

Altenpflege

Vorsprung durch Wissen

Altenpflege
wird **40**

8. 2016 / 41. Jahrgang / www.altenpflege-online.net



VINCENTZ

PEG-SONDE

*Wie Sie Angehörigen die
Entscheidung erleichtern*

RESISTENTE BAKTERIEN

*Maßnahmenplan
schützt vor Ausbreitung*

WUNDVERSORGUNG

*Was beim Diabetischen
Fußsyndrom hilft*



BEWOHNERRECHTE

*10 Jahre
Pflege-Charta*



Highlights

- Intensiv-Sessions zum NBA: So gelingt die Umsetzung in der Pflegepraxis
- PSG II und die Pflege: Wie Sie die fachlichen Herausforderungen meistern
- Seltene Demenzformen: Wie Ihnen auch in schwierigen Fällen Pflege und Betreuung gut gelingen

AltenpflegeKongress

Vorsprung durch Wissen

**Über die wichtigsten Themen
bestens informiert!**

**Kompaktes Fachwissen im Überblick:
Für PDL. Für WBL. Für Pflegefachkräfte.**

**5 Orte – 5 Termine – 1 Programm
Garantiert auch in Ihrer Nähe!**

12./13. Oktober 2016 in Berlin
09./10. November 2016 in Dortmund
22./23. November 2016 in Hamburg
29./30. November 2016 in Ulm
14./15. Februar 2017 in Köln

Unsere Partner

Omnicell

HEIMBAS
Softwarelösungen
für das Sozialwesen

Weitere Infos und Anmeldung unter www.ap-kongress.de

Tel. +49 511 9910-175 · Fax +49 511 9910-199 · veranstaltungen@vincentz.net



VINCENTZ

„Die Generalistik bringt der Berufsgruppe Altenpflege mehr Flexibilität in den Tätigkeitsfeldern und eine gerechtere Bezahlung“ ~

sagt Christina Zink, Pädagogin für Pflege- und Gesundheitsberufe und Mitglied im Deutschen Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR), im Interview auf Seite 8

10 Jahre später ...

Seit gut 10 Jahren gibt es die Pflege-Charta. Richtig heißt sie „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“. Seither ist sie Leitlinie für menschenwürdige und respektvolle Pflege und Betreuung. Angelehnt an die Menschenrechts-Charta und unabhängig von den Vorgaben der Kontrollinstanzen definiert sie Ziele und Qualitätsmerkmale für eine gute Pflege. Und das unumstritten. Umso verwunderlicher ist, dass laut einer forsa-Umfrage von 200 befragten Pflegekräften 130, also 65 Prozent, noch nie von der Pflege-Charta gehört haben.

Anders ist es mit den Rechten und Werten, die die Pflege-Charta pflegebedürftigen Menschen zuspricht. Die kennt jeder. Es sind nämlich genau die Werte, die die befragten Pflegekräfte nennen, wenn sie von menschenwürdiger Pflege sprechen. Wo ist dann das Problem, könnte man jetzt fragen. Braucht die Altenpflege überhaupt eine Pflege-Charta? Wir meinen: Ja, es ist gut und wichtig, dass es sie gibt! Und wir möchten, dass alle, wirklich alle Pflegekräfte die acht Artikel der Pflege-Charta kennen – und das nicht erst in 10 Jahren. Deshalb ist die Charta Titelthema dieser Ausgabe ab Seite > 20

PEG-Sonde – ja oder nein? Immer wieder steht bei Demenzerkrankten diese Frage im Raum. Und immer wieder ist es eine schwere Entscheidung. Vor allem für Angehörige, die an Stelle der Betroffenen entscheiden müssen. Eine Untersuchung zeigt: Um ihre Stellvertreterposition gut ausfüllen zu können, brauchen Angehörige Unterstützung, auch von Pflegekräften. Wie diese aussehen kann, darüber sprach **Altenpflege** mit Dr. Rosa Mazzola, die die Untersuchung durchgeführt hat. > 30

Die Zahl von MRSA-kolonisierten und -infizierten Menschen geht zurück. Das ist die gute

Nachricht. Die weniger gute ist: Immer mehr Menschen sind mit multiresistenten gramnegativen Erregern (MRGN) infiziert. Alte und multimorbide Menschen besonders. Die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) hat nun einen Maßnahmenplan für Pflegeeinrichtungen veröffentlicht. Wir stellen ihn vor ab Seite > 41

Letzter Aufruf für Ihre Bewerbung für den AltenpflegePreis 2016. Das Thema ist topaktuell, der Preis verlockend – und Ihre Bewerbung schnell gemacht! Neugierig geworden? Dann schnell ins Internet und die Unterlagen runterladen. Sie finden sie unter www.altenpflege-online.net, dort Infopool/AltenpflegePreis 2016. Wir freuen uns auf Ihre Ein-sendung – und wünschen viel Glück! > 11

Monika Gaier

Monika Gaier
Chefredakteurin **Altenpflege**
Krankenschwester, M.A.
monika.gaier@vincentz.net
Tel. 05 11 / 99 10-110

Diskutieren Sie
mit uns auch unter
[www.facebook.com/
altenpflege.vincentz](http://www.facebook.com/altenpflege.vincentz)

facebook





20

Rechte der Heimbewohner

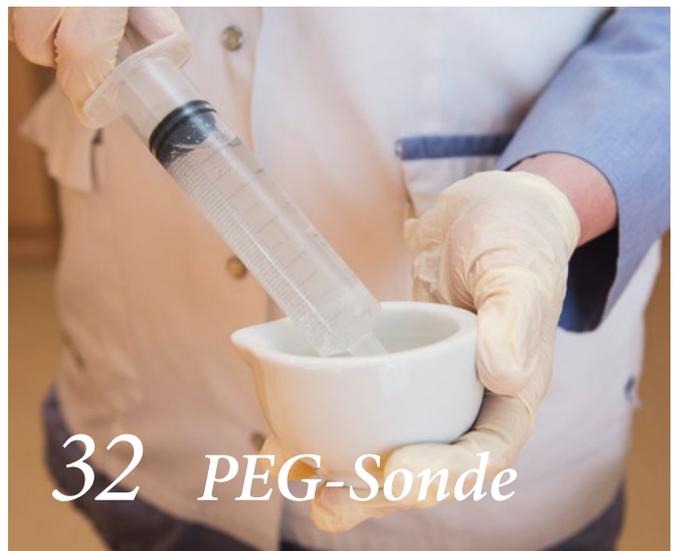
TITELTHEMA

- 20 Bewohnerrechte**
Stiefmütterliche Behandlung
Seit zehn Jahren gibt es die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“. In den Pflegeheimen angekommen ist sie noch lange nicht.
- 22 Pflege-Charta**
„Mit der Muttermilch aufgesogen“
Interview mit Einrichtungsleiter Wolfgang Dyck über die Bedeutung der Pflege-Charta.



28

Schlafqualität



32

PEG-Sonde

THEMEN

- 32 PEG-Sonde** „Angehörige brauchen Unterstützung“
Bei Bewohnern mit schwerer Demenz ist für Angehörige die Entscheidung für oder gegen eine PEG-Sonde schwierig. Pflegekräfte können hier unterstützen.
- 36 NBA Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen**
In Modul 3 geht es vor allem um die Frage, wie häufig die Betroffenen aufgrund von herausforderndem Verhalten personelle Unterstützung brauchen.



46 *Freiheitsentzug*



41 *Bakterien*

RUBRIKEN

- 4 AltenpflegeMagazin
- 6 Wortwechsel
- 8 Interview
- 10 Pro & Contra
- 11 AltenpflegePreis 2016
- 12 Altenpflege-Jubiläum
- 14 Altenpflege-Kongress
- 16 Forum
- 28 Wissenschaft
- 30 Porträt
- 46 Recht



SERVICE

- 56 Stellenmarkt
- 58 Produkte/Dienstleistungen
- 60 Bildung/Termine
- 62 Medientipp
- 63 Impressum
- 64 Ihre Altenpflege/Vorschau

41 **Bakterien** *Ausbreitung eindämmen*

Multiresistente gramnegative Bakterien sind weiter auf dem Vormarsch. Die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene hat einen Maßnahmenplan für den Umgang mit diesen Erregern im Heim aufgestellt.

50 **Wunden** *Heilung trotz Diabetes*

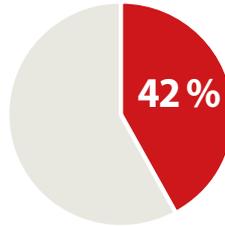
Wer Wunden von Diabetikern effektiv versorgen will, muss bei den Ursachen ansetzen – wie das Beispiel des diabetischen Fußsyndroms verdeutlicht.

Wir bedanken uns

beim Team des Pflegezentrums Sebastianspital am Wöhrder See in Nürnberg für seine Unterstützung bei den Fotoaufnahmen dieser Ausgabe

ZAHL DES MONATS

mehr Seminare als im Herbst 2015 bietet die Vincentz Akademie im Herbst 2016 an.



Statt 14 Themen sind es diesmal 20 – darunter höchst aktuelle wie NBA, PSG II, Strukturmodell. Das vollständige Programm finden Sie unter www.vincenz-akademie.de

TIPPS FÜR PFLEGENDE

Schutz vor Hitze

Anlässlich möglicher hochsommerlichen Temperaturen hat die Stiftung „Zentrum für Qualität in der Pflege“ (ZQP) eine Liste mit zehn Tipps für Pflegendе zusammengestellt, mit denen sie alte und pflegebedürftige Menschen besser vor Hitzegefahren schützen können.

So rät das ZQP etwa dazu, regelmäßige Trinkprotokolle der Bewohner zu führen, die den Flüssigkeitshaushalt beeinflussende Medikation anzupassen oder auf luftdurchlässige Kleidung zu achten.

Heiße Sommertage seien für alte und pflegebedürftige Menschen häufig anstrengend, so das ZQP, Hitze belaste den Kreislauf und störe die natürliche Temperaturregulierung. Die vorgeschlagenen Maßnahmen könnten dabei helfen, das Risiko einer so genannten Hitzeerschöpfung oder eines lebensbedrohlichen Hitzschlags zu minimieren.

MEHR INFO
<http://bit.ly/2aeLWYw>

HEFTIGE REAKTIONEN IN DER PFLEGE

Endgültig: Keine Pflegekammer in Bayern

Nach jahrelangem politischen Hickhack hat das Kabinett in Bayern die Einrichtung einer „Vereinigung der bayerischen Pflege“ beschlossen. Die Mitgliedschaft darin ist freiwillig. Der Deutsche Pflegerat (DPR) und andere Berufsverbände hatten dagegen stets eine Pflegekammer mit verpflichtender Mitgliedschaft gefordert.

Staatskanzleichef Marcel Huber (CSU) sagte nach der Kabinettsitzung, die neue Vereinigung sei „auf Augenhöhe mit einer Kammer, allerdings ohne Pflichtmitgliedschaft und ohne Beiträge“. Die Vereinigung werde bei allen Gesetzgebungsverfahren und sonstigen Vorhaben der Staatsregierung, die die Pflege betreffen, angehört und eingebunden, sagte Gesundheitsministerin Melanie Huml (CSU): „Sie wird als wichtiger Ansprechpartner der Politik die Interessen der Pflege in Bayern wirkungsvoll vertreten.“

Ursprünglich hatte die Bayerische Staatsregierung selbst eine Pflegekammer

einrichten wollen. In einer Umfrage sprachen sich später 50 Prozent der Befragten für eine solche Pflegekammer aus, aber auch 34 Prozent dagegen. Wegen dieses Ergebnisses und des Widerstands vieler Beteiligter erklärte Huml eine Pflegekammer schließlich für „derzeit nicht durchsetzbar“.

Die Entscheidung hat in der Pflegeszene für Aufregung und mehrheitlich negative Reaktionen gesorgt. Protest und Kritik kamen etwa vom Bayerischen Landespflegerat (BLPR), vom Deutschen Pflegerat (DPR) oder vom Regionalverband Südost des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK). Dessen Geschäftsführerin Marliese Biederbeck befürchtet nun eine „massive Schwächung“ der Berufsgruppe Pflege – mit der Vereinigung würden „rein wirtschaftliche Interessen gestärkt“.

MEHR INFO
www.stmgp.bayern.de

Neue Berufe – Gute Chancen

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

viele weitere Ausbildungen siehe Homepage

Staatlich zugelassene Fernlehrgänge mit Wochenendseminaren in vielen Städten

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

Beginn jederzeit möglich!

Pflegende zeigen Respekt

Altenpflegekräfte des kommunalen Pflegeanbieters „Münchenstift“ haben sich im Juli in der bayrischen Landeshauptstadt am Christopher Street Day, der großen Parade der schwul-lesbischen Community, beteiligt. Das Motto der Veranstaltung: „Vielfalt verdient Respekt. Grenzenlos!“

MEHR INFO
www.muenchenstift.de

VIVENDI. EINFACH. GUT.

NEUE ZAHLEN DES STATISTISCHEN BUNDESAMTES

Ungemein populär

2014/15 haben 23 313 junge Menschen eine Altenpflege-Ausbildung begonnen



Foto: Werner Krüger

Insgesamt 23 313 junge Menschen haben im Schuljahr 2014/15 in Deutschland eine Ausbildung zur Altenpflegerin bzw. zum Altenpfleger begonnen – 17 936 Frauen und 5 377 Männer. Diese Zahlen veröffentlichte im Juli das Statistische Bundesamt mit Sitz in der hessischen Landeshauptstadt Wiesbaden.

Damit liegt die Altenpflege in der Popularität mit der Krankenpflege gleichauf. Für diesen Beruf entschieden sich im Schuljahr 2014/15 insgesamt 23 326 junge Menschen – exakt 13 mehr als für die

Altenpflege. Bei den Helferberufen erwies sich der Altenpflegesektor als attraktiver: 7 877 Menschen begannen im fraglichen Zeitraum eine Ausbildung zum Altenpflegehelfer (1 691) bzw. zur Altenpflegehelferin (6 186), hingegen starteten nur 3 730 eine Ausbildung zum Krankenpflegehelfer (797) bzw. zur Krankenpflegehelferin (2 933).

Insgesamt hatten sich nach Auskunft der Statistikbehörde im Schuljahr 2014/15 rund 61 800 Jugendliche für eine Ausbildung in einem Pflegeberuf entschieden – über einen Zeitraum von zehn Jahren betrachtet (Vergleichsjahr: 2004/05), bedeutet das eine Steigerung um 41 Prozent. Von den neuen Auszubildenden waren – über alle Pflegeberufe gesehen – 79 Prozent weiblich und 21 Prozent männlich.

MEHR INFO
www.destatis.de

ARBEITSGRUNDLAGE FÜR MDK-MITARBEITER

Begutachtungs-Richtlinien veröffentlicht

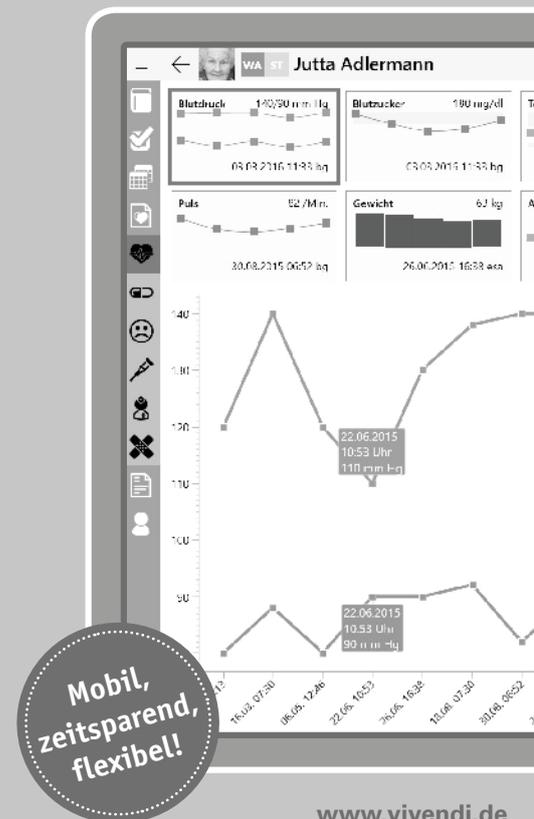
Die Begutachtungs-Richtlinien zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sind beschlossen und veröffentlicht. Das teilte jetzt der GKV-Spitzenverband mit. Die Richtlinien dienen als Arbeitsgrundlage für die Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Die Begutachtungs-Richtlinien werden für alle Anträge auf Leistungen der Pflegeversicherung angewendet, die ab dem 1. Januar 2017 gestellt werden. Der GKV-Spitzenverband hatte sie unter Beteili-

gung einer Vielzahl von Verbänden am 15. April 2016 beschlossen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat ihnen mit Schreiben vom 17. Juni 2016 mit Auflagen, die inzwischen umgesetzt wurden, zugestimmt.

Die Gutachter werden nun nach den neuen Richtlinien geschult, sodass sie auf ihren Einsatz ab dem kommenden Jahr vorbereitet sind.

MEHR INFO
www.gkv-spitzenverband.de



Mit Vivendi PD App erledigen Sie die medizinische Dokumentation zeitnah und direkt beim Klienten. Ebenso einfach zugänglich und komplett integriert sind alle anderen Funktionen sowie das neue Strukturmodell inkl. der SIS.

Vivendi.
So einfach geht gut!

WORTWECHSEL

Wie bleiben Sie bei großer Hitze fit?

Wie bewahren Pflegende auch im Hochsommer bei Temperaturen um 30 Grad kühlen Kopf? **Altenpflege** hat unter den Beschäftigten im „Pflegezentrum Sebastianspital am Wöhrder See“ der Stadt Nürnberg einmal nachgefragt.



Hochsommerliche Hitze kann **Deniz Sentürk** nicht erschrecken. Das hat weniger mit ihren türkischen Wurzeln als vielmehr mit ihrem Alter zu tun. „Ich bin 22“, sagt die Pflegefachkraft, die seit vier Jahren in Einrichtungen des städtischen Altenhilfeträgers „NürnbergStift“ arbeitet, „da kann ich die hohen Temperaturen besser verkraften als ältere Kolleginnen und Kollegen.“ Zudem weiß sie, was zu tun ist, wenn das Thermometer auf 30 Grad und mehr klettert: „Dann arbeite ich verhaltener und nehme mir immer mal wieder bewusst eine kurze Auszeit.“

Bei Hitze nehme ich mir immer mal wieder eine kurze Auszeit. 🌿

Und auch ihre Flüssigkeitszufuhr lässt sie an heißen Tagen nicht außer Acht: „Schon im Vorfeld stelle ich mir ausreichend Getränke in den Kühlschrank.“ 📌

Müde? Schlapp? Ausgelaugt? Sich von Sahara- oder zumindest Griechenland-Temperaturen kleinkriegen zu lassen, das Gefühl kennt **Alexander Kaatz** nicht: „Hohe Temperaturen machen mir nicht so viel aus.“

Bei uns gibt es reichlich kühle Getränke für die Mitarbeiter. 🌿

Im Gegenteil: der 35-Jährige – Wohnbereichsleitung und seit bereits 13 Jahren Mitglied der „NürnbergStift“-Familie – ist selbst bei sommerlicher Hitze körperlich aktiv. Dann setzt er sich mit Vorliebe aufs Rad, regeneriert bei leichtem Joggen oder geht mit seinem Sohn ins Schwimmbad. Und auch bei der Arbeit im Sebastianspital kann ihm der Hochsommer nichts anhaben: „Im Hochsommer gibt es bei uns auf Station immer reichlich kühle Getränke für die Mitarbeiter.“ 📌

Auch **Dusanka Vujasinovic-Folk** ist, was die Belastung durch mögliche Hochsommerhitze angeht, in höchstem Maße tiefenentspannt. Als gebürtige Bosnierin ist sie eh höhere Temperaturen gewohnt als der Durchschnittsdeutsche. Und mit nunmehr 60 Lebensjahren und 38 Jahren Betriebszugehörigkeit bringt sie reichlich Erfahrung mit, wie man auch in aufgeheizten Zeiten den Stress niedrig halten kann. Worauf sie schwört? Vor allem auf ausreichend Schlaf.

Um auch bei Hitze fit zu sein, gehe ich jeden Tag um 20 Uhr ins Bett. 🌿

„Um mich auch bei großer Hitze fit zu halten, gehe ich jeden Tag um 20 Uhr ins Bett“, sagt die Wohnbereichsleitung, „und wenn ich in der Mittagspause mal ein Nickerchen machen will, kann ich das bei uns im Pausenraum tun.“ 📌



Ihre Meinung zählt!

Teilen Sie uns Ihre Meinung mit. Worüber freuen Sie sich im Pflegealltag, worüber ärgern Sie sich? Was diskutieren Sie mit Ihren Kollegen in den Pausen? Schreiben Sie uns!

Redaktion *Altenpflege*, Plathnerstr. 4c, 30175 Hannover, 0511 - 99 10 120, holger.jenrich@vincentz.net

PFLEGEHEIME IN BREMEN

Immer weniger Vollzeit

☞ In den stationären Pflegeeinrichtungen in Bremen und Bremerhaven waren Ende 2015 weniger Menschen Vollzeit beschäftigt als zwei Jahre zuvor, im ambulanten Pflegesektor gab es im selben Zeitraum einen Zuwachs an Vollzeitstellen um 13 Prozent. Diese Zahlen veröffentlichte jetzt das Statistische Landesamt Bremen.

Nach den Ergebnissen der zweijährlichen Statistik waren in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen im Land Bremen am 15. Dezember 2015 insgesamt 11 318 Menschen beschäftigt. Im Vergleich zur Erhebung aus dem Jahr 2013 bedeutet das einen Zuwachs um 1 450 Beschäftigte bzw. um 14,7 Prozent.

Das größere Wachstum haben die ambulanten Pflegedienste zu verzeichnen. Sie stockten ihr Personal zwischen 2013 und 2015 um 23,4 Prozent auf, bei den Pflegeheimen fiel der Zuwachs mit 8,8 Prozent geringer aus. Am höchsten ist der Anstieg bei den geringfügig Teilzeitbeschäftigten, beispielsweise 450-Euro-Jobbern (+ 20 Prozent). Die Zahl der Teilzeitbeschäftigten stieg insgesamt um 16,5 Prozent, die der Vollzeitkräfte um gerade mal 4,4 Prozent. Doch während ambulante Dienste die Vollzeitstellen um 13,1 Prozent erhöhten, bauten stationäre Einrichtungen die Zahl der Vollzeitkräfte um 1,3 Prozent ab.

MEHR INFO

www.statistik.bremen.de

München Projekt „EinBlickDemenz“

Mit dem Projekt „EinBlickDemenz“ will die Alzheimer Gesellschaft München wissenschaftliche Forschungsergebnisse zum Thema Demenz verständlich formulieren und für jedermann zugänglich machen. Fachartikel zu Forschungsergebnissen seien für Angehörige und Betroffene, aber auch für Pflegenden häufig nicht verständlich und zudem meist in englischer Sprache verfasst, so die Initiatoren.

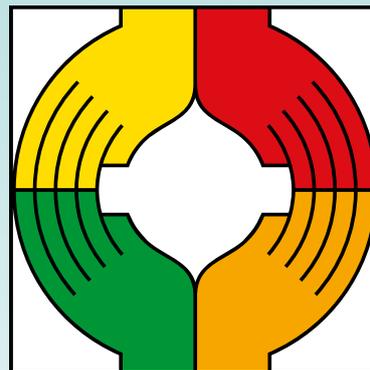
Im Wissensportal „EinBlickDemenz“ würden die Themen nun in einfachen Worten neutral erklärt.

MEHR INFO

www.agm-online.de

www.altenpflege-online.net

REHACARE[®]
INTERNATIONAL



Fachmesse und Kongress



**Düsseldorf,
28. Sept. – 1. Okt. 2016**

www.rehacare.de

Leben mit Pflege @home (Halle3)

Fachspezifische Seminare und Workshops
zum Thema häusliche Pflege



Messe
Düsseldorf

CareSlam

„Wir sind viele!“

„Pflege ist ein gesellschaftlicher Wert. Vom Boden auf die Bühne! Wir sind viele! Wir sind mehr!“ hieß das Motto des vierten „CareSlams“ in Berlin. Dabei tragen Pflegende in einer Art Wettstreit selbstgeschriebene Texte zum Thema Pflege innerhalb eines festen Zeitrahmens vor. Wer mitmachen oder zusehen möchte: nächster Termin ist der 8. Oktober 2016, erneut in Berlin.

MEHR INFO

<http://bit.ly/2ayliCw>

BADEN-WÜRTTEMBERG

Streit ums Geld

Baden-Württembergs grüner Sozialminister Manfred Lucha hat vorgeschlagen, die Gehälter in der Pflege deutlich anzuheben. Die Metalltarife seien als Vergleich geeignet, weil beiden Bereichen dreijährige duale Ausbildungen zugrunde liegen, die mit mittlerem Bildungsabschluss angetreten werden könnten.

Attackiert wurde er dafür von Jürgen Keck, dem sozialpolitischen Sprecher der FDP. Er nannte die Forderung „wohlfeiles Gerede, mit dem er sich bei den Betroffenen wohl lieb Kind machen wollte“.

MEHR INFO

<http://bit.ly/2aqfXx2>

mega.com
ein deutscher Hersteller für
Funk-Türöffnungsmelder
zur **Fluchttür**-Absicherung.
Info unter **04191/9085-0**
www.megacom-gmbh.de

Interview

„Nach der Generalistik können Altenpflegende auch im Ausland arbeiten“



Wird die Altenpflege Gewinner oder doch Verlierer der geplanten Generalistik sein? Wir sprachen mit Christina Zink, Pädagogin für Pflege- und Gesundheitsberufe und Mitglied im Deutschen Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR).

Altenpflege: Als Jugend- und Ausbildungsreferentin beim Regionalverband Nordwest des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) vertreten Sie die Position, die Altenpflege sei – sollten die Pläne der Bundesregierung denn Wirklichkeit werden – der Gewinner der Generalistik. Was macht Sie da so optimistisch? Und wie könnte sich im Falle eines Falles ein solches „gewonnen haben“ ausdrücken?

Christina Zink: *Altenpflegende haben bislang nicht wie Krankenpflegende die Möglichkeit, in allen pflegerischen Arbeitsfeldern tätig zu werden. Zum Beispiel können sie nicht oder nur eingeschränkt in einem Krankenhaus arbeiten – obwohl dort, bedingt durch den demografischen Wandel, immer mehr ältere und chronisch kranke Menschen versorgt werden. Ähnlich verhält es sich mit der europäischen Anerkennung. Weil der Altenpflegeberuf ein rein deutsches Konstrukt ist, können Altenpflegende nicht im europäischen Ausland arbeiten. Mit einer einheitlichen Ausbildung ändert sich das.*

Altenpflege: Angenommen, Ihre Mutmaßungen erweisen sich als richtig: Wie wäre zehn Jahre nach Einführung der Generalistik die Altenpflege in Deutschland denn Ihrer Ansicht nach aufgestellt?

Christina Zink: *Neben einer einheitlichen Anerkennung des Berufsabschlusses und einer größeren Flexibilität der Berufsangehörigen in der gesamten Breite des Berufsfeldes führt der steigende Wettbewerb um gut qualifiziertes Fachpersonal zu einer Abnahme der Ungerechtigkeit in der Bezahlung und in den Arbeitsbedingungen. Die gesellschaftliche Anerkennung und die Flexibilität bei der Arbeitsplatzwahl steigen. Und die Berufsangehörigen arbeiten mehr miteinander, weil sie über die Anforderungen in unterschiedlichen pflegerischen Handlungsfeldern informiert sind.*

Altenpflege: Mich irritiert, dass andere Vertreter der Pflegebranche zu diametral entgegengesetzten Meinungen gelangt sind und prognostizieren, die Altenpflege werde nach Einführung der Generalistik der große Verlierer sein. Kann man alles derart unterschiedlich interpretieren? Oder begeht eines der beiden Lager einen Denkfehler?

Christina Zink: *Ich empfehle immer, genau hinzuschauen, aus welchem „Lager“ die Argumentationen kommen und welche spezifischen Interessen dahinterstehen könnten. Investiert werden soll vor allem in Bildungsprozesse anstatt nur in die schnelle Verwertung der Schülerinnen und Schüler zur Kompensation des Fachkräftemangels. Davon können alle nur profitieren – insbesondere diejenigen, die auf Pflege angewiesen sind. Das gilt für alle Versorgungsbereiche gleichermaßen. Gerne wird im Zuge der Diskussion um die generalistische Ausbildung argumentiert, die Altenpflege würde abgeschafft werden. Das ist allein schon aufgrund des demografischen Wandels unlogisch. Die Tätigkeitsfelder bleiben natürlich weiterhin bestehen, und die Flexibilität sowie die Vergütung werden steigen.*

Interview: Holger Jenrich



numis[®] med
gesunde Haut **SENIOR CARE**



BARRIEREN FÜR DIE BERÜHRENDE PFLEGE ABBAUEN

Ein vertrauensvolles Verhältnis erleichtert Ihnen als Pflegefachkraft die tägliche Pflege. Eine berührende Pflege mit sanften, aber eindeutigen Berührungen bildet hierfür eine gute Basis. Doch können Barrieren entstehen, wie etwa eine unangenehme Geruchsentwicklung in Folge einer Stuhlinkontinenz. Der Reinigende Pflegeschaum von **numis[®] med SENIOR CARE** macht durch seine geruchsneutralisierende Wirkung die Reinigung deutlich angenehmer und baut damit Barrieren ab. Mit dem speziellen Inhaltsstoff **Hydrolactol[®]** lassen sich entstandene Verkrustungen leicht und schonend entfernen. Dazu wird der Schaum nach kurzem Einwirken sanft mit einem Waschlappen oder Feuchttüchern abgewischt. Gleichzeitig wird die altersbedingt oft sehr trockene Haut mit den in **Hydrolactol[®]** enthaltenen Moisturizern, darunter Urea, befeuchtet und gepflegt.



numis[®] med SENIOR CARE Reinigender Pflegeschaum
Der Pflegeschaum mit hautneutralem pH-Wert wurde zur schonenden Reinigung bei Stuhlinkontinenz entwickelt. Besonders einfach in der Anwendung: Die Flasche kann auf den Kopf gestellt werden und gibt bei leichtem Druck Schaum ab.
Mehr zur neuen Spezialpflegeserie für Pflegebedürftige:
www.numismed-seniorcare.de

PFLEGEAUSBILDUNG

Schulen in Bremen für die Generalistik

Während der bundesweit operierende Arbeitskreis Ausbildungsstätten für Altenpflege (AAA) die Pläne der Bundesregierung vehement ablehnt, unterstützt der Schulverbund der Altenpflegeschulen im Bundesland Bremen den Aufruf „Generalistik jetzt!“ und fordert „eine schnelle und konsequente Umsetzung der geplanten Reform der Pflegeausbildung“.

Durch die generalistische Pflegeausbildung werde der Pflegeberuf als Ganzes aufgewertet und für Schulabgänger attraktiver, meint Dr. Angela Sallermann, Sprecherin des Schulverbundes und Leiterin des Bildungszentrums der Bremer Heimstiftung: „Das ist unbedingt nötig, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken.“ Zudem werde die generalistische Pflegeausbildung einerseits dazu beitragen, die Unterschiede in der Bezahlung in der Kranken- und Altenpflege zu verringern und so andererseits verhindern, dass die Altenpflege weiter „zum Beruf zweiter Klasse degradiert“ werde.

Dem Schulverbund der Altenpflegeschulen im Bundesland Bremen sind neben der Schule für Altenpflege der Bremer Heimstiftung Schulen von fünf weiteren Trägern angeschlossen.

MEHR INFO

<http://bit.ly/2afJ01W>



Foto: Holger Jemrich

TARIFABSCHLÜSSE

Mehr Lohn für Pflegekräfte

Die rund 1 700 Mitarbeiter von „Pflegen & Wohnen“, dem größten privaten Anbieter für stationäre Pflege in Hamburg, bekommen in den nächsten zwei Jahren insgesamt 5,2 Prozent mehr Lohn. Zum 1. Januar 2017 betrage die Steigerung 2,7 Prozent, im Jahr darauf 2,5 Prozent, teilte das Unternehmen mit. Zudem steigt die Ausbildungsvergütung um rund drei Prozent pro Jahr. Azubis erhalten nun im ersten Lehrjahr 1 010 Euro statt bisher 980 Euro, im zweiten 1 040 Euro. Ferner sind bei den Tarifverhandlungen mit der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (Verdi) eine Ausweitung des Gesundheitsschutzes und zusätzliche Urlaubstage für geleistete Nachtdienste vereinbart worden.

Auch mit der Bundestarifgemeinschaft des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) hat sich Verdi auf eine tabellenwirksame Anhebung der Gehälter um 2,4 Prozent zum 1. August 2016 sowie um weitere 2,35 Prozent zum 1. März 2017 verständigt. Neben mehr Geld gibt es auch mehr Urlaub: er wird von 26 Tagen auf 28 Tage pro Jahr angehoben. Ist ein Arbeitnehmer mehr als zehn Jahre in DRK-Reihen tätig, sind es 29 Tage. Der Tarifvertrag läuft bis zum 31. März 2018. Der Verband ist mit einem Bundesverband, 19 Landesverbänden und etwa 500 Einrichtungen auf kommunaler Ebene föderal strukturiert, daher gilt der Tarifvertrag nicht einheitlich für alle Beschäftigten. Relevant ist er für etwa 50 000 Mitarbeiter vor allem im Südwesten.

MEHR INFO

www.verdi.de

Hilft das narrative Interview?

Entbürokratisierung der Pflege  Die Strukturierte Informationssammlung (SIS) ist ein fester Bestandteil der neuen Pflegedokumentation – und das narrative Interview wiederum ein Teil der SIS. Über dessen Sinnhaftigkeit aber gibt es in der Pflege unterschiedliche Ansichten.

pro

Gerda Schäfer
ist Qualitätsmanagerin des Belvita-Seniorendomizils in Uhdlingen-Mühlhofen am Bodensee

**contra**

Petra Fiedler
aus Essen ist Dipl.-Sozialarbeiterin, Dozentin in der Altenhilfe (u. a. für Biografiearbeit) sowie Buch- und Spieleautorin



Das narrative Interview ist eine Chance, die Individualität jedes einzelnen Bewohners hervorzuheben.

> Für eine adäquate Pflege ist es wichtig, die Wünsche, Bedürfnisse und Gewohnheiten des potenziellen Bewohners zu kennen. Um die Befragung im Rahmen der Strukturierten Informationssammlung (SIS) fachgerecht durchzuführen, ist es erforderlich, den Bewohner mit einer freundlichen und empathischen Haltung durch das Gespräch zu begleiten. Bei diesem Prozess ist deutlich zu sehen, was den jeweiligen Bewohner bewegt und welche Möglichkeiten wir nutzen können, um die Situation des alten Menschen annehmbarer zu gestalten.

Erfahrungsgemäß erzählen die Bewohner gern von ihren Wünschen, Bedürfnissen und Gewohnheiten. In diesen Gesprächen ist deutlich zu erkennen, dass die Wertschätzung als positiv empfunden und die Vertrauensbasis hergestellt wird. Aus der Befragung und der pflegfachlichen Sicht ist es möglich, mit dem Bewohner einen Verständigungsprozess herzustellen, welcher sich in der Tagesstruktur wiederfindet. Durch diesen Ablauf wird den Mitarbeitern und den Bewohnern die Möglichkeit gegeben, ihre zwischenmenschliche Beziehung zu festigen und zu verbessern.

Wir sehen das narrative Interview deshalb als Chance, die Individualität des Einzelnen hervorzuheben und seinen Alltag bestmöglich zu gestalten. 

Das narrative Interview lässt unberücksichtigt, dass es erzählfreudige und weniger erzählfreudige Menschen gibt.

> Das narrative Interview ist ein Instrument der empirischen Sozialforschung. Ob es sich auch zum biografischen Assessment eignet, erscheint mir zumindest fraglich. Bisher werden zu diesem Zweck Biografiefragebögen verwendet. Diese haben den Nachteil, dass sich einige Personen ausgefragt fühlen und dass der Befragte nicht selbst entscheiden kann, worüber er sprechen will und worüber nicht.

Das narrative Interview stellt sich vor diesem Hintergrund zunächst als Vorteil für den Interviewten dar. Ein Nachteil ist jedoch, dass es nicht berücksichtigt, dass es erzählfreudige und weniger erzählfreudige Menschen gibt. Im ersten Fall gibt es eine Materialfülle, die sich später nur mit großem Aufwand strukturieren lässt. Im zweiten Fall fließen nur spärliche Informationen. Außerdem macht es die unstrukturierte Form der Informationssammlung den Pflegenden schwerer, die biografischen Informationen zu systematisieren. Das narrative Interview steht deshalb eigentlich im Widerspruch zur Strukturierten Informationssammlung (SIS).

Doch ob narratives Interview oder Biografiefragebogen: entscheidend ist letztendlich, dass die mit viel Engagement und Zeitaufwand gesammelten Informationen nicht ungenutzt in Akten oder PC verschwinden. 



Ihre Meinung zählt!

Senden Sie eine E-Mail mit Ihrer Meinung zum Thema an: holger.jenrich@vincentz.net

Altenpflege *Preis* 2016

Bewerben
Sie sich bis
15.9.



Jetzt mitmachen und gewinnen!

Gesund bleiben trotz Stress!

Altenpflege *sucht das beste Konzept für die Mitarbeitergesundheit*

Pflege im Minutentakt. Ständiges Bücken und Heben. Psychisch belastende Situationen – und das bei unregelmäßigen Arbeitszeiten.

Wie kann das auf Dauer gut gehen? Was braucht es, damit Mitarbeiter ihre Freude UND ihre Gesundheit im Pflegejob erhalten?

Altenpflege sucht das Team, die Einrichtung mit dem besten Konzept für die Förderung und Erhaltung der Mitarbeitergesundheit. Sind Sie es? Dann sollten Sie sich jetzt bewerben! Senden Sie uns Ihr Konzept, Ihr Projekt, und nutzen Sie die Chance auf ein Preisgeld von 3.000 Euro und ein Info-Paket zur Mitarbeitergesundheit von Vincentz Network.

Die Bewerbungsfrist endet am 15. September 2016.

Die Bewerbungsunterlagen finden Sie unter www.altenpflege-online.net/altenpflegepreis.

Oder einfach anfordern bei:



Martina Süßmuth,
Tel.: 0511 / 9910-115,
E-Mail:

martina.suessmuth@vincentz.net.

Wir freuen uns auf Ihre Einsendungen und wünschen viel Glück! Ihre Redaktion **Altenpflege**.





2002



Hallo Partner!

> Neben Pflegekräften und Pflegebedürftigen gibt es in (fast) jedem Altenpflege-Arrangement eine dritte Kraft – die Angehörigen. Vor 40 Jahren, als der Beruf sich in den Anfängen seiner Professionalisierung befand, wurde ihnen nur wenig Bedeutung beigemessen – in den Einrichtungen wie in der Zeitschrift **Altenpflege**. Und falls doch, dann sah man in ihnen eher Störenfriede, Nervensägen, Eindringlinge.

Doch diese Zeiten sind lange vorbei. Seit etlichen Jahren schon werden Angehörige in der Altenpflege selbstverständlich als Partner statt als Gegner gesehen. Die Entwicklung dahin hat die Zeitschrift **Altenpflege** begleitet: in Reportagen, in Interviews, in Titelgeschichten. Wie im August 1999 oder im Oktober 2002 – da stand noch „Kämpfe, Krisen und Konflikte“ oder „Gestörtes Verhältnis“ auf der Titelseite. Jahre später jedoch, man war letztendlich zu einem neuen Rollenverständnis gekommen, klang es auf Seite 1 schon deutlich versöhnlicher. Im April 2004 etwa hieß es „Vertrauen gewinnen“ auf dem Cover, und im September 2013 titelten wir „Mit Empathie begleiten“.

Rätselthema „Angehörige“

Beim Silbenrätsel zum Thema „Angehörige“ können Sie als Leser ein tolles Buch-Spiele-Paket gewinnen. Sollten mehrere richtige Antworten eingesandt werden, muss das Los entscheiden.

Autorin des Rätsels ist Nikola Steffens, Lehrerin für Pflegeberufe

ar ar be beit beit
ge füh bio
ge gra le fe de
na ment ma
sam schwer schuld zu

Alles zum Thema "Altenpflege wird 40!" unter www.altenpflege-online.net/geburtstag



1979



2013



2004



1999



Nutzen Sie die nebenstehenden Silben, um die gesuchten Begriffe zu finden. Die weiß unterlegten Buchstaben ergeben, in der richtigen Reihenfolge sortiert, das Lösungswort.

1. Wichtig für das Wohl der zu Pflegenden in Bezug auf Pflegeteam und Angehörige

W O R T E

2. Häufige Gefühlslage bei Angehörigen

W O R T E

3. Informationsaustausch mit Angehörigen bringt hier viele wichtige Erkenntnisse

W O R T E

4. Angehörigenarbeit bedeutet oft leider dies im Pflegealltag

W O R T E

Schicken Sie das Lösungswort an: Redaktion Altenpflege · Stichwort: „Jubiläumsrätsel“ · Vincentz Network · Plathnerstraße 4c · 30175 Hannover. Einsendeschluss ist der 14.09.2016. Die Rätsel-Auflösung des Vormonats finden Sie hier: www.altenpflege-online.net/Downloads zur Zeitschrift

Das können Sie gewinnen: Das Buch „Gedankenbaum“, die „Sprichwortbox“ und die Begriffe-Karten „Muckefuck und Liebestöter“. Viel Spaß beim Rätseln!

ALTENPFLEGEKONGRESS

In Vorbereitung auf 2017

Die Kongressreihe der Zeitschrift **Altenpflege** informiert Sie auch in diesem Jahr umfassend zu allen aktuellen und wichtigen Themen. Sie startet am 12. Oktober in **Berlin**. Im November sind **Dortmund**, **Hamburg** und **Ulm** die Orte des Geschehens. Ihren Abschluss findet die Reihe im Februar 2017 in **Köln**.

In 25 Vorträgen und Workshops bieten die Kongresse Pflegewissen auf Top-Niveau. Im Mittelpunkt stehen die



Foto: Klaus Nolte

Pflegereform und die Veränderungen, die sie in 2017 mit sich bringt. So finden an beiden Kongresstagen Inten-

siv-Sessions zum **Pflegebedürftigkeitsbegriff** und zur Umsetzung des neuen Begutachtungsverfahrens statt.

**Pflegebedürftigkeitsbegriff und NBA:**

Am ersten Kongresstag stellt Annegret Miller in einer dreistündigen Session die Eingradung von Pflegebedürftigen nach dem neuen Begutachtungsassessment (NBA) vor. Die Teilnehmer lernen die neuen Module und ihre Gewichtung kennen, erfahren, wie Sie die Kriterien von „selbstständig“ bis „unselbstständig“ richtig anwenden, ermitteln die Punkte, gewichten diese und erfassen den Pflegegrad. Während im 1. Teil der Session die Grundlagen dargelegt, mit Beispielen zu den Kriterien praxisnah eingeübt und diese zielgerichtet in der Dokumentation dargestellt werden, besteht im 2. Teil die Gelegenheit, ein Aufbau-Training zu nutzen.

**Umsetzung Pflegebedürftigkeitsbegriff:**

Ziel dieser Intensiv-Session am zweiten Kongresstag ist der sichere Umgang mit dem neuen Begutachtungsverfahren. In den ersten beiden Zeiteinheiten führt Sabine Hindrichs anhand eines Fallbeispiels durch das NBA. Sie macht mit den pflegefachlichen Besonderheiten und den Auswirkungen auf den Grad der Selbstständigkeit und der Pflegebedürftigkeit vertraut. In der dritten Einheit werden die pflegefachlichen Erkenntnisse aus den Themenmodulen entsprechend ihrer Relevanz in die SIS übertragen. Als Teilnehmer schätzen Sie das Risiko ein, erstellen die Maßnahmenplanung und entscheiden über passende Betreuungsformen.

Anmeldung
www.ap-kongress.de

Hier sind Sie richtig, wenn Sie sich im Internet über das detaillierte Programm sowie die Referenten des **Altenpflege** Kongresses informieren oder sich online anmelden möchten.

Sollten Sie Post, Telefon, Fax oder E-Mail bevorzugen:

Vincenz Network,
Veranstaltungsdienste Altenhilfe,
Postfach 6247,
30062 Hannover,
T +49 511 9910-175,
F +49 511 9910-199,
veranstaltungen@vincenz.net

HOCHSCHULISCH AUSGEBILDETE PFLEGENDE

DBfK: Schweiz als Vorbild

☞ In einem Positionspapier fordert der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Arbeitgeber in Gesundheitswesen und Pflege auf, hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen in der direkten Versorgung von Bewohnern bzw. Patienten einzusetzen. Dies sei, so der Berufsverband, ein wichtiger Beitrag zur Sicherung der Versorgungsqualität.

Seit 2004 wird hierzulande in Modellstudiengängen für den Pflegeberuf ausgebildet. Damit gleiche sich Deutschland „allmählich dem internationalen Standard an“, so der DBfK. In der Schweiz ist vor wenigen Jahren die gesamte Pflegeausbildung an die Hochschule verlagert worden, in Österreich wird dies in Kürze erfolgen. Eine Entwicklung, die der Verband sich auch für Deutschland erhofft: „Wir brauchen in allen Versorgungssektoren einen strategischen Plan zum Einsatz von hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen. Aus vielen internationalen Studien wissen wir, dass besser ausgebildetes Pflegefachpersonal zu besseren Ergebnissen bei Patienten und Bewohnern führt.“

MEHR INFO

<http://bit.ly/2a6Ybuu>

CARITAS GELSENKIRCHEN

Flex-Konto als Anreiz

Um neue Mitarbeiter zu gewinnen und aktuelle an das Unternehmen zu binden, bietet die Caritas Gelsenkirchen als erster Caritasverband im Bistum Essen ihren 700 Mitarbeitern aus Altenpflege-, Behinderten- oder Jugendeinrichtungen eine flexible Arbeits- und Lebensplanung an. Möglich macht dies das neu eingeführte Lebensarbeitszeitkonto.

Früher in Rente gehen, mal ein Sabbatjahr einlegen oder weniger Wochenstunden arbeiten: Einsatzmöglichkeiten für das „Caritas-Flex-Konto“ gibt es viele. Damit sich die Mitarbeitenden eine Auszeit ohne Gehaltseinbußen leisten können, müssen sie Geld oder Zeit auf das eigene Lebensarbeitszeitkonto einzahlen.

Den Anstoß für die Einführung des Flex-Kontos habe die gesetzliche Anhebung des Renteneintrittsalters gegeben, so Caritasdirektor Peter Spannenkrebs: „Die Vorstellung, dass Mitarbeiter in der Pflege bis 67 noch voll ihre Frau oder ihren Mann stehen können, ist für viele sehr unrealistisch.“

MEHR INFO

www.caritas-gelsenkirchen.de

www.altenpflege-online.net



Ich setze auf SENI, weil sie mir mehr Zeit für die Menschen bei uns ermöglicht.

Profitieren Sie von unserem individuellen Rundum-Service!

- Hochwertige, atmungsaktive Inkontinenzprodukte
- Umfassende Beratung und praxisnahe Schulungskonzepte
- Online Management-Tool SENIOMAT.NET zur Bedarfsplanung und Verbrauchsoptimierung

Gewährleisten Sie mit SENI eine individuelle und wirtschaftliche Inkontinenzversorgung Ihrer Bewohner!

Überlassen Sie uns
die Abrechnung der Rezepte
Ihrer vdek-Versicherten!



seni

Erfahren Sie mehr über die vielfältige Produktwelt auf SENI.de!

Forum

Neben dem Dauerbrenner „Fachkräftemangel“ sind es zurzeit vor allem die Themen „Generalistische Pflegeausbildung“ und „Pflegekammer“, die die Mitarbeiter in der Altenpflege umtreiben. Auch unsere Leser und unsere facebook-Fans diskutieren darüber durchaus kontrovers.



Foto: Werner Krüper

Richten und Stellen der Medikamente, das erweiterte Wundmanagement oder die Einhaltung der Pflegestandards, werden häufig den Fachkräften entzogen und im Rahmen des Out-Sourcing auf auswärtige Institutionen übertragen.

Welche Maßnahmen sind zu ergreifen? Zunächst muss der Pflegeberuf so attraktiv ausgestaltet werden wie der Arztberuf! Unterschiedliche Ausbildungsniveaus vom Pflegeassistenten bis zum studierten Fachpfleger würden die Beliebtheit der Pflegeberufe nachhaltig erhöhen. Zudem sind Männer in den Pflegeberufen unterrepräsentiert. Die geringe Anzahl männlicher Pflegekräfte wird sich nur durch einen deutlichen Attraktivitätsschub der Pflege signifikant erhöhen lassen. Weiterhin sind die Einführung von Pflegekammern und verbindlicher Berufsordnungen sowie eine deutliche Erhöhung des Pflegepersonals längst überfällig.

In Schweden werden doppelt so viele Pflegekräfte auf die Betreuung einer bestimmten Anzahl von Pflegebedürftigen eingesetzt wie in Deutschland. Warum ist das hier nicht machbar? Weil Pflege und Therapie nur als notwendiges Übel gesehen werden, während Medizin und Pharmazie als tragende Pfeiler des Gesundheitssystems anerkannt sind. Die Berufsverbände, die Träger der Einrichtungen und die Gewerkschaften sollten sich deutlicher als bisher gegenüber den politischen Entscheidungsträgern positionieren, damit sich Pflege und Therapie zur gleichberechtigten Säule neben Medizin und Pharmazie etablieren können.

Michael Reich, Gössenheim

Altenpflege allgemein

Pflege als dritte Säule

Zum Thema „Fachkräftemangel in der Pflege“

Die schlechte Personalausstattung setzt Pflegekräfte massiv unter Druck. Es reicht jedoch nicht, den bekannten Pflegenotstand permanent zu beklagen. Es gilt, den Ursachen auf den Grund zu gehen und effektiv gegenzusteuern.

Die Pflegebranche zählt zu den unattraktivsten Berufen, deren Arbeit nicht leistungsgerecht vergütet wird, die wenig Aufstiegschancen bietet, in der Personalentwicklung ein Fremdwort ist, in der hohen Fluktuationsraten in den Einrichtungen jeglichen kontinuierlichen Pflegeprozess verhindern und in der Krankenstände den ohnehin schon niedrigen Personalstand

weiter aushöhlen, was wiederum den Krankenstand erhöht. Die Arbeit in der Pflege mag anstrengend sein, das Arbeitsumfeld jedoch ist belastend. Gute, motivierte und engagierte Fachkräfte werden ausgebremst. Ihnen wird das Arbeitsleben schwer gemacht, bis sie zermürbt den Betrieb verlassen. Viele Pflegekräfte fliehen aus ihrem angestammten Pflegeberuf und suchen Schutz in der Verwaltung der „indirekten“ Pflege, die oft nichts mehr mit der klassischen Pflege zu tun hat. Dem Pflegepersonal werden keine nachhaltigen Anreize geboten, die ihre Motivation erhöhen würden. Ohne motivierte Arbeitskräfte verlieren die Pflegeeinrichtungen jedoch ihre Existenzberechtigung. Die fachlichen Kompetenzen guter und erfahrener Pflegekräfte werden systematisch untergraben. Für die Pflegefachkraft interessante Kompetenzen, wie das

Ohne motivierte Arbeitskräfte verlieren die Pflegeeinrichtungen ihre Existenzberechtigung.

Altenpfleger als Generalisten

Zur Online-Meldung „Postkarten zur Unterstützung der Generalistik“

Sehr geehrter Herr Fischbach, sehr geehrter Verband der Katholischen Altenhilfe in Deutschland: Ihre Vorstellungen zur Generalistik widersprechen meinem Verständnis von Altenpflege und ihrem Wert in einer immer älter werdenden Republik. Aus der Krankenpflege entwickelte sich der dezi-

diert Altenpflegerische Beruf – und wird fortlaufend aktualisiert. Trotz dieser besonderen Prägung haftet unserem Berufsbild immer noch eine ungerechtfertigte Zweitrangigkeit hinter der Krankenpflege an. Wir Altenpfleger sind die Generalisten für unsere Alten! Mit der propagierten Generalistik schießen Sie ein Eigentor. Finger weg von der Altenpflege!

Michael Müller

Altenpflege online, 27.06.2016

Keine sinnvollen Aufgaben

Zur Online-Meldung „Wer sich nicht einbringt, darf auch nicht meckern!“

Wir (Krankenpflege und Altenpflege) brauchen keine Pflegekammer, um unsere Interessen zu vertreten. Es gibt so gut wie keine sinnvollen Aufgaben für eine eigene Pflegekammer. Außer: Menschen, die aus der aktiven Pflege aussteigen oder nicht bereit sind, die unhaltbaren Arbeitsbedingungen an der Basis zu bekämpfen, einen neuen Arbeitsplatz zu bieten.

Die bestehenden berufsständischen Organisationen und die Gewerkschaft könnten bei ausreichender und aktiver Mitgliedschaft weit mehr erreichen als eine Zwangskammer.

Angelika Jobke

Altenpflege online, 28.07.2016

Zu viele Unterschiede!?!?

Der Schulverbund der Altenpflegesschulen im Bundesland Bremen unterstützt den Aufruf „Generalistik jetzt!“ und fordert „eine schnelle und konsequente Umsetzung der geplanten Reform der Pflegeausbildung“. Was ist eure Meinung?

Ich befürchte, die Generalistik wird dem Beruf der Altenpflegerin nicht helfen – zu viele Unterschiede in den Arbeitsfeldern. Was würde mir Wissen über Säuglingsentwicklung und Kinderkrankheiten beim Arbeitsalltag in der geriatrischen Pflege helfen? Ich beabsichtige nicht, zwischen den Berufsfeldern hin und her zu pendeln. Und dass die Entlohnung dadurch gerechter werden würde, halte ich für unwahrscheinlich. Woher sollte das Geld auch kommen?

Susanne Carstensen-Schmidt

Ich bin Altenpfleger und sehe die Generalistik als Impuls, die Altenpflege in eine Langzeitpflege zu überführen. Sehr geehrte Frau Carstensen-Schmidt, ein Wechsel mag vielleicht für Sie nicht infrage kommen. Aber warum sollte man sich bzw. den Jüngeren diese Möglichkeit nehmen?

Mark Knoblen

Altenpflege facebook, 18.07.2016



Schreiben Sie uns! Besucht uns auf

Sagen Sie uns Ihre Meinung. Äußern Sie Kritik. Tauschen Sie sich aus. Und senden Sie Ihren Leserbrief an: klaus.nolte@vincentz.net

Auf unserer Facebook-Seite stellt Euch die Kabarettistin Ramona Schukraft als schwäbische Altenpflegerin **Sybille Bullatschek** jeden Monat kurz nach Erscheinen der neuen Ausgabe die Themen in einem Video vor. Schaut doch vorbei und nehmt Kontakt mit uns über Facebook auf. Wir freuen uns!

www.facebook.com/altenpflege.vincentz



Leserbriefe stellen nicht die Meinung der Redaktion dar, sondern sind Meinungsäußerungen der Unterzeichner. Die Redaktion behält sich Kürzungen vor.

Supercalifragilisticexpialigetisch.

www.sinfonie.de

ASSISTENZBERUFE

Zuerst mal Servicehelfer

In Baden-Württemberg gibt es einen besonderen Berufsabschluss – als Einstieg in den Bereich Pflege

Wenn von Sicherstellung der Pflege- und Betreuungsqualität die Rede ist, steht vor allem eine Berufsgruppe im Fokus: die Pflegefachkräfte. Für Ingrid Hastedt, Vorsitzende des Wohlfahrtswerks für Baden-Württemberg, ist es Zeit, „auch über die andere Hälfte, die Assistenzkräfte, zu sprechen.“ Dazu bot sie den Rahmen mit einer Fachtagung des Wohlfahrtswerks für Baden-Württemberg im Juli in Stuttgart.

Ein Sammelsurium an Assistenzberufen

Warum wird diese andere Hälfte – neben den „traditionellen“ Pflegehelfern und den Betreuungskräften nach § 87b sind es Alltagbetreuer, Alltagsbegleiter, Servicehelfer, Pflegeassistenten Sozialassistenten und und und ..., warum werden diese immer wichtiger? „Zum einen liegt es daran, dass die Aspekte Teilhabe, Alltagsgestaltung und Betreuung neben der Pflege vom Gesetzgeber gestärkt wurden“, so Hastedt. „Zum anderen zwingt der Fachkräftemangel die Einrichtungen, Fachkräfte, wo es geht, zu entlasten.“ Und nicht zuletzt hängt die Gewinnung von jungen Menschen für den Pflegeberuf entscheidend von den Zugangswegen ab.

In Baden-Württemberg gibt es hierzu ein besonderes Angebot. Hervorgegangen aus einer Initiative der Robert Bosch Stiftung und verbunden mit der Zielsetzung, gerade jungen Menschen mit schwierigen Voraussetzungen einen Zugang zum Bildungs- und Berufswesen zu ebnet, gibt es dort die Ausbildung zum „Alltagsbetreuer und Servicehelfer im Sozial- und Gesundheitswesen“. Inzwischen ein staatlich anerkannter Beruf, ebenso der fast identische „Servicehelfer im Sozial- und Gesundheitswesen“, wie er im Bildungszentrum des Wohlfahrts-



Foto: Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg

werk für Baden-Württemberg erworben werden kann. Beide Berufsabschlüsse beinhalten die Qualifizierung zur zusätzlichen Betreuungskraft nach § 87b Abs. 3 SGB XI. Beide sind 2-jährig angelegt und geben den Absolventen die Möglichkeit, entsprechend verkürzt eine Pflegeausbildung aufzusatteln. Wie gesagt: Unter den vielen unterschiedlichen und weithin unregulierten Assistenzberufen eine Besonderheit. Ein Zukunftsmodell auch für andere Bundesländer?

Ein Einstieg mit Aufstiegschancen

Davon ist man in Baden-Württemberg überzeugt. Auch in der Schweiz lassen sich mit einer vergleichbaren Qualifizierung gute Erfahrungen verzeichnen. Immerhin: eine Abschlussquote von

70 Prozent für die Servicehelfer kann sich sehen lassen. Und die Perspektive, nicht nur in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern, sondern auch bei Privatpersonen mit entsprechendem Bedarf und einem rechtlichen „Arbeitgeberstatus“ zu Hause zu unterstützen, scheint in Zeiten des demographischen Wandels durchaus vorstellbar.

Monika Gaier

MEHR INFO

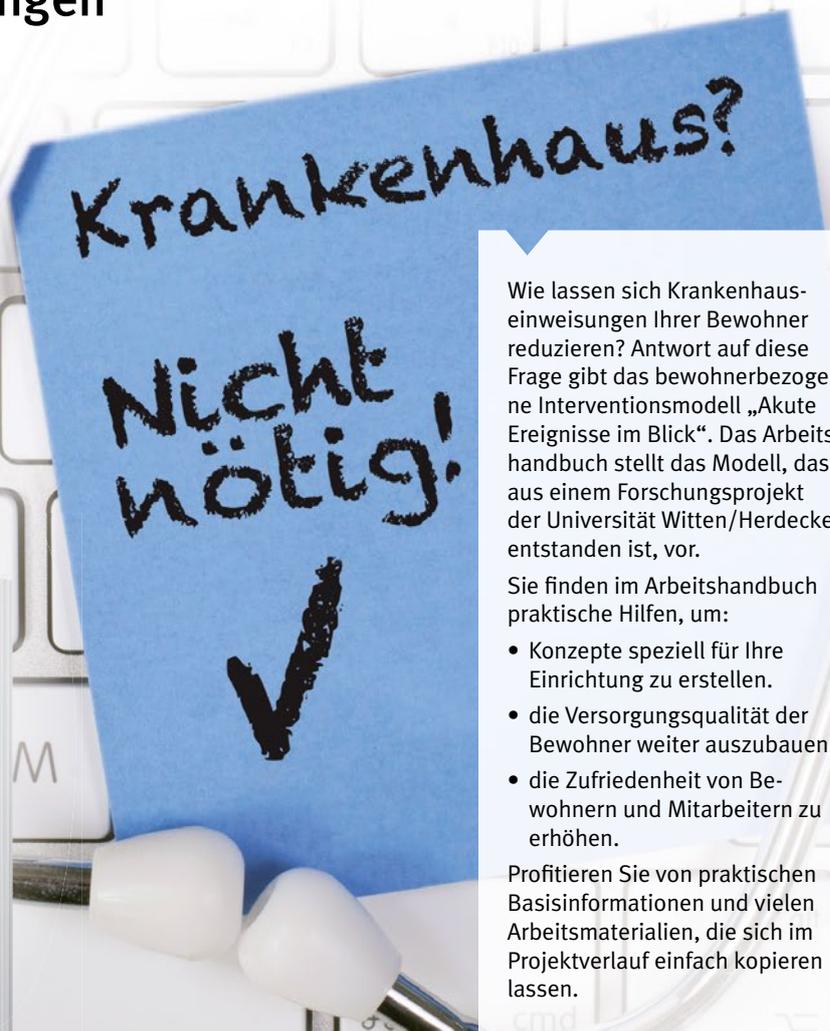
Infos zur Veranstaltung bei Katja Kubietziel, E-Mail: katja.kubietziel@wohlfahrtswerk.de

Fragen zur Ausbildung Servicehelfer an: servicehelfer@caroass.de

Der Personalmix der Zukunft ist Thema auf den **AltenpflegeKongressen im Herbst 2016: www.ap-kongress.de**

Weniger Krankenhaus – mehr Lebensqualität

Wege zur Reduktion von Krankenseinweisungen



Wie lassen sich Krankenseinweisungen Ihrer Bewohner reduzieren? Antwort auf diese Frage gibt das bewohnerbezogene Interventionsmodell „Akute Ereignisse im Blick“. Das Arbeitshandbuch stellt das Modell, das aus einem Forschungsprojekt der Universität Witten/Herdecke entstanden ist, vor.

Sie finden im Arbeitshandbuch praktische Hilfen, um:

- Konzepte speziell für Ihre Einrichtung zu erstellen.
- die Versorgungsqualität der Bewohner weiter auszubauen.
- die Zufriedenheit von Bewohnern und Mitarbeitern zu erhöhen.

Profitieren Sie von praktischen Basisinformationen und vielen Arbeitsmaterialien, die sich im Projektverlauf einfach kopieren lassen.

Christel Bienstein, Sabine Bohnet-Joschko (Hrsg.)
Weniger Krankenhaus – mehr Lebensqualität
Wege zur Reduktion von Krankenseinweisungen
2016, 80 Seiten, kart.,
29,80 €, Best.-Nr. 852
Auch als eBook (ePub) erhältlich

➤ www.altenpflege-online.net/shop



*Die Pflege-Charta, bestehend aus einer
Präambel und acht Artikeln, gilt als Leitlinie für
menschenwürdige Pflege und Betreuung* ~

Pflege-Charta  Seit zehn Jahren gibt es hierzulande die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“. In den Pflegeheimen angekommen ist sie jedoch noch lange nicht. *Text: Caroline Green*

Stiefmütterliche Behandlung

> Die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ (kurz: Pflege-Charta) aus dem Jahr 2005 ist das Ergebnis eines breit angelegten Konsultationsprojekts im Rahmen des „Runden Tisch Pflege“. Das daran beteiligte Expertengremium wurde 2003 bis 2005 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einberufen, um mit konkreten Handlungsempfehlungen die Lebenssituation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Deutschland zu verbessern.

Was ist und was will die Pflege-Charta?

Die Pflege-Charta gilt seither als Leitlinie für menschenwürdige und respektvolle Pflege und Betreuung. Sie besteht aus einer Präambel sowie acht Artikeln, die grundlegende und selbstverständliche Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen zusammenfassen und erläutern. Durch die Pflege-Charta werden außerdem Qualitätsmerkmale und Ziele für eine gute ambulante und stationäre Pflege und Betreuung festgelegt.

Die Pflege-Charta verfolgt zwei ambitionierte Ziele:

- Zum einen soll sie hilfe- und pflegebedürftigen Menschen ihre Rolle als Trägerinnen und Trägern von Rechten

verdeutlichen und sie in dieser Lebenssituation stärken. Deswegen richtet sich der Inhalt sprachlich direkt an die pflegebedürftige Person.

- Zum anderen bietet die Pflege-Charta eine lösungsorientierte Grundlage für eine menschenwürdige Pflegepraxis und bietet Leitlinien für beruflich Pflegende und die Einrichtungsleitung.

Bis 2012 wurden Aktivitäten zur Verbreitung der Pflege-Charta durch das zuständige Ministerium gefördert. Seitdem können Einrichtungen kostenlos umfangreiche Arbeitsmaterialien nutzen, die

die sich für die Belange älterer Menschen in Deutschland einsetzt, nun gefragt, inwieweit die Pflege-Charta denn in stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland angekommen ist bzw. inwieweit sie das Verständnis menschenwürdiger Pflege von Leitungs- und Pflegekräften widerspiegelt.

Dazu hat die Stiftung das forsa Institut mit der Befragung von 200 Pflege- und 114 Leitungskräften beauftragt, die im Zeitraum zwischen Dezember 2015 und März 2016 durchgeführt wurde. Die Ergebnissen machen durchaus nachdenklich, zeigen aber auch das Potenzial der

Die Befragung ergab, dass die Pflege-Charta lediglich 35 Prozent der Pflegekräfte, aber immerhin 68 Prozent der Leitungskräfte ein Begriff ist. 

auf der Webseite www.pflege-charta.de zur Verfügung gestellt werden. Darunter fällt auch ein Leitfaden zur Selbstbewertung, der als Handlungshilfe zur Umsetzung und Anwendung der Pflege-Charta dienen soll. Trotzdem besteht immer noch ein großer gesellschaftlicher Diskussionsbedarf zu menschenwürdiger Pflege.

Etwa zehn Jahre nach der Verabschiedung der Pflege-Charta hat sich die „Josef und Luise Kraft-Stiftung“ aus München,

Pflege-Charta sowohl für die Verbesserung der Lebensqualität Pflegebedürftiger als auch für die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte auf.

Wie bekannt ist die Pflege-Charta?

Erstes zentrales Ergebnis der Befragung: Die Pflege-Charta war lediglich 35 Prozent der befragten Pflegekräfte, aber immerhin 68 Prozent der Leitungskräfte ein Begriff. Diejenigen Leitungsperso- >



Interview

„Wir haben die Pflege-Charta quasi mit der Muttermilch aufgesogen!“



Ist die Pflege-Charta nur ein Papiertiger oder doch eine Art Grundgesetz, an dem sich die Pflegenden in ihrem Handeln orientieren? **Altenpflege** sprach mit **Wolfgang Dyck**, Leiter zweier Pflegeheime der „Franziska Schervier Altenhilfe GmbH“ mit Sitz in Aachen, über grundsätzliche Fragen, unverständliche Antworten und die Tücken der deutschen Gründlichkeit.

Altenpflege: Herr Dyck, Sie leiten seit einigen Jahren das „Herz Jesu“-Seniorenzentrum in Köln und das Seniorenzentrum „St. Elisabeth“ in Frechen-Königsdorf. Kennen Sie eigentlich die „Pflege-Charta“?

Wolfgang Dyck: Wir haben kurz nach Veröffentlichung der Pflege-Charta – damals war ich noch bei einem anderen Träger, der Grafschafter Diakonie – gemeinsam mit anderen Trägern Praxisprojekte zur Pflege-Charta entwickelt. Dadurch haben wir sie – in übertragener Weise – kurz nach ihrer Entstehung quasi „mit der Muttermilch aufgesogen“.

Altenpflege: Und haben Sie die Charta auch von Anfang bis Ende gelesen?

Wolfgang Dyck: Ja, mehrfach. Einfach auch, um etwa in internen Schulungen in meinen Häusern bestimmte Themen der Pflege-Charta im Wortlaut vertiefen zu können.

Altenpflege: Ich frage das deshalb, weil eine Untersuchung des forsa-Instituts ermittelt hat, dass die Charta nur 68 Prozent der Leitungskräfte von Pflegeheimen ein Begriff ist. Nur 45 Prozent derjenigen, die sie kennen, haben sie auch vollständig gelesen – und zehn Prozent gar nicht. Was sagen Sie dazu?

Wolfgang Dyck: Die Lektüre der Charta setzt schon eine gewisse Lesefähigkeit des Lesers voraus... Schwer zu ertragen ist vor allem das Juristendeutsch mit seinen Substantivierungen und den langen Sätzen über vier Zeilen und mehr. Dabei ist mir klar, dass ein Text zur Pflege-Charta nicht amüsieren soll. Aber wir Deutschen neigen ja dazu, alles „ganz, ganz genau“ zu machen, was die Lesbarkeit der Texte nicht gerade erleichtert.

Altenpflege: Noch dramatischer sieht es bei den Pflegenden selbst aus. Nur 35 Prozent von ihnen ist die Charta ein Begriff – gerade einmal 13 Prozent von denen haben sie komplett gelesen, 46 Prozent in Teilen, 41 Prozent gar nicht. Ist das ein Ausdruck von schlechter Führung oder von Desinteresse?

Wolfgang Dyck: Der normale sprachliche Alltag der Pflegenden hat mit der Sprache der Charta wenig gemein. Deshalb wird sie auch kaum gelesen. Außerdem sagt sie nichts, was nicht auch vorher schon, allerdings an unterschiedlichsten Orten, in anderen Worten gesagt worden ist. Der Pflege-Charta fehlte von Anfang an der Charme, etwas wirklich Neues zu sein. Überspitzt gesagt: Gäbe es die Charta plötzlich nicht mehr, fiel das wohl

niemandem besonders auf. Daneben haben aber Fragen der Berufsethik (um die es in der Charta ja auch geht) in der Ausbildung und im Alltag noch immer nicht den Stellenwert, der ihnen eigentlich zukommt.

Altenpflege: Was tun Sie in Ihrem Haus dafür, dass die Pflege-Charta einen höheren Stellenwert genießt, als ihn die forsa-Untersuchung für die Heime in Deutschland ausweist?

Wolfgang Dyck: Wir nutzen die an die Charta angelehnten Materialien und Ideen, die es im Netz ja kostenlos gibt. Die muss man ausdrücklich loben: man kann diese Materialien hervorragend verwenden – auch für Schulungen.

Altenpflege: Wie zufrieden sind Sie mit dem Stand der Dinge: wo sehen Sie in Ihrer Einrichtung die Charta gut umgesetzt, wo hapert es noch?

Wolfgang Dyck: Der berufliche Alltag lässt oft zu wenig Zeit, auch grundsätzlichen, aber unerlässlichen Fragen nachzugehen – etwa der nach dem Sinn dessen, was wir tun, oder der, was eigentlich „Würde“ bedeutet. Hierfür muss man sich oft die Zeit abringen. Aber es braucht zu diesen reflektierenden Themen ja nicht immer ein Workshop zu sein, der einen Tag dauert. Auch eine Dienstbesprechung kann man mit dem Vorlesen eines Charta-Artikels beginnen lassen und sich dann darüber austauschen, was die Kollegen unter dem Vorgelesenen verstehen.

Altenpflege: Sieht man sich die Umfrage von forsa an, muss man wohl konstatieren: besonders große Beachtung findet die Pflege-Charta in der Altenpflege bisher nicht. Welchen Stellenwert hat sie für Sie persönlich?

Wolfgang Dyck: Die Intention der Charta – nämlich die Frage, was eine menschenwürdige Pflege ausmacht – beschäftigt mich fast jeden Tag. Denn es ist nicht selbstverständlich, dass alle in der Pflege Beschäftigten darunter dasselbe verstehen. Leitungen stehen hier in der täglichen Pflicht, mit diesem Fokus (als Kernfrage der Charta: Wird bei uns respekt- und würdevoll gepflegt?) auf den Pflegealltag zu schauen, gegebenenfalls korrigierend einzugreifen oder lobend hervorzuheben. Dass die Charta diesen Anspruch, den sie in den Artikeln konkretisiert, so in den Vordergrund gestellt hat und stellt, bleibt für mich ihr Verdienst.

Interview: Holger Jenrich



> nen und Pflegekräfte, denen die Pflege-Charta ein Begriff war, wurden zudem gefragt, ob sie diese schon einmal gelesen hätten. Resultat: von den Leitungskräften hatten eigener Angabe zufolge 45 Prozent die Charta vollständig gelesen, unter den Pflegekräften waren es gerade mal 13 Prozent (siehe auch Tabelle 1).

Obwohl die Pflege-Charta bei den Leitungskräften eher bekannt ist als bei den Pflegekräften, kann davon ausgegan-

gen werden, dass die Inhalte der Pflege-Charta insgesamt seltener vertraut sind, weil sie eher seltener vollständig gelesen wurde.

Bei 43 Prozent der Leitungs- sowie 46 Prozent der Pflegekräfte, denen die Pflege-Charta ein Begriff ist, wurde diese im Rahmen der Aus- oder Weiterbildung angesprochen. 74 Prozent der Leitungs- und 44 Prozent der Pflegekräfte gaben an, dass die Pflege-Charta beispielsweise

als Teil dienstlicher Anweisungen oder in Gesprächen mit Kollegen und Kolleginnen thematisiert werde. Somit ist die Pflege-Charta weder in der Ausbildung noch im Arbeitsalltag vollkommen angekommen.

Auch wenn die Pflege-Charta eher unbekannt ist, so zeigt die Umfrage doch auch, dass deren Inhalte im Großen und Ganzen das Verständnis der Bedeutung menschenwürdiger Pflege der Befragten umfasst. So wurden in einer offenen Frage zum Verständnis menschenwürdiger Pflege Kernkonzepte der Pflege-Charta genannt. Darunter fielen folgende Stichworte: Respekt und Wertschätzung gegenüber den Heimbewohner/innen (33 Prozent der Leitungskräfte bzw. 27 Prozent der Pflegekräfte), Bedürfnisorientierung (32 Prozent der Leitungskräfte bzw. 21 der Pflegekräfte), hohe Qualität der Pflege und Versorgung (16 Prozent der Leitungskräfte bzw. 22 Prozent der Pflegekräfte).

Tabelle 1: Bekanntheitsgrad

Die Pflege-Charta schon einmal gelesen haben...
(prozentualer Anteil der Nennungen nur aus der Gruppe, für die die Pflege-Charta ein Begriff ist)

	Ja, vollständig	Ja, teilweise	Nein, noch nicht
Leiter/-innen	45 Prozent	45 Prozent	10 Prozent
Pflegekräfte	13 Prozent	46 Prozent	41 Prozent

Harte Fakten: Zehn Prozent der Leitungs- und 41 Prozent der Pflegekräfte haben auch zehn Jahre nach ihrer Veröffentlichung die Pflege-Charta noch nicht gelesen.



Checkliste „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“

Die acht Artikel der Pflege-Charta

Artikel 1: Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Hilfe zur Selbsthilfe und auf Unterstützung, um ein möglichst selbstbestimmtes und selbständiges Leben führen zu können.

Artikel 2: Körperliche und Seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, vor Gefahren für Leib und Seele geschützt zu werden.

Artikel 3: Privatheit

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wahrung und Schutz seiner Privat- und Intimsphäre.

Artikel 4: Pflege, Betreuung und Behandlung

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf eine an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung.

Artikel 5: Information, Beratung und Aufklärung

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf umfassende Informationen über Möglichkeiten und Angebote der Beratung, der Hilfe und Pflege sowie der Behandlung.

Artikel 6: Kommunikation, Wertschätzung und Teilhabe an der Gesellschaft

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wertschätzung, Austausch mit anderen Menschen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Artikel 7: Religion, Kultur und Weltanschauung

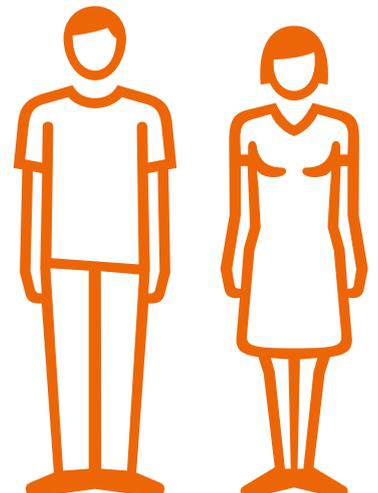
Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, seiner Kultur und Weltanschauung entsprechend zu leben und seine Religion auszuüben.

Artikel 8: Palliative Begleitung, Sterben und Tod

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, in Würde zu sterben.

WICHTIG:

- Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf haben selbstverständlich die gleichen Rechte wie alle anderen Menschen auch. Wie sich diese Rechte aber im Alltag hilfe- und pflegebedürftiger Menschen widerspiegeln sollen, das fasst die deutsche Pflege-Charta zusammen. Sie ist von Vertreterinnen und Vertretern aus allen Bereichen der Pflege und der Selbsthilfe erarbeitet worden.



Der Fragebogen beinhaltete außerdem eine Frage, in der um eine Einschätzung der Wichtigkeit einzelner Leitlinien der Pflege-Charta gebeten wurden. Auch diese beispielhaften Leitlinien wurden von fast 100 Prozent der Leitungskräfte und der Mehrheit der Pflegekräfte als „wichtig“ oder sogar „sehr wichtig“ eingeschätzt. Man kann somit schlussfolgern, dass die Inhalte der Pflege-Charta wohl grundlegend mit dem beruflichen Werteverständnis der beruflich Pflegenden und der Einrichtungsleitung übereinstimmen.

Brauchen wir überhaupt die Pflege-Charta?

Die Frage stellt sich nun also, ob die Pflege-Charta denn überhaupt gebraucht wird, wenn doch das Verständnis für die Bedeutung menschenwürdiger Pflege bereits besteht? Welchen Mehrwert kann

ein Dokument wie die Pflege-Charta dann überhaupt für die beruflichen Pflegenden und die Einrichtungsleitung leisten?

Die Frage um die Notwendigkeit der Pflege-Charta beantwortet sich dann, wenn man weitere Ergebnisse der Befragung verinnerlicht. So wurden die

Die Befragung ergab, dass nur 13 Prozent der Pflegenden, denen die Pflege-Charta ein Begriff ist, diese auch vollständig gelesen hatten. ~

Befragten um eine Einschätzung gebeten, ob denn menschenwürdige Pflege in deutschen Einrichtungen der stationären Langzeitpflege umsetzbar sei. Lediglich 34 Prozent der befragten Pflegekräfte und eine knappe Mehrheit der befragten Leitungspersonen sind der Meinung,

dass menschenwürdige Pflege in deutschen stationären Einrichtungen unter den vorherrschenden Rahmenbedingungen leistbar ist.

In einem weiteren Schritt wurden die Befragten unabhängig von ihrer Einschätzung zur Wichtigkeit der abgefragten Leitlinien gebeten, den Grad der Um-

setzung der gleichen Leitlinien in Bereich stationärer Einrichtungen einzustufen (siehe Tabelle 2).

Die große Mehrheit der Leitungskräfte ist hinsichtlich aller abgefragten Leitlinien der Ansicht, dass diese fast immer oder meistens umgesetzt werden. Bei den

Tabelle 2: Umsetzung

Es ist fast immer/meistens der Fall, dass pflegebedürftige Menschen in einer stationären Pflegeeinrichtung ... (prozentuale Angaben = Zusammenfassung der Angaben „fast immer“ und „meistens“)			
	Leiter/-innen	Pflegekräfte	Unterschiede in der Einschätzung (Prozentdifferenz)
... Hilfestellung beim Essen und Trinken bekommen, wenn sie diese benötigen	92 Prozent	82 Prozent	10 Prozent
... vor Wundliegen und Versteifung der Gelenke geschützt werden	89 Prozent	71 Prozent	18 Prozent
... schmackhafte, abwechslungsreiche und gesunde Speisen und Getränke bekommen	84 Prozent	52 Prozent	32 Prozent
... ihre eigenen Kleinmöbel nutzen können	79 Prozent	60 Prozent	19 Prozent
... alleine und ungestört sein können, wenn sie dies wünschen	78 Prozent	52 Prozent	26 Prozent
... ihre Religion ausüben können	77 Prozent	56 Prozent	21 Prozent
... ihren eigenen Zimmerschlüssel ausgehändigt bekommen	77 Prozent	45 Prozent	32 Prozent
... ihren Interessen und Hobbies nachgehen können	69 Prozent	47 Prozent	22 Prozent
... ihren Tagesablauf so weit wie möglich selber gestalten können	68 Prozent	44 Prozent	24 Prozent
... am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können	66 Prozent	51 Prozent	15 Prozent

Heimbewohner erhalten schmackhaftes und gesundes Essen? Zu dieser Frage und vielen anderen sind Leitungs- und Pflegekräfte unterschiedlicher Meinung

Leitfaden zur Selbstbewertung

Hilfe für die Heime

In Zusammenarbeit mit der Leitstelle Altenpflege im Deutschen Zentrum für Altersfragen (DZA) hat das Unternehmen Konkret Consult Ruhr für stationäre Pflegeeinrichtungen einen „**Leitfaden zur Selbstbewertung auf Grundlage der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen**“ entwickelt. Er soll für die Häuser eine Handlungshilfe sein, um die Pflege-Charta vor Ort zu verankern, anzuwenden und umzusetzen.

Dabei wird jeder einzelne der acht Artikel der Charta (siehe Checkliste auf Seite 24) einzeln unter die Lupe genommen und akribisch abgearbeitet nach Kriterien wie „Was wird in der Einrichtung getan?“, „Was halten wir vor?“ oder „Was müssen wir verbessern?“

Exemplarisch sei einmal Artikel 7 betrachtet: „Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, seiner Kultur und Weltanschauung entsprechend zu leben und seine Religion auszuüben.“ Der „Leitfaden zur Selbstbewertung“ empfiehlt den Einrichtungen in diesem Zusammenhang die Beantwortung folgender Fragen:

Was wird in der Einrichtung getan, ...

- ... damit kulturelle und religiös-spirituelle Gewohnheiten und Bedürfnisse sowie Tabus der Bewohner/innen berücksichtigt werden?
- ... damit (auch immobile) Bewohner/innen religiöse Handlungen (Beten, Fasten, etc.) ausüben und religiöse Veranstaltungen besuchen können?
- ... damit elementare Lebensfragen und Lebensängste der Bewohner/innen aufgenommen werden?
- ... damit jedem Bewohner/jeder Bewohnerin und jedem Mitarbeiter/jeder Mitarbeiterin – gleich welche Weltanschauung er oder sie hat – respektvoll begegnet wird?
- ... damit die Mitarbeiter/innen der Einrichtung die erforderlichen Kompetenzen für die Beachtung kultureller oder religiöser Unterschiede und Bedürfnisse erlangen oder weiterentwickeln können?

Den kompletten 30-seitigen „Leitfaden zur Selbstbewertung“ gibt es als kostenlosen Download unter www.pflege-charta.de/de/download.htm

Pflegekräften ist dies nicht gleich ausgeprägt. Nachdenklich machen die Unterschiede in der Einschätzung, die zwischen Leitungs- und Pflegekräften um bis zu 32 Prozentpunkte abweichen.

Eine weitere Fragestellung beschäftigte sich mit der Arbeitsbelastung der beruflich Pflegenden. 44 Prozent der befragten Pflegekräfte fühlen sich in ihrem Berufsalltag sehr häufig oder häufig überfordert, was wiederum von 47 Prozent der befragten Pflegekräfte und 47 Prozent der Leitungskräfte mit Personalmangel in Verbindung gebracht wird.

Die Ziele der Pflege-Charta wären demnach noch nicht erreicht. Die Ergebnisse zeigen auf, dass selbst die beruflich Pflegenden nicht der Meinung sind, dass menschenwürdige Pflege leistbar oder geleistet wird. Dies kann durchaus auch auf den gesellschaftlichen Diskurs zurückzuführen sein, der hierzu geführt wird. Trotzdem zeigen die Einschätzungen der Umsetzung von Leitlinien auf, dass diese noch nicht immer umgesetzt werden oder umgesetzt werden können. Außerdem fühlen sich beruflich Pflegenden weiterhin in ihrem Arbeitsalltag häufig überfordert, was wohl auch gegen die Erreichung der Ziele der Pflege-Charta sprechen dürfte.

Die Pflege-Charta ist ein geeignetes Dokument, um die Themen „menschenwürdige Pflege“ beziehungsweise „Pflegebedingungen“ zu diskutieren. Denn die Inhalte, so wurde argumentiert, spiegeln das Verständnis menschenwürdiger Pflege zu mindestens der beruflich Pflegenden und der Einrichtungsleitung wider. Trotzdem ist menschenwürdige Pflege wohl noch nicht tatsächlich in deutschen Einrichtungen angekommen. Hierzu wird die Pflege-Charta gebraucht, um weitere Schritte in Gesellschaft, Politik und Einrichtungen zu identifizieren und einzuleiten, um menschenwürdige Pflege für alle zu verwirklichen.

Wie geht es weiter mit der Pflege-Charta?

Wie könnten nun die nächsten Schritte in der Weiterentwicklung hin zur men-



Foto: Werner Krüper

schenwürdigen Pflege mit der Pflege-Charta aussehen?

Zuallererst muss dafür gesorgt werden, dass die Pflege-Charta breitflächigere Bekanntheit in der stationären Pflege bekommt. Nur so kann deren Weiterentwicklung unter Einbezug der Pflegekräfte stattfinden. Auf Ebene der Einrichtungen beispielsweise sollten Leitungskräfte dazu ermutigt werden, die Pflege-Charta in ihren Einrichtungen zu diskutieren und zu nutzen. Auch im Rahmen der Aus- und Weiterbildung müsste die Pflege-Charta und deren Umsetzung eine größere Rolle spielen.

Außerdem haben die Ergebnisse gezeigt, dass vor allem die beruflich Pflegenden den Faktor Zeit als besonders wichtig für menschenwürdige Pflege einschätzen. Zeit und die nötigen Rah-

menbedingungen, um gut pflegen zu können, sind somit Voraussetzungen für menschenwürdige Pflege. Es wäre somit überlegenswert, die Pflege-Charta um einen Artikel zu den Rechten Pflegenden zu ergänzen, um diese Verbindung aufzuzeigen.

Mehr zum Thema

- 🌐 **Internet:**
 Sämtliche relevanten Informationen zur Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen – darunter etwa Schulungsmaterialien oder einen Leitfaden zur Selbstbewertung – finden Sie im Netz unter www.pflege-charta.de
- ↓ **Download:**
 Die komplette, vom forsa-Institut unter Fach- und Führungskräften

durchgeführte Umfrage zum Thema Pflege-Charta können Sie unter dem Titel „Auf dem Weg zu menschenwürdiger Pflege in deutschen Pflegeeinrichtungen“ auf der Homepage der Josef und Luise Kraft-Stiftung herunterladen: www.kraft-stiftung.de



Caroline Emmer De Albuquerque Green

ist Consultant in der Entwicklungszusammenarbeit und Spezialistin im Bereich „Rechte älterer Menschen“. Sie promoviert derzeit am King's College London zum Thema „Menschenrechte in der Altenpflege“.

STUDIEN IM ÜBERBLICK

Angenehme Nachtruhe

Erforscht: Schlafstörungen bei Pflegeheimbewohnern Text: Stefan Görres

Altersbedingte Veränderungen in der Schlafphysiologie, häufiges Auftreten von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Pflegebedürftigkeit sowie fehlende Aktivierung und Mobilisierung machen Pflegeheimbewohner besonders anfällig für Schlafstörungen. Trotz der hohen Prävalenz von Schlafstörungen in Pflegeheimen gibt es einen Mangel an Forschung über die Verwendung von nicht-pharmakologischen Ansätzen, um den Schlaf der Bewohner zu verbessern.

Eine Studie aus Berlin

Eine Cluster-randomisierte Interventionsstudie mit 85 Bewohnern von 20 Pflegeheimen in Berlin hatte zum Ziel, den Schlaf von Pflegeheimbewohnern zu verbessern, indem ihre soziale Aktivierung und körperliche Mobilisierung gefördert wurden. Durchgeführt wurde die Studie von Forschern der Alice Salomon-Hochschule und der Freien Universität Berlin zwischen April 2012 und Mai 2013.

Eine experimentelle Gruppe von Bewohnern, die an einem Aktivierungsprogramm viermal pro Woche (zwei 45-Minuten-Sitzungen sozialer Aktivität, zwei 45-Minuten-Sitzungen von körperlichem Training) über einen Zeitraum von acht Wochen teilnahm, wurde verglichen mit einer Kontrollgruppe ohne interven-



Foto: Werner Krüper

ktivitätsprogramms. Die körperliche Aktivierung bestand aus Übungen zur Förderung der Balance, Kraft und Ausdauer und wurde mit kleinen Gymnastikgeräten durchgeführt. Die Schlafqua-

Obwohl keine Änderungen in Aktigraphie-basierten Schlafparametern beobachtet wurden, erhöhte sich die subjektiv bewertete Schlafqualität in der Interventionsgruppe signifikant im Vergleich zur Kontrollgruppe. Das legt nahe, dass die subjektive Schlafqualität der Bewohner verbessert werden kann, wenn entsprechend ihre körperliche und soziale Aktivität erhöht wird und es gelingt, die Bewohner zur Teilnahme zu motivieren.

Die subjektive Schlafqualität von Heimbewohnern lässt sich verbessern, wenn es gelingt, ihre körperliche und soziale Aktivität zu erhöhen. ~

tion. Die Intervention fand in kleinen Gruppen von drei bis acht Teilnehmern statt. Gruppenaktivitäten, Gedächtnisübungen, Übungen zur Feinmotorik, und Gespräche waren Teil des sozialen

lität wurde beurteilt mittels des Insomnia Severity Index (ISI), einer Bewertung von Schlafstörungen/-unterbrechungen durch die Pflegekräfte und Aktigraphie-basierten Schlafparametern.

Eine Studie aus Korea

Eine quasi-experimentelle Studie wurde von Forschern der Catholic University of Korea mit 30 Teilnehmern in einem Pflegeheim in der Provinz Gyeong-gi



(Südkorea) zwischen Juni 2011 und September 2011 durchgeführt. Ziel war es, die langfristigen Auswirkungen der Fußbadtherapie unter Verwendung unterschiedlicher Wassertemperaturen auf die Schlafqualität von älteren Erwachsenen in Pflegeheimen zu untersuchen.

Die Teilnehmer wurden zufällig einer Interventions-, Placebo- und Kontrollgruppe zugeordnet. Die Fußbadtherapie wurde für 30 Minuten täglich über einen Zeitraum von vier Wochen durchgeführt. Wasser mit einer Temperatur von 40 °C wurde für die Interventionsgruppe, Wasser mit einer Temperatur von 36,5 °C für die Placebogruppe verwendet. Die Kontrollgruppe erhielt keine Intervention. Das Fußbad wurde 1,5 Stunden vor dem Schlafengehen mit einem speziellen Gerät für Fußbäder durchgeführt. Dabei wurde darauf geachtet, dass die Raumtemperatur und die Luftfeuchtigkeit konstant waren. Die Schlafmuster der Teilnehmer (Gesamtschlafmenge, Schlaffeffizienz und Schlaf-Latenz) und Schlafstörungen wurden mittels Aktigraphie und einem Schlafstörungsinventar (Sleep Disorders Inventory/SDI) verglichen.

Das SDI wurde durch die Pflegekräfte beantwortet und so beobachtete Schlafstörungen/-unterbrechungen erfasst. Tägliche 30-minütige Fußbadtherapie-Sitzungen mit einer Wassertemperatur von 40 °C waren wirksam, die Schlafqualität zu verbessern. Die Therapie war allerdings effektiver für Teilnehmer mit schlechter Schlafqualität bei Be-

ginn der Intervention (baseline) als bei Personen mit relativ guter Schlafqualität. Die langfristigen Auswirkungen der Fußbadtherapie verringerten sich drei Wochen nach Beginn der Intervention. Daher wäre es wünschenswert, die Therapie für zwei Wochen durchzuführen, sie für eine Woche zu unterbrechen, und dann fortzusetzen.

Eine Studie aus den USA

Eine von Forschern der George Mason University (Virginia) und der Emory University (Georgia) 2014 veröffentlichte Studie untersuchte den Effekt eines sie-

Tägliche 30-minütige Fußbadtherapie-Sitzungen mit einer Wassertemperatur von 40 Grad können die Schlafqualität von Heimbewohnern verbessern. ~

ben Wochen andauernden Krafttraining- und Bewegungsprogramms auf den Apnea-Hypopnea-Index (AHI).

Mittels einer Sekundäranalyse von Daten aus einer randomisierten kontrollierten Studie wurden insgesamt 144 Teilnehmer aus zehn Pflegeheimen und drei Einrichtungen betreuten Wohnens im Vergleich zur Kontrollgruppe mit üblicher Versorgung in Arkansas untersucht. Die Interventionsgruppe führte die Übungen allein (56 Personen) oder

in Gesellschaft (41 Personen) durch und wurde für die weitere Analyse zu einer Sportgruppe zusammengefasst (97 Personen).

Sie führte unter Beaufsichtigung Krafttraining der Arm- und Hüftstreckmuskeln an drei Tagen der Woche durch, mit zusätzlichen zwei Tagen die Woche leichter Bewegung. Die Kontrollgruppe (97 Personen) nahm an den üblichen Aktivitäten teil, die in ihrer Einrichtungen angeboten wurden. Ein tragbares Datenerfassungssystem wurde verwendet, um nächtliche Polysomnographie (PSG)-Daten zu sammeln. Die primäre Ergebnisvariable AHI (Apnea-Hypopnea-Index)

wurde in der natürlichen Schlafumgebung der Teilnehmer für zwei Nächte vor Beginn und zwei Nächte nach Abschluss der Intervention als die Anzahl von Apnoen und Hypopnoen pro Stunde Schlaf gemessen.

Das primäre Ergebnis war, dass eine Sieben-Wochen-Sportintervention, bestehend aus wöchentlichem strukturierter Krafttraining und leichtem Gehen, signifikant die Schwere von obstruktiver Schlafapnoe, gemessen durch den AHI, reduzierte. Weiterhin erhöhte das Sportprogramm die absolute Kraft der älteren Erwachsenen in der Interventionsgruppe, was eine Erhöhung der funktionellen Kapazität förderte und eine Verringerung des Pflegeaufwands zur Folge haben kann.

Die Studien im Netz

Die Ergebnisse der Berliner Studie von Kuck, Pantke und Flick wurden unter dem Titel „Effects of social activation and physical mobilization on sleep in nursing home residents“ in der Zeitschrift „Geriatric Nursing“ zusammengefasst. Sie sind online verfügbar unter <http://bit.ly/29SNzDr>

Die Ergebnisse der koreanischen Studie von Kim und Sohng wurden unter dem Titel „The effects of footbath on sleep among the older adults in nursing home: A quasi-experimental study“ in der Zeitschrift „Complementary Therapies in Medicine“ zusammengefasst. Sie sind online verfügbar unter <http://bit.ly/29OpqJY>

Die Ergebnisse der US-amerikanischen Studie von Herrick, Bliwise, Puri, Rogers und Richards wurden unter dem Titel „Strength training and light physical activity reduces the apnea-hypopnea index in institutionalized older adults“ in der Zeitschrift „Journal of the American Medical Directors Association“ zusammengefasst. Sie sind online verfügbar unter <http://bit.ly/2a4zWTb>



Prof. Dr. Stefan Görres ist Pflegewissenschaftler am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) an der Universität Bremen



Heike Palte (50), Medizinpädagogin, Multiplikatorin für entbürokratisierte Pflegeplanung & Romanautorin, Sangerhausen ~

Heike Palte  *Die Altenpflege bestimmt ihr Leben auch nach Feierabend. Tagsüber bildet die 50-Jährige aus Sangerhausen Pflegekräfte weiter und fort, abends schreibt sie an „Pflegeheimkrimis“.* Text: Holger Jenrich

Die Fitmacherin

> Erst muss Frau Rosin dran glauben, dann Frau Pauls. Beide sind Prüferinnen des MDK. Beide sind im Pflegeheim „Thomas Müntzer“ nur wenig gern gesehene Gäste. Und beide kommen nicht dazu, ihre alljährliche Prüfung ordnungsgemäß zu beenden – Frau Rosin liegt tot im Hilfsmittellager, Frau Pauls mit über dem Kopf gezogener Plastiktüte im Waschraum...

Der rüde Umgang mit den resoluten Damen ist der Fantasie von Heike Palte entsprungen. „Für viele Pflegekräfte ist der MDK seit eh und je das Feindbild Nr. 1“, sagt die gelernte Krankenschwester aus dem sachsen-anhaltinischen Sangerhausen, „das hab ich – mit Augenzwinkern – einfach mal auf die Spitze getrieben.“ Und zwar in Form eines Romans. „Totgeprüft“ hat die 50-Jährige ihren „Pflegeheimkrimi“ getauft: 214 Seiten stark, im Selbstverlag veröffentlicht und in den Einrichtungen der Region inzwischen beliebte Freizeitlektüre. Vor allem den Pflegerinnen dort gefällt offenbar die unterhaltsame Mischung aus Herz, Schmerz und Scherz, die Heike Palte für ihr literarisches Debüt im Pflege-Milieu angerührt hat. Nur der MDK zeigte sich ob der Veröffentlichung ein wenig pikiert. „Das verstehe ich nicht wirklich“, sagt die Autorin, „ich lebe ja keine Mordfantasien gegenüber den Prüferinnen aus.

Kontakt

Heike Palte, 01 57 - 58 74 74 23,
palte@fortbildung-pflegeprofis.de
Der Roman „Totgeprüft“ kann bestellt werden bei www.fortbildung-pflegeprofis.de oder als E-Book über Amazon, Thalia etc.

Und außerdem ist der Trottel am Ende doch der Heimleiter...“

Die Schreibung ist für die gebürtige Niedersächsin, die 1992 aus Hannover erst nach Freiberg in Sachsen zog und später im Landkreis Mansfeld-Südharz sesshaft wurde, allerdings nur feierabendlicher Ausgleich zu ihrer eigentli-

Wir sind in Sachsen-Anhalt, was das Projekt der Entbürokratisierung der Pflegedokumentation angeht, mit die Fittesten in Deutschland. 

chen Tätigkeit. Nach Jahren als ambulante Pflegerin und einem berufsbegleitenden Studium der Medizinpädagogik an der Uni Halle-Wittenberg verdient sie seit Jahren ihr Geld als Fort- und Weiterbildnerin. Ob Pflegeplanung oder Krankheitslehre, Angehörigenarbeit oder Demenz: seit bald 15 Jahren schult und unterrichtet Heike Palte Alten- und Krankenpflegekräfte zu allen nur erdenklichen Themen. „Anfangs hatte ich nur die Pflegenden unmittelbar vor Ort im Visier“, sagt sie, „inzwischen fahre ich zu Kunden im gesamten Bundesland. Und für zwei große Heimbetreiber bin ich auch deutschlandweit unterwegs.“

Unlängst hat Heike Palte die Rolle der Lehrenden noch einmal gegen die der Lernenden eingetauscht. Vom Projektbüro EinSTEP hat sie sich zur „Multiplikatorin für entbürokratisierte Pflegeplanung“ ausbilden lassen und schult, berät und begleitet nun Mitarbeiter der Diakonie Mitteldeutschland in Sachsen-Anhalt auf ihrem Weg in die neue Pflege-Doku-

Zukunft. „Wir sind in unserem Bundesland, was das Projekt der Entbürokratisierung angeht, mit die Fittesten in Deutschland“, sagt sie, „mehr als 60 Prozent der Einrichtungen haben Mitarbeiter in unsere Workshops geschickt. Solch eine Quote haben andere Länder nicht.“

Über 100 Pflegenden hat sie inzwischen

zum Strukturmodell geschult, in etlichen Einrichtungen den Implementierungsprozess akribisch begleitet. Ob das alles die Mühe wert ist? „Aber sicher“, sagt Heike Palte, „viele hochgradig überflüssige Dokublätter gehören jetzt endlich der Vergangenheit an.“ Zudem führe die verschlankte Pflegedokumentation zu einer höheren Motivation der Mitarbeiter und zu merklicher Zeitersparnis.

Dass aber im Zuge all dieser Veränderungen unter den Pflegenden auch das notorische Feindbild MDK bröckelt, da hat Heike Palte doch ihre Zweifel. „Im Gegensatz zu früher treten die Prüfer jetzt viel deutlicher als Partner und Berater auf. Aber ob Pflegekräfte nun die Angst vor ihnen verlieren? Ich glaub's eher nicht.“ Weshalb im fiktiven Pflegeheim „Thomas Müntzer“ die MDK-Damen weiterhin auf der Hut sein sollten. „Ideen für einen zweiten Teil des Romans liegen längst in der Schublade“, sagt Heike Palte, „mehr wird aber noch nicht verraten...“

Entscheidung für oder gegen PEG-Sonde

„Angehörige brauchen Unterstützung“

Studie  PEG-Sonde – ja oder nein? Bei Bewohnern mit schwerer Demenz ist die Entscheidung für Angehörige immer wieder schwierig. Eine Untersuchung an der Uni Bremen zeigt: Pflegekräfte können hier unterstützen.

Wie – dazu befragte **Altenpflege** Dr. Rosa Mazzola. *Interview: Monika Gaier*



Dr. phil. Rosa Mazzola hat für ihre Untersuchung 12 Pflegekräfte, 12 Angehörige (Stellvertreterpersonen), 2 Ärzte und 1 Einrichtungsleitung aus 8 Einrichtungen befragt.

Altenpflege: Frau Mazzola, welche Frage stand bei Ihrer Untersuchung im Mittelpunkt?

Mazzola: *Kau- und Schluckstörungen sind in Pflegeeinrichtungen vielfach Auslöser für eine langfristige Sondenernährung über die perkutan endoskopische Gastrostomie (PEG-Sonde). Für Menschen mit schwerer Demenz gibt es allerdings bisher keine zuverlässigen Aussagen darüber, ob die Sondenernährung lebensverlängernd wirkt oder die Lebensqualität verbessert. Dennoch gibt es Hinweise, für einen ganz erheblichen Anteil an Demenzbetroffenen mit PEG-Sonden. So stellte sich die Frage,*

wie und nach welchen Kriterien kommt die Entscheidung über langfristige Magensonden eigentlich zustande?

Altenpflege: Ist bekannt, wie oft in der Langzeitpflege eine Entscheidung über PEG-Sonde ansteht?

Mazzola: *Nach den vorliegenden Berechnungen über die Anzahl der Heimbewohner, die (auch) über eine PEG-Sonde ernährt wird, liegt die Zahl unter zehn Prozent. Allerdings liefern die mangelnde Diagnosespezifizierung in Verbindung mit PEG-Verordnungen nur bedingt verlässliche Zahlen über die Häufig-*



keit von Sondenernährung unter Demenzbetroffenen. In einer Bremer Studie mit 62 Einrichtungen und 4276 Personen lag der ermittelte Anteil an Demenzbetroffenen mit PEG-Sonde bei 30 Prozent (Becker/Hilbert 2010).

Altenpflege: Wer ist vor allem beteiligt an der Entscheidung, ob eine PEG gelegt wird oder nicht?

Mazzola: Wenn über die PEG-Maßnahme gesprochen wird, sind die demenzbetroffenen Personen in der Regel nicht mehr in der Lage, die Entscheidung selbst zu treffen. Ihre Angehörigen mit entsprechender Vollmacht oder gesetzliche Stellvertreterpersonen und die behandelnden Ärzte entscheiden darüber. Pflegekräfte gehören zwar nicht zu den Entscheidungsträgern, doch sind sie meist diejenigen, die aufgrund der beobachteten instabilen Ernährungssituation zuerst reagieren, das Gespräch initiieren und auf die Problematik hinweisen.

Altenpflege: Dass die Entscheidung für Angehörige nicht einfach ist, liegt auf der Hand. Aber welche Faktoren sind es genau, die zur Überforderung von Angehörigen führen?

Mazzola: Anders als beispielsweise bei onkologischen Patienten ist den Angehörigen der Behandlungswille der Betroffenen vielfach nicht bekannt, bei zumeist eingeschränkter Willensbekundung der Demenzbetroffenen. Patientenverfügungen sind unter hochaltrigen Menschen noch keine Selbstverständlichkeit. Liegt eine solche vor, ist sie in der Regel in ihren Aussagen juristisch als eine höchstens beachtliche Verfügung heranzuziehen. Inzwischen liegen für Angehörige Entscheidungshilfen speziell zum Thema „Künstliche Ernährung im Alter“ vor. Schaut man sich den Prozess des Zustandekommens von Entscheidungen in der Praxis jedoch genauer an, wird deutlich, weshalb diese nur ein Teil der Lösung für eine informierte Entscheidung sein können, sobald diese in Kliniken oder Pflegeheimen getroffen wird.

Altenpflege: Welche Faktoren spielen noch eine Rolle?

Mazzola: Die Ergebnisse meiner Studie zeigen auf, dass sich Angehörige, sobald sie der Thematik der PEG-Sonde gegenüber gestellt werden, meinen, „über Leben und Tod“ entscheiden zu müssen. Diese Fehleinschätzung über den Nutzen der PEG-Sonde ist fast durchgängig in den untersuchten PEG-Entscheidungen zu finden. Sie zeigt, dass eine neutrale, umfassende, patientenrelevante, laiengerechte Informationsvermittlung und Aufklärung im Entscheidungsprozess durch das Personal und die Ärzte nicht stattfindet. Sie ist aber für Angehörige die Voraussetzung, um eine informierte Entscheidung im Sinne der Betroffenen treffen zu können. Hier wird ein Kernfaktor getroffen, der das Zustandekommen der PEG-Entscheidung in Institutionen des Gesundheits- und Pflegewesens beschreibt. In der Regel liegt bei Angehörigen eine Fehlinformation und Fehlinterpretation des Nutzens und Schadens der Sondenanwendung bei schwerer Demenz vor. Die Folgen der PEG-Anwendung werden quasi überschätzt. Diese Fehleinschätzung führt zu dem Wenn-Dann-Trugschluss: 'Wenn ich das Angebot der PEG- Sonde ablehne, dann stirbt meine Mutter'. Dass

diese Schlussfolgerung ein Missverständnis darstellt, belegt das aktuell verfügbare Wissen. Danach gibt es keine Belege dafür, dass bei dem Personenkreis mit fortgeschrittener Demenz durch eine PEG-Anwendung die Lebenszeit positiv beeinflusst werden kann.

Altenpflege: Das heißt, es bestehen falsche Erwartungen hinsichtlich des Nutzens einer PEG?

Mazzola: Genau. Doch das ist noch nicht alles, was das Zustandekommen der PEG-Anwendung bei schwerer Demenz erklärt. In meinen Interviews mit Angehörigen, Pflegenden und Ärzten

Viele Angehörige meinen, sie entscheiden damit über „Leben und Tod“ des Betroffenen ~

tritt durchgängig der Begriff des Verhungerns im Zusammenhang mit Ernährungsproblemen und der PEG-Sonde auf. Das heißt, Angehörige, Pflegenden, Ärzteschaft, sie alle verwenden diese Rhetorik des Verhungerns in den unterschiedlichsten Gesprächskontakten. Dieser Sprachgebrauch kann als „Strategie“, zur Durchsetzung eigener Behandlungspräferenzen interpretiert

**Relaxsessel
mit innovativen
Funktionen**



me up
einfach aufstehen



Neu! Mechanische Aufstehhilfe zur proaktiven Entlastung.



Nur bei me-up! Der erste Anti Dekubitus Relaxsessel



Drehbare Sessel für einfaches Ändern der Sitzrichtung



Herzlich willkommen bei me-up auf der RehaCare, Düsseldorf 28.9.-1.10.2016 Halle 3 C54

me-up Postheide 11 33659 Bielefeld
T. 05209 599001 info@me-up.de www.me-up.de

werden. Die Vorstellung, bei Unterlassen der PEG-Sonde die eigene Mutter verhungern zu lassen, ist für Angehörige nachvollziehbar ein Tabu. Dieses Tabu ist für diejenigen, die von dieser Auffassung ausgehen, entscheidungs- und handlungsrelevant – selbst, wenn eine Patientenverfügung vorliegt.

Altenpflege: So ist auch die Sorge des „Verhungern-Lassens“ unbegründet?

Mazzola: Der Begriff ist in der hier in Rede stehenden Entscheidungskonstellation unzutreffend. Die Zuschreibung des 'Verhungerns' in diesem Zusammenhang belegt die fehlende Reflektion darüber, was genau mit einer Magensonde erreicht werden kann und was nicht. Diese Begriffsverwendung stärkt die Fehlannahme, dass die Zustimmung zu einer PEG-Maßnahme das Leben verlängert, während der Verzicht auf diese Behandlung das Einstellen aller Maßnahmen und ein Todesurteil bedeutet, was nicht zutrifft und unbegründet moralischen Druck erzeugt. Interessanterweise bleiben die eigentlichen Ursachen für die Ernährungsproblematik wie die fortschrittene Demenz, die Vulnerabilität der Betroffenen durch Multimorbidität, Hochaltigkeit und Pflegeabhängigkeit verborgen und verweisen auf ein Endlichkeitstabu im PEG-Ereignis.

Altenpflege: Welche Rolle könnten Pflegekräfte hier einnehmen?

Mazzola: Vielfach treten Ernährungsprobleme bei Demenz in einem schleichenden Prozess auf. Meine Untersuchung der Pflegeprozessdokumentation von Demenzbetroffenen mit PEG-Ereignis zeigt, dass die Schwierigkeiten beim Essen und Trinken

zumeist über viele Wochen und Monate explizit dokumentiert sind. Pflegenden kompensieren Schwierigkeiten mit dem Essen und Trinken über einen langen Zeitraum. In der Pflegeprozessdokumentation konnte jedoch kein Hinweis auf eine frühzeitige und systematische Einbindung der Angehörigen in den Pflegeprozess rekonstruiert werden, wie es der pflegerische Auftrag nach dem Krankenpflegegesetz vorsieht.

Altenpflege: Sie meinen, Pflegekräfte sollten die Angehörigen frühzeitig in den Verlauf der Entwicklung einbinden und sie begleiten?

Mazzola: Sobald erste Zeichen für Kau- und Schluckstörungen auftreten, benötigen Angehörige emotionale Begleitung sowie kommunikative und entscheidungsbezogene Unterstützung. Sie brauchen ausreichend Zeit, um darüber sachlich informiert zu werden, was es mit diesen Anzeichen auf sich hat, womit sie in Verbindung stehen, welche weiteren Schwierigkeiten in nächster Zeit unter Umständen zu erwarten sind und welche Möglichkeiten in Frage kommen. Hierbei können Pflegenden auf die vorliegenden Entscheidungshilfen etwa im Rahmen von Fallbesprechungen zurückgreifen. Allein, so scheint es, fehlt Pflegenden in der stationären Langzeitpflege oftmals die professionelle Handlungssouveränität, um die vorhandenen Instrumente wie die Fallbesprechung, systematisch und zielgruppenspezifisch anzuwenden.

Altenpflege: Wie erleben Pflegekräfte diese Situation?

Mazzola: In Folge der oftmals langjährigen Pflege und Betreuung der Bewohner scheint es, als trete mit der Zeit bei Pflegekräften ein schleichender Perspektivwechsel ein. Die professionelle



Pflegerolle wandelt sich zu einer familienähnlichen Sozialbeziehung. Bei Verschlechterung der Gesundheitssituation kann dies bei den Pflegenden Verlustängste, Versagens- und Schuldgefühle sowie Hilflosigkeits- und Überforderungserleben befördern. Umgekehrt sind Angehörige spätestens im PEG-Entscheidungsprozess gezwungen, in Erfüllung ihrer Vollmachtsaufgabe eine professionelle Rolle zu übernehmen. Es wird von ihnen erwartet, dass sie an Stelle der Betroffenen deren Wille umsetzen – und zwar unabhängig von ihrer persönlichen Einstellung zu der betroffenen Person und unabhängig von ihrer persönlichen Einstellung zu künstlicher Ernährung.

Oft ist die Sorge des „Verhungern-Lassens“ entscheidunglenkend

Diese Perspektivwechsel von beruflich Pflegenden und Angehörigen können in der Auseinandersetzung um eine künstliche Ernährung zwischen den Akteuren zu erheblichen Rollenkonflikten führen. Anders als in den Medien zuweilen berichtet wird, nehmen sich Pflegende sehr viel Zeit, um den veränderten Essgewohnheiten Demenzbetroffener, selbst bei Kau- und Schluckschwierigkeiten, Rechnung zu tragen. Im Mittelpunkt steht der Leitgedanke der Lebensqualität durch das Ermöglichen von oraler Nahrungsaufnahme. Nicht selten geraten Pflegende dadurch allerdings unter erheblichen Rechtfertigungs- und Handlungsdruck. Sie geben sich selbst die Schuld, wenn die Betroffenen nicht mehr genug Nahrung und Flüssigkeit zu sich nehmen, offenbar ohne Kenntnis darüber, dass der Personenkreis mit fortgeschrittener Demenz von den Anwendungen des Ernährungsmanagements kaum mehr profitieren kann – egal, wie gut das Wohnküchenkonzept umgesetzt wird und egal, wie viel Zeit sich Pflegende für die betroffene Person nehmen.

Altenpflege: Was kann die Pflegekräfte entlasten?

Mazzola: Bedauerlicherweise sieht der Expertenstandard Ernährungsmanagement die Problematik der Kau- und Schluckstörungen nicht explizit vor, obwohl eine ganz erhebliche Zahl der Heimbewohner darunter leidet und Logopäden nach wie vor eine Seltenheit in Pflegeeinrichtungen darstellen. Mit Blick auf die zahlreichen Screening- und Assessmentverfahren zum Thema Essen und Trinken fällt auf, dass keine Hinweise für eine systematische Erfassung des aktuellen Stadiums der Demenz in Pflegeeinrichtungen vorliegen. Kau- und Schluckstörungen sind aber oftmals ein Zeichen der fortgeschrittenen Demenz. Die Demenz ist jedoch in den untersuchten Fällen weder bei der Problemanalyse noch bei der Zielfindung thematisiert, weshalb ich auch von der Verborgenheit der Demenz spreche.

Altenpflege: Noch einmal zurück zu den Angehörigen: Sind sie denn bei schwierigen Entscheidungen, die sie für andere

stellvertretend zu treffen haben, wirklich in der Lage, ihre Stellvertreterfunktion gut auszufüllen?

Mazzola: Angehörige von Demenzbetroffenen sind zunächst einmal selbst Betroffene. Emotional überwältigt über die instabile Ernährungssituation eines geliebten Menschen und zugleich überfordert, wenn es darum geht, für einen anderen nahestehenden Menschen eine existenzielle Entscheidung treffen zu müssen. Aufgrund dieser doppelten Sozialbeziehung benötigen Angehörige um so mehr Klarheit über ihre Aufgabe als Bevollmächtigte oder Stellvertretende. Sie müssen weder anderen Familienmitgliedern gegenüber loyal sein, noch gegenüber den Angehörigen der Gesundheitsberufe. Ihre Aufgabe liegt in der Erforschung des Behandlungswillens des Betroffenen und deren Umsetzung. Hierfür benötigen sie hinreichend Zeit, um frühzeitig konkrete, verständliche und umfassende Informationen über die Gesundheitssituation einzuholen. Sie benötigen präzise Kenntnisse über den möglichen Nutzen und Schaden der künstlichen Ernährung, aber auch die Fähigkeiten, den (mutmaßlichen) Behandlungswillen der Betroffenen zu ermitteln. Und schließlich benötigen sie die Bereitschaft, insbesondere wenn die Entscheidung innerhalb Institutionen des Gesundheits- und Pflegewesens stattfindet, den Behandlungswillen der Betroffenen durchzusetzen und gegenüber anderen Akteuren, die an der Entscheidung beteiligt sind, zu vertreten.

Mehr zum Thema

- ⬇ Downloads Tipps: AOK. Die Gesundheitskasse (2011). Künstliche Ernährung im Alter. Eine Entscheidungshilfe für Angehörige. www.aok.de/inhalt/entscheidungshilfe-kuenstliche-ernaehrung-im-alter/
- ⊕ Weitere Beiträge: Becker, W., Hilbert, T. 2010. Enterale Ernährung in der stationären Altenpflege in Bremen: Hat sich die Prävalenz von PEG-Sonden geändert? Ein Vergleich der Erhebungen 2003 und 2009, Gesundheitsamt Bremen.
Haas Margit: Pflegende in Entscheidungsprozessen zur PEG-Sonde bei Demenz. Mabuse Verlag, 2014
Bartholomeyczik, Sabine/Dinand, Claudia: Entscheidungsfindung zur PEG Sonden bei alten Menschen. Mabuse Verlag, 2012
- ★ Zur Autorin: Dr. Rosa Mazzola führte die Untersuchung „Anwendung langfristiger enteraler Sondenernährung (PEG-Sonden) bei von Demenz betroffenen HeimbewohnerInnen“ im Rahmen ihrer Promotion an der Universität Bremen durch. Seit 2015 ist sie an der Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Fakultät Gesundheitswesen.
E-Mail: r.mazzola@ostfalia.de

mega.com
ein deutscher Hersteller für
Akustikschalter
kompatibel mit fast allen
Schwesternrufanlagen.
Info unter 04191/9085-0
www.megacom-gmbh.de



Neues Begutachtungsassessment *Modul 3 widmet sich den Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen. Es geht um die Frage, wie häufig die Betroffenen aufgrund von herausforderndem Verhalten personelle Unterstützung brauchen.* Text: Annegret Miller

Modul 3: Verhaltensweisen

> Bei den Modulen 2 und 3 ist zu beachten, dass nicht beide Module in die Punktbewertung einfließen, sondern entweder Modul 2 oder Modul 3. Dabei wird vorrangig das Modul mit dem höheren Punktwert eingesetzt. Es kön-

nen maximal 15 Punkte erreicht werden, da nur eines der beiden Module mit 15 % in die Bewertung einfließt.

Im Modul 3 werden 13 Kriterien zu Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen bewertet, die als Folge von

immer wieder auftretenden gesundheitlichen Problemen personelle Hilfe erfordern. Dies umfasst Unterstützungsbedarfe, z. B. beobachten, ansprechen, motivieren, zentrieren, emotionale Entlastung geben, Deeskalation leisten, Ori-



entierungshilfen geben, Umgebungsgestaltung steuern, beschäftigen, ablenken, Grenzen setzen, erinnern und trösten.

Im Mittelpunkt dieses Moduls steht die Frage, inwieweit die Person ihr Verhalten ohne personelle Unterstützung steuern kann. Es geht hier um Unterstützung des pflegebedürftigen Menschen – in dieser Serie machen wir das an Frau Becker deutlich:

Braucht Frau Becker bei belastenden Emotionen personelle Unterstützung zur Bewältigung?

Braucht Frau Becker beim Abbau psychischer Spannungen personelle Unterstützung?

Braucht Frau Becker personelle Hilfe bei der Impulssteuerung?

Kann bei Frau Becker die positive Emotion durch Ansprache oder körperliche Berührung gefördert werden?

Braucht Frau Becker bei selbstschädigendem Verhalten personelle Hilfe?

Ist Frau Becker bei der Vermeidung von Gefährdungen im Lebensalltag auf personelle Hilfe angewiesen?

Beachte: Von fehlender Selbststeuerung ist auch dann auszugehen, wenn ein Verhalten zwar nach Aufforderung abgestellt wird, aber danach immer wieder auftritt, weil die Botschaft nicht verstanden wird oder die Person sich nicht erinnern kann.

Wenn jedoch aufgrund von Beziehungsproblemen gezielte herausfordernde Verhaltensweisen entstehen, werden diese bei der Bewertung nicht berücksichtigt.

Für die Bewertung ist auch wichtig, dass bei der Kombination verschiedener Verhaltensweisen bei mehreren Kriterien gleichzeitig, diese nur einmal erfasst und bewertet werden.

3.1 Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten

Dieses Kriterium fasst verschiedene Verhaltensweisen zusammen wie in den nachfolgenden Beispielen deutlich wird:

Frau Becker geht scheinbar ziellos in der Wohnung oder dem Wohnbereich

umher und muss immer wieder begleitet werden, z. B. zu den Mahlzeiten.

Frau Becker geht in andere Zimmer und verirrt sich im Haus oder verlässt die Einrichtung und muss zurückbegleitet werden.

Frau Becker wirkt rastlos, steht vom Stuhl immer wieder auf, setzt sich hin oder rutscht auf dem Stuhl hin und her. Bei starker Unruhe wird sie in eine geschützte Atmosphäre begleitet, damit sie essen und trinken kann.

Die Module 2 und 3 sind gemeinsam zu betrachten: Nur das Modul mit der höheren Punktzahl fließt in die Gesamtbewertung ein. 

Frau Becker wirkt rastlos – geht zu Bett, steht wieder auf, legt sich in das Bett ihrer Nachbarin und muss zurück begleitet werden.

Bewertet wird, wie häufig personelle Unterstützung erforderlich ist. Wenn dies täglich erforderlich ist, wird dieses Kriterium mit 5 Punkten bewertet.

3.2 Nächtliche Unruhe

Hierzu gehören das nächtliche Umherirren und nächtliche Unruhephasen bis hin zur Umkehr des Tag- Nachtrhythmus. Es werden hier jedoch keine Einschlafschwierigkeiten am Abend oder Wachphasen bewertet sowie Hilfestellungen bei Lagerungen oder bei vermehrtem nächtlichen Wasserlassen. Diese Hilfen werden im Modul 6.2 unter Ruhen und Schlafen erfasst.

Zu bewerten ist bei der nächtlichen Unruhe, wie häufig Anlass für personelle Unterstützung zur Steuerung des Schlaf-Wach-Rhythmus besteht, wie in den nachfolgenden Beispielen deutlich wird:

Frau Becker läuft oft stundenlang in der Nacht umher und schläft dann erschöpft in den Morgenstunden ein. Während der Nacht ist es notwendig, ihr immer wieder Pausen zu ermöglichen und sie zu Bett zu bringen, aufgrund der erhöhten Sturzgefahr.

Frau Becker leidet häufig unter starken nächtlichen Unruhephasen und schreit dabei. Durch das beruhigende Gespräch des Nachtdienstes und das Trinken von warmer Milch mit Honig, kann sie sich wieder entspannen.

3.3 Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten

Hierzu gehören folgende Beispiele, die personelle Hilfe erforderlich machen:

Frau Becker lässt sich auf den Boden

fallen und schlägt ihren Kopf immer wieder auf den Fußboden oder an die Tür.

Frau Becker verletzt sich mit den Zähnen und Fingernägeln oder schlägt sich, wenn sie stark angespannt ist.

Frau Becker isst und trinkt wahllos auch ungenießbare Substanzen. Sie isst beispielsweise die Dekoration und trinkt die Mundspülung.

3.4 Beschädigen von Gegenständen

Hierzu gehören aggressive, auf Gegenstände gerichtete Handlungen, z. B.:

Frau Becker schiebt die Möbel hin und her und wirft bei starker Unruhe diese auch um, schlägt auf die Möbel ein und tritt danach.

Frau Becker wirft ohne erkennbaren Auslöser das Essen vom Tisch oder die Waschutensilien auf den Boden, so dass Verletzungsgefahr besteht.

Frau Becker zerschneidet, zerreißt und zerrupft in Phasen fehlender Impulskontrolle die Tischdekoration, Gardinen, Inkontinenzmaterial, Bettwäsche und was sie findet.

3.5 Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen

Frau Becker schlägt und tritt Männer, die in ihre Nähe kommen.

Wenn Frau Becker über den Flur geht, drängt sie Menschen an die Seite oder stößt sie weg, wenn sie ihr im Weg sind.

Bei der Grundpflege kratzt, beißt und spuckt Frau Becker plötzlich ohne erkennbaren Auslöser.

Frau Becker wirft mit Tassen und anderen Gegenständen nach Besuchern.

3.6 Verbale Aggression

Frau Becker beschimpft wahllos Menschen, die in ihrer Nähe sind.

Wenn sie sich im Gemeinschaftsraum auf das Sofa setzen möchte und eine an-

dere Mitbewohnerin sich dort aufhält, schimpft und bedroht sie diese.

Während der Grundpflege beleidigt sie täglich die Mitarbeiterinnen mit Schimpfworten.

3.7 Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten

Frau Becker schreit und flucht mehrfach täglich ohne erkennbaren Grund. Dieses Verhalten führt dazu, dass die Mitarbeiter immer wieder deeskalierend und ablenkend intervenieren müssen.

Frau Becker klagt mehrfach wöchentlich ohne erkennbaren Grund so laut, dass Mitarbeiter sie aus der Wohngruppe in die Einzelbetreuung zur Basalen Stimulation nehmen, um ihr beim Abbau der Spannungen zu helfen.

Frau Becker fragt im Tagesverlauf besonders zum späten Nachmittag ununterbrochen nach der Uhrzeit und ruft den Namen der Tochter. Damit sie sich beruhigt, geht eine Mitarbeiterin ein paar Runden mit ihr über den Wohnbereich. Mithilfe von Beziehungsarbeit und anschließendem Abendessen kann sie über

Beispielrechnung zu Modul 3



Die in der Bewertungsskala erfassten Punkte (im linken Bereich) werden addiert, das Ergebnis beträgt in diesem Fall 9 Punkte. Da die Ergebnisse in diesem Modul 15 Prozent am Gesamtergebnis ausmachen, kommt die Gewichtungsskala daneben zum Tragen.

Hier sind Korridore festgelegt: Ein Ergebnis von 7 bis 65 Punkten in der Bewertungsskala ergibt am Ende durch die Gewichtung 15 Punkte: Die Bewohnerin erhält in Modul 3 also 15 Punkte.

Beachte: Der Punktwert liegt mit 15 Punkten über dem Punktwert von Modul 2 (s. Berechnung in Ausgabe 6/2016 mit 7,5 Punkten). Somit wird der Punktwert im Modul 2 nicht beachtet, sondern für die Gesamtbewertung werden 15 Punkte zu Grunde gelegt.

Grafik: Miller Gbr

die kritische Tages-Phase begleitet werden.

3.8 Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen

Die willentliche oder selbstbestimmte Ablehnung von bestimmten Pflegemaßnahmen ist hiermit nicht gemeint. Hier geht es um die Abwehr von nachfolgenden Unterstützungen:

Frau Becker manipuliert an Katheter, Infusion oder Sondenernährung.

Frau Becker verweigert die Hilfestellungen bei der Körperpflege, die Medikamenteneinnahme und die Nahrungsaufnahme.

3.9 Wahnvorstellungen

Frau Becker hat eine entsprechende Diagnose und glaubt, dass sie vergiftet werden soll, darum wird sie an den Wärmewagen oder an den Kühlschrank begleitet, um zu sichten, was sie essen kann. Bei Bedarf wird auch der Wohnbereich gewechselt.

Frau Becker fühlt sich mehrfach wöchentlich bedroht und verfolgt und sucht die Nähe der Mitarbeiter.

Frau Becker hört die Stimmen ihrer verstorbenen Eltern, sitzt zunächst wie erstarrt in ihrem Sessel und schlägt dann um sich. Wenn keine Beruhigung durch Gespräche und Beziehungsarbeit gelingt, erhält sie eine Bedarfsmedikation.

Häufig glaubt Frau Becker, dass Mitbewohner oder Mitarbeiter sie bestohlen haben. Grundsätzlich suchen 2 Personen mit ihr nach den vermissten Sachen.

3.10 Ängste

Der Arzt ist über den Zustand von Frau Becker informiert, z. B. Hinweise im ärztlichen Kommunikationsbogen – Interventionen und Verordnungen wurden mit ihm abgestimmt.

Frau Becker hat täglich starke Ängste und Sorgen – sie will nicht alleine sein und nicht ins Bett gehen, da sie sterben könnte.

Frau Becker leidet unter Angstattacken, ohne erkennbare Ursachen. Diese



Foto: Werner Krüper

treten mehrfach wöchentlich, meistens zum Abend hin auf. Mithilfe von vertrauter Musik und von vertrauten Menschen geht es ihr nach kurzer Intervention meistens besser. Bedarfsmedikation ist vorhanden, falls diese Maßnahmen nicht greifen.

Frau Becker hat sehr starke Angst. Sie klammert sich während der Pflegehandlungen an den Pflegekräften fest.

Sie greift nach allem und will dann nicht mehr loslassen.

3.11 Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage

Frau Becker leidet unter einer Depression – sie wirkt traurig, antriebslos und apathisch. Sie zeigt keine bis wenig Eigeninitiative und benötigt die Hilfe der Mitarbeiter.

Frau Becker zeigt kein Interesse an ihrer Umgebung und würde im Bett bleiben, wenn sie nicht durch andere immer wieder motiviert würde, aufzustehen.

3.12 Sozial inadäquate Verhaltensweisen

Frau Becker fordert Aufmerksamkeit lautstark ein, unterbricht Gespräche oder

Das Besondere bei Modul 3 ist, dass beim Auftreten von nur 2 Kriterien täglich bereits der höchste Gesamt-Punktwert vergeben wird. ~

schreit. Sie will, dass jegliche Anliegen sofort beachtet werden.

Frau Becker zieht sich in unpassenden Situationen im Wohnbereich aus.

Bei jungen Männern ist sie distanzlos und versucht sowohl unangemessene verbale als auch körperliche Annäherungsversuche.

3.13 Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen

Frau Becker nestelt den ganzen Tag an ihrer Kleidung. Sie wiederholt stereotyp immer die gleiche Handlung.

Frau Becker sammelt Nahrungsmittel und weitere Dinge, die sie bei den Nachbarn findet, und legt diese in ihren Rollstuhl und an Sammelstellen, die täglich wechseln.

Frau Becker nutzt verschiedene Sitzflächen als Toilette und schmiert mit Kot und Urin.

Die Kriterien wurden nicht abschließend im Begutachtungsmニュアル definiert. Dafür sind die Ausprägungen von Verhaltensweisen zu individuell. Manche

Verhaltensweisen lassen sich auch nicht eindeutig nur einem Kriterium zuordnen. Verschiedene Verhaltensweisen treten in Kombination bei mehreren Kriterien auf und werden dann nur einmal erfasst.

Beispiel 1: Frau Becker hat mehrmals wöchentlich in der Nacht Panikattacken. Mithilfe von Basaler Stimulation, in den

Arm nehmen, summen und in den Schlaf wiegen, gelingt es dem Nachtdienst, sie zu beruhigen.

Entweder wird hierbei das Kriterium 3.2, Nächtliche Unruhe, oder das Kriterium 3.10, Ängste, bewertet. Entscheidend ist jedoch, ob und wie oft personelle Hilfe erforderlich war. Somit würden in diesem Beispiel einmalig 3 Punkte vergeben, da das Verhalten mehrmals wöchentlich auftritt. Wenn das Verhalten täglich zum Hilfebedarf führt, würden 5 Punkte vergeben.

Beispiel 2: Frau Becker schimpft und flucht lautstark täglich vor sich hin und bedroht dabei manchmal andere Personen. Den Mitarbeitern gelingt es durch Ablenkung und Umgebungswechsel, die Situation zu deeskalieren.

Entweder wird hierbei das Kriterium 3.6, Verbale Aggression, oder das Kriterium 3.7, Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, bewertet. Da die personelle Hilfe täglich erforderlich wird, werden in diesem Beispiel einmalig 5 Punkte vergeben.

Das Besondere im Modul 3 ist, dass beim Auftreten von nur 2 Kriterien täglich bereits der höchste Gesamt-Punktwert vergeben wird.

Bei den Fragestellungen ist es wichtig, im interdisziplinären Team zusammenzuarbeiten. Die Wahrnehmungen in Fallbesprechungen und der Dokumentation sollten sich ergänzen. Es ist notwendig, dass die Mitarbeiterinnen des Nacht-

dienstes und der Sozialen Betreuung bei der Erfassung und Dokumentation mitwirken.

Mehr zum Thema

- 🕒 *Weitere Beiträge:* Die vorherigen Beiträge zur Serie finden Sie ab Ausgabe 5/2016.
- 📄 *Download:* Die Begutachtungsrichtlinien zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff finden Sie als Download unter www.altenpflege/online.net, dort unter Produkte/Downloads/Richtlinien
- 📖 *Buchtip:* Nicole Franke: *NBA und Pflegegrade – Praxishandbuch für die erfolgreiche Umsetzung.* Vincentz, Hannover, 28,80 Euro, www.altenpflege-online.net, dort Shop/Bücher
- 📖 *Kongressreihe:* Die Autorin erläutert das NBA in einer Intensiv-Session auf den *Altenpflegekongressen*. Zum Programm: www.ap-kongress.de
- 📖 *Seminare:* Beachten Sie auch das Angebot zum Thema im Programm der *Vincentz-Akademie*: www.vincentz-akademie.de
- 📄 *Weitere Infos:* www.exzellenz.de, www.ahpro.de



Annegret Miller

Miller GbR ist langjährig in vielen Funktionen in der Altenhilfe unterwegs. 2016 berät sie Einrichtungen und Teams bei der Einführung des NBA



Resistente Bakterien  MRGN-Bakterien sind weiter auf dem Vormarsch – auch in Pflegeeinrichtungen. Die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene hat nun einen Maßnahmenplan für den Umgang mit diesen Erregern in Pflegeeinrichtungen aufgestellt. Text: Markus Wenner

Ausbreitung eindämmen

> Während die Zahl von MRSA-Kolonisierten und -Infizierten in Deutschland sinkt, steigt die der multiresistenten gramnegativen Erreger (MRGN). Betroffen sind vor allem betagte und multimorbide Menschen. Die Sektion „Hygiene in der ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege/Rehabilitation“ der Deutschen Gesell-

schaft für Krankenhaushygiene (DGKH) widmet sich diesem Problem und hat einen Maßnahmenplan für multiresistente gramnegative Erreger in Pflege- und Betreuungseinrichtungen veröffentlicht.

Resistenz und Multiresistenz

Resistenz bedeutet, dass ein Bakterium nicht durch ein Antibiotikum zerstört

werden kann. Bei den gramnegativen Bakterien (wegen ihrer Form auch als Stäbchen bzw. Stäbchenbakterien bezeichnet) handelt es sich um erworbenen Resistenzen. Das heißt, Stämme einer Bakterienspezies (zum Beispiel *Escherichia coli*) waren einmal für bestimmte Antibiotika sensibel, haben aber mit der Zeit Strategien entwickelt, sich gegen die-





Foto: Werner Krüper

se Antibiotika zu wehren. **Multiresistenz** bedeutet, dass sogar mehrere Antibiotikagruppen nicht mehr wirken. Folgende Spezies sind besonders anfällig für die Ausbildung von (Multi-)Resistenzen:

- *Acinetobacter baumannii*
- *Enterobacter cloacae*
- *Escherichia coli*
- *Klebsiella pneumoniae*
- *Pseudomonas aeruginosa*

Die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (KRINKO) hat eine einheitliche Bezeichnung für multiresistente gramnegative Stäbchenbakterien vorgeschlagen:

- **3MRGN** = Multiresistente gramnegative Stäbchen mit Resistenz gegen drei der vier klinisch relevanten Antibiotikagruppen.
- **4MRGN** = Multiresistente gramnegative Stäbchen mit Resistenz gegen vier der vier klinisch relevanten Antibiotikagruppen.

Im Zusammenhang mit resistenten Bakterien fällt häufig die Abkürzung ESBL. Sie steht für Extended Spectrum Beta-Lactamasen. Hier handelt es sich nicht um eine eigene Klasse von Bakterien, sondern um eine Strategie von gramnegativen Stäbchenbakterien zur Resistenzbildung. Enzyme solcher ESBL-Bildner sind

in der Lage, wichtige Antibiotika zu inaktivieren. Ein ESBL-Nachweis findet sich immer häufiger bei Klebsiellen, *Escherichia coli*, *Proteus* sowie bei *Pseudomonas aeruginosa*. Gerade *Pseudomonas aeruginosa* reagiert in der Regel gut auf gängige Beta-Lactam-Antibiotika (zum Beispiel Tazobac). Ist ein Stamm jedoch ESBL-mutiert, nicht mehr.

Auch die Zahl der Bewohner mit Vancomycin-resistenten Enterokokken (VRE) nimmt zu. Anfällig für diese Form der Resistenz sind grampositive Enterokokken wie *Enterokokkus faecium*. Streng genommen fallen die VRE demnach nicht in das Spektrum der Keime, auf die die aktuelle Empfehlung zielt – der Titel des Papiers lautet „Maßnahmenplan für multiresistente gramnegative Erreger in Gesundheits-/Pflege- und Betreuungseinrichtungen“. Dennoch sollten Einrichtungen bezüglich der Maßnahmen zwischen 4MRGN- und VRE-kolonisierten Bewohnern keinen Unterschied machen.

Infektionsrisiko und Übertragung

Gerade betagte, multimorbide und pflegebedürftige Menschen sind für eine

Grampositive oder gramnegative Erreger

Die Anfärbung von Bakterien ist ein mikrobiologisches Diagnoseverfahren, um Bakterien unter dem Mikroskop besser beurteilen zu können. Erfinder des Verfahrens ist der dänische Bakteriologe Hans Christian Gram (1853–1938).

Ob sich Bakterien anfärben lassen (grampositiv) oder nicht (gramnegativ), bildet ein grundlegendes Unterscheidungsmerkmal in der Mikrobiologie. Der Unterschied in der Färbung nach Gram ist auf den Aufbau der Zellwand zurückzuführen.

Wichtig ist die Gram-Färbung bei der Diagnostik von Infektionskrankheiten. Grampositive und gramnegative Bakterien können oft nur mit unterschiedlichen Antibiotika bekämpft werden.

Kolonisierung oder Infektion mit solchen Erregern gefährdet. Meistens haben sie zahlreiche Aufenthalte in unterschiedlichen Kliniken und genau so viele Antibiotikatherapien hinter sich. Ein schlechter Ernährungsstatus, allgemeine Schwäche sowie eine herabgesetzte Immunabwehr begünstigen eine Kolonisation. Auch wenn MRGN selten handfeste Infektionen oder gar eine Sepsis triggern, ist eine Kolonisation mit ihnen in der Regel dauerhaft und kann bei verschlechtertem Allgemeinzustand zusätzliche gesundheitliche Probleme bereiten. Vor allem besteht nun auch für andere Bewohner ein Infektionsrisiko, denn MRGN können bemerkenswert lange auf belebten und unbelebten Flächen aktiv bleiben und weitergetragen werden.

Bakterien sind überall. Auch gramnegative Keime kommen sowohl in der direkten Umgebung des Menschen (Umwelt, Trinkwasser, Wasser) als auch im Organismus selbst vor, unter anderem als Teil der natürlichen Darmflora. Bei einer Besiedlung oder Kolonisation liegen keine Krankheitszeichen vor. Erst wenn Bakterien ihren Wirt krank machen, etwa im Rahmen einer allgemeinen Schwäche oder Immunsuppression, spricht man von einer Infektion.

Nicht jeder Bewohner mit MRGN-Befund hat sich im Krankenhaus infiziert. Dennoch darf der sorglose Einsatz von Antibiotika im deutschen Gesundheitswesen als Grund für die massive Ausbreitung nicht unerwähnt bleiben. Auch die Auswüchse in der Tiermast haben zu einem unkontrollierten Antibiotikaeinsatz in Ställen geführt. Vor allem Puten- und Hühnerfleisch ist immer häufiger mit MRGN besiedelt. Zwar sterben die Keime unter starker Hitze ab, doch im Rahmen der Zubereitung kann es zu Keimkontakt kommen. Auch steigt das Infektionsrisiko bei Fernreisen in asiatische Länder.

Die Übertragung erfolgt im Pflegeheim jedoch fast ausschließlich über die Hände (direkt) und über Kontakt mit Stuhl, infizierten Wunden oder erregerehaltigen Sekreten sowie über kontaminierte Flächen

(vor allem Bad-Armaturen, Türgriffe, Handtuchheizkörper usw.) oder andere Gegenstände, die Pflegende in alle Zimmer und Wohneinheiten mitnehmen, wie Steckbecken, Stethoskop oder Blutdruckmanschetten.

Maßnahmen der DGKH

Vor allem der Abschnitt 3A der Richtlinie wendet sich an die stationären Pflegeeinrichtungen. Der vollständige Text ist frei im Internet verfügbar (siehe „Mehr zum Thema“), insofern nachfolgend nur die wichtigsten Empfehlungen.

Unterbringung

Liegt bei einem Bewohner ein positiver 3MRGN-Befund vor, sind Basis- oder Standardhygienemaßnahmen in der Regel ausreichend. Einzelzimmerunterbrin-

Betagte und multimorbide Menschen sind für eine Infektion mit multiresistenten Erregern gefährdet.

gung ist nur bei fehlender Compliance, Diarrhoe, Atemwegsinfektion sowie bei großflächigen Wunden und Inkontinenz angezeigt. Die Standardhygiene schließt folgende Maßnahmen ein:

1. korrekte Händehygiene;
2. Anwendung der persönlichen Schutzausrüstung: Schutzkittel, Einmal-Schutzhandschuhe, ggf. Mund-Nasen-Schutz, ggf. Schutzbrille;
3. Desinfektion der Flächen und Griffe in Patientenumgebung (täglich und bei Bedarf);
4. sicherer Umgang mit Bettwäsche und Abfällen (Doppelsackmethode).

Bewohner mit 4MRGN-Nachweis sollten – ähnlich wie im Krankenhaus – alleine untergebracht werden. Senioren mit gleichem mikrobiologischen Befund (gleicher Keim und Multiresistenz) können ein Zimmer gemeinsam bewohnen (Kohortierung).

Die Empfehlung bewertet Wohntextilien (Teppiche, Polstergarnituren etc.) als problematisch, denn diese können nicht desinfiziert werden. Daher sind abwisch-

bare Möbel zu bevorzugen. Gerade dieser Punkt wird Einrichtungen auch weiterhin in einen argumentativen Spagat bringen: Einerseits sollen hygienische Anforderungen erfüllt, andererseits Individualität und Wohlbefinden ermöglicht werden, auch wenn es im Maßnahmenplan explizit heißt: „Eigene Möbel/Teppiche der Bewohner sind hiervon ausgenommen.“

Bewohner mit 4MRGN sollten ausschließlich ihre eigene Toilette benutzen, dürfen ihr Zimmer jedoch verlassen bzw. sich innerhalb und außerhalb der Einrichtung bewegen. Hier muss individuell geschaut werden, in welchem Abstrich der Keim nachgewiesen wurde (Stuhl, Urin, Wunde etc.) und wie orientiert bzw. kooperativ ein Bewohner ist, damit es nicht zu einer Kontamination von Flächen, Gegenständen und letztlich von

anderen Bewohnern kommt. In jedem Fall sollten Pflegende diese Bewohner zur regelmäßigen Händedesinfektion schulen und anhalten – vor allem nach Verlassen des Zimmers und nach potenziellem Kontakt mit den Keimen (zum Beispiel nach Toilettengang, sofern ein MRGN-Nachweis im Stuhl/Urin erfolgte). Darüber hinaus:

- sollten infizierte Wunden sicher verbunden sein,
- ein Tracheostoma bei positivem Befund immer abgedeckt oder entsprechende Filteraufsätze verwendet werden,
- der infizierte Einstichkanal einer PEG-Sonde abgedeckt sein.

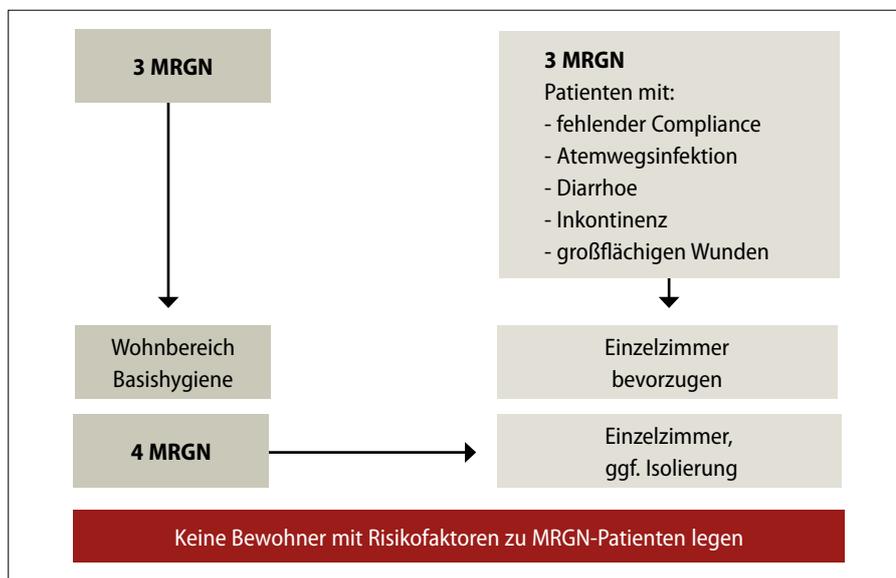
Kooperation und kognitive Kompetenz, um die Schutzmaßnahmen eigenständig durchzuführen, sind unablässig. Andernfalls muss der Kontakt mit anderen Bewohnern unterbunden werden.

Information

Information ist der Schlüssel, um eine Verbreitung von multiresistenten Bakterien zu vermeiden. Hier rät die DGKH:

Unterbringung von MRGN-Patienten

Quelle: DGKH



Ob Basishygiene ausreicht oder Einzelzimmerunterbringung erforderlich ist, hängt vom Befund ab.

- Bewohner, Angehörige und Besucher über Hygienemaßnahmen informieren
- MRGN-Status im Dokumentationssystem sichtbar markieren
- notwendige Hygienemaßnahmen im Pflege- und Behandlungsplan festlegen und dokumentieren
- alle an der Versorgung beteiligten Personen, auch Reinigungspersonal bzw. externe Dienstleister, über Hygienemaßnahmen informieren und schulen (Umsetzung kontrollieren)
- bei Neuaufnahme aus verlegender Einrichtung alle infektionsschutzrelevanten Daten einfordern (aktiv nach MRGN fragen und Befunde einfordern)
- umgekehrt bei Verlegung Zieleinrichtung, Rettungsdienst, ambulanten Pflegedienst usw. informieren (MRE-Überleitungsbogen, aktuelle mikrobiologische Befunde als Kopie mitgeben)

Vor allem der betroffene Bewohner selbst muss wichtige Schutzmaßnahmen verstehen und umsetzen lernen. Hier sollten sich Pflegeeinrichtungen Gedanken machen, wie das – angepasst an ihre Bewohnerklientel – am ehesten gelingen kann.

Leider thematisiert die Empfehlung keine datenschutzrechtlichen Aspekte. Denn selbst, wenn es sich bei den MRGN nicht um gesellschaftlich stigmatisierende Infektionskrankheiten handelt, ist ein

Vor allem der betroffene Bewohner muss wichtige Schutzmaßnahmen verstehen und umsetzen.

Befund gerade alten Menschen peinlich. Einerseits geht es zum Beispiel die Reinigungskraft oder die mobile Friseurin nichts an, ob ein Bewohner Träger eines MRGN ist, andererseits muss sie sich selbst schützen und durch Desinfektion und andere Präventionsmaßnahmen eine Verschleppung des Keims unterbinden.

Desinfektion und Reinigung

Auch hinsichtlich der Desinfektion und Reinigung werden ähnlich hohe Standards wie im Krankenhaus vorausgesetzt:

- mindestens einmal täglich Flächendesinfektion der patientennahen und patientenfernen Flächen (laufende Desinfektion)
- bei Kontamination mit Blut, Sekreten oder Exkreten ist nach Entfernung der

Kontamination mit einem Einwegtuch zusätzlich eine sofortige gezielte Flächendesinfektion durchzuführen

- Pflegeutensilien bewohnerbezogen einsetzen
- Instrumente, Waschschüsseln etc. sachgerecht desinfizieren – Einmalinstrumente werden empfohlen
- Steckbecken, Urinflaschen usw. bevorzugt in der Steckbeckenspüle aufbereiten
- nach Nutzung des Pflegebades: umgehende Wischdesinfektion des gesamten Spritzbereiches durchführen

Entsorgung

Bettwäsche und Kleidung von 4MRGN-kolonisierten und -infizierten Personen werden im Zimmer gesammelt und im geschlossenen Wäschesack zur Wäscherei transportiert. Bei Durchfeuchtung muss ein zweiter Abfallsack aus Kunststoff übergezogen werden. Eine extra Kennzeichnung („infektiös!“) ist unnötig. Darüber hinaus:

- sollten Angehörige im eigenen Interesse darauf verzichten, Wäsche privat aufzubereiten

- wird auch Abfall zunächst im Zimmer gesammelt und im geschlossenen Sack in den Container geworfen (kein Sondermüll)
- entsorgen Pflegekräfte Sekrete und Ausscheidungen auf direktem Weg (!) in die Steckbeckenspüle
- geht Essgeschirr ohne Umweg in die Geschirrspülmaschine und wird bei mindestens 60 °C gespült. Einmalgeschirr ist nicht notwendig.

Arbeitskleidung

Außerdem haben die Initiatoren ein Papier zur „Versorgung mit Arbeitskleidung von Leasingpersonal und Hospitanten, Praktikanten, Aushilfen, Grünen Damen/Herren in Krankenhäusern/Pflegeeinrichtungen o. ä.“ veröffentlicht. Diese Beschäftigten

tigten müssen ihre Arbeitskleidung häufig selbst mitbringen und waschen. Eine solche Vorgehensweise sei aus hygienischer Sicht nicht akzeptabel, sagt die DGKH, da die Aufbereitung in der Regel zu Hause nicht sachgerecht mit nachgewiesenen wirksamen desinfizierenden Waschverfahren erfolgen könne. Arbeitskleidung in der Pflege ist Schutzkleidung und als solche vom Arbeitgeber zur Verfügung zu stellen, auch Mitarbeitern im Rahmen der Arbeitnehmerüberlassung.

Alles neu?

Schon 2005 veröffentlichte die KRINKO eine Empfehlung „Infektionsprävention in Heimen“, die bereits viele der genannten Maßnahmen aufgegriffen hatte. Hygieneexperten gehen davon aus, dass diese Empfehlung dazu beitrug, dass Pflegeeinrichtungen heute insgesamt einen hohen Standard in Sachen Hygienemanagement nachweisen können.

Die KRINKO-Empfehlung wurde von vielen als krankenhauslastig wahrgenommen – ein Grund für die Erstellung des aktuellen Maßnahmenplans. Leider geht die DGKH auch in ihrer Veröffentlichung immer wieder von Klinikbedingungen aus: So soll auch in stationären Pflegeeinrichtungen gelten, dass Bewohner mit MRGN-Befund in der Regel als letzte zu versorgen sind, um eine Keimverschleppung zu verringern. Auch die Sinnhaftigkeit und Umsetzbarkeit von Eingangsscreenings wird leider nicht diskutiert.

So hilfreich und bindend Empfehlungen und Maßnahmenpapiere sein mögen: Am Ende des Tages ist der Hygieneplan eines Hauses entscheidend, um in Sachen Hygiene Standards zu setzen. Hier müssen Maßnahmen auf der Basis einrichtungsspezifischer Bedingungen und Probleme bis zu Ende gedacht, dokumentiert und gelebt werden – zum Schutz von Bewohnern und Personal, aber auch für das positive Image eines Hauses.

Mehr zum Thema

📄 **Download-Tipp:** Das DGKH-Maßnahmenpapier steht als Download zur Verfügung unter www.krankenhausthygiene.de/informationen/fachinformationen/empfehlungen-der-dgkh/



Markus Wenner M.A.
ist Palliative Care Nurse, Hygienebeauftragter und Fachmedienredakteur
www.markuswenner.de

Altenpflege
Vorsprung durch Wissen

Erinnerungen lebendig machen

Erkennen und Erfühlen vertrauter Alltagsgegenstände



Wie erreicht man demenziell erkrankte Menschen? Mit dem „Bilder- und Fühlbuch“ von Ulrike Mücke! Einfache, klare Abbildungen laden zum Betrachten und Erzählen ein. Auch der Tastsinn wird angesprochen, denn einige Alltagsgegenstände lassen sich „erfühlen“. Vom porösen Material eines Schwamms bis zur rauen Oberfläche eines Reifens. So starten Betreuungskräfte sofort und ohne Vorbereitung in vergnügliche Aktivierungsrunden.



Ulrike Mücke
Erinnerungen lebendig machen
Erkennen und Erfühlen vertrauter Alltagsgegenstände
2016, 20 Seiten, Spiralbindung, Format: DIN A4
22,80 €, Best.-Nr. 837

➤ www.altenpflege-online.net/shop

Vincentz Network
T +49 511 9910-033
F +49 511 9910-029
buecherdienst@vincentz.net





Freiheitsentzug  *Verschlossene Türen, die der Bewohner selbst nicht öffnen kann, schränken seinen Bewegungsfreiraum ein. Bezüglich der Zulässigkeit gibt es deshalb strenge Auflagen.* Text: Alexandra Zimmermann

Türöffner zur Freiheit

> Um insbesondere demenziell erkrankte Bewohner zu schützen, werden in Pflegeeinrichtungen häufig Türen im Eingangsbereich, auf Wohnbereichen oder von Bewohnerzimmern verschlossen. Doch hier ist besondere Vorsicht geboten, da das Abschließen eine freiheitsentziehende Maßnahme darstellen kann.

Die Entziehung der Bewegungsfreiheit begründet dabei zunächst einmal eine Freiheitsberaubung gemäß § 239 Strafgesetzbuch (StGB), die bei fehlender Rechtfertigung Geldstrafen und Freiheitsstrafen bis zu fünf Jahren vorsieht.

Ein Rechtfertigungsgrund stellt dabei eine Einwilligung des Bewohners dar. Grundvoraussetzung für eine solche Einwilligung ist, dass der Bewohner noch einwilligungsfähig ist. Er muss also in der Lage sein, Bedeutung und Tragweite des Eingriffs (Verschließen der Tür) zu erfassen und unter Abwägung der Vorteile und Risiken für sich eine eigenverantwortliche Entscheidung zu treffen. Dies kommt zum Beispiel bei Bewohnern zum Tragen, die sich durch demenziell erkrankte Mitbewohner mit nächtlichem Bewegungsdrang, der häufig auch zum Betreten anderer Zimmer führt, gestört

fühlen. Aus Gründen der Rechtssicherheit sollten Pflegeverantwortliche in einem solchen Fall die Einwilligung des Bewohners schriftlich einholen.

Da das Verschließen der Zimmertür gerade im Brandfall auch mit Risiken behaftet ist, sollten Pflegenden den Bewohner im Zuge seiner Einwilligung hierauf hinweisen. Es empfiehlt sich, diesen Hinweis in das Einwilligungsformular aufzunehmen, das vom Bewohner zu unterzeichnen und mit einem Datum zu versehen ist. Die Einwilligung sollte in regelmäßigen Abständen, etwa alle sechs Monate, neu eingeholt werden. Überdies immer



dann, wenn sich die gesundheitliche Situation des Bewohners verschlechtert.

Die Tür des ‚Läufers‘ zu verschließen, um so die Nachtruhe der sich gestört fühlenden anderen Bewohner zu schützen, ist zunächst einmal grundsätzlich nicht zulässig. Der betroffene Bewohner selbst wird regelmäßig nicht willens oder – mangels Einwilligungsfähigkeit – nicht in der Lage sein, dem Verschließen seiner eigenen Tür zuzustimmen. Die Genehmi-

tion. Voraussetzung ist jedoch, dass sich keine weniger einschneidende Maßnahme gleichermaßen zur konkreten Gefahrenabwehr eignet. Sobald sich die Situation und damit die Gefahrenlage entschärft, ist die Tür sofort wieder zu öffnen. Ein ärztliches Attest ist unverzüglich nachträglich einzuholen, zudem eine betreuungsgerichtliche Genehmigung. Hieraus resultiert, dass der nächtliche Bewegungsdrang demenziell erkrankter Bewohner regel-

strafrechtlich relevante Freiheitsberaubung gegenüber einzelnen Bewohnern in einem solchen Fall begründet ist.

Alternative Maßnahmen statt Trickschlösser

Trickschlösser oder andere Schließmechanismen sind nur dann zulässig, wenn sichergestellt ist, dass ausschließlich die Bewohner am Verlassen des Wohnbereiches gehindert werden, für die eine be-

treuungsgerichtliche Genehmigung für diese freiheitsentziehende Maßnahme vorliegt. Bei allen anderen Bewohnern muss sichergestellt sein, dass sie in der Lage sind, das Tricksschloss

zu erkennen und es selbst zu öffnen. Alternative Maßnahmen, die sich grundsätzlich nur gegenüber den demenziell erkrankten Bewohnern auswirken, können Rundgänge sein, das Drapieren von Vorhängen vor Türen oder Wasserläufe im Eingangsbereich, die von Demenzzkranken als Barriere empfunden und deshalb in aller Regel nicht überschritten werden.

Ortungstechnik prinzipiell in Ordnung

Eine weitere Möglichkeit, ein unbemerktes Entfernen demenziell erkrankter Bewohner zu vermeiden, sind Personenortungssysteme. Ob solche Systeme freiheitsbeschränkende Maßnahmen sind, die einer jeweiligen betreuungsgerichtlichen Genehmigung bedürfen, wird in der Rechtsprechung leider nicht einheitlich beantwortet. Klärende höchstrichterliche Rechtsprechung zu dieser Frage fehlt bislang. Die neueren Urteile sehen jedenfalls mehrheitlich – soweit ersichtlich – in Personenortungssystemen keine direkte freiheitsentziehende Maßnahme.

So hat das Oberlandesgericht Brandenburg mit Beschluss vom 19.01.2006 (11 WX 59/05) befunden, dass das Einlegen eines Sendechips in den Schuh der Betroffenen nicht der Genehmigung durch das Betreuungsgericht bedürfe, weil die elektronische Funkortung des Betreuten keine freiheitsentziehende Maßnahme im Sinne von § 1906 Abs. 4 BGB darstel-

Nutzen Sie Alternativen zu Trickschlössern, zum Beispiel, indem Sie Vorhänge vor Türen drapieren. ~

lung des Betreuers allein genügt ebenfalls nicht. Mit einer Grundsatzentscheidung vom 27.06.2012 (Az. XII ZB 24/12) hat der Bundesgerichtshof klargestellt, dass auch bei Einwilligung des Betreuers oder Bevollmächtigten in eine freiheitsentziehende Maßnahme eine gerichtliche Genehmigung des Betreuungsgerichts erforderlich ist.

Allein die Genehmigung des Betreuers, das Zimmer in der Nacht zu verschließen, reicht nicht aus. Zusätzlich ist immer die gerichtliche Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen. Dies gilt sogar dann, wenn der betroffene Bewohner zuvor in einer Vorsorgevollmacht niedergelegt hat, dass der von ihm benannte Bevollmächtigte ausdrücklich ohne eine solche gerichtliche Genehmigung wirksam Einwilligungen in freiheitsentziehende Maßnahmen erteilen darf. Das Verschließen der Zimmertür zur Nacht bedarf damit grundsätzlich einer betreuungsgerichtlichen Genehmigung.

Notfälle können Ausnahmen begründen

Etwas anderes kann nur im Notfall gelten, wenn das Verschließen der Tür vorübergehend notwendig ist, um den Bewohner selbst oder Leib und Leben anderer Bewohner zu schützen. Hier gelten die gleichen Grundsätze wie bei einer vorübergehend erforderlichen Fixierung eines Bewohners aufgrund einer Notfallsitu-

mäßig hinzunehmen ist. Beschäftigungsmöglichkeiten, wie etwa ein Nachtcafé, können Abhilfe schaffen

Die Hinlauftendenz Demenzbetroffener, die dazu führt, dass diese Bewohner die Pflegeeinrichtung unbemerkt verlassen, stellt ein besonderes haftungsrechtliches Risiko dar. Denn gegenüber den demenziell erkrankten Bewohnern, die in der Vergangenheit bereits unbemerkt die Pflegeeinrichtung verlassen haben, besteht regelmäßig eine besondere Fürsorge- und Obhutspflicht. Auch hierbei sind jedoch die Freiheitsrechte des Bewohners zu berücksichtigen. Das Verschließen eines ganzen Wohnbereichs wird regelmäßig nicht zulässig sein, da damit allen auf diesem Wohnbereich wohnenden Bewohnern der freie Zutritt und das Verlassen verwehrt wird. Nur, wenn jedem einzelnen Bewohner gegenüber eine gerichtliche Genehmigung für diese freiheitsentziehende Maßnahme vorliegt, stellt sich das Verschließen des Wohnbereichs als zulässig dar.

In der Praxis sind vereinzelt so genannte „Sammelbeschlüsse“ durch Betreuungsgerichte ausgesprochen worden. Da jede freiheitsentziehende Maßnahme sich gegenüber dem konkreten Bewohner jedoch als notwendig, angemessen und verhältnismäßig darstellen muss, dürften solche Sammelbeschlüsse nicht den Anforderungen des Betreuungsrechts entsprechen. Zudem verbleibt das Risiko, dass eine



Checkliste: Freiheitsentziehende Maßnahmen

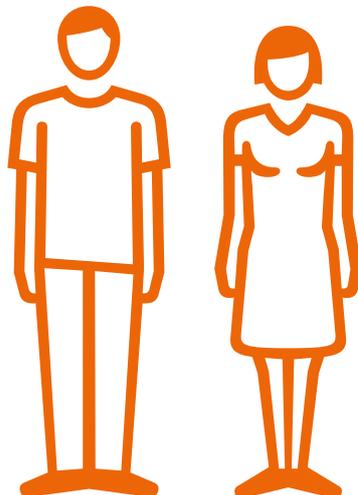
Wann dürfen Türen abgeschlossen werden?

Um auf der rechtssicheren Seite zu sein, klären Sie in Ihrer Einrichtung vorab:

- Hat der Bewohner in das Verschließen seiner Bewohnerzimmertür eingewilligt?
- Liegt die Einwilligung in schriftlicher Form vor?
- Haben Sie ihn über die Risiken nachweislich aufgeklärt?
- Ist bei einem Verschließen des Wohnbereichs gewährleistet, dass für alle Bewohner, die sich dort aufhalten, eine betreuungsgerichtliche Genehmigung oder Einwilligung vorliegt?
- Ist beim Einsatz von Trickschlössern gewährleistet, dass alle betroffenen Bewohner, für die keine gerichtliche Genehmigung vorliegt, in der Lage sind, die Tür selbstständig zu öffnen?
- Ist beim Verschließen des Eingangsbereiches gewährleistet, dass die Türen unverzüglich geöffnet werden können? Dies wird zum Beispiel durch einen Pförtner oder eine Notrufklingel sichergestellt, die ein sofortiges Herbeiholen des Pförtners gewährleistet.

WICHTIG!

- Damit der Bewohner in einen Freiheitsentzug wirksam einwilligen kann, muss er noch einwilligungsfähig sein.
- Dazu muss er die Bedeutung und Tragweite des Verschließens der Tür erfassen und unter Abwägung der Vorteile und Risiken für sich eine eigenverantwortliche Entscheidung treffen können.



le. Auch das Amtsgericht Meißen hat mit Beschluss vom 27.04.2007 (Az. 5 X 25/07) befunden, dass die Anbringung eines Funkortungschips an der Kleidung bzw. durch Umhängen keiner betreuungsgerichtlichen Genehmigung bedürfe.

Ebenso das Amtsgericht Coesfeld mit Beschluss vom 31.08.2007 (9 VXII 214/06), weil durch den Sender nicht die körperliche Bewegungs- und Entschließungsfreiheit beeinträchtigt werde. Etwas differenzierter bewertete hingegen das Landgericht Ulm die Rechtslage mit Beschluss vom 25.06.2008 (Az. 3 T 54/08). Solle ein am Handgelenk angebrachter Funkchip gewährleisten, dass der Betroffene ausnahmslos am unbeaufsichtigten Verlassen des Heimes gehindert werde und könne nicht ausgeschlossen werden, dass dabei auch körperliche Gewalt angewendet werde, so bedürfe das Anbringen eines Funkchips gemäß § 1906 Abs. 4 BGB der betreuungsgerichtlichen Genehmigung.

Da die Rechtslage jedoch nicht geklärt ist, empfiehlt es sich, vor dem Einsatz solcher Ortungssysteme das für die Pflegeeinrichtung örtlich zuständige Betreuungsgericht einzuschalten und hierzu zu befragen. Kommt hingegen eine technische Anlage zum Einsatz, durch die sich Fenster und Türen automatisch schließen, sobald sich eine Person mit einem Transponder nähert, ist diese Maßnahme freiheitsbeschränkend und damit genehmigungspflichtig. Hier könnte das Erstellen von Verfahrensanweisungen im Umgang mit entlaufenen Bewohnern und den Umgang mit Personenortungssystemen Abhilfe schaffen.

Überwachung dient nicht der Sturzprophylaxe

Umgekehrt ist der Einsatz elektronischer Überwachungssysteme haftungsrechtlich nicht erforderlich. Wenngleich hierzu keine höchstrichterliche Rechtsprechung vorliegt, so hat das Amtsgericht Paderborn mit Urteil vom 26.04.2011 (AZ 57 C 680/08) ausgeführt, dass dem Pflegeheimbetreiber das Unterlassen eines elektronischen Patienten-Überwachungs-

systems nicht als Pflichtverletzung anzulasten sei, weil durch den Einsatz des Systems zum einen eine unzumutbare Dauerüberwachung stattfindet, zum anderen aber insbesondere Stürze durch das System auch nicht immer verhindert werden können.

Strittig: das Abschließen des Wohnbereichs in der Nacht

Das Verschließen der Eingangstüren während der Nacht verhindert, dass Bewohner die Pflegeeinrichtung zu dieser Zeit verlassen können. Sofern keine Einwilligung des einzelnen Bewohners vorliegt, gilt das regelmäßige abschließen der Eingangstür während der Nacht oder auch nur kurzzeitig als genehmigungspflichtige freiheitsentziehende Maßnahme. Mit seinem Beschluss vom 07.01.2015 (Az. XII ZB 395/14) hatte sich der Bundesgerichtshof mit dem nächtlichen Verschließen der Eingangstür einer Behinderteneinrichtung auseinanderzusetzen.

Der Entscheidung lag folgender Sachverhalt zu Grunde: Das betroffene Behindertenzentrum gliederte sich auf in offene und geschlossene Wohngruppen. Die betroffene Bewohnerin, die an einer hochgradigen Intelligenzminderung mit Verhaltensstörung leidet, lebt dort seit Ende 2012 in einer der offenen Wohngruppen. In der Zeit von 20:00 Uhr bis 6:00 Uhr wird die Tür zur Wohngruppe verschlossen, weil die Bewohner sich bei versehentlichem Verlassen verlaufen und selbst gefährden könnten. Auch in diesem Zeitraum konnten die Bewohner sich aber an eine Aufsichtsperson wenden, die ihnen die Tür öffnet. Sofern sich die Aufsichtsperson, die auch noch für eine weitere Wohngruppe zuständig ist, nicht auf dem Wohnbereich befand, hatten die Bewohner die Möglichkeit, einen Notrufknopf zu bedienen. Innerhalb einer Zeitspanne von maximal 30 Minuten wurde ihnen die Tür des Wohngruppenbereichs dann geöffnet.

Nachdem das Amtsgericht in der ersten Instanz hier keine genehmigungspflichtige freiheitsentziehende Maßnahme erkannte, beurteilte dies das Beschwerdegericht der zweiten Instanz anders. Der nachfolgend mit dem Sachverhalt befasst Bundesgerichtshof bestätigte die Auffassung des Gerichts zweiter Instanz insofern, dass es zutreffend sei, dass es eine freiheitsentziehende Maßnahme im Sinne einer unterbringungsähnlichen Maßnahme darstelle, wenn die Wohngruppentür zur Nachtzeit abgesperrt werde, ohne das Heimpersonal in einer einem Pförtner vergleichbaren Funktion zur jederzeitigen Öffnung bereitstehe oder die Bewohner Schlüssel erhalten.

Eine freiheitsentziehende Maßnahme, die einer Genehmigung bedürfe, liege nur bei solchen Maßnahmen vor, die die persönliche Bewegungsfreiheit des Betroffenen nicht nur kurzfristig auf einen bestimmten räumlichen Lebensbereich begrenzen. Im vorliegenden Fall verhielt es sich so, dass sich der Zeitraum, in dem das Verlassen des eingegrenzten Bereiches möglich ist, auf einen Zeitraum von höchstens 30 Minuten erstrecken konnte. Diesen Zeitraum hielt der Bundesgerichtshof für zu lang. Der Zeitraum von 30 Minuten liege deutlich oberhalb einer unerheblichen Verzögerung. In einem solchen Fall handele es sich

deshalb um eine genehmigungspflichtige freiheitsentziehende Maßnahme.

Mehr zum Thema

- ❓ **Frage:** Autorenkontakt per Telefon 0511/ 640 725-00, www.zimmermann-heimrecht.de
- 🕒 **Nächster Teil der Serie:** Im Oktober geht es um das Thema *Schweigepflichten*. Lesen Sie auch die bisherigen Beiträge dieser Serie: *Haftung (Altenpflege 1, 2 und 3/2016)*, *Patientenverfügung (4/2016)*, *Selbstbestimmung bei Demenz (5/2016)*, *Freiheitsentziehende Maßnahmen (6/2016)*, *Kommunikation mit dem Arzt (7/2016)*.



Alexandra Zimmermann

ist Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizin- und Strafrecht, Anwaltskanzlei für Heime und Pflegedienste, Hannover



Ihr Weg zum professionellen Wundmanagement

Vier Module ebnen den Weg zur optimalen Wundversorgung. Profitieren Sie von den in der Fachwelt anerkannten Abschlüssen.

Wund-Lehrgänge

- **Wundexperte® (ICW)**
- **Pflegetherapeut Wunde® (ICW)**
- **Fachtherapeut Wunde® (ICW)**
- **Wundmanager (TÜV)**

ICW-Rezertseminare (auch als Selbstlernkurs)

- **Optimale Wundversorgung mit Wundaufgaben**
- **Wundversorgung in der Palliativmedizin**
- **Tipps & Tricks in der Wundversorgung**
- **Behandlungsstrategien für schwierige Wundsituationen**

Kontakt: Tel. 0800 8484006 · servicecenter@de.tuv.com
www.tuv.com/hochschul-campus

Freue Aktion bei Rezertseminaren – Infos unter:
www.tuv.com/wundmanager

TÜV Rheinland Akademie
Hochschul-Campus
Am Grauen Stein
51105 Köln

 **TÜVRheinland®**
Genau. Richtig.

Wundmanagement  Wer Wunden von Diabetikern effektiv versorgen will, muss bei den Ursachen ansetzen – wie das Beispiel des diabetischen Fußsyndroms verdeutlicht. Text: Katja Hodeck

Diabetische Wunden heilen

> In Pflegeeinrichtungen sind circa 30 Prozent der Betreuten von der chronischen Stoffwechselerkrankung Diabetes mellitus betroffen. Menschen mit Diabetes haben ein deutlich erhöhtes Risiko, chronische Wunden zu entwickeln. Dies gilt umso mehr, je älter die Menschen werden, wie am Beispiel der Entwicklung eines diabetischen Fußsyndroms (DFS) zu sehen ist: zwei bis zehn Prozent aller Diabetes-Patienten leiden an einem DFS. Mit jeder Lebens-

dekade nimmt das Risiko, an einem nicht heilenden DFS zu erkranken, um 31 Prozent zu. Besonders gefährdet sind multimorbide ältere Menschen mit Diabetes, die gleichzeitig an einer Herz- und Niereninsuffizienz oder einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK) leiden – typische Folgeerkrankungen des Diabetes. Bei 60 Prozent aller Patienten mit DFS kommt es zu einer Amputation. Insbesondere für geriatrische Patienten bedeutet eine Amputation oft einen (wei-

teren) Verlust an Unabhängigkeit und Selbsthilfefähigkeit, da der Mehrbedarf an Energie beim Gehen (mit Vorfußstumpf um 10 Prozent, mit Unterschenkelstumpf bis zu 50 Prozent) vom älteren Menschen kaum kompensiert werden kann. Im Falle einer Major-Amputation ist zudem mit einer erhöhten Mortalität von 20 Prozent (bei PAVK von 50 Prozent) innerhalb von zwölf Monaten zu rechnen. Spezialisten bemängeln den verbreiteten therapeutischen Nihilismus



und einen anhaltend hohen Trend zu Amputationen bei geriatrischer Diabetes.

Nicht heilende Wunden stellen somit besonders für ältere Diabetiker ein anhaltendes Gesundheitsrisiko dar. Die mit der Wundversorgung einhergehenden persönlichen und gesellschaftlichen Kosten werden – so vermuten Experten – durch unsystematisches Vorgehen und den Einsatz nicht-evidenzbasierter Therapien unnötig in die Höhe getrieben. Spezialisierte Pflegekräfte können dazu beitragen, das Auftreten von Wunden bei Pflegebedürftigen mit Diabetes zu reduzieren und die Wundheilung optimal zu unterstützen.

Effektive Wundversorgung ist Ursachenbekämpfung

Wer Wundbehandlung effektiv gestalten möchte, muss die Ursachen chronischer Wunden beseitigen. Um aus der Vielzahl der Versorgungsoptionen eine situativ und individuell geeignete Wahl zu treffen, ist es wichtig, die Faktoren zu identifizieren, die zur Wundentstehung beigetragen haben und eine Abheilung der Wunde verhindern. Der Diabetes spielt hier eine zentrale Rolle.

Gefäßerkrankungen

Gefäßerkrankungen gelten als Hauptursache für die Entstehung chronischer Wunden und sind als typische Folgeerkrankungen bei Diabetes-Patienten zwei- bis fünfmal häufiger anzutreffen als bei stoffwechselgesunden Menschen.

Für die Entstehung eines Ulcus cruris ist in bis zu 80 Prozent der Fälle eine chronisch venöse Insuffizienz (CVI) verantwortlich, bei der die Abfallprodukte des Heilungsprozesses sowie eingedrungene Mikroorganismen durch die Abflussstörung nicht ausreichend beseitigt werden. Es kann in Folge zu Ödembildungen kommen, die insbesondere im Alter als Ursache für die Entstehung des DFS noch wenig Beachtung finden. Herzinsuffizienz und Lymphabflussschwäche bei Immobilität oder ausgeprägter Adipositas tragen zusätzlich zur Entwicklung von Ödemen bei.

Multidisziplinäres Diabetesversorgungsteam

Grafik: Hodeck



Damit die Therapie Erfolg hat, ist die Zusammenarbeit in einem multidisziplinären Team ausschlaggebend.

Arterielle Durchblutungsstörungen, zum Beispiel aufgrund einer PAVK, tragen parallel zur CVI bei circa 10 bis 15 Prozent der Wunden durch eine unzureichende Versorgung des Gewebes mit Sauerstoff (Hypoxie) und Nährstoffen zur Verzögerung der Wundheilung bei.

Altershaut und anhaltender Druck auf Gewebe

Altersbedingte Veränderungen machen die Haut anfälliger für Verletzungen und erschweren gleichzeitig den Heilungsprozess. Die äußere Hornschicht der Epidermis bildet gemeinsam mit dem Säureschutzmantel (Hydrolipidfilm) eine Barriere gegen das Eindringen von Schadstoffen und schützt vor dem Austrocknen. Da die Aktivität von Talg- und Schweißdrüsen, genau wie die Zellproduktion, mit dem Alter nachlässt, werden abgestorbene Hornzellen und Hydrolipidfilm nicht schnell genug ersetzt. Auf auslaugende Reinigungsprozesse (zum Beispiel längere Bäder) sollte bei Altershaut deshalb verzichtet werden. Die Barriere wird lückenhaft und verliert an Schutzfunktion. Die Wasserbindung lässt nach, und die Haut trocknet aus. Es kommt häufiger als bei jungen Menschen zu Ekzemen und Hautinfektionen. Liegen bereits Wunden vor, ist die Wundumgebung hierfür besonders anfällig. Die tiefer liegende Dermis ver-

liert an mechanischer Stabilität. Die Haut wird schlaffer und anfälliger für Risse. Auch die Anzahl feiner Blutgefäße in der Haut nimmt mit dem Alter ab. Die Mikrozirkulation wird vermindert. Das bereits aufgrund einer diabetischen Durchblutungsstörung unterversorgte Gewebe wird noch weniger mit Sauerstoff und Nährstoffen versorgt und damit noch anfälliger für Infektionen.

Ist der ältere Mensch in seiner Mobilität eingeschränkt wird die Haut an Auflageflächen längeren Druckphasen ausgesetzt. Bei Überschreitung des normalen Arteriendruckes von circa 20 bis 40 mmHg, entstehen Läsionen (Verletzungen) und ischämische (aufgrund einer Durchblutungsstörung) Nekrosen der Haut bis in tiefere Gewebsschichten. Druckulzerationen dieser Art finden sich bei ungefähr jedem dritten Pflegebedürftigen! Der gesunde jüngere Mensch entlastet druckexponierte Stellen automatisch aufgrund eines natürlichen Druck-Schmerz-Mechanismus. Der

mega.com
ein deutscher Hersteller für
Pneumatikschalter
kompatibel mit fast allen
Schwesternrufanlagen.
Info unter 04191/9085-0
www.megacom-gmbh.de



Checkliste Wundprophylaxe

Hautpflegetipps bei Diabetes

Bei der Pflege diabetischer Altershaut sollten Sie Folgendes berücksichtigen:

- > Verwenden Sie ph-neutrale Pflegeprodukte
- > Verzichten Sie auf Duft-, Farb- und Konservierungsstoffe
- > Baden Sie den alten Menschen nur kurz mit < 33°C Wassertemperatur
- > Besser noch: duschen Sie den Bewohner nach dem Prinzip „kurz, knapp und kühl“
- > Verwenden Sie weiche Handtücher
- > Tupfen Sie Hautfalten ab, statt sie abzureiben
- > Achten Sie auf Trockenheit aller intertriginösen Hautstellen/falten (das sind Bereiche der Körperoberfläche, in denen dicht benachbarte Hautflächen in Berührung kommen)
- > Vermeiden Sie mit eingelegten Leinenläppchen gegebenenfalls einen Feuchtigkeitsstau
- > Cremens Sie die Haut regelmäßig ein
- > Empfehlen Sie Podologen für die Fußnagelpflege
- > Wechseln Sie Strümpfe täglich und waschen Sie sie bei 60 Grad Celsius (Beseitigung Pilzsporen)

WICHTIG!

- Intensive Hautpflege kann die trockene diabetische Haut mit ausreichend Fett und Feuchtigkeit versorgen und ihre natürliche Schutzfunktion unterstützen.
- Harnstoffhaltige Produkte (mit Urea) steigern die Wasserbindefähigkeit der Haut und haben in höherer Konzentration (> 10 Prozent) hornhauterweichende Wirkung.

Pflegebedürftige kann dies aufgrund von Bewegungseinschränkungen und Kraftlosigkeit nicht eigenständig. Bei Diabetikern kann aufgrund einer diabetischen Neuropathie der natürliche Schutzreflex – insbesondere in Bezug auf die unteren Extremitäten – fehlen. Ihre Schmerzwahrnehmung ist gestört, so dass trotz ausreichender Bewegungsfähigkeit keine aktive Druckentlastung erfolgt. Hier werden neben den Bett-Enden, gegen die Bettlägerige regelmäßig rutschen, auch zu enge oder ungeeignete Schuhe und nicht bemerkte Fremdkörper in den Schuhen zu einem Wundrisiko.

Die Tatsache, dass circa 80 Prozent der geriatrischen Diabetes-Patienten nicht mehr in der Lage sind, ihre eigenen Fußsohlen selbst zu kontrollieren, zeigt, wie wichtig die Unterstützung dieser Patientengruppe bereits bei der Vermeidung von Wunden ist.

Diabetes als eigener Risikofaktor

Die Zusammenhänge zwischen Diabetes und Wundentstehung beziehungsweise -heilung sind vielfältig. Eine diabetische Stoffwechsellage zusammen mit einer Störung des autonomen Nervensystems verstärken die bereits beschriebenen Hautveränderungen im Alterungsprozess: reduzierte Schweiß- und Talgdrüsenaktivität, reduzierte Wasserbindungsfähigkeit, verringerte Ausreifung der Epidermiszellen und abgeschwächte Abwehrfähigkeit der Haut. Etwa 80 Prozent der Menschen mit Diabetes leiden unter Hautproblemen wie extremer Hauttrockenheit, Juckreiz, Hornhaut, Druckstellen und Schrunden – besonders an den Füßen – sowie bakteriellen oder mykotischen Hautinfektionen. Der epidermale Glukosegehalt liegt bei circa 35 bis 65 Prozent des Blutzuckergehalts. Steigt der Blutzucker, steigt auch der Glukosegehalt der Haut und mit ihm die Infektanfälligkeit. Lokal kann der hohe Zuckergehalt zu einer rasanten Entwicklung von Infektionen beitragen, die oft schwerer verlaufen und schwieriger zu therapieren sind, als bei Menschen mit normaler Stoffwechsellage.

Mit einem gut eingestellten Diabetes kann das Risiko einer Hautinfektion auf das von Menschen ohne Diabetes gesenkt werden! Es ist außerdem zu beachten, dass es bei Blutzuckerwerten über 198 mg/dl beziehungsweise 11 mmol/l

Strukturschwächen an Funktionalität: Die neue Haut ist verletzungsanfälliger und die Gefahr eines Rezidivs steigt.

Neben der bei Pflegebedürftigen mit Diabetes oft schlecht eingestellten Stoffwechsellage, spielen die angesprochenen

Einschränkungen in der Schmerzwahrnehmung bei Druckbelastung, Verletzungen, Verbrennungen, Verätzungen (Hühneraugenpflaster!) oder Verbrühungen. Hier ist besondere Wachsamkeit für mögliche Gefahrenquellen zentral, wie zum Beispiel Heizdecken oder eine zu heiße Wassertemperatur bei Fußbädern. Der Gleichgewichtssinn kann durch eine verzögerte oder fehlende Körperwahrnehmung gestört sein, so dass die Betroffenen leichter stürzen. Geschlossene Schuhe ohne prominente Nähte, die Halt geben und vor dem Anziehen regelmäßig auf Fremdkörper untersucht werden, gehören zur Risikoprophylaxe.

Sind motorische Nerven betroffen, kommt es zu Fußdeformitäten (wie Hammer- und Krallenzehen, Hallux Valgus oder dem Charcot-Fuß, eine Erkrankung schmerzempfindlicher Füße, bei der Knochen unbemerkt brechen) mit

Halten Sie den Blutzucker und damit den Glukosegehalt der Haut stabil. So schützen Sie Diabetespatienten vor Hautinfektionen.

zu Beeinträchtigungen der Bildung von zellulären Mediatoren kommt. Diese wiederum sind entscheidend für die Entwicklung von Aminosäuren, Spurenelementen und Sauerstoff, die relevante Faktoren einer gelingenden Wundheilung sind. Unter Mangelbedingungen kann sich das Granulationsgewebe nicht richtig entwickeln und verliert aufgrund der

Folgeerkrankungen, die diabetische Angiopathie (Erkrankungen aufgrund von Gefäßveränderungen) und Polyneuropathie (Erkrankungen des peripheren Nervensystems) eine wesentliche Rolle im Risikoprofil älterer Diabetiker.

Die diabetische Polyneuropathie kann sich individuell unterschiedlich zeigen. Häufig sind Sensibilitätsstörungen mit

Differenzierte Therapieziele bei diabetischem Fußsyndrom (DFS)

	Go-Go	Slow-Go	No-Go
Beschreibung	guter funktioneller Status: mobil, geistig und körperlich fit, Selbsthilfefähigkeit wie bei jüngeren Menschen	leichte Funktions-einschränkungen, mit Hilfsmitteln selbständig im Alltag, multimorbide, geriatrische Syndrome	stark eingeschränkte, hilfsbedürftige Patienten, multimorbide, oft zusätzlich Demenz oder andere ausgeprägte bis terminale Organerkrankung
Status DFS	mobil, keine Wunde	akut immobil / mobil mit Wunde	chronisch bettlägerig, palliativ
Therapieziele	Schmerzfreiheit, Prophylaxe durch altersgerechte Schutzschuhe	Wundheilung, mobil mit Spezialschuhen	Schmerzfreiheit, mindestens Wundstabilität
Blutzuckerzielbereich	HbA1c 6,5 - 7,5 Prozent	HbA1c 7,0 - 8,0 Prozent	HbA1c 8,0 - 8,5 Prozent
	150 - 180 mg/dl (8,3 - 10,0 mmol/l)		< 198 mg/dl (< 11 mmol/l)
Weitere Therapieprinzipien	Versorgung mit ausreichend Eiweiß, Spurenelementen und Vitaminen (Vermeidung von Malnutrition, Gewichtsabnahme)		
	Versorgung mit ausreichend Flüssigkeit (Vermeidung von Dehydration und Exsikkose – Austrocknung durch Abnahme des Körperwassers)		
Unterstützungsbedarf	Schulung zur Selbstversorgung	Fußinspektion und Fußpflege regelmäßige Kontrolle verbleibender Fähigkeiten	alle Prophylaxe-, Diagnose- und Therapiemaßnahmen

Ältere Menschen mit Diabetes haben sehr heterogene Selbstversorgungskapazitäten, woraus unterschiedlicher Versorgungsbedarf resultiert. Die Empfehlungen der DDG orientieren sich daher an drei Patientengruppen: Go-Go, Slow-Go und No-Go.

Druckbelastungen, die es durch geeignete Schuhzurichtungen und Polsterungen zu entlasten gilt. Orthopädische Schuhmacher und Podologen sind hier wichtige Partner.

Multimorbidität, Frailty (Gebrechlichkeit) und geriatrische Syndrome (siehe Kasten vorletzte Seite) sind bei Diabetes im Alter häufig. Sie können die Selbstsorgefähigkeit erheblich erschweren. Betroffene sind deshalb in besonderer Weise auf kompetente Betreuung im multidisziplinären Team angewiesen.

Versorgungsgrundsätze und Therapie

Die Versorgung sollte mit dem Ziel der Wundvermeidung auf das jeweilige Risikoprofil des älteren Diabetes-Patienten zugeschnitten sein. Zu den wichtigsten präventiven Maßnahmen gehört die tägliche Fußkontrolle auf Verletzungen oder andere Veränderungen, bei denen ohne Zeitverzug der behandelnde Arzt zu informieren ist. Auf die Fußbekleidung sollte regelmäßig geachtet werden. Frühzeitig bemerkt, können Schäden durch zum Beispiel einengende Strumpfbündchen, Materialdefekte am oder Fremdkörper im Schuh vermieden werden. Barfußlaufen sollte vermieden werden.

Intensive Hautpflege kann die trockene diabetische Haut mit ausreichend Fett und Feuchtigkeit versorgen und ihre natürliche Schutzfunktion unterstützen. Pflegeprodukte mit Harnstoff (Urea) sind besonders geeignet. Der Zusatzstoff erhöht die Wasserbindefähigkeit der Haut und hat in höherer Konzentration (> 10 Prozent) hornhautreweichende Wirkung.

Therapieziele und Strategien individuell festlegen

Tritt eine Wunde auf, ist sofortige, vollständige Druckentlastung geboten. Bei Bettlägerigkeit ist eine Entlastung der Ferse mit Heel-Lift oder Orthese mit Bügelschutz im Fersenbereich angeraten. Die oft praktizierte Kissenlagerung im Unterschenkelbereich ist insuffizient, da das Kissen bei Bewegung leicht wegrutscht. Die Mobilisierung des älteren Diabetikers sollte sehr vorsichtig mit lokal entlastenden Verbandsschuhen erfolgen. Vorfußentlastungsschuhe sind aufgrund eines erhöhten Sturz- und Frakturrisikos ungeeignet. Zudem bleibt die erwünschte Entlastung oft aus, da die meisten Menschen weiter beim Gehen abrollen und

Beugen Sie Risiken vor, indem Sie Schuhe vor dem Anziehen regelmäßig auf Fremdkörper untersuchen.

auf den zu entlastenden Vorfuß kippen.

Die lokale Wundtherapie kann nur unter Berücksichtigung der Therapie der Grunderkrankungen erfolgreich sein. Bei Diabetes-Patienten gehört die Stoffwechselstabilisation im Rahmen einer Diabetestherapie zwingend zur Wundbehandlung dazu.

Die Therapieziele sind entsprechend der Leitlinie „Diabetes im Alter“ der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) individuell auf die Situation des Patienten, seine Wünsche und die Funktionalität zuzuschneiden (siehe Tabelle auf Seite 53).

Aufbau geeigneter Versorgungsstrukturen

Am Beispiel der Versorgung des DFS zeigt sich, dass die Zusammenarbeit in einem multidisziplinären Team für eine erfolgreiche Therapie und Rezidivprophylaxe ausschlaggebend ist (siehe Abbildung auf Seite 51).

Mit Zertifizierungsverfahren (unter anderem Fußbehandlungseinrichtungen DDG) werden Standards gesetzt, die in etablierten Fußnetzen (zum Beispiel Köln, Hamburg, München) gelebt wer-

den und zeigen, dass die Netzwerkarbeit nach gleichen Richtlinien über Jahre erfolgreich ist. Das Major-Amputationsrisiko beim DFS lag in der Regelversorgung bei 10 bis 20 Prozent dem gegenüber in zertifizierten Einrichtungen nur bei 3,1 Prozent.

Ärztliche Diabetes- und Wundspezialisten benötigen in der Pflege ein Pendant, um Versorgungsbrüche zu vermeiden. In der pflegerischen Wundversorgung hat sich Expertise mit Weiterbildungen der Initiative Chronische Wunden e. V. (ICW), der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e. V. (DGfW) und der DDG sowie mit Zertifizierungen von Wundmanagementsystemen (ICW-Wundsiegel) bereits etabliert.

In der Diabetologie zieht die Pflege jetzt mit der Weiterbildung Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Langzeit / Klinik) sowie dem Gütesiegel „Geprüfte Diabetes-Pflege (IIGM)“ für ambulante Pflegedienste und Heime sowie dem Zertifikat Diabetes-Schwerpunkt Pflegedienst DDG nach.

Mehr zum Thema

- ↓ **Download:** Eine Literaturliste finden Sie unter www.altenpflege-online.net/Produkte/Downloads
- 🔍 **Autorenkontakt:** k.hodeck@iigm.de
- ⊕ **Weitere Beiträge:** Lesen Sie auch den Beitrag von Gerhard Schröder zu *Wundmanagement – Diagnose, Infektionen, Wundreinigung in Altenpflege 9/2015*



Katja Hodeck
IIGM GmbH, Diabetes-Pflege-Akademie, Berlin

mega.com
ein deutscher Hersteller für
Dementen-Schutz-Systeme
kompatibel mit fast allen
Schwesternrufanlagen.
Info unter 04191/9085-0
www.megacom-gmbh.de

Kontakt

Redaktion: irmhild.trepte@vincentz.net / F +49 511 9910-125

Anzeigen: Anette Hildebrand / T +49 511 9910-156 / anette.hildebrand@vincentz.net

Altenpflege *Service*

56 Stellenmarkt

57 Bildungsangebote

58 Produkte und Dienstleistungen

60 Bildung / Termine

62 Medientipp

63 Impressum

64 Ihre Altenpflege / Vorschau

**Anzeigenschluss-Termine**
für Rubrikanzeigen

09/2016

Dienstag, 30.08.2016

10/2016

Dienstag, 27.09.2016

11/2016

Freitag, 28.10.2016

Altenpflege – die führende Fachzeitschrift in der stationären Altenhilfe:77 Prozent aller examinierten Fachkräfte, 76 Prozent der Pflegedienstleitungen und 78 Prozent der Heimleitungen lesen **Altenpflege** regelmäßig

(Quelle: Leseranalyse Pflegezeitschriften 2015)

Wohnpark Zippendorf



Wir suchen
ab sofort oder
später in Vollzeit
eine

Pflegedienstleitung

(m/w)

Gemeinsam mit 2 weiteren Pflegedienstleitungen steuern Sie den Pflegebereich des Wohnparks mit 281 Bewohnern. Sie sind verantwortlich für 3 Wohnbereiche mit insgesamt 84 Bewohnern. Es erwartet Sie ein aufgeschlossenes und dynamisches Team.

Sie möchten etwas bewegen und auch neue Wege gehen?
Dann sind **Sie bei uns** genau richtig!

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann bitte wir um Zusendung Ihrer aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen an:

Pflegeheim Wohnpark Zippendorf GmbH & Co. KG
Herrn Sven Kastell
Alte Dorfstraße 45 in 19063 Schwerin
Telefon: 0385 / 20 10 10 - 0
info@wohnpark-zippendorf.de
www.wohnpark-zippendorf.de



Erklimmen Sie die Spitze der Pflege...



... in einer starken Gemeinschaft.

Die Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Schwaben e.V. ist Trägerin von 24 Seniorenheimen mit etwa 2.200 Pflegeplätzen und freut sich, ihr umfangreiches Wissen und ihre Erfahrung offen mit Ihnen zu teilen. Wenn Ihnen das Wohl der Ihnen anvertrauten Menschen genauso am Herzen liegt wie uns, dann sind Sie bei uns richtig.

Für unser Seniorenheim in Immenstadt, gelegen in einer ausgesprochen schönen Bergregion, suchen wir

eine Wohnbereichsleitung (m/w) mit der Qualifikation zur leitend verantwortlichen Pflegefachkraft (SGB XI) examinierte Pflegefachkräfte (m/w) in Voll- und Teilzeit.

Als Non-Profit-Dienstleister bieten wir abwechslungsreiche Aufgabenbereiche, eine hohe Arbeitsplatzsicherheit, individuelle Fortbildungsmöglichkeiten, eine leistungsgerechte tarifliche Vergütung mit zusätzlichen Sozialleistungen, Offenheit, Verlässlichkeit und Transparenz in allen Bereichen unserer Zusammenarbeit. Bei Bedarf sind wir den Bewerbern/ Bewerberinnen bei der Wohnungssuche gerne behilflich. Steigen Sie jetzt ein und richten Sie Ihre aussagekräftige Bewerbung bitte an:

AWO-Seniorenheim Immenstadt,
Kalvarienbergstraße 84, 87509 Immenstadt,
E-Mail: senioreenheim.immenstadt@awo-
schwaben.de



Bezirksverband
Schwaben e.V.

- Vollzeit / Teilzeit / Minijob
- Flexible Arbeitszeitgestaltung
- Übertarifliche Konditionen
- Garantierter Freizeitausgleich
- Sicherer Arbeitsplatz
- Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten
- Corporate Benefits

ARBEIT, die etwas zurückgibt.

Menschen mit Antrieb

Jetzt informieren!
Tel. 0800 22 66 250
(kostenfrei aus dem deutschen Festnetz)

Pflegefachkräfte

Kompetenz Zentrum
Qualifizierung
Beratung
Entwicklung

GRAUES GOLD
- Beschäftigung Ü 50 -

Bundesweiter
Spezialdienstleister
für Medizin & Pflege
www.care-people.com

pluss
Personalmanagement
Care People



Im Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg ist zum frühestmöglichen Zeitpunkt am Standort Potsdam eine Stelle als

**Sachbearbeiterin/Sachbearbeiter
Aufsicht für unterstützende Wohnformen
(Kennziffer: 51.2/2016)**

unbefristet zu besetzen.

Weitere Informationen finden Sie unter:
www.lasv.brandenburg.de



Bildungsangebote



DIPLOMA Bachelor / Master
Private staatlich anerkannte Hochschule
University of applied science

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/e

Soziale Arbeit (B.A.)
inkl. staatliche Anerkennung als Sozialarbeiter/in

Info unter 0 57 22 / 28 69 97 32 www.diploma.de

Diakonisches Institut für Soziale Berufe 

Weiterbildung 2016/2017 in Stuttgart



Palliative Care
berufsbegleitend, Beginn: 19. September 2016

Pflegedienstleitung in Einrichtungen der Altenhilfe und Leitung von ambulanten Pflegediensten
Durchführung nach der Weiterbildungsverordnung des Sozialministeriums, berufsbegleitend, Beginn: 17. Oktober 2016

WundexpertIn ICW/TÜV® - Basisseminar
berufsbegleitend, Beginn: 27. März 2017

Fachkraft für Gerontopsychiatrie
Durchführung nach der Weiterbildungsverordnung des Sozialministeriums, berufsbegleitend, Beginn: 15. Mai 2017

Leitung von Wohn- und Pflegegruppen
Durchführung nach der Weiterbildungsverordnung des Sozialministeriums, berufsbegleitend, Beginn: 29. Mai 2017

PraxisanleiterIn (MentorIn)
berufsbegleitend, Beginn: 29. Mai 2017

Weitere Informationen: Diakonisches Institut für Soziale Berufe
Sattlerstrasse 13, 70174 Stuttgart
Telefon: 0711 / 1204069-0
Fax: 0711 / 1204069-9
info-stuttgart@diakonisches-institut.de
www.diakonisches-institut.de

Diakonisches Institut für Soziale Berufe 

Weiterbildung 2016/17



Fachkraft für Gerontopsychiatrie
Durchführung nach der Weiterbildungsverordnung des Sozialministeriums, berufsbegleitend, Beginn: 05. September 2016

Leitung von Wohn- und Pflegegruppen
Durchführung nach der Weiterbildungsverordnung des Sozialministeriums, berufsbegleitend, Beginn: 12. September 2016

Qualitätsbeauftragte/er
berufsbegleitend, Beginn: 19. September 2016

Fachkraft für Wickel und Auflagen
berufsbegleitend, Beginn: 22. September 2016

Therapeutische/r SpielleiterIn in der Altenarbeit
berufsbegleitend, Beginn: 26. September 2016

AktivierungstrainerIn
berufsbegleitend, Beginn: 18. Oktober 2016

Validations® GruppenleiterIn (Group Practitioner Level II) nach Naomi Feil
berufsbegleitend, Beginn: 24. Oktober 2016

FachergootherapeutIn für Gerontopsychiatrie und Geriatrie
berufsbegleitend, Beginn: 03. November 2016

Validations®-AnwenderIn (Validationsworker Level I) nach Naomi Feil
berufsbegleitend, Beginn: 21. November 2016

WundexpertIn ICW/TÜV®
berufsbegleitend, Beginn: April 2017

PflegeexpertIn Stoma • Kontinenz • Wunde
(inkl. Basisseminar Wundexperte ICW/TÜV®)
berufsbegleitend, Beginn: 8. Mai 2017

PraxisanleiterIn (MentorIn)
berufsbegleitend, Beginn: 8. Mai 2017

Lehrkraft für Gesundheitsberufe, Medizinpädagogik berufsbegleitendes Kontaktstudium mit der Hochschule Ulm,
berufsbegleitend, Beginn: 29. Mai 2017

PflegeberaterIn
Gemäß § 7 a Abs. 3 SGB XI und den Empfehlungen der GKV berufsbegleitend, 19. Juni 2017

Palliative Care
berufsbegleitend, Beginn: 03. Juli 2017

Pflegedienstleitung in Einrichtungen der Altenhilfe und Leitung von ambulanten Pflegediensten
Durchführung nach der Weiterbildungsverordnung des Sozialministeriums, berufsbegleitend, Beginn: 23. Okt. 2017

PflegetherapeutIn Wunde ICW/TÜV®-Aufbauseminar
berufsbegleitend, Beginn: 23. Oktober 2017

Weitere Informationen: Diakonisches Institut für Soziale Berufe
Bodenschwingweg 30, 89160 Dornstadt
Telefon: 0 73 48 / 98 74-0
Fax: 0 73 48 / 98 74-30
info@diakonisches-institut.de
www.diakonisches-institut.de

mega.com
 ein deutscher Hersteller für
Kontaktmatten
 kompatibel mit fast allen
 Schwesternrufanlagen.
Info unter 04191/9085-0
www.megacom-gmbh.de

EINHÄNGESITZE

Sicher und flexibel duschen

Mit einem Haltegriff und einem Duschsitz von proMed aus dem Hause Coram soll auch das Duschen im Alter bequem und sicher gelingen. Da diese funktionalen Hilfsmittel oft wenig ästhetisch sind und zudem auch wichtigen Platz in der Dusche beanspruchen, wenn sie gerade nicht benutzt werden, möchte der Hersteller eine Alternative schaffen. Der neue Einhängesitz der Serie 300 zeichnet sich laut Hersteller nicht nur durch ein ansprechendes Design, sondern auch durch seine Funktionalität aus. So lässt er sich entweder ganz einfach aus der Dusche entfernen, wenn er nicht gebraucht wird, oder er kann hochgeklappt werden und beansprucht so nur wenig Platz. Die Sitzfläche verfügt über eine Anti-Rutsch-Beschichtung und hat eine Belastbarkeit bis 160 Kilogramm.

www.coram.de



REINIGUNGSSERVICE

Das Facility Management entlasten

CWS-boco versorgt nun auch den professionellen Reinigungsservice. Gemeinsam mit Partnern wie Vileda und Dr. Schnell bietet das Unternehmen mit seinem CleanPlan eine Lösung für das Gebäudemangement an, die Zeit und Kosten für Logistik und Lagerung sparen soll. Die Idee ist es, dass alle Arbeitsmaterialien aus einer Hand zu den betreuten Objekten, in denen sie gebraucht werden, gebracht werden. Der Anbieter garantiert, dass alle benötigten Utensilien gebündelt und punktgenau geliefert werden.

In ausführlichen Beratungsgesprächen inklusive Begehung der betreuten Objekte ermittelt CWS-boco gemeinsam mit dem Facility Manager den individuellen Bedarf und kann somit kalkulieren und den Lieferturnus der Produkte organisieren.

www.cws-boco.de

HEBEKISSEN

Körperschonend aufgehoben



Mangelnde Muskelkraft, Gleichgewichtsprobleme oder Stolperfallen können zu Stürzen führen. Das Risiko ist groß, sich hierbei zu verletzen und vor allem mit zunehmendem Alter auch nicht mehr alleine hoch zu kommen. Fachkräfte aus der Pflege, aber auch Angehörige, kennen das Problem. Die Mangar-Hebekissen dienen als Partner, um gestürzte Menschen zunächst in eine Sitzposition und dann wieder auf die Beine zu bringen. Die leichten zertifizierten Hebekissen mit leistungsstarken Niederdruck-Kompressoren stecken in einer handlichen Tasche, sind laut Hersteller sofort per Batterie- oder Netzbetrieb einsatzbereit, blasen sich stufenlos auf und heben dabei je nach Modell bis zu 320 beziehungsweise 450 Kilogramm.

www.mangarinternational.de



ORTUNGSGERÄT

Personen in Echtzeit finden

Die Firma Laipac bietet das Lola Ortungsgerät an. Durch den eingebauten GPS-Empfänger und die Tracking-Software lassen sich das Gerät und der Träger in Echtzeit orten – einfach per Klick im Internet. Besonders nützlich ist der eingebaute Sturz-Sensor, der im Falle eines Aufschlags einen Alarm in einstellbarer Stärke auslöst. Mit dem großen, einfach zu bedienenden Telefonknopf lässt sich in Notfällen schnell Hilfe herbeirufen. Ein weiterer Vorteil ist laut Hersteller die Möglichkeit, einen zulässigen Aufenthaltsbereich zu definieren. Wird dieser Bereich verlassen, wird ein Alarm ausgelöst. Das Ortungsgerät eignet sich unter anderem zur Absicherung von Personen in Pflegeeinrichtungen als auch für den privaten Gebrauch.

www.presentec.de



GETRÄNKEKANNE

Geschmackvoll und hygienisch

Die neue Getränkekanne aus dem Hause Hepp Hospitala vervollständigt laut Anbieter bestehende Speiserverteilsysteme nicht nur optisch, sondern auch funktional. Mit einem Fassungsvermögen von 1,4 Litern verwahrt sie Heiß- sowie Kaltgetränke und dient alternativ auch als Behältnis für Trockenprodukte, wie etwa Müsli. Dabei gewährleistet der zugehörige Deckel einen sauberen sowie hygienischen Transport von A nach B. Dank der schlanken Maße soll eine platzsparende Lagerung keine Herausforderung darstellen. Standardmäßig ist die rautenförmige Getränkekanne in den neuen Farben Petrol und Aubergine sowie als transparente Variante verfügbar. Daneben können ab einer bestimmten Mindestbestellmenge auch individuelle Farbwünsche problemlos umgesetzt werden.

www.hepp.de



INKONTINENZWÄSCHE

Qualitätskriterien erfüllt

Im Bereich der saugenden Inkontinenzhosen erfüllt das MoliCare-Sortiment laut Anbieter Paul Hartmann AG die Qualitätskriterien im aktuellen Hilfsmittelverzeichnis. Die neuen Anforderungen an Inkontinenzprodukte, wie beispielsweise reduzierte Rücknässung, höhere Aufsauggeschwindigkeit, verbesserte Geruchsabsorption und nachgewiesene Atmungsaktivität, werden nach eigenen Angaben erfüllt. Die Rücknässequote liege bei 0,2 g und die Aufsauggeschwindigkeit betrage 5 ml/s. Die Geruchsabsorption soll durch einen speziellen Superabsorber-Polymer mit Odor-Control-Eigenschaften sichergestellt werden. Die Reihen MoliCare Slip und MoliCare Premium Slip sind in der Produktgruppe 15 gelistet und damit erstattungsfähig.

Die neuen Anforderungen an Inkontinenzprodukte, wie beispielsweise reduzierte Rücknässung, höhere Aufsauggeschwindigkeit, verbesserte Geruchsabsorption und nachgewiesene Atmungsaktivität, werden nach eigenen Angaben erfüllt. Die Rücknässequote liege bei 0,2 g und die Aufsauggeschwindigkeit betrage 5 ml/s. Die Geruchsabsorption soll durch einen speziellen Superabsorber-Polymer mit Odor-Control-Eigenschaften sichergestellt werden. Die Reihen MoliCare Slip und MoliCare Premium Slip sind in der Produktgruppe 15 gelistet und damit erstattungsfähig.

www.hartmann.info

Altenpflege

Vorsprung durch Wissen

„Die Demenz kann uns mal“

Die Bedeutung der Musik für demenziell veränderte Menschen

Die Musik öffnet die Herzen demenzkranker Menschen – sie sind die Protagonisten dieses Buches. Das Sachbuch stellt musikalische Gastauftritte bekannter Musiker in Senioreneinrichtungen vor, passende Fotos geben faszinierende Einblicke, die das Empfinden der Menschen mit Demenz widerspiegeln. Pflegekräfte und Betreuer finden hier praxiserprobte Inhalte zum Umgang mit Demenz und ein einführendes Vorwort des Fernsehmoderators Gerhard Delling.



Graziano Zampolin
„Die Demenz kann uns mal“
 Die Bedeutung der Musik für demenziell veränderte Menschen
 2016, 100 Seiten, kart., Format: 17 x 24 cm
 22,80 €, Best.-Nr. 828

➤ www.altenpflege-online.net/shop

Vincentz Network
 T +49 511 9910-033
 F +49 511 9910-029
 buecherdienst@vincentz.net



Messen – Kongresse – Fachtagungen*Projektabschluss
Alter und Trauma*

Wie werden traumatische Erinnerungen im Pflegealltag sichtbar, und wie geht man mit ihnen um? Die Abschlussstagung „Alter und Trauma – Unerhörtem Raum geben“ am 14. September 2016 in Gelsenkirchen will Praxishilfen aus dem gleichnamigen NRW-Verbundprojekt an Fach- und Leitungskräfte der Altenhilfe vermitteln. Die Projektergebnisse werden in Vorträgen, Impulsen und Workshops zur Verfügung gestellt. Die Tagung bietet so die Möglichkeit, Wissen zu vertiefen, Erfahrungen zu reflektieren und traumasensibles Handeln in die eigene Praxis zu tragen.

PariSozial Minden-Lübbecke/Herford, Minden, Sandra Blome, T +49 571 82802-10, info@alterundtrauma.de, www.alterundtrauma.de

Palliative Geriatrie

Brauchen alte Menschen hospizlich-palliative Angebote, und wenn ja, wann und welche? Antworten darauf gibt die Fachtagung Palliative Geriatrie am 30. September 2016 in Berlin. Nationale und internationale Referen-

ten aus Praxis und Wissenschaft erörtern im Tagungsforum und in sechs Themen-Sessions die vielfältigen Aspekte.

Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie vom Unionhilfswerk, Berlin, T +49 30 42265838, fachtagung@palliative-geriatrie.de, www.palliative-geriatrie.de/fachtagung

AAL-Kongress

Der Einsatz Alltagsunterstützender Assistenzlösungen (AAL) kann das Leben mit Alters- und Mobilitätseinschränkungen wesentlich erleichtern und trägt zur verbesserten Pflege bei. Der Fachkongress „Alltagsunterstützende Assistenzlösungen“ mit begleitender Ausstellung bietet Fachbesuchern eine Plattform, sich über diese technischen Lösungen in Ergänzung zur persönlichen Betreuung auszutauschen und zu informieren. Der Kongress findet am 6. Oktober 2016 auf dem Messegelände in Karlsruhe statt.

Karlsruher Messe- und Kongress-GmbH, Lars Haug, T +49 721 3720-5095, lars.haug@messe-karlsruhe.de, <http://vinc.li/AAL-Kongress>

*Hospiz- und
Palliativkongress*

Am 11. Oktober 2016 lädt der Hospiz- und Palliativverband Baden-Württemberg zum zweiten Hospiz- und Palliativkongress nach Stuttgart ein. Zentrales Thema des Kongress-

ses ist Sorge als Grundhaltung gegenüber anderen Menschen. Wie wirkt der Sorge-Gedanke von Hospizkultur und Palliativmedizin in unserer Gesellschaft? Was muss sich im Gesundheitswesen ändern, wenn wir es als „System der Sorge“ begreifen?

Hospiz- und Palliativverband Baden-Württemberg, Bietigheim-Bissingen, T +49 7142 776156, kongress@hvpbw.de, <http://hvpbw.de/kongress>

AltenpflegeKongress

Im Herbst startet Vincentz Network mit neuen Terminen für den AltenpflegeKongress. Profitieren Sie von aktuellem Fachwissen, der thematischen Vielfalt und hochkarätigen Referenten. Das Programm und weitere Informationen können auf der Internetseite abgerufen werden. Folgende Termine und Orte stehen zur Auswahl: 12.–13. Oktober in Berlin, 9.–10. November in Dortmund, 22.–23. November in Hamburg, 29.–30. November 2016 in Ulm und 14.–15. Februar 2017 in Köln.

Vincentz Network, Hannover, Andreas Weber, T +49 511 9910-175, veranstaltungen@vincentz.net, www.ap-kongress.de

Berliner Pflegekonferenz

Die Berliner Pflegekonferenz mit Plenum, Workshops und Ausstellung stellt am 8. und 9. November 2016 unter anderem die Themen Pflegeausbildung, Kultursensible



Pflege, Gewalt in der Pflege, AAL und Pflegebedürftigkeitsbegriff in den Fokus. Darüber hinaus werden die Rolle der Kommunen und Hausärzte in der Pflege betrachtet und Innovationsfonds-geförderte Pflegemodelle vorgestellt.

Organisationsbüro der Berliner Pflegekonferenz, c/o spectrumK GmbH, Berlin, T +49 30 2123 36152, info@berliner-pflegekonferenz.de, www.berliner-pflegekonferenz.de

Gewalt am Arbeitsplatz

Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege veranstaltet in Dresden vom 17. bis 18. November 2016 ein Symposium zum Thema Gewalt und Aggression am Arbeitsplatz in Betreuungs- und Pflegeberufen. Führungskräfte und Fachkräfte erhalten Informationen und Anregungen, wie sie Gewalt und Aggression vorbeugen oder im Falle einer Gewalttat professionell

reagieren können. In Vorträgen berichten Experten über aktuelle Entwicklungen, Praxisbeispiele und Unterstützungsangebote. Konkrete Anliegen können in den Workshops diskutiert und bearbeitet werden.

BGW Akademie Dresden, Veranstaltungs- und Projektmanagement, Falk Melching, T +49 351 28889-6116, falk.melching@bgw-online.de, http://vinc.li/Symposium_Gewalt

Seminare & Studiengänge

Vincenz Akademie

ab September 2016 / bundesweit
Vincenz Network, Hannover, Raphael Lupp, T +49 511 9910-175, veranstaltungen@vincenz.net, www.vincenz-akademie.de

Basiskompetenzen für die Beratung

29. September 2016 / Hannover
Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Nds., Hannover, T +49 511 388189-0, info@gesundheit-nds.de, www.gesundheit-nds.de

Weiterbildung Diabetes-Pflegefachkraft (Langzeitpflege)

September 2016–Februar 2017 / Heidelberg, München oder Berlin
Institut für Innovatives Gesundheitsmanagement IIGM, Berlin, Marion Jargosch, T +49 30 54708-223, info@iigm.de, www.iigm.de

Weiterbildung Demenzexperte

17. Oktober 2016–13. Dezember 2017 / Essen
Bildungsinstitut im Gesundheitswesen, Essen, Hubert Zimmermann, T +49 201 36140-14, hubert.zimmermann@big-essen.de, http://vinc.li/BiG_Demenzexperte

Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation

24.–25. Oktober 2016 / Essen
Caritasverband für das Bistum Essen, Kirsten Werner, T +49 201 81028-151, kirsten.werner@caritas-essen.de, http://vinc.li/Caritas_Entbüro

Krankheitsfallen: Stress und Burnout

2. November 2016 in Hamburg /
16. November 2016 in Stuttgart /
7. Dezember 2016 in Nürnberg
Vincenz Network, Hannover, Raphael Lupp, T +49 511 9910-175, veranstaltungen@vincenz.net, www.vincenz-akademie.de

Interkulturelle Kompetenz für Profis

3. November 2016–18. Mai 2017 / Hannover
Zentrum für Pflegekompetenz der Deutschen Angestellten-Akademie (DAA), Hannover, Joachim Becker, T +49 511 12186-190, joachim.becker@daa.de, http://vinc.li/InterkultKompetenz



Ihr Kompass für Kaufentscheidungen

markt & partner
PRODUKTE | DIENSTLEISTUNGEN | IDEEN

Ob Newsletter, Datenbank oder Printmedien – markt & partner informiert Sie über aktuelle Angebote und Innovationen aus der Altenhilfe.

- ▶ **Branchendatenbank** – Anbieter schneller finden
- ▶ **Themenhefte** – Expertenwissen für Entscheider
- ▶ **Newsletter** – das 14 tägige Branchen-Update
- ▶ **Navigator** – der Marktplatz in CAREkonkret

▶ www.marktundpartner.net

VINCENZ

Bücher, Spiele, DVD usw.



Fit für die Praxis

Der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe ist verbindliche Grundlage der täglichen Arbeit. Der vorliegende Band bringt knapp und präzise auf den Punkt, wie er im Pflegealltag umzusetzen ist – anschaulich und leicht verständlich. Viele Fallbeispiele, Praxistipps und To-do-Listen ergänzen die Arbeitshilfe. Locker und kompetent begleiten zwei Comicfiguren die Leser durch den Expertenstandard. Bea, die Pflegefachkraft und Benni, der Auszubildende, kennen sich bestens aus. Sie machen Pflegekräfte fit für die Praxis und die Qualitätsprüfung. Dabei werden auch folgende Fragen beantwortet: Wie ist das Dekubitus-Risiko professionell einzuschätzen? Wer ist in der Prophylaxe wofür zuständig? Wie lässt sich der Schweregrad des Dekubitus erkennen? Wie funktioniert eine kompetente Pflegeplanung? Der Band eignet sich für Pflegekräfte zur Auffrischung des Wissens sowie für Praxisanleiter und Pflegedienstleitungen, die sich in der Aus- und Weiterbildung engagieren.

Team boq: Dekubitusprophylaxe. Arbeitshilfe zur praktischen Umsetzung; Vincentz Network, Hannover, 2014, 44 Seiten, 16,80 Euro, Staffelpreise



Passt in die Kitteltasche

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.

Richard Strack: Grundwortschatz für Pflegeberufe; Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 11., aktualisierte Auflage 2015, 150 Seiten, 12,90 Euro



Wegweiser für die neuen Anforderungen

Die Reform der Pflegeversicherung führt zur Abschaffung der drei Pflegestufen. Künftig gelten fünf Pflegegrade, die es mithilfe des Neuen Begutachtungs-Assessment zu ermitteln gilt. Dieses Handbuch stellt alle wichtigen Informationen zum NBA vor und unterstützt dabei, die bestmögliche Umsetzungsstrategie zu wählen, das eigene Dokumentationssystem optimal anzupassen, alle relevante Vorgaben in den Pflegeprozess zu integrieren und entscheidende Grundlagen für Leistungsqualität und Wirtschaftlichkeit zu legen. Alle Kapitel des Buches folgen dem Aufbau des NBA.

Nicole Franke: NBA und Pflegegrade. Praxishandbuch für die erfolgreiche Umsetzung im Pflege- und Betreuungsprozess; Vincentz Network, Hannover, 2016, 160 Seiten, 28,80 Euro

mega.com
ein deutscher Hersteller für
Funkfinger
kompatibel mit fast allen
Schwesterrufanlagen.
Info unter 04191/9085-0
www.megacom-gmbh.de



Tabuthema überwinden

Ekel ist ein Alltagsphänomen in der Pflegearbeit. Die Autorin stellt Methoden vor, die helfen, mit diesem Gefühl so umzugehen, dass weder Pflegenden noch Bewohner darunter leiden müssen.

Hiltrud Krey: Ekel ist okay. Ein Lern- und Lehrbuch zum Umgang mit Emotionen in Pflegeausbildung und Pflegealltag; Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2015, 153 Seiten, 19,95 Euro



Dienstplan: mitarbeitergerecht, bewohnerorientiert, wirtschaftlich; Vincentz Network, Hannover, 2016, 36 Seiten, 19 Euro

Personaleinsatz organisieren

Lesen Sie im neuen Dossier, wie Sie einen für Bewohner und Mitarbeiter verlässlichen Dienstplan erstellen. Wie Sie dazu Netto-Arbeitszeiten berücksichtigen, um wirtschaftliches Arbeiten zu erreichen und welche arbeitsrechtlichen Fragen im Blick zu behalten sind.

Altenpflege DOSSIER 07: Dienstplanung. Verlässlicher



Höheres Demenzrisiko bei geistiger Behinderung

Menschen mit geistiger Behinderung werden heute nach wissenschaftlichen Erkenntnissen rund 70 Jahre. Sie sind die erste Generation, die nach dem Zweiten Weltkrieg älter und alt wird. Damit steigt bei ihnen das Risiko, an einer Demenz zu erkranken. Diese Entwicklung stellt Mitarbeitende in Einrichtungen der Behindertenhilfe,

Angehörige und Pflegende sowohl in ambulanten Pflegediensten als auch in stationären Altenhilfeeinrichtungen vor große Herausforderungen. Wie wird beispielsweise eine beginnende Demenz erkannt? Welche Veränderungen bringt das für die Lebensgestaltung mit sich? Die Publikation möchte erste Ansätze einer gemeinsamen Arbeit für die Betroffenen und auch für die Mitarbeitenden der beteiligten Berufsgruppen aufzeigen.

Kuratorium Deutsche Altershilfe/Landesinitiative Demenz-Service NRW (Hrsg.): Menschen mit Demenz und geistiger Behinderung begleiten. Demenz-Service, Bd. 16; KDA, Köln, 2016, kostenloser Download www.demenz-service-nrw.de

Impressum

Altenpflege

www.altenpflege-online.net
Fax Redaktion: F +49 5119910-119

Chefredaktion:

Monika Gaier,
T +49 511 9910-110, monika.gaier@vincentz.net

Redaktion:

Klaus-Dieter Nolte,
T +49 511 9910-122, klaus.nolte@vincentz.net

Dr. Holger Jenrich,

T +49 511 9910-120, holger.jenrich@vincentz.net

Thordis Gooßes,

T +49 511 9910-114, thordis.goosses@vincentz.net

Redaktionsassistent:

Irmhild Trepte,
T +49 511 9910-125, irmhild.trepte@vincentz.net

Verlagsleitung:

Miriam von Bardeleben (mvb),
T +49 511 9910-101, miriam.v.bardeleben@vincentz.net

Produktion & Layout: Maik Dopheide (Leitung),
Birgit Seesing (Artdirection), Julia Zimmermann, Claire May

Der Nachdruck, auch auszugsweise, ist nur mit Genehmigung des Verlages gestattet. Beiträge, die mit vollem Namen oder auch mit Kurzzeichen des Autors gezeichnet sind, stellen die Meinung des Autors, nicht unbedingt auch die der Redaktion dar.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen und Handelsnamen in dieser Zeitschrift berechtigt nicht zu der Annahme, dass solche Namen ohne weiteres von jedermann benutzt werden dürfen. Vielmehr handelt es sich häufig um geschützte, eingetragene Warenzeichen. Unverlangte Zusendungen redaktioneller Beiträge auf eigene Gefahr und ohne Gewähr für Rücksendung. Die Einholung des Abdruckrechtes für dem Verlag eingesandte Fotos obliegt dem Einsender. Die Rechte für Abbildungen ohne Quellenhinweis liegen beim Autor oder der Redaktion. Überarbeitungen und Kürzungen liegen im Ermessen der Redaktion. 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 Verlags strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

**Verlag: Vincentz Network,
Postfach 6247, 30062 Hannover
UST-ID-Nr. DE115699823**

Anzeigen Leitung:

Ralf Tilleke,
T +49 511 9910-150, ralf.tilleke@vincentz.net

Beratung Geschäftsanzeigen:

Kirsten Bockting,
T +49 511 9910-152, kirsten.bockting@vincentz.net

Beratung Rubrikanzeigen:

Vera Rupnow,
T +49 511 9910-152, vera.rupnow@vincentz.net

**Gültig ist die Anzeigenpreisliste
Nr. 41 vom 1.10.2015.**

Vertrieb Leitung:

Dirk Gödeke,
T +49 511 9910-025, F +49 511 9910-029
zeitschriftendienst@vincentz.net

Die monatlich erscheinende Zeitschrift kostet bei Vorauszahlung im Jahresvorzugspreis seit 1.1.2015 inklusive Versand, zzgl. MwSt. für Privatpersonen im Inland € 72,90 und im Ausland € 76,64 sowie für institutionelle Nutzer im Inland € 96,50 und im Ausland € 99,-.

Bei vorzeitiger Abbestellung besteht Anspruch auf den anteiligen Restbetrag. Schüler und Studenten erhalten gegen jährliche Vorlage eines Studiennachweises 20% Nachlass auf das Abo-Brutto.

Bei höherer Gewalt keine Lieferungspflicht.
Gerichtsstand und Erfüllungsort: Hannover

Druck: hofmann infocom GmbH, Nürnberg
www.hofmann-infocom.de

Auf chlorfrei gebleichtem Papier
© Vincentz Network GmbH & Co. KG

ISSN 0341-0455

8/2016





Vorschau 9.2016

Altenpflege Geburtstag

Unsere Zeitschrift wird 40!

Wir machen eine ganze Ausgabe rund um unser Jubiläum

Altenpflege Meilensteine

Was war wichtig im Pflegeberuf?

Wir zeichnen die Entwicklungen der vergangenen 40 Jahre nach

Altenpflege Begleiter

Was sie zu sagen haben

Wir lassen Persönlichkeiten aus der Altenpflege zu Wort kommen



Jetzt bestellen!
Unter www.aktivieren.net

Ideen und Impulse

für die Soziale Betreuung

Freude schenken, den Alltag abwechslungsreich gestalten und Farbe ins Leben bringen! Sicherlich sind das nur einige der Aufgaben, die Ihr Engagement widerspiegeln und mit denen Sie sich in der Sozialen Betreuung identifizieren. Das neue Fachmagazin **aktivieren** unterstützt Sie in der Organisation Ihrer Betreuungsangebote für Senioren: Mit frischen Inhalten, zahlreichen Anregungen und farbenfrohen Beispielen. **aktivieren** erscheint sechsmal im Jahr und hilft Ihnen, das Wohlbefinden – auch von Menschen mit Demenz – zu steigern.

Damit Sie auch in Zukunft stets mit einem Lächeln auf dem Gesicht Ihre Mitmenschen kreativ begeistern.

Bietet Ihnen Ideen und Impulse, zur sofortigen Umsetzung.

Entlastet Sie bei der Organisation Ihrer Betreuungsangebote.

Hilft Ihnen das Wohlbefinden Ihrer Senioren zu steigern.



Vincentz Network
T +49 511 9910-025 | F +49 511 9910-029
zeitschriftendienst@vincentz.net | www.aktivieren.net



Jetzt Fan werden!
facebook.com/aktivieren.net

Die Altenpflege Dossiers



Fachinformationen auf den Punkt gebracht

Nutzen Sie Informationen,
Praxistipps und Arbeitshilfen,
die Sie im Beruf unterstützen.
Bestellen Sie jetzt!



Alles Wissenswerte rund um das Thema „Stark gegen Stress“ finden Sie in diesem Dossier. Sie erfahren, wie Sie Ihre persönlichen Methoden entwickeln, um Stress zu bewältigen, Ihre positive Grundhaltung im Beruf bewahren und wie Sie die Gefährdungsbeurteilung einsetzen, um psychische Belastungen zu reduzieren.

Altenpflege Dossier Stark gegen Stress
Belastung reduzieren. Widerstandskraft stärken: Wie Sie es schaffen, im Gleichgewicht zu bleiben
2016, 36 Seiten,
19,- €, Best.-Nr. 861

Lesen Sie im neuen Dossier, wie Sie einen für Bewohner und Mitarbeiter verlässlichen Dienstplan erstellen. Erfahren Sie, wie Sie Netto-Arbeitszeiten ermitteln und berücksichtigen. Und außerdem die wirtschaftlichen Komponenten der Dienstplanung und die arbeitsrechtlichen Fragen im Blick behalten.

Altenpflege Dossier Dienstplanung
Verlässlicher Dienstplan: mitarbeitergerecht, bewohnerorientiert, wirtschaftlich
2016, 36 Seiten,
19,- €, Best.-Nr. 853

Sie erfahren, was sich im aktualisierten Expertenstandard geändert hat. Darüber hinaus stellen Experten die „WundUhr“ zur phasenweisen Wundversorgung vor und erläutern, worauf es bei der Versorgung von Menschen mit Dekubitus, Diabetischem Fußsyndrom und gefäßbedingtem Ulcus cruris ankommt.

Altenpflege Dossier Chronische Wunden
Wundheilung unterstützen, Lebensqualität fördern: Wie sie phasengerecht versorgen, anleiten und beraten
2016, 36 Seiten,
19,- €, Best.-Nr. 842