das Sturzrisiko (HR 1.03, KI 0.92 bis 1.15).

Schlussfolgerung

Aus dem Review gehen limitierte Hinweise zur Wirksamkeit von Interventionen zur Reduktion von Delir bei älteren Personen in Langzeitpflegeeinrichtungen hervor. Die Einführung von compu-

tergestützten Systemen zur Erkennung von Medikamenten, die das Risiko eines Delirs erhöhen, kann dazu beitragen, die Inzidenz von Delir zu verringern. Es bedarf weiterer Studien, die ein computergestütztes Medikamentenmanagement und aus mehreren Komponenten bestehende pharmakologische und nicht-pharmakologische Interventionen zur Prävention von Delir bei älteren Menschen in Langzeitpflegeeinrichtungen untersuchen.

Kurz und bündig: Was bedeutet was?!

Cochrane Review Gruppen (CRG)

In den Review-Gruppen arbeiten Personen zusammen, die ein gemeinsames Interesse an einem bestimmten Problem der Gesundheits- oder Patientenversorgung haben. Die Hauptaufgabe besteht darin, systematische Übersichten zur Wirkung von Interventionen im jeweiligen Interessengebiet zu verfassen. Die Mitglieder einer CRG kümmern sich außerdem um die so genannte Handsuche, d.h. die Durchsicht von Fachzeitschriften, Abstraktbänden u.ä. auf relevante Studien im Interessengebiet. Jede CRG wird durch ein Editorenteam koordiniert. Das Editorenteam ist dafür verantwortlich, dass die Reviews des Gebiets möglichst aktuell sind, und dass die aktuellen Versionen der Reviews und die Handsuchergebnisse regelmäßig zur Veröffentlichung an die Cochrane Library weitergegeben werden.

Intention-to-treat-Analyse

Analyse-Technik, bei der die Patienten nach ihrer ursprünglichen Gruppenzuweisung analysiert werden, unabhängig davon, ob sie die zugeordnete (intendierte) Therapieform vollständig, partiell oder gar nicht erhalten haben.

Inzidenz

Die Inzidenz beschreibt die in einem bestimmten Zeitraum neu aufgetretene Anzahl an Krankheitsfällen in einer definierten Population.

Per Protocol Analyse

Analyse, bei der nur die Personen eingeschlossen werden, die protokollgemäß behandelt wurden.

Prävalenz

Die Prävalenz beschreibt den Anteil Erkrankter an der Gesamtzahl einer definierten Population zu einem bestimmten Zeitpunkt. <<



Literatur

Clegg, A., Siddiqui, N., Heaven, A., Young, J. & Holt, R. (2014). Interventions for preventing delirium in older people in institutional long-term care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, doi: 10.1002/14651858.CD009537.pub2

Informationen

Diese Cochrane-Review-Zusammenfassung wurde im Rahmen der Internetplattform FIT-Nursing Care des nationalen Kompetenzzentrums für Evidenzbasierte Pflege swissEBN in Zusammenarbeit mit Cochrane Deutschland als Teil der Serie „Geprüfte Qualität: Zusammenfassung von Cochrane Reviews“ erstellt. Die Beiträge informieren über den aktuellen Stand der Forschung. Ziel ist es, den Pflegefachpersonen Forschungsergebnisse schneller und direkter zur Verfügung zu stellen.

Schlüsselwörter: *Delir, Langzeitpflege*

Kontakt: swissebn@fhsg.ch
www.cochrane.org/de/kompakt
www.fit-care.ch

Autorenkontakt:

Irena Schreyer, MSc, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut für Angewandte Pflegewissenschaft IPW-FHS, St. Gallen.
Kontakt: irena.schreyer@fhsg.ch
Andrea Kobleder, Mag., wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut für Angewandte Pflegewissenschaft IPW-FHS, St. Gallen.
Kontakt: andrea.kobleder@fhsg.ch

> Neuer Straftatbestand führt zu rechtlicher Grauzone

Wann ist Suizidbeihilfe geschäftsmäßig?

MARTINA WEBER

Am 10. Dezember 2015 trat ein neuer Straftatbestand in Kraft: das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Suizidbeihilfe. Die Vorschrift sorgt im Gesundheitsbereich für Verunsicherung, vor allem der unbestimmte Rechtsbegriff der Geschäftsmäßigkeit. Der Artikel unternimmt eine Standortbestimmung des neuen Straftatbestandes im Rahmen einer Darstellung der Rechtslage zur aktiven und passiven Sterbehilfe und der Beihilfe zum Suizid.



Als am 1. September 2009 die gesetzliche Regelung der Patientenverfügung in den Paragraphen 1901 a und 1901 b Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in Kraft trat, wurde nach jahrzehntelanger Diskussion das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, aber auch dessen Selbstverantwortung in der letzten Lebensphase gestärkt. Seither ist gesetzlich geregelt, dass ein Patient in einer Patientenverfügung Einwilligungen oder Untersagungen ärztlicher Eingriffe festlegen kann und dass die Festlegungen in einer Patientenverfügung nicht auf die Sterbephase begrenzt sind, sondern sich auf alle Stadien einer Erkrankung beziehen können. In einer Patientenverfügung können also lebensverlängernde und lebenserhaltende Maßnahmen für bestimmte Behandlungssituationen, in denen der Betroffene nicht mehr einwilligungsfähig ist, abgelehnt sowie Behandlungswünsche geäußert werden

(ausführlich: Weber 2011a sowie Weber 2010a).

Aktiv oder passiv?

Die Begriffe Einwilligung in ärztliche Eingriffe sowie Untersagung ärztlicher Eingriffe und aktive und passive Sterbehilfe hatten immer wieder Verunsicherung hervorgerufen. Der rechtliche Rahmen für das Selbstbestimmungsrecht des Patienten ist die juristische Wertung, dass ein ärztlicher Heileingriff, selbst wenn er medizinisch indiziert und nach den Regeln der ärztlichen Kunst vorgenommen wird, den Straftatbestand einer Körperverletzung nach Paragraph 223 Strafgesetzbuch (StGB) erfüllt. Es ist in den meisten Fällen die Einwilligung des Patienten, die dazu führt, dass der Eingriff gerechtfertigt und nicht strafbar ist. Grundsätzlich hat jeder Patient das Recht, eine ärztliche Behandlung

abzulehnen, den behandelnden Arzt also dazu zu zwingen, eine Behandlung zu unterlassen. Dies gilt auch dann, wenn der Patient ohne die Behandlung stirbt. Der Patient (oder – im Fall seiner fehlenden Einwilligungsfähigkeit, zum Beispiel aufgrund einer Bewusstlosigkeit – dessen rechtlicher Betreuer oder Bevollmächtigter) kann auch verlangen, dass eine bereits begonnene Behandlung (zum Beispiel eine künstliche Beatmung oder Ernährung) abgebrochen wird, und zwar auch dann, wenn dafür eine aktive Handlung (zum Beispiel das Ausschalten eines Beatmungsgerätes) erforderlich ist (so ausdrücklich BGH 25. Juni 2010, Aktenzeichen 2 StR 454/09, ein Fall, bei dem der Patientewille den Behandlungsabbruch durch Außenstehende rechtfertigt, Besprechung Weber 2010b). Dabei handelt es sich um passive Sterbehilfe. Passive Sterbehilfe ist also der Verzicht auf oder der Abbruch von lebenserhaltenden oder lebensverlängernden Maßnahmen. Passive Sterbehilfe ist straflos, wenn sie dem Willen des Patienten entspricht.

Aktive direkte Sterbehilfe ist die gezielte aktive Lebensverkürzung durch einen Eingriff in die restlichen Lebensvorgänge, um das Eintreten des Todes zu beschleunigen. Es handelt sich um einen gezielten Tötungsvorgang unabhängig von einer ärztlichen Behandlung. Dieser ist strafbar, auch wenn er aufgrund eines ernsthaften Verlangens des Betroffenen oder aus Mitleid mit einem unheilbar Kranken erfolgt.

Zulässig ist es dagegen nach einer Grundsatzentscheidung des BGH vom 15. November 1996 (Neue Juristische Wochenschrift 1997, S. 807), einem Sterbenden schmerzlindernde Medikamente in Dosierungen zu verabreichen, die

so hoch sind, dass sie zu einer Beschleunigung des Todesintritts führen, wenn die Medikation ärztlich geboten ist, dem Willen des Patienten entspricht und der beschleunigte Todesintritt unvermeidbare Nebenwirkung ist. Dies wird als aktive indirekte oder nur als indirekte Sterbehilfe bezeichnet.

Der frei verantwortliche Suizid

Die Selbsttötung erfüllt keinen Straftatbestand, und auch der Versuch einer Selbsttötung ist – strafrechtssystematisch logisch daraus folgend – straffrei. Beihilfehandlungen wie die Bestärkung des Suizidentschlusses sowie die Unterstützung bei der Beschaffung von Tatwerkzeugen sind in Deutschland nicht als Tötungsdelikt strafbar, wenn die Selbsttötung freiverantwortlich erfolgt. Für den Begriff der Freiverantwortlichkeit gibt es in der juristischen Fachliteratur zwei Meinungslager: Nach der weniger strengen Meinung beurteilt sich die Freiverantwortlichkeit nach den Regeln strafrechtlicher Verantwortung, wonach die Freiverantwortlichkeit unter anderem bei Personen, die wegen seelischer Störungen nach Paragraph 20 Strafgesetzbuch (StGB) schuldunfähig sind, ausscheidet. Nach einem strengen Beurteilungsmaßstab wird Freiverantwortlichkeit nur angenommen, wenn der Entschluss zum Suizid Ausdruck eines freien und ernstlichen Verlangens nach dem eigenen Tod ist und das Resultat einer rationalen Reflexion („Bilanz-Suizid“).

Verliert der Suizident nach seinem Selbsttötungsakt das Bewusstsein, stellt sich die Frage, ob eine anwesende Person einen Rettungsversuch unternehmen muss. Dabei stünden bei einem Nichteingreifen nach einem Suizidversuch möglicherweise folgende Straftatbestände im Raum: zum einen die unterlassene Hilfeleistung nach Paragraph 323 c StGB, zum anderen bei einem besonderen Näheverhältnis (der Garantenstellung) ein Totschlag durch Unterlassen nach den Paragraphen 212, 13 StGB. In einem Fall eines solchen Bilanzsuizids im Jahr 2009 durch eine an Alzheimer erkrankte Dame stellte die Staatsanwaltschaft München die Ermittlungen gegen die Kinder der Suizidentin ein, die am Bett ihrer Mutter saßen, während und nachdem diese todbringende Tabletten eingenommen

hatte (Staatsanwaltschaft München, 30. Juli 2010, Aktenzeichen 125 Js 11736/09, dazu Weber 2010b).

Strafbarkeit für Ärzte?

Nach bisheriger Rechtsprechung war die Beihilfe zum Suizid für Ärzte ebenso wie für Angehörige und andere Personen, die Beihilfe zum Suizid leisteten, nicht als Tötungsdelikt strafbar, weil die Beihilfe zum Suizid straflos ist. Dies hatte das Oberlandesgericht München bereits am 31. Juli 1987 in seinem Fall „Hackethal“ bestätigt (Neue Juristische Wochenschrift 1987, S. 2940, dazu Weber 2010a, S. 93 ff). Eine Strafbarkeit wegen Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz sei jedoch, so das Gericht, nicht ausgeschlossen.

Die Weitergabe eines tödlichen Mittels an einen zum Suizid entschlossenen Patienten kann darüber hinaus gegen ärztliches Standesrecht verstoßen. Über Verstöße gegen ärztliche Berufspflichten entscheiden die ärztlichen Berufsgerichte. In den Berufsordnungen folgender Bundesländer ist ein ausdrückliches Verbot des ärztlich assistierten Suizids nicht aufgeführt: Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und in Nordrhein-Westfalen die Berufsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe (Böhme 2015).

Lange Zeit war es juristisch umstritten, ob ein Arzt verpflichtet sei, ärztliche Hilfsmaßnahmen einzuleiten, nachdem sein Patient aufgrund eines frei verantwortlichen Entschlusses einen Selbsttötungsversuch unternommen und bewusstlos geworden ist. In seinem umstrittenen Wittig-Fall hatte der Bundesgerichtshof die Ansicht vertreten, der Wille, den der Suizident vor seiner Bewusstlosigkeit geäußert hatte, sei unerheblich und der Arzt müsse eigenverantwortlich eine Entscheidung darüber treffen, ob er einen nur möglicherweise erfolgreichen Rettungsversuch unternehme (4. Juli 1984, Aktenzeichen 3 StR 96/84, dazu Weber 2010a, S. 96 ff). Dagegen entschied das Landgericht Deggendorf am 13. September 2013, ein Notarzt sei nicht verpflichtet, einen frei verantwortlichen Suizidenten zu retten, weil eine Rettungspflicht dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten zuwiderlaufe (Aktenzeichen 1 Ks 4 Js 7438/11).

Verbot kommerzieller Suizidbeihilfe

Da die Beihilfe zum frei verantwortlichen Suizid unabhängig von den Motiven des „Suizidhelfers“ nach der Rechtslage vor Inkrafttreten des Paragraphen 217 StGB nicht strafbar war, gründete ein Jurist in Hamburg einen Verein und bot Sterbewilligen gegen ein Honorar in Höhe von 8000 Euro eine Suizidbegleitung an. Er führte fünf begleitete Suizide durch und erhielt rund tausend Anfragen. Die Polizei untersagte jede weitere Hilfeleistung beim Suizid. Der Jurist legte Widerspruch ein und erhob Klage beim Verwaltungsgericht. Dieses entschied in einem Eilverfahren, dass das Verbot vorläufig wirksam sei, da eine kommerziell betriebene Suizidbegleitung kein erlaubtes Gewerbe sei und wegen Störung der öffentlichen Sicherheit unterbunden werden könne (VG Hamburg 6. Februar 2009, Aktenzeichen 8 E 3301/08).

Damit war eine gewisse Stabilität in der Rechtslage eingetreten.

Geschäftsmäßige Suizidbeihilfe

Am 10. Dezember 2015 trat unter der Bezeichnung „Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“ ein neuer Straftatbestand in Kraft, der – so die Gesetzesbegründung – zwar die prinzipielle Straflosigkeit des Suizids und der Teilnahme daran nicht infrage stellen, aber eine Entwicklung der Beihilfe zum Suizid (assistierter Suizid) zu einem Dienstleistungsangebot der gesundheitlichen Versorgung abwenden will. Es solle – so die Gesetzesbegründung – verhindert werden, dass geschäftsmäßige Angebote die Suizidbeihilfe als normale Behandlungsoption erscheinen ließen und dass Menschen dadurch dazu verleitet würden, die Angebote wahrzunehmen, um für die eigene Familie und die Gesellschaft durch Alter oder Krankheit keine Last mehr darzustellen.

Der neu ins Strafgesetzbuch eingefügte Paragraph 217 hat folgenden Wortlaut:

„Absatz 1: Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“

Absatz 2: Als Teilnehmer bleibt straf- frei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.“

Für den Begriff der Geschäftsmäßigkeit ist nach der Gesetzesbegründung nicht die Orientierung an materiellem Gewinn entscheidend, sondern das vorhandene Eigeninteresse an einer Fortsetzung der entsprechenden Tätigkeit. Es genügt also für den Begriff der Geschäftsmäßigkeit, dass jemand die Wiederholung gleichartiger Taten zum Gegenstand seiner Beschäftigung machen will. Entscheidend soll dabei sein, dass die Suizidhelfer spezifische, typischerweise auf die Durchführung des Suizids gerichtete Eigeninteressen verfolgen und ihre Einbeziehung damit eine autonome Entscheidung der Betroffenen infrage stellt (Drucksache 18/5373, S. 17). Dagegen ist eine Strafbarkeit nicht gegeben, wenn im Einzelfall nach sorgfältiger Untersuchung und unter strikter Orientierung an der freiverantwortlich getroffenen Entscheidung einer zur Selbsttötung entschlossenen Person Suizidbeihilfe gewährt wird (Drucksache 18/5373, S. 18). Laut Gesetzesentwurf soll die Suizidbeihilfe, die im Einzelfall

in einer schwierigen Konfliktsituation gewährt wird, nicht kriminalisiert werden (Drucksache 18/5373, S. 3).

Der neue Paragraph 217 StGB wurde in der Fachliteratur stark kritisiert. Beispielsweise hieß es, der strafbarkeitsbegründende Begriff der Geschäftsmäßigkeit sei unbestimmt und enthalte keine überprüfbaren Kriterien. Es bleibe unklar, wie sich eine strafrechtlich irrelevante Handlung in strafwürdiges Unrecht verwandeln könne, sofern der Handelnde nur beabsichtige, sie zu wiederholen (Duttge S. 122). Außerdem stelle sich die Frage, worin das strafwürdige Unrecht der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe liegen solle (Duttge S. 123). Schließlich sind negative Auswirkungen auf das Verhältnis von Ärzten und Pflegenden zu Patienten, die sich in aussichtsloser Lage befinden, zu befürchten, da die Gefahr einer Strafbarkeit im Raum steht.

Das Bundesverfassungsgericht hat einen Eilantrag gegen den Paragraphen 217 StGB mit Beschluss vom 21. Dezember 2015 (Aktenzeichen 2 BvR 2347/15) abgewiesen. Bis zur Entscheidung in der Hauptsache wird es einige Jahre dauern. Bis dahin ist die Rechtsprechung der Strafgerichte abzuwarten. <<



Literatur

Böhme, H. (2015): Sterbehilfegesetz wirft viele Fragen auf, in: Die Schwester Der Pfleger, Heft 12, 54. Jahrgang, S. 76-78

Duttge, G. (2016): Strafrechtlich reguliertes Sterben. Der neue Straftatbestand einer geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung, in: Neue juristische Wochenschrift, Heft 3, 66. Jahrgang, S. 120-125

Putz, W. / Steldinger, B. (2016): Patientenrechte am Ende des Lebens. Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, selbstbestimmtes Sterben. Dtv, München, 6. Auflage

Weber, M. (2010a): 100 Fragen zu Patientenverfügung und Sterbehilfe. Brigitte Kunz Verlag

Weber, M. (2010b) Grundsatzurteil: BGH stärkt erneut Patientenwillen, in: Die Schwester Der Pfleger, Heft 10, 49. Jahrgang, S. 1030-1032

Weber, M. (2011a): Der Wille des nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten: das Patientenverfügungsgesetz in der Praxis, in: Pflegezeitschrift, Heft 9, 64. Jahrgang, Seite 560-562

Weber, M. (2011b) Staatsanwaltschaft München: Suizidbeihilfe durch Angehörige ist straffrei, in: Die Schwester Der Pfleger, Heft 2, 50. Jahrgang, S. 199-202

Link-Tipp:

Deutscher Bundestag, 18. Wahlperiode, Drucksache 18/5373

(Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung mit Gesetzesbegründung)

<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/18/053/1805373.pdf>

Zusammenfassung

Am 10. Dezember 2015 trat Paragraph 217 StGB in Kraft, der die geschäftsmäßige Förderung der Suizidbeihilfe unter Strafe stellt. Nachdem über Jahrzehnte hinweg und insbesondere durch das am 1. September 2009 in Kraft getretene Patientenverfügungsgesetz die Selbstbestimmung und Selbstverantwortung des Patienten am Ende des Lebens gestärkt wurde, geht der Gesetzgeber nun davon aus, schwerkranke Menschen könnten sich zum begleiteten Suizid verleiten lassen. Problematisch ist besonders das Tatbestandsmerkmal der Geschäftsmäßigkeit bei der Suizidbeihilfe, weil sie auf die schwer fassbare Wiederholungsabsicht abstellt. Eine Verfassungsbeschwerde gegen die Norm wird beim Bundesverfassungsgericht bearbeitet.

Schlüsselwörter: *Aktive und passive Sterbehilfe, Suizidbeihilfe, geschäftsmäßige Suizidbeihilfe*

Autorenkontakt:

Martina Weber, Volljuristin (Ass. jur.), wissenschaftliche Autorin, Dozentin in der Pflegefortbildung

Kontakt: marsweber@hotmail.com



Deutsches Rotes Geschenk

WIR BRAUCHEN DICH, UM MENSCHEN
IN NOT **HELFEN** ZU KÖNNEN.

SETZE EIN ZEICHEN UND SPENDE FÜR MENSCHEN IN NOT.
Informationen zum DRK bundesweit und kostenfrei: 08 000 **365** 000 | DRK.DE



Aus der Reihe Umsorgen – Hospiz- und Palliativarbeit praktisch



Erich Rösch

Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerke gestalten

Ein Leitfaden

2016. 103 Seiten, 5 Abb.,
5 Tab. Kart. € 22,-
ISBN 978-3-17-030770-4

auch als
EBOOK



Meyer/Brüning-Wolter/Fischinger/
Rudert-Gehrke/Stockstrom

Trauerbegleitung organisieren

2016. 82 Seiten, 2 Abb.
Kart. € 19,-
ISBN 978-3-17-029948-1

auch als
EBOOK

Das am 8.12.2015 in Kraft getretene Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) räumt der Bildung von Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerken (HPVN) einen besonderen Stellenwert ein. Eine an den Bedürfnissen der Betroffenen orientierte Versorgung lebt von der Vernetzung aller Akteure, die damit Versorgungssicherheit für Hilfesuchende und gleichzeitig einen optimierten Einsatz ihrer Angebote gewährleisten können. Ein HPVN aufzubauen erfordert die Bereitschaft, sich auf eine interdisziplinäre bzw. interprofessionelle, über eigene Möglichkeiten hinweg gelebte Zusammenarbeit zur Verbesserung der Situation schwerkranker und sterbender Menschen einzulassen. Dieser Band erklärt schrittweise den Aufbau eines HPVNs mit allen Chancen und Grenzen und ermutigt zur Zusammenarbeit.

Trauerbegleitung ist ein wichtiges Element im regionalen Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerk. Sie benötigt qualifizierte Menschen, die verantwortungsvoll, sensibel und mit Fachwissen diese Aufgabe übernehmen und sich den individuellen Bedürfnissen Trauernder stellen. Eine spezielle Herausforderung an Hospizdienste stellen trauernde Kinder und Jugendliche. Die erforderliche Qualifizierung und die notwendigen Kompetenzen werden umfassend dargestellt. Durch die Bearbeitung der Fragen zu Vorüberlegungen, Rahmenbedingungen und Darstellung möglicher Trauerangebote können Einrichtungen ein abgestimmtes Vorgehen für sich (weiter) entwickeln. Der Band stellt die Grundlagen vor und motiviert, sich mit Trauerangeboten auseinanderzusetzen. Praktische Tipps für Lehrer und Arbeitskollegen runden den Band ab.

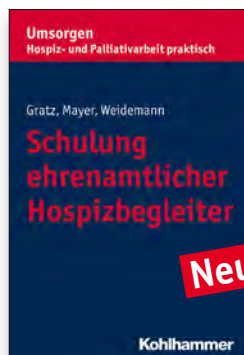


Frank Kittelberger/Margit Gratz/
Erich Rösch

Auf dem Weg zur Kooperationsvereinbarung

2016. 85 Seiten, 3 Abb.,
8 Tab. Kart. € 19,99
ISBN 978-3-17-029944-3

auch als
EBOOK



Margit Gratz/Gisela Mayer/
Anke Weidemann

Schulung ehrenamtlicher Hospizbegleiter

2016. 86 Seiten, 3 Abb.,
22 Tab. Kart. € 19,99
ISBN 978-3-17-029940-5

auch als
EBOOK

Mit anderen Einrichtungen zu kooperieren mit dem gemeinsamen Ziel, kranke und sterbende Menschen zu versorgen, ist mehr als „zusammenarbeiten“. Vieles gilt es zu bedenken und zu vereinbaren, wenn der Erfolg langfristig und nicht dem Zufall und dem Wohlwollen einzelner Beteiligten überlassen sein soll. Welche Form der Kooperation ist sinnvoll? Welche Fragen müssen geklärt werden? Welche Rahmenbedingungen müssen in den Blick genommen werden? Wie sieht ein Kooperationsvertrag aus? Wie entsteht ein Netzwerk? Dieser Band gibt Antworten auf diese und andere Fragen aus dem facettenreichen Gebiet der Vernetzung und Kooperation.

Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter sind mit Herausforderungen konfrontiert, die ohne Vorbereitung dazu führen können, dass Begegnungen überfordern oder die Begleiteten in ihren Bedürfnissen nicht erreicht werden. Das Prinzip „Erst die Schulung, dann die Begleitung“ ist inzwischen anerkannte Praxis. Um zu hilfreichen Begleitern zu werden, sollen Ehrenamtliche Wissen rund um die letzte Lebenszeit vermittelt bekommen, sich für die Begleitung hilfreiche Fertigkeiten aneignen, sich mit der eigenen Sterblichkeit auseinandersetzen und eine hospizliche Haltung entwickeln. Kommunikation als Basis jeder Begegnung dient thematisch als roter Faden. Dieses Werk soll anregen, das eigene Kurskonzept (weiter) zu entwickeln oder zu überarbeiten, eigene thematische Schwerpunkte zu setzen, Unterrichtsziele zu bedenken und Referenten gezielt zu beauftragen.

Leseproben und weitere Informationen unter www.kohlhammer.de

DIPLOMA
Private staatlich anerkannte Hochschule
University of applied science

Bachelor / Master

Fernstudium - Seminare an bundesweiten Studienzentren oder online, auch neben dem Beruf oder der Ausbildung

Frühpädagogik (B.A.)
Leitung und Management von Kindertageseinrichtungen

Medizinalfachberufe (B.A.)/(M.A.)
Zugangsberufe: Physiotherapie, Ergotherapie, Altenpflege, Krankenpflege, Logopädie u. a.

Kindheitspädagogik (B.A.)
inkl. staatliche Anerkennung als Kindheitspädagogin

Soziale Arbeit (B.A.)
inkl. staatliche Anerkennung als Sozialarbeiter/in

Info unter 0 57 22 / 28 69 97 32 www.diploma.de

APOLLON
Hochschule




BACHELOR PER FERNSTUDIUM – OHNE ABITUR!

Bachelor Pflegemanagement (B.A.)
Bachelor Gesundheitsökonomie (B.A.)
Zertifikatskurse! U. a. Gerontologie, Betrieblicher Gesundheitsmanager

Kostenlose Infos: **0800 3427655** (gebührenfrei)

apollon-hochschule.de Ein Unternehmen der Klett Gruppe



BEDINGUNGSLOS MENSCHLICH.

Bitte schicken Sie mir unverbindlich Informationen

- über **ÄRZTE OHNE GRENZEN**
- für einen Projekteinsatz
- zur Fördermitgliedschaft
- zu Testamentsspenden
- zu Spendenaktionen

Name:

Anschrift:

E-Mail:

ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V. • Am Köllnischen Park 1 • 10179 Berlin
www.aerzte-ohne-grenzen.de

Spendenkonto 97 097
Bank für Sozialwirtschaft
BLZ 370 205 00

MEDECINS SANS FRONTIERES
ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.

Mit **ÄRZTE OHNE GRENZEN** helfen Sie Menschen in Not.



Arbeitsbuch Kommunizieren in der Pflege
Mit heilsamen Worten pflegen

Sandra Mantz

Sandra Mantz
Arbeitsbuch Kommunizieren in der Pflege
Mit heilsamen Worten pflegen

Mit heilsamen Worten pflegen

2015. 160 Seiten. Kart. € 24,99
ISBN 978-3-17-025754-2

auch als **EBOOK**

Die vorherrschenden Denk- und Sprachmuster im Pflegealltag weisen alarmierend auf eine vieldeutige, floskelhafte, wenig vertrauenserweckende und dem Menschen ferne Kommunikation hin. Sie erschöpft alle am Pflegeprozess beteiligten Menschen. Dieses Buch regt zur kritischen Selbstreflexion an, sensibilisiert für Chancen und Risiken im eigenen Kommunikationsverhalten und erweitert das Bewusstsein für die Kraft der heilsamen Worte im Pflegeberuf. Es bietet Praxisnähe, Wortschätze, Übungsvielfalt und macht Mut zum guten Gespräch.

Sandra Mantz, Leiterin der SprachGUT® Akademie, Sprachkompetenztrainerin, Pflegefachkraft. Sie ist Fachweiterbildungsleiterin für humane Gesprächs- und Sprachkompetenz in Gesundheitsberufen und Kongressreferentin im deutschsprachigen Raum.

Leseproben und weitere Informationen unter www.kohlhammer.de

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

150 Jahre Kohlhammer

DAS DUALE HOCHSCHULSTUDIUM MIT ZUKUNFT.



Die Duale Hochschule Baden-Württemberg (DHBW) zählt mit ihren derzeit rund 34.000 Studierenden (an 12 Standorten) und 9.000 kooperierenden Unternehmen und sozialen Einrichtungen zu den größten Hochschulen des Landes. Der Standort Stuttgart bietet mehr als 40 national und

international anerkannte, berufsintegrierte Bachelor-Studienrichtungen und zehn Master-Studiengänge in den Fakultäten Wirtschaft, Technik und Sozialwesen an. Derzeit sind rund 8.400 Studierende (ohne Master) immatrikuliert.

AN DER DHBW STUTTGART SIND AN DER FAKULTÄT WIRTSCHAFT FOLGENDE STELLEN ZU BESETZEN:

Professorin/Professor im Studiengang Angewandte Gesundheitswissenschaften für Pflege insb. Pflege- und Gesundheitsforschung und Evidenzbasierte Praxis

(Kz. S4 / AP-48) Besoldungsgruppe W 2

Im Rahmen des vom Wissenschaftsministerium Baden-Württemberg initiierten Ausbauprogramms „Akademisierung der Gesundheitsfachberufe“ erfährt die DHBW Stuttgart eine umfassende Förderung.

Die Ausschreibung richtet sich insbesondere an Gesundheits- und Pflegewissenschaftler/-innen oder fachverwandte Qualifikationen. Sie verfügen über ein staatliches Examen in der Pflege und mehrjährige Berufserfahrung in der Patientenversorgung.

Ihre beruflichen und theoretischen Schwerpunkte liegen im Bereich Pflegewissenschaft, vorzugsweise auf dem Gebiet der Pflege- oder Gesundheitsforschung (qualitative und quantitative Methoden der empirischen Sozialforschung) sowie Evidenzbasierter Pflegepraxis (stationärer und ambulanter Bereich). Erfahrungen und Kompetenzen im Qualitäts-, Prozess- und Casemanagement runden Ihr Profil ab. Publikationen in wissenschaftlichen Journalen und die Fähigkeit zur erfolgreichen Drittmittelerwerbung werden vorausgesetzt.

Die befristete Übernahme der Funktion einer Studiengangsleitung ist vorgesehen.

Professorin/Professor im Studiengang Angewandte Gesundheitswissenschaften für Pflege insb. Gerontologie und Geriatrie

(Kz. S4 / AP-49) Besoldungsgruppe W 2

Im Rahmen des vom Wissenschaftsministerium Baden-Württemberg initiierten Ausbauprogramms „Akademisierung der Gesundheitsfachberufe“ erfährt die DHBW Stuttgart eine umfassende Förderung.

Die Ausschreibung richtet sich an Gesundheits- und Pflegewissenschaftler/-innen oder fachverwandte Qualifikationen der Gerontologie und Geriatrie. Sie verfügen über ein staatliches Examen in der Pflege und mehrjährige Berufserfahrung in der Patientenversorgung. Auch Medizinerinnen und Mediziner mit gerontologischer oder geriatrischer Fachausrichtung sowie vorheriger Pflegeausbildung sind zur Bewerbung aufgefördert.

Ihre beruflichen und theoretischen Schwerpunkte liegen im Bereich Gesundheitswissenschaften, vorzugsweise auf dem Gebiet der Gerontologie und Geriatrie (stationäre und ambulante Altenpflege, palliative Versorgung, Altersmedizin). Zusätzliche Kompetenzen in der Erwachsenenbildung und akademischen Weiterbildung (Blended Learning und kompetenzorientierte Lehr-/Lern-Formen) runden Ihr Profil ab.

Die befristete Übernahme der Funktion einer Studiengangsleitung ist vorgesehen.

EINSTELLUNGSVORAUSSETZUNGEN:

Vorausgesetzt werden gemäß § 47 LHG ein abgeschlossenes Hochschulstudium, besondere wissenschaftliche Befähigung (in der Regel Promotion), pädagogische Eignung sowie mindestens fünf Jahre berufspraktische Erfahrung, davon mindestens drei Jahre außerhalb des Hochschulbereichs. Der Bewerber/Die Bewerberin muss zudem bereit sein, an der wissenschaftlichen Entwicklung, insbesondere durch Forschung und wissenschaftliche Weiterbildung, teilzuhaben. Erwartet wird ein besonderes Maß an Engagement, Kooperationsbereitschaft mit den beteiligten Unternehmen und sozialen Einrichtungen sowie die Bereitschaft zur Gremienarbeit.

Bei Erfüllung der Voraussetzungen ist die Übernahme in das Beamtenverhältnis auf Lebenszeit als Professor/-in nach einer dreijährigen Bewährung im Beamtenverhältnis auf Probe möglich, falls das Lebensalter bei der Einstellung 47 Jahre, in Ausnahmefällen das 52. Lebensjahr nicht übersteigt.

Die DHBW strebt eine Erhöhung des Anteils von Frauen in Lehre und Forschung an. Sie setzt sich besonders für die Vereinbarkeit von Familie und Erwerbsleben ein. Die DHBW Stuttgart bietet ein Dual Career Programm an: <http://www.dhbw-stuttgart.de/dual-career>

Bei gleicher fachlicher Eignung werden schwerbehinderte Bewerber/-innen vorrangig berücksichtigt.

Bitte richten Sie Ihre Bewerbung bis zum **17.02.2017** unter Angabe der o. g. Kennziffer an:

Duale Hochschule Baden-Württemberg Stuttgart
z. H. Herrn Wenseric
(andreas.wenseric@dhbw-stuttgart.de)
Postfach 10 05 63
70004 Stuttgart

Bewerbungen per E-Mail bitte nur im PDF-Format als eine Datei mit einem Maximalvolumen von 10 MB.





Hygiene schützt



Alle aktuellen Aspekte zur Hygiene für die Praxis: Heilberufe Spezial „Hygiene leben“:

- **MRSA, VRE & Co:** Umgang mit multiresistenten Erregern
- **Kranke Haut:** Unterschätztes Risiko für nosokomiale Infektionen
- **Ausbruchssituation:** Agieren statt reagieren
- **Desinfizieren:** Was, wann, womit?

Bestellen
Sie jetzt!

Ja, ich bestelle Heilberufe Spezial „Hygiene leben“ zum Preis von € 9,90 inklusive Versandkosten.

Faxantwort 089/203043-1410 oder einsenden an:
Springer Medizin Verlag GmbH
Leserservice
Aschauer Straße 30
81549 München

.....
Name, Vorname

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

.....
Datum, Unterschrift

Diese Bestellung können Sie innerhalb von 14 Tagen schriftlich widerrufen. Rechtzeitige Absendung der Willenserklärung genügt (Poststempel). Springer Customer Service Center GmbH | Leserservice | Haberstraße 7 | 69126 Heidelberg | Telefax: +49 (0)6221 345 4229 | E-Mail: leserservice@springer.com
Eine ausführliche Belehrung über Ihr Widerrufsrecht finden Sie unter springermedizin.de/widerruf

Empfehlen Sie uns weiter und sichern Sie sich tolle Prämien!

Prämie 1

Einkaufstasche „Easysoppingbag“*, inklusive 2 Einkaufswagenchips im innenliegenden Druckknopf-Täschchen, Farbe schwarz



Prämie 2

Die Heilberufe-Uhr für Pflegekräfte mit Clip*



Prämie 3

Mamerow: Praxisanleitung in der Pflege*



Prämie 4

Beise/Heimes/Schwarz: Gesundheits- und Krankheitslehre*



* nur solange der Vorrat reicht

Ja, ich möchte Heilberufe – Das Pflegemagazin abonnieren.

Ich abonniere die Zeitschrift zum Preis von 49,90 € inkl. 7% MwSt. und Versandkosten Inland (11 Hefte jährlich) für mindestens 1 Jahr (Schüler, Student/in 41,90 € inkl. 7% MwSt. – Nachweis anbei) zzgl. Versandkosten Ausland 30 €.

Name Vorname
Straße Hausnummer
Land PLZ Ort
E-Mail-Adresse
Datum Unterschrift

Faxantwort: +49 (0) 89 203043-1410

Oder einsenden an: Springer Medizin Verlag GmbH, Leserservice
Aschauer Straße 30, 81549 München

Das Abonnement kann ich bis 30 Tage vor Ende des Bezugszeitraumes kündigen. Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten. Der Werber erhält seine Prämie ca. vier Wochen nach Zahlungseingang. Lieferung solange der Vorrat reicht. Widerrufs-Garantie: Diese Bestellung kann ich innerhalb von 14 Tagen schriftlich widerrufen.

Ja, ich habe den neuen Abonnenten geworben.

Als Prämie wähle ich:

- Prämie 1: Einkaufstasche „Easysoppingbag“
- Prämie 2: Die Heilberufe-Uhr für Pflegekräfte mit Clip
- Prämie 3: Praxisanleitung in der Pflege
- Prämie 4: Gesundheits- und Krankheitslehre

Name Vorname
Straße Hausnummer
Land PLZ Ort
Datum Unterschrift

Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin | Amtsgericht Berlin-Charlottenburg | HRB 167094 B
Geschäftsführer: Joachim Krieger, Fabian Kaufmann