

Altenpflege

Vorsprung durch Wissen

40 JAHRE
Altenpflege

11. 2016 / 41. Jahrgang / www.altenpflege-online.net



VINCENTZ

PFLEGE OASEN

Was Studien über ihre Wirkung aussagen

BEWEGUNGSANGEBOT

Wie eine Kooperation mit Sportvereinen gelingt

KONTINENZFÖRDERUNG

Warum Toilettentraining besonders geeignet ist



ANGEHÖRIGE

*Auf gute
Zusammenarbeit*



ZUKUNFTSTAG ALTENPFLEGE

by Vincentz Network

GEMEINSAM STARK



SAVE THE DATE

25. – 27. APRIL 2017 | MESSE NÜRNBERG

DIE TOP-THEMEN 2017

- Pflegestärkungsgesetz II & III
- Das neue Begutachtungsinstrument
- Status quo zur Pflegeberufereform
- Qualitätsberichterstattung 2018
- Tagespflege
- Intensivpflege

Wir geben der Altenpflege
eine starke Stimme:



Mit freundlicher Unterstützung



Veranstalter



Der Anker nach draußen

Eltern, Kinder, Lebenspartner, Freunde. Es gibt viele Menschen, denen wir emotional in besonderer Weise verbunden sind. Die schöne Erlebnisse und traurige Momente mit uns teilen. Für die wir Verantwortung tragen. Es sind unsere Angehörigen. Und Angehöriger zu sein, bedeutet mitunter auch, schwere Entscheidungen zu treffen. Eine solche Entscheidung ist zum Beispiel die, ob oder wann ein Elternteil nicht mehr zu Hause gepflegt und versorgt werden kann.

Ehefrauen, Töchter, Enkel, Geschwister. Es sind Angehörige von Bewohnern Ihrer Einrichtung, die genau diese Entscheidung getroffen haben. Und nun Ihre Hilfe benötigen, Ihren Rat und Ihre Zuwendung. Zugleich sind sie aber auch ein wertvoller Ansprechpartner für die Bewohner, weil sie gerade in der ersten Zeit nach dem Einzug den nötigen Halt geben können. Weil sie der „Anker nach draußen“ sind, wie es Angelika Zegelin in unserem Titelthema umschreibt und dafür plädiert, Angehörige immer wieder zum „Verbindung aufnehmen“ zu ermutigen. Außerdem erläutert Heike Jurgschat-Geer im Titelthema, wie Sie Angehörige so mit Rat und Tat unterstützen, dass eine gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit gelingt. > 20

Apropos gute Zusammenarbeit. Beim Lübecker Modell Bewegungswelten sind zehn Pflegeeinrichtungen eine sehr fruchtbare Kooperation mit ortsansässigen Sportvereinen eingegangen. Im Rahmen dieses Pilotprojekts ging es darum, ein Bewegungsprogramm zu testen, das körperliche Aktivitäten für Bewohner in Alltagshandlungen einbettet. Wie gut dieses Programm funktioniert, und was Sie daraus möglicherweise für Ihre Einrichtung ableiten können, lesen Sie auf Seite > 46

Ihr



Klaus Nolte,
Redakteur der Zeitschrift *Altenpflege*
klaus.nolte@vincentz.net
Tel. 05 11 / 99 10-122

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

facebook



HEIMBAS
Pflege-
Dokumentation
effektiv
effizient
einmalig



HEIMBAS[®]
Softwarelösungen
für das Sozialwesen

www.heimbas.de
Tel. 0201 - 59 22 90



20 Angehörige

TITELTHEMA

- 20 **Kommunikation**
Einfach gut beraten
Wer Angehörige mit Rat und Tat unterstützt, fördert die Zusammenarbeit und schafft ein Qualitätsmerkmal der Pflege und Begleitung.
- 26 **Appell** *In Verbindung bleiben*
Regelmäßiger Kontakt zur Familie ist für zahlreiche Bewohner immens wichtig. Angehörige sollten hierfür sensibilisiert werden.



30 Essen als Lebensqualität



32 Begutachtung: Modul 5

THEMEN

- 32 **Begutachtungsverfahren** *Modul 5*
Das Modul 5 befasst sich mit der Bewältigung von und dem selbstständigen Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen.
- 38 **Pflegeoase** *In Gemeinschaft umsorgt*
Lesen Sie, welche Ergebnisse pflegewissenschaftliche Studien ergeben haben, die der Frage nachgegangen sind, ob Pflegeoasen in der späten Phase der Demenz die bessere Versorgungsform sind.



48 Bewegung



38 Studien zu Pflegeoasen

44 **Kontinenz fördern** *Planmäßig vorgehen*

Toiletentraining gilt laut einer aktuellen Leitlinie als besonders geeignete Methode zur Verbesserung der Harnkontinenz bei geriatrischen Patienten.

48 **Mobilität** *Vereint in Bewegung*

Beim Lübecker Modell Bewegungswelten betten Pflegeeinrichtungen körperliche Aktivitäten in Alltagshandlungen ein und kooperieren zu diesem Zweck erfolgreich mit Sportvereinen.

RUBRIKEN

- 4 AltenpflegeMagazin
- 6 Wortwechsel
- 8 Interview
- 10 Pro & Contra
- 18 Forum
- 30 Wissenschaft
- 42 Porträt
- 52 Recht



SERVICE

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

Wir bedanken uns

beim Team des Caritashauses Simeon in Lübeck für seine Unterstützung bei den Fotoaufnahmen dieser Ausgabe

ZAHL DES MONATS**3 000 Euro**

beträgt ab 2017 das Einstiegsgehalt für Pflegefachkräfte bei der Münchenstift GmbH. Damit geht die Bezahlung neuer Mitarbeiter bei dem hundertprozentigen Tochterunternehmen der Stadt München über die im Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst (TVÖD) vorgesehene hinaus.

BUNDESLAND BERLIN**Ausbildungsabgabe**

☞ Sollte es im Bundesland Berlin zu einer Koalition zwischen SPD, den Grünen und der Linkspartei kommen, wird (nicht nur) in der Altenpflege aller Voraussicht nach eine Ausbildungsabgabe eingeführt.

Wie die „Berliner Morgenpost“ meldete, hat sich die rot-rot-grüne Koalition darauf verständigt, Unternehmen bezahlen zu lassen, die nicht selbst Lehrlinge ausbilden. Zunächst solle die Abgabe in der Pflegebranche eingeführt werden, weil dort der Fachkräftemangel am größten sei, begründete die amtierende Arbeitssenatorin und SPD-Verhandlungsführerin Dilek Kolat den Plan. Die Regelung könne aber auch auf weitere Branchen ausgeweitet werden.

MEHR INFOwww.dilek-kolat.com**BRANDENBURG****Branchentarifvertrag vor dem Aus**

☞ Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (verdi) hat nach eigenen Angaben Anfang November ihre Verhandlungen mit der Liga der freien Wohlfahrtsverbände über einen Branchentarifvertrag Altenpflege für das Bundesland Brandenburg ausgesetzt.

Nach mehr als zwei Jahren sei keine Lösung in Sicht, sagte Meike Jäger, im verdi-Landesbezirk Berlin-Brandenburg Leiterin des Fachbereichs „Gesundheit, soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen“. Ein Teil der Verbände wolle keine Tarifverhandlungen, so die Gewerkschafterin, andere hätten kein Mandat dafür. Ein Austausch sei sicher wichtig, aber er müsse auch zum Ziel führen: „Die Beschäftigten haben kein Verständnis mehr für diesen Stillstand.“

Die Linkspartei in Brandenburg zeigt sich entsetzt über die Entwicklung

und forderte alle Beteiligten auf, die Verhandlungen wieder aufzunehmen. Dass es kein Verhandlungsergebnis gebe, sei verantwortungslos, heißt es in einer Erklärung von Bettina Fortunato, der pflegepolitischen Sprecherin der Partei: „Alle verlieren: die Pflegekräfte, die zu Pflegen, die Gewerkschaften und die Wohlfahrtsverbände.“

Nach wie vor wanderten Pflegekräfte nach Berlin ab, weil die Bezahlung besser sei. Zudem gebe es immer wieder Tarifaueinandersetzungen zwischen Beschäftigten und einzelnen Wohlfahrtsverbänden als Arbeitgeber. Ein allgemeinverbindlicher Tarifvertrag Pflege für Brandenburg könne die Situation dagegen entspannen.

MEHR INFOwww.potsdam.verdi.de**ANGEMESSENES EINKOMMEN IN DER PFLEGE****„Bremer Erklärung“ unterzeichnet**

Pflegekräfte in Bremen sollen in Zukunft besser bezahlt werden. Sozialsenatorin Anja Stahmann (Grüne) hat gemeinsam mit Vertretern von Krankenkassen und der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Bremen (LAG) eine „Bremer Erklärung für ein angemessenes Einkommen in der Pflege“ unterzeichnet. Wie die Tageszeitung „Weser-Kurier“ berichtete, versichern die Unterzeichner, Maßnahmen zu unterstützen, die den Altenpflegeberuf attraktiver machen. Dazu gehöre, dass Tarifverträge bei den Vergütungsverhandlungen für Pflegeeinrichtungen berücksichtigt werden. Die Bremer Sozialbehörde geht davon aus, dass die Zahl der Pflegebedürftigen im Land Bremen bis 2030 um 25 bis 30 Prozent auf rund 30 000 Menschen steigen wird. Um ihre Versorgung zu sichern, müssen laut einer Studie pro Jahr mindestens 250 Erstausbildungsplätze zur Verfügung stehen.

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

MEHR INFOwww.sozialag.de**Wien
Therapieautos**

Ungewöhnliche Idee aus Österreich: Im „Pflegeheim Baumgarten“ in Wien werden ferngesteuerte Autos zu Therapiezwecken eingesetzt. Sie sollen den Bewohnern dabei helfen, ihre motorischen Fähigkeiten zu verbessern bzw. wiederzuerlangen, und ihr räumliches Denken sowie ihre Aufmerksamkeit trainieren.

VIVENDI. EINFACH. GUT.

PERSONALBEMESSUNG

Am Bedarf orientiert

Deutscher Pflegerat und DBfK fordern bundeseinheitliche Personalschlüssel



Foto: Werner Krüper

der Präsident des Deutschen Pflegerats e.V. (DPR), Andreas Westerfellhaus. Die Mehrleistungen gingen zulasten der Beschäftigten.

Auch aus Sicht des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) führt kein Weg an einem bundeseinheitlich festzulegenden Personalschlüssel vorbei, wenn der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff umgesetzt werden soll. In seinem aktuellen Positionspapier zur Personalbemessung in der stationären Altenpflege weist der Verband darauf hin, dass sich ein zu entwickelndes Personalbemessungssystem „nicht an Zeitmessungen im aktuellen System orientieren darf, da diese sich zwangsläufig aus den im Pflegeversicherungsrecht geregelten Leistungsbeiträgen ergeben“. Vielmehr sei der Personalbedarf anhand der pflegefachlich beurteilten individuellen Versorgungsbedarfe der Versicherten zu bemessen und nicht auf der Basis leistungsrechtlich definierter Versorgungssituationen.

Dabei beruft sich der DBfK auf aktuelle Studienergebnisse, die besagen, dass ein hoher Aufwand der personellen Zuwendung unabhängig vom Pflegegrad besteht. Als Übergangslösung, bis ein fundiertes Personalbemessungssystem entwickelt ist, schlägt der Verband einen „Anwesenheitsschlüssel“ von 1:8 im Tagdienst und von 1:30 im Nachtdienst vor. Wer sich genauer über die Vorschläge des DBfK für eine am tatsächlichen Bedarf orientierte Personalbemessung informieren möchte, kann das beim **Altenpflege Kongress** in Hamburg, Ulm und Köln tun. Die genauen Termine und weitere Infos unter www.ap-kongress.de

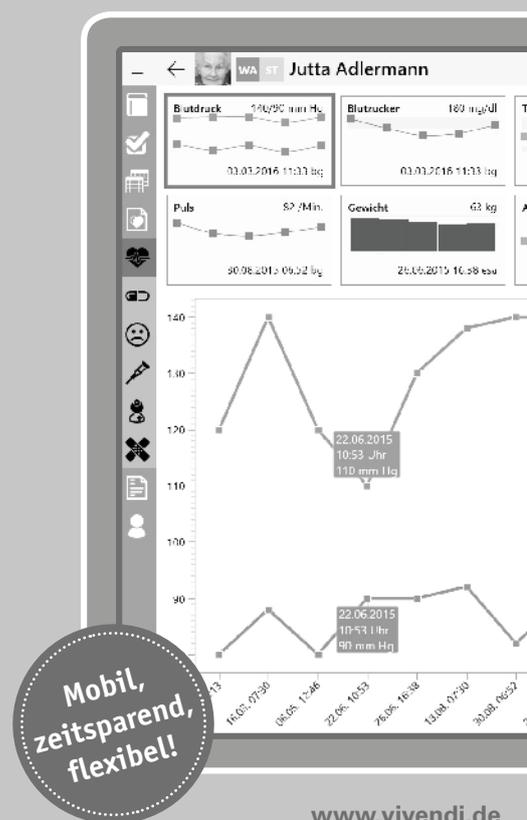
MEHR INFO

www.dbfk.de/de/veroeffentlichungen/Positionspapier.php

Die unterschiedlichen Personalausstattungen der Bundesländer in Deutschland haben maßgeblichen Einfluss auf die Heimentgelte in der stationären Pflege. Daher fordert der Deutsche Pflegerat (DPR) angepasste Vergütungen für die Mitarbeiter und bundesweit gleiche Personalschlüssel.

Die Prognos AG hat im Auftrag der Bertelsmann Stiftung eine Kostenanalyse (siehe Seite 15) der deutschen Pflege Landschaft vorgenommen. Ein Grund für die deutlichen regionalen Unterschiede der Kosten für die stationäre Altenpflege sei die unterschiedliche Bezahlung der Pflegekräfte, stellte die Stiftung fest. Auf den Zusammenhang zwischen Personalkosten und Heimentgelten wurde jedoch nicht eingegangen, kritisiert der DPR.

„Es kann nicht sein, dass Pflegeheime in Brandenburg im Vergleich zu Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Bayern mit 20 Prozent weniger Pflegekräften arbeiten müssen“, moniert



www.vivendi.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 halten Sie es mit „Kollege Roboter“?

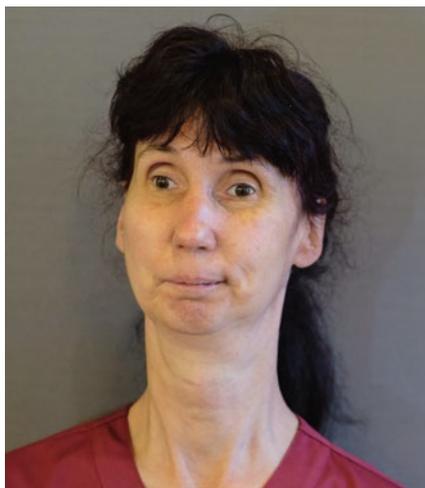
Sollten Roboter eines Tages in großem Stil in der Pflege Einzug halten, werden sie dann eher als Hilfe oder als Konkurrenz empfunden? *Altenpflege* hat hierzu Mitarbeiter des Caritashauses Simeon in Lübeck befragt.



Für **Vladimir Oesterreich** ist die Sache eindeutig: als Konkurrenz sieht er Pflegeroboter nicht. Seniorenbetreuung bedeute ja nicht nur körperliche Pflege, „sie ist ein Sammelsurium aus Sympathie, menschlicher Wärme und Vertrauen“, so der 52-Jährige, der als Pflegedienstleitung im Caritashaus Simeon tätig ist. „Und kein Roboter ist in der Lage, ein Gefühl von Geborgenheit zu geben“, ist sich Oesterreich sicher.

Kein Roboter ist in der Lage, ein Gefühl von Geborgenheit zu geben. ☺

Andererseits würde er es begrüßen, wenn Pflegeroboter bestimmte Aufgaben übernehmen würden, etwa Transfers oder Lagerungen. Dies wird den Pflegenden mehr Zeit für die Aufgabe der Pflege verschaffen, die Roboter nie erfüllen werden – seelische Pflege. ☺



Ähnlicher Meinung ist **Petra Burmann**. Auch die Pflegeassistentin im Lübecker Caritashaus hat die Arbeit auf der Gefühlsebene als Schwachstelle bei den nichtmenschlichen Kollegen ausgemacht. „Roboter können den Bewohnern keine eigenen Gefühle zeigen oder zwischenmenschliche Gefühle entgegenbringen“, sagt die 44-Jährige, „so wie es andere Menschen können, die mit ihnen lachen, sich mit ihnen freuen oder auch mit ihnen traurig sein können.“

Roboter könnten helfen, mit Bewohnern Gehübungen zu machen. ☺

Für Tätigkeiten anderer Art kann sich Petra Burmann den Einsatz von Pflegerobotern allerdings durchaus gut vorstellen. „Sie könnten beispielsweise dabei behilflich sein, mit Bewohner Gehübungen zu machen.“ ☺



Burhan Sihmantepe kann sich vorstellen, dass der Einsatz von Pflegerobotern die Lebensqualität von Pflegebedürftigen erhöht und die Gesundheit der Pflegekräfte fördert. „So könnten sie für Positionswechsel im Bett eingesetzt werden, um einen Dekubitus zu vermeiden“, sagt der 36-jährige Wohnbereichsleiter.

Roboter dürften eines Tages eher eine Notwendigkeit darstellen. ☺

Durch den demografischen Wandel mit immer mehr älteren Menschen und immer älter werdendem Pflegepersonal dürften Roboter in ein paar Jahrzehnten eher eine Notwendigkeit denn eine Konkurrenz darstellen, ist Sihmantepe überzeugt: „Daher sollten wir nach innovativen Wegen suchen, damit die Pflege am Menschen auch in Zukunft vom Menschen durchgeführt werden kann.“ ☺



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



Wohlbefinden

TENA Wet Wash Gloves:
Pflegerische Reinigung ohne weitere Hilfsmittel.

Jetzt testen!
Kostenlose Probe¹

der TENA Wet Wash Gloves bestellen:

Tel.: **01806 / 12 12 23²**

oder **www.TENA.de/Haut**

1) Packung à fünf Stück TENA Wet Wash Gloves, milder Duft.
2) Festnetz max. 0,20 €/Anruf, Mobilfunk max. 0,60 €/Anruf.
Anrufe sind nur aus Deutschland möglich.

Testen Sie jetzt die feuchten Waschhandschuhe von TENA für Ihre Hautpflegeroutinen:

- Sanft und pflegend zur Haut durch Reinigungs- und Pflegelotion im Handschuh.
- Weniger körperliche Belastung für Betroffene und Pfleger durch einfachere Reinigungsrouninen.
- Ideal zur Intimpflege: beugen einer Inkontinenz Assoziierten Dermatitis (IAD) vor.

Überzeugen Sie sich von der einfachen und sanften Ganzkörperreinigung, die ohne weitere Hilfsmittel wie Waschsüsseln und Handtücher funktioniert.





TV-Talk Kollege aus Blech

Experten unterschiedlichster Couleur haben unlängst in der ARD-Talksendung „Anne Will“ unter dem Motto „Schöne neue Arbeitswelt“ über Roboter in der Pflege diskutiert. Verdi-Frau Leni Breymaier will „keine Welt, in der die Kassenpatienten von Robotern gepflegt werden und Privatpatienten von Menschen“. Der FDP-Bundesvorsitzende Christian Lindner wiegelte ab: „Nicht alles, was technisch möglich ist, wird auch passieren.“

SAARLAND

Absage an Roboter

Die saarländische Ministerpräsidentin Annegret Kramp-Karrenbauer (CDU) hält nichts von der Entwicklung von Pflegerobotern. Das habe die Politikerin jüngst auf einem Landesparteitag der Saar-Union in Neunkirchen signalisiert, berichtete die „Ärzte-Zeitung“.

Dabei habe sie sich im Zeitalter der Digitalisierung nicht generell gegen intelligente technische Lösungen gewehrt, heißt es – sie könnten in der Pflege etwa bei der Dokumentation entlasten. Vor der Pflege selbst müsse dies aber Halt machen, so Kramp-Karrenbauer: „Ich will in keinem Land leben, in dem Menschen von Robotern gepflegt werden.“

mega.com
ein deutscher Hersteller für
Bewegungsmelder
drahtlos, kompatibel mit fast
allen Schwesternrufanlagen.
Info unter **04191/9085-0**
www.mega.com-gmbh.de

Interview

„Die Ergebnisse werden mit allen Beteiligten umfassend und sorgfältig diskutiert“



In einer wissenschaftlichen Studie wird zurzeit die Qualität der neuen Pflegedokumentation unter die Lupe genommen. Wir sprachen mit **Dr. Karin Wolf-Ostermann**, Professorin für Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung an der Universität Bremen.

Altenpflege: Das neu entwickelte Dokumentationssystem für die Pflege ist nun ein paar Monate und bei gerade einmal 40 Prozent der Pflegeeinrichtungen im Einsatz – schon wollen Sie mittels der EvaSIS-Studie (<http://bit.ly/2druUCg>) die Effizienz des Instruments wissenschaftlich untersuchen. Ist das nicht arg früh?

Karin Wolf-Ostermann: Die neue Pflegedokumentation blickt ja schon auf eine längere Entwicklungszeit zurück. Bereits 2013/14 wurde im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums ein neues Strukturmodell entwickelt und erprobt, das die Pflegedokumentation in der Praxis effektiver und effizienter gestalten soll, ohne fachliche Standards oder Qualitätsaspekte zu vernachlässigen. Zum 1. Januar 2015 startete das Projekt zur flächendeckenden Einführung der neuen Dokumentation, und derzeit haben wir bundesweit mehr als 10 000 bei „Ein STEP“ registrierte Pflegedienste und Pflegeheime, so dass wir hier durchaus bereits auf eine große Zahl von Nutzern zugreifen können. Und die Überprüfung der Effizienz ist ja nur einer unter mehreren Evaluationsgesichtspunkten.

Altenpflege: In Ihrer Studie wollen Sie unter anderem herausfinden, ob die Qualität des neuen Systems den Aufwand, der damit verbunden ist, rechtfertigt. Wie lässt sich so etwas denn überhaupt belegen bzw. widerlegen?

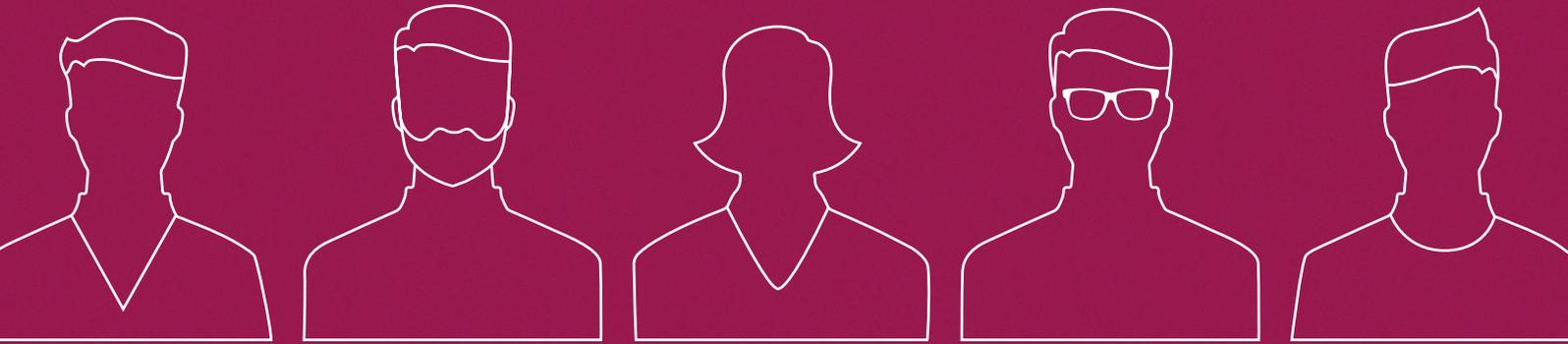
Karin Wolf-Ostermann: Wenn man die Qualität und Effizienz der neuen Pflegedokumentation im Zusammenhang mit dem damit verbundenen Aufwand und der Wirkungen auf interne und externe Qualitätsaspekte evaluieren will, sollen und müssen natürlich fachliche Kompetenz und berufliche Erfahrung der Pflegenden berücksichtigt werden. Zudem erfolgt eine Prüfung und Bewertung der Kohärenz und Transparenz der gemäß des Strukturmodells erstellten Dokumentation im Vergleich zu bislang benutzten Pflegedokumentationssystemen. Dazu werden wir – ein Verbund aus den Universitäten Bremen, Halle-Wittenberg und dem Fraunhofer Institut Karlsruhe (ISI) – sowohl Leitungspersonen, Pflegefachkräfte, Angehörige und Menschen mit Pflegebedarf als auch Mitarbeitende von Prüfinstanzen befragen. Und wir werden Dokumentenanalysen durchführen, um so ein möglichst umfassendes Bild dieses komplexen Prozesses zu erhalten.

Altenpflege: Sollte Ihre Studie das Ergebnis zeitigen, dass die neue Doku besser und effizienter ist als die alte, wird die Erleichterung in der Pflege groß sein. Was aber wird passieren, sollte das neue System keine guten Noten bekommen?

Karin Wolf-Ostermann: Jede wissenschaftliche Evaluation ist zunächst einmal ergebnisoffen. Wir gehen also nicht mit impliziten Ergebnisvorgaben in dieses Vorhaben, da dies mit dem Selbstverständnis guter wissenschaftlicher Praxis nicht zu vereinbaren wäre. Dies ist auch den Auftraggebern bei der Vergabe einer externen Evaluation bewusst. Sobald die Ergebnisse vorliegen, werden wir diese natürlich umfassend und sorgfältig mit allen Beteiligten diskutieren.

Interview: Holger Jenrich

MediFox stationär – Software für die Pflege



16.8000

Mitarbeiter in stationären Einrichtungen arbeiten täglich mit unserer Software. MediFox stationär macht Verwaltungsabläufe effizient und die Pflegedokumentation einfach und schnell.

MediFox – Pflegesoftware, die überzeugt.

**Altenpflege
Kongress**

Vorsprung durch Wissen

Erleben Sie unsere Pflegesoftware live auf den Altenpflegekongressen in Hamburg, 22.–23.11.16, und Ulm, 29.–30.11.16. Anmeldung unter www.medifox.de/veranstaltungen

www.medifox.de oder Tel.: 0 51 21. 28 29 170



Mehr auf Abiturienten setzen?

Ausbildung  Mit Blick auf den zunehmenden Fachkräftemangel in der Altenpflege mehren sich Stimmen, die dazu raten, deutlich mehr Schulabgänger mit Studienberechtigung für den Beruf zu gewinnen. Dieses Vorgehen halten andere allerdings für ungeeignet.

pro

Thomas Kutschke
ist Landesvorsitzender des Bundesverbandes Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe (BLGS) in Nordrhein-Westfalen

**contra**

Bernd Tews
ist Geschäftsführer des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)



Wir können es uns nicht leisten, die Ausbildung auf nur 20 Prozent eines Schulabgängerjahrgangs zu begrenzen.

> Der Fachkräftemangel in der Pflege nimmt rasant zu. Daher müssen wir endlich den gesamten Jahrgang der Schulabgänger ansprechen, um mehr Menschen für den Altenpflegeberuf zu gewinnen. Das belegen alle Berechnungen. Bisher zielten die Strategien zur Gewinnung von Auszubildenden darauf ab, das Zugangsniveau zur Ausbildung zu senken. So entschieden sich in den vergangenen Jahren mehr Menschen für eine Altenpflegeausbildung. Rund 50 Prozent der derzeitigen Auszubildenden verfügen über den Hauptschulabschluss als Zugangsqualifikation. Somit ist rechnerisch jeder zehnte Schulabgänger mit diesem Abschluss in die Altenpflege gegangen. Bereits 2024 müsste bei den rückläufigen Abgängerzahlen jeder fünfte Hauptschulabsolvent diesen Weg gehen. Das erscheint unrealistisch, denn einzig die Gruppe der Schulabgänger mit Hochschulzugangsberechtigung bleibt in den nächsten Jahren relativ konstant und wird in acht Jahren 80 Prozent eines Jahrgangs ausmachen.

Vor diesem Hintergrund können wir es uns nicht leisten, die Altenpflegeausbildung auf nur 20 Prozent eines Schulabgängerjahrgangs zu begrenzen. Dafür ist es nötig, entsprechende Stellen zu schaffen, weitergehende Kompetenzen für die Hochschulabsolventen zu definieren und die derzeitige starre Fachkraftquote in ein gestuftes Modell weiterzuentwickeln. 

Wollen wir jungen Menschen, deren Stärken in der praktischen Arbeit liegen, sagen, euch wollen wir nicht?

> Man fragt sich, welches Menschenbild hinter der Aussage „Mehr auf Abiturienten setzen“ steckt, und wie man damit die Arbeit der in der Pflege beschäftigten Absolventen mit Hauptschulabschluss und mittlerer Reife beurteilt? Zunächst brauchen wir in der Altenpflege Menschen mit Empathie, Engagement und Qualifizierungswillen. Wollen wir jungen Menschen, die nicht das Abitur machen, weil ihre Stärken eher in der praktischen Arbeit liegen, auf den Kopf zusagen: „Euch wollen und brauchen wir nicht!“? Die Stärke der Altenpflege liegt gerade im Mix aus unterschiedlichen Fähigkeiten und Qualifikationen. Bei uns bekommen alle eine Chance: Hauptschüler, Abiturienten, Hochschulabsolventen – und auch die, die sich im späteren Berufsleben eine Umschulung zutrauen. Wer nur auf hohe Schulabschlüsse setzt, wird nicht mehr Menschen für die Altenpflege gewinnen, sondern weniger. Wer den Eindruck erweckt, wir brauchen nur Führungskräfte, verkennt die demografische Entwicklung und die erforderliche Anerkennung der Pflege. Das kann niemand wollen.

Lassen Sie uns doch endlich einmal die starre Fachkraftquote analysieren. Das wäre ein Weg, wie wir mehr Hochschulabsolventen in die Pflege integrieren und gleichzeitig den steigenden Bedarf an Pflegepersonal, das die unterschiedlichsten Aufgaben wahrnehmen muss, besser decken können. 



Ihre Meinung zählt!

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

MASSNAHMENKATALOG

Würdiges Sterben als Menschenrecht



Foto: Werner Krüper

☞ Mehr als 50 Verbände und Institutionen haben einen Maßnahmenkatalog für eine Nationale Strategie zur Versorgung Sterbender erstellt. Medizinerverbände und Pflegeexperten haben sich darin dafür ausgesprochen, die Sterbebe-

gleitung als ein Menschenrecht einzustufen. Das melden die Trägerorganisationen der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“: die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), die Bundesärztekammer (BÄK) und der Deutsche Hospiz- und Palliativverband (DHPV).

„Jeder hat das Recht auf ein Sterben unter würdigen Bedingungen“, erklärte die Charta bei der Vorlage von Empfehlungen für eine nationale Strategie. In den Leitsätzen sprechen sich die Experten unter anderem dafür aus, die Selbstbestimmung am Lebensende zu stärken. Das Konzept der „Gesundheitlichen Vorausplanung“ soll flächendeckend in allen Versorgungsbereichen etabliert werden.

MEHR INFO

www.charta-zur-betreuung-sterbender.de

DBFK ZU PFLEGEBERUFEGESETZ

Stillstand beklagt

☞ Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) zeigt sich unzufrieden über die Entwicklung der Pflegeberufereform, die ins Stocken geraten ist. Als Befürworter einer generalistischen Pflegeausbildung fürchtet er, das Ansehen des Pflegeberufes könne dadurch weiter Schaden nehmen.

In einer aktuellen Stellungnahme kritisiert der Verband den Stillstand im Gesetzgebungsverfahren: „Der Bundestag scheint auch nach der Sommerpause unfähig, eine Entscheidung zur Pflegebildungsreform zu treffen.“ Es sei frustrierend genug, dass es schon lange nicht mehr um eine sachliche Abwägung, sondern scheinbar nur noch um taktische Überlegungen gehe.

MEHR INFO

www.dbfk.de

KLINIKWEISUNGEN

Studie belegt: Reduzierung ist möglich

Werden erkrankte Bewohner eines Pflegeheims direkt in der Einrichtung versorgt, lassen sich Krankenhauseinweisungen vermeiden. Das haben Wissenschaftler der Universität Witten/Herdecke herausgefunden. Im Laufe eines Jahres sei es gelungen, die Anzahl der Einweisungen um bis zu 35 Prozent zu senken.

Hierfür seien sechs Interventionsphasen mit differenzierten Maßnahmen erarbeitet worden, sagte die Leiterin des

Departments für Pflegewissenschaft an der Universität, Christel Bienstein. „Dazu gehören die umfangreiche Aufnahme des Gesundheitszustands, die genaue Abklärung der Wünsche der Bewohner vor dem Einzug in die Einrichtung, die Erstellung von Notfallplänen sowie die Einrichtung eines Hintergrunddienstes und eines Behandlungszimmers“, so Bienstein.

Aus dem Projekt entstanden ist auch ein Arbeitsbuch, das den an der Studie

beteiligten Einrichtungen zur Verfügung steht, um die Maßnahmen gezielt umsetzen zu können. Damit andere Einrichtungen ebenfalls von den Studienergebnissen profitieren können, werden sie von den Projektverantwortlichen auf einer Tagung am 3. Februar 2017 der interessierten Öffentlichkeit vorgestellt.

MEHR INFO

www.uni-wh.de/gesundheits/

Supercalifragilisticexpialigetisch.

www.sinfonie.de

NEUER KONGRESS AM 20./21. JANUAR IN BERLIN

Forum Altenpflege

Pflegegrade: Veranstaltung als Auftakt zur Umsetzungsphase 2017

Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff, neues Begutachtungsverfahren, Umstellung vom System der Pflegestufen auf das der Pflegegrade: das **Forum Altenpflege** am 20. und 21. Januar 2017 in Berlin bietet Antworten auf viele Fragen, die sich Pflegende angesichts der zahlreichen Veränderungen, die im neuen Jahr auf die Pflege

zukommen, stellen: Was bedeuten die gesetzlichen Neuerungen für die Pflegepraxis? Was ist im Pflegegradmanagement, in der Gestaltung des Pflegeprozesses und in der Pflegedokumentation zu beachten?

Ein weiteres Programm-Highlight werden die Ergebnisse von „Altenpflege im Fokus“ sein, der großen Umfrage unter Pflegefachkräften zu ihren Erwartungen



rund um den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff.

Das **Forum Altenpflege** findet im Rahmen der Veranstaltung „Kongress Pflege 2017“ statt. Beide Kongresse zusammen bieten ein hochwertiges Rundum-Programm für alle Pflegefachkräfte, aus der Altenhilfe wie aus dem Krankenhausbe-

reich. Erstmals kooperieren dafür die Medienhäuser Vincentz Network (Hannover) und Springer Medizin Verlag (Berlin).

MEHR INFO

Anika Stünkel, Tel.: 0511 - 99 10 175

Mail: anika.stuenkel@vincentz.net

Das Programm finden Sie im Internet unter: www.forum-ap.de

NEUE INITIATIVE

Kammer für NRW

Nach dem nordrhein-westfälischen CDU-Landesverband haben in einer gemeinsamen Initiative nun auch der Verband der PflegedirektorInnen deutscher Universitätskliniken (VPU) und der Regionalverband Nordwest des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) die Errichtung einer Pflegekammer in Nordrhein-Westfalen gefordert.

„Nordrhein-Westfalen ist das einwohnerstärkste Bundesland und das mit den meisten Pflegefachpersonen“, sagt Martin Dichter, Vorsitzender des DBfK Nordwest, „nur dürfen sie bisher kaum mitreden und sind vor allem nicht an den Entscheidungen beteiligt, die die Berufsausübung betreffen – das ändert sich nur mit einer Pflegekammer.“

MEHR INFO

www.dbfk.de

Preis Gute Lehre

Das Studierendenprojekt zu Demenz der Essener Folkwang-Universität erhält den Ars-legendi-Preis des Stifterverbands für die Deutsche Wissenschaft und der Hochschulrektorenkonferenz.

www.ars-legendi-preis.de

BADEN-WÜRTTEMBERG

Fachkräfteallianz will Personalnot lindern

Die Fachkräfteallianz Baden-Württemberg will künftig auch die Beschäftigung in Pflegeberufen stärken. „Wir müssen deutlich machen, dass gerade auch die Pflege zukunftssichere Arbeitsplätze mit Aufstiegschancen bietet“, sagte Sozialminister Manfred Lucha (Grüne) diese Woche in Stuttgart. In der Altenpflege etwa kommen derzeit auf eine arbeitslose Fachkraft fünf offene Stellen. Zugleich steigt die Zahl der Pflegebedürftigen. Die Qualifikation von Geflüchteten sei in dem Zusammenhang eine zentrale Aufgabe, so Lucha, der sich nach seiner Amtsübernahme im Sommer bereits für höhere Löhne in der Pflege ausgesprochen hatte.

Die Allianz, die sich aus Vertretern von Ministerien, Wirtschafts- und Sozialverbänden sowie Gewerkschaften und der Regionaldirektion für Arbeit zusammensetzt, gab sich am Montag neue Ziele für die Zeit ab 2017. Neben dem Fachkräftemangel in Pflegeberufen kommt unter anderem die Integration von Flüchtlingen neu auf die Liste.

<http://wm.baden-wuerttemberg.de/de/arbeit/allianz-fuer-fachkraefte>



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!

STUDENTISCHES FORSCHUNGSPROJEKT IN MÜNCHEN

Umfrage: 60 Prozent gegen Generalistik

Bei einer Online-Erhebung im Rahmen eines studentischen Forschungsprojektes an der Katholischen Stiftungshochschule München haben 60,7 Prozent der 3 222 Befragten – alleamt examinierte Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpfleger sowie Auszubildende der drei Pflegeberufe – die Pläne für eine generalistische Pflegeausbildung abgelehnt.

Bedeutsame Unterschiede habe es dabei zwischen den einzelnen pflegerischen Berufsgruppen gegeben, heißt es in einer Zusammenfassung der Befragungsergebnisse. Während von den examinierten Kinderkrankenschwestern bzw. -pflegern nur 19,8 Prozent die Generalistik befürwortet hätten und die Pläne eines einheitlichen Pflegeberufs auch unter den examinierten Krankenschwestern bzw. -pflegern nur bei 36,8 Prozent auf

Zustimmung gestoßen seien, hätten sich von den examinierten Altenpflegerinnen und -pflegern 47 Prozent für eine generalistische Pflegeausbildung ausgesprochen. Zudem habe die Auswertung ergeben, dass der Anteil der Generalistik-Befürworter bei Personen mit Hochschulabschluss bei 48,2 Prozent gelegen habe, bei Personen ohne Hochschulstudium indes nur bei 34,1 Prozent.

Wie Prof. Dr. Bernd Reuschenbach, Studiengangsleiter des Master-Studiengangs „Pflegerwissenschaften – Innovative Versorgungskonzepte“ an der Katholischen Stiftungshochschule München, allerdings mitteilte, habe die Befragung bei weitem nicht die Kriterien für Repräsentativität erfüllt.

MEHR INFO
www.ksfh.de

Initiative „Irrweg Alzheimer“

Auf einer eigenen Webseite zeigt der Pflege-Selbsthilfeverband (Pflege-SHV) anhand zahlreicher Fallbeispiele, welche verheerenden Folgen falsche Alzheimer- oder Demenz-Diagnosen haben können.

Betroffene finden dort Informationen, wie sie sich vor Fehldiagnosen schützen und wie sie wieder aus der „Demenz-Falle“ herausfinden können.

MEHR INFO
www.demenzrisiko.de

STUDIENGANG „EVIDENZBASIERTE PFLEGE“ GESTARTET

Modellprojekt: Pfleger dürfen bald selbst behandeln

An der Universität Halle am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft ist der deutschlandweit einzigartige Bachelor-Studiengang „Evidenzbasierte Pflege“ gestartet. Die 24 Studierenden

werden am Ende ihres Studiums die ersten Pfleger sein, die bei Diabetes und chronischen Wunden auch selbst behandeln dürfen, ohne Rücksprache mit einem Arzt.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt seit Jahren, dass die Gesundheitsberufe akademisiert werden sollen und Pfleger auch bestimmte Behandlungen übernehmen dürfen. „Das Bundesgesundheitsministerium hat unserem Antrag allerdings nicht voll zugestimmt“, sagte Michael Gekle, Dekan der medizinischen Fakultät der Hochschule in Sachsen-Anhalt. Beantragt wurde, die Ausbildung auf alle vier vorgeschlagenen Gebiete auszuweiten, die der Wissenschaftsrat zur Übertragung an Pfleger vorgeschlagen hat. Nicht genehmigt wurden nun „Bluthochdruck“ und „Demenz“. Die Uni soll zunächst nur in den Gebieten „Diabetes“ und „chronische Wunden“ in das neue Feld einsteigen.

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

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!





SANFTE REINIGUNG, BERÜHRENDE PFLEGE

Bei älteren Menschen ist häufig der Säureschutzmantel der Haut nicht mehr intakt. Die Haut wird zum Teil extrem trocken und ist gereizt. So reagiert sie auch empfindlich auf Berührungen, die eigentlich ein wichtiger Bestandteil in der Pflege sind und Geborgenheit schenken sollen. Die **numis[®] med SENIOR CARE Waschlotion** für Gesicht und Körper berücksichtigt die Bedürfnisse reifer Haut. Lipide und Feuchthaltesubstanzen schützen sie vor Trockenheit. Sie ist frei von Seife, und der hautfreundliche pH-Wert von 5,5 stabilisiert den Säureschutzmantel. So wird die Widerstandskraft der Haut gestärkt. Es entsteht ein glattes und geschmeidiges Hautgefühl. Sanfte Berührungen erzielen wieder ihre positive Wirkung. Optimale Ergebnisse erzielt die Waschlotion zusammen mit der ebenfalls hautfreundlichen **numis[®] med Hautschutzlotion** mit pflegendem Panthenol.



numis[®] med SENIOR CARE Waschlotion

Die seifenfreie Lotion für Gesicht und Körper stabilisiert mit ihrem pH-Wert von 5,5 den Säureschutzmantel der Haut. Wertvolle Rückfetter aus zertifiziertem Lamesoft[®] PO 65 sowie Hydrolactol[®], eine Kombination aus Urea und weiteren Feuchthaltesubstanzen, schützen vor Hauttrockenheit und Juckreiz. Mehr zur neuen Spezialpflegeserie für Pflegebedürftige:

www.numismed-seniorcare.de

BAYERN: INTERESSENVERTRETUNG STATT PFLEGEKAMMER

Weg für Pflegevereinigung geebnet

Die bayerische Staatsregierung hat nach jahrelangem Streit die geplante Interessenvertretung für Pflegekräfte in Bayern auf den Weg gebracht. Der Entwurf von Gesundheitsministerin Melanie Huml (CSU) liefert die gesetzliche Grundlage für die Einrichtung einer „Vereinigung der bayerischen Pflege“. Die Mitgliedschaft soll freiwillig sein.

Der Deutsche Pflegerat, wie auch der Bayerische Landespflegerat, und andere Berufsverbände fordern dagegen eine Pflegekammer mit verpflichtender Mitgliedschaft. Das soll die Pflegevertretung stärker und durchsetzungsfähiger machen. Huml hält davon jedoch nichts. Die Pflegevereinigung soll künftig bei Vorhaben der Staatsregierung gehört werden, die die Pflege betreffen.

„Die Vereinigung der bayerischen Pflege wird als wichtiger Ansprechpartner der Politik die Interessen der Pflege in Bayern wirkungsvoll vertreten“, sagte Gesundheitsministerin Me-

lanie Huml (CSU). Sie werde bei allen Gesetzgebungsverfahren, die die Pflege betreffen, angehört und eingebunden. „Mein Ziel ist dabei auch, dass die Pflege in Bayern aufgewertet wird“, betonte die Ministerin.

Ursprünglich hatte die Staatsregierung - damals noch mit Markus Söder als Gesundheitsminister - 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“. Bevor das Gesetz in Kraft tritt, muss es noch im Landtag beraten und verabschiedet werden.

MEHR INFO

www.bayern.de/staatsregierung/staatsministerien/gesundheitsministerium/

BERTELSMANNSTIFTUNG UNTERSUCHT PFLEGEINFRASTRUKTUR

Norden und Osten zahlen schlechter

Altenpflegefachkräfte werden einer aktuellen Studie der Bertelsmannstiftung zufolge im Westen und Süden am besten bezahlt. Die Bruttogehälter lagen demnach im Jahr 2013 zwischen monatlich 1 714 Euro und 3 192 Euro. Für den „Report Pflegeinfrastruktur“ der Bertelsmannstiftung wurden Daten von mehr als 400 Kommunen ausgewertet. Laut Studie können Senioren die stationäre Pflege in Heimen oft nicht selbst bezahlen. Große Abstände zwischen den Kosten für die stationäre Pflege und dem Einkommen gibt es in Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg und im Saarland. Auch in Berlin, Hamburg und Bremen übersteigen die Kosten das Einkommen. Im Osten sowie in Schleswig-Holstein und weiten Teilen Niedersachsens deckten zwar die Einkünfte die durchschnittlichen stationären Pflegekosten. Grund: die deutlich schlechtere Bezahlung der Fachkräfte in der Altenpflege.

MEHR INFO

http://vinc.li/report_pflegeinfrastruktur

Kalender Orientierungshilfe 2017

Der großformatige Kalender für Ihre Bewohner



Neu! Wählen Sie jetzt zwischen:

- Aufhängevorrichtung mit transparenter, hochklappbarer Plexiglasabdeckung. Umhüllt den gesamten Kalender, passt zu jedem Einrichtungsstil.
- Aufhängevorrichtung mit weißer Kunststoffblende. Robust und langlebig.

Als Orientierungshilfe für alte Menschen gehört der Kalender seit Jahren in den Einrichtungen zur Standardausstattung. Freuen Sie sich auf den neuen Jahrgang mit seinen Vorzügen:

- **Zeitliche Orientierung im Jahresverlauf**
Für jeden Tag ein Kalenderblatt im Großformat (29,5 x 34 cm) zum Abreißen oder Herausnehmen
- Auf jedem Blatt deutliche, kontrastreiche und gut lesbare Angaben wie Datum und Wochentag. Zusätzlich sind Mondphase, Sonnenaufgang und Sonnenuntergang verzeichnet
- **Tag für Tag anregende Kalendersprüche**
Täglich ein neuer, liebevoll ausgesuchter Spruch – von der Bauernregel bis zum Dichterwort
- **Gesprächsimpulse und Tagesrituale für die soziale Begleitung**
Kein Wochentag wie der andere: Von Montag bis Sonntag und am Feiertag eine eigene Farbe und ein eigenes Symbol

Taschenkalender Altenpflege 2017

Altenpflege
Vorsprung durch Wissen

Der richtige Alltagsbegleiter für Ihre Terminplanung

TKA 2017 – der Taschenkalender mit Notiz- und Informationsblättern und vielen Ideen zur Aktivierung, die sich am Jahresverlauf orientieren.

Handlich klein für jede Hosen-, Kittel- oder Handtasche passend, abwaschbar, rund 140 Seiten stark, mit praktischer Spiralbindung.

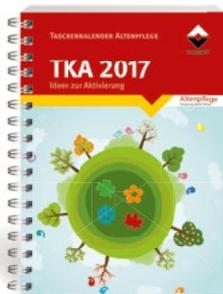
Die
Ideenquelle
für Ihre
Aktivierungen!



Jetzt gleich bestellen!

Da war doch jemand schneller!

Kein Problem: Einfach per Telefon bestellen oder die Bestellunterlagen anfordern unter Tel. +49 511 9910-033.



Neu
Die transparente
Plexiglas-
abdeckung



➤ www.altenpflege-online.net/shop

Vincenz Network · T +49 511 9910-033 · F +49 511 9910-029 · buecherdienst@vincenz.net



Forum

Diesmal setzen sich unsere Leser mit Vorschlägen für eine bessere Personalsituation auseinander. So will Thomas Kutschke vom Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe (BLGS) mehr Studienberechtigte für den Beruf gewinnen, und Bundesgesundheitsminister Gröhe (CDU) spricht sich dafür aus, auch Flüchtlinge in der Altenpflege einzusetzen.

Eine Frage des Geldes

Zur Online-Meldung „BLGS: Mehr Studienberechtigte in die Altenpflege“

Es stellt sich halt die Frage, ob man den „Studenten“ anschließend die Konditionen bieten kann, die sie sich zum großen Teil vorstellen. Ich denke nicht, dass Studierende für 1 600 Brutto (war ein Angebot für mich als Berufseinsteiger im Potsdamer Umland, privates Pflegeheim) Vollzeit in den Beruf einsteigen.

Gino Manthey

Altenpflege online, 23.09.2016

Verantwortung abgeben

Zur Online-Meldung „Gröhe: Flüchtlinge für die Pflege gewinnen“

Sehr geehrter Herr Minister Gröhe, wäre es nicht besser, darüber nachzudenken, warum sich immer noch viel zu wenig junge Menschen in unserem Land für einen Pflegeberuf entscheiden? Und warum ein großer Anteil derjenigen, die es dennoch tun, schon nach kurzer Zeit wieder aufgibt? Über humane Arbeitsbedingungen und mehr Wertschätzung für Pflegende nachzudenken? Wertschätzung, die sich auch in gerechter Bezahlung ausdrückt, z. B. durch flächendeckende Tarife. Unser Staat hat die Verantwortung für die Altenpflege fast vollständig aus der Hand gegeben. Geld, das eigentlich den Pflegebedürftigen zusteht, fließt in die Taschen der Investoren. Dünne Personaldecke, niedrige Gehälter, niedrige Fachkraftquoten und andere Sparzwänge bedeuten Gewinnma-



Foto: Werner Krüper

Sehr geehrter Herr Minister Gröhe, sicherlich machen Sie vieles richtig und bringen auch einiges in Bewegung. Aber für die Pflege eignen sich nicht alle Menschen, und schon gar nicht so pauschal, wie Sie das hier darstellen. Ähnliches hörten wir ja schon vor Jahren, als es darum ging, vermehrt Arbeitslose in der Altenpflege einzusetzen. Der Beruf der Altenpflege wird einfach nach wie vor unterschätzt.

Hubert Keiber

ximierung für private Anbieter. Politikern, die sich mit dem Thema Pflege beschäftigen, empfehle ich ein Praktikum in einer Pflegeeinrichtung, um sich über das Berufsbild von Altenpflegern zu informieren. Demenziell erkrankte Bewohner brauchen Menschen, die ihren biografischen und kulturellen Hintergrund kennen und verstehen. Übrigens werden auch in unserem Land immer noch die meisten pflegebedürftigen Menschen zuhause von Angehörigen gepflegt und begleitet, auch die in Pflegeheimen. Flüchtlinge sind sicher nicht die Lösung für unser Pflegeproblem.

Petra Blank

Herr Gröhe hat keine Zweifel, dass sich Flüchtlinge auch in der Pflege einsetzen lassen. Sein Hinweis, dass in der Alten- und Krankenpflege bereits heute viele Menschen mit Migrationshintergrund arbeiten, bedarf der konkreten Frage, was er unter „vielen Menschen“ versteht. Herr Gröhe versteigt sich sogar zu dem Urteil, dass wir manches von anderen Kulturen lernen können. Träumen Sie nur weiterhin von integrationswilligen Migranten, die unsere Angehörigen aufopferungsvoll versorgen.

Hans Christoph

Altenpflege online, 04.10.2016



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.

Etwas ist anders. Mehr Lebensqualität!

Entdecken Sie den neuen **MoliCare Premium Slip**.



NEU

- MoliCare Premium soft heißt jetzt **MoliCare Premium Slip**
- Mehr **Saugstärken** für individuellere Produktauswahl
- Neue **Nomenklatur** für eine intuitivere Produktauswahl
- Neues **Packungsdesign** bringt Klarheit und Modernität
- Bewährte **Premium-Produktqualität**
 - // Aktiver Hautschutz
 - // Leistungsstarker 3-lagiger Saugkörper
 - // Sicherer Auslaufschutz
 - // Optimaler Tragekomfort



 **Incontinence
Management**

www.hartmann.de



**Gesundheit ist
unser Antrieb**



Der Einstieg in den neuen Lebensabschnitt gelingt leichter, wenn Pflegende den Angehörigen beratend zur Seite stehen. ~

Kommunikation  *Wer Angehörige mit Rat und Tat unterstützt, fördert die Zusammenarbeit und schafft ein Qualitätsmerkmal der Versorgung in stationären Einrichtungen.* Text: Heike Jurgschat-Geer

Einfach gut beraten

> Erna Müller, 92 Jahre alt, war bis vor einem Jahr noch absolut fit. Sie lebte alleine, führte ihren Haushalt, traf sich wöchentlich im Seniorentreff mit Bekannten und Nachbarn. Dann erkrankte sie und durchlitt – begleitet von ihrer Tochter und ihrem Schwiegersohn – eine Odyssee von Krankenhausaufenthalten, Rehabilitationsmaßnahmen und Kurzzeitpflegeaufenthalten. Bis sie schließlich einen Platz in einer stationären Pflegeeinrichtung bekam. Beim Einzug war sie kaum steh- und gehfähig, traurig und mutlos. Das letzte Jahr erinnert sie nur noch bruchstückhaft.

Die Tochter erlebt die Besuche der Mutter im Heim als ausgesprochen belastend. Zum einen nagt die Frage an ihr, ob sie mit der stationären Versorgung die richtige Entscheidung getroffen habe oder ob sie nicht doch die Mutter selbst versorgen müsse. Das Weinen der Mutter klingt für sie wie ein Vorwurf, eine leise Anklage. Zum anderen erkennt sie in der alten Dame kaum noch ihre Mutter wieder. Die Mutter, die noch mit 90 Jahren Auto gefahren ist, die ihr ganzes Leben lang immer alles eigenständig gemeistert hat. Wo ist der so lebensfrohe und von Energie strotzende Mensch geblieben?

Zu alledem musste sie durch die Fragen der Pflegekräfte nach Gewohnheiten und Vorlieben der Mutter erkennen, wie wenig sie über ihre Mutter weiß. Genaugenommen hatten die beiden in den letzten Jahren wenig persönliche Gespräche geführt und auch nicht viel gemeinsam unternommen. Irgendwie schämt sie sich

dafür, aber noch ist es ja nicht zu spät, jetzt würde sie aufpassen und auch für die Mutter da sein. Und im Altenheim sei sie ja auch mit allem versorgt.

Gerade die ersten Wochen und Monate in der Einzugsphase sind für Angehörige besonders schwierig und von einem sehr hohen Beratungs- und Kommunikationsbedarf geprägt. Neben starken emotionalen Belastungen, wie in unserem Beispiel, stehen viele alltagspraktische und finanzielle Anforderungen für die An-

Pflegekräfte können durch eine intensive Beratung dazu beitragen, das Kennenlernen dieser neuen Welt zu erleichtern und so zu einem gelingenden Alltag für Bewohner und Angehörige beizutragen. Im Vordergrund der Beratung steht dabei zunächst die Information und Aufklärung über Möglichkeiten und Grenzen der Alltagsgestaltung und der Routinen. Anschließend werden Vereinbarungen getroffen beziehungsweise bei Vertragsunterzeichnung getroffene Absprachen

Gehen Sie davon aus, dass Angehörige beim Einzug nur wenige der Erstinformationen aufnehmen können. 

gehörigen im Raum. Regelmäßig mangelt es ihnen an Wissen zur Bewältigung der Aufgaben. Sie müssen vielmehr nach dem Prinzip „Learning by doing“ vorgehen und Erfahrungen sammeln. Welcher Art diese Erfahrungen sind, und wie reibungslos die Dinge abgewickelt werden können, hängt auch von der Beratungskompetenz der Pflegekräfte in der stationären Einrichtung ab.

Die unbekannte Welt

Der Einzug in eine stationäre Einrichtung führt zu einer neuen Lebenslage für den Bewohner und häufig auch für die Angehörigen. Die Rahmenbedingungen des Alltags – vom Wohnen bis zu den Finanzen – ändern sich und sind den Betroffenen weitgehend unbekannt.

konkretisiert. Auch wenn im Rahmen der Aufnahme vorvertragliche Informationen ausgehändigt werden und ausführliche Gespräche im Kontext des Heimvertrags geführt werden, bedeutet das nicht, dass alle erforderlichen Informationen aufgenommen, verstanden und behalten wurden. Vielmehr muss aufgrund der Komplexität der Einzugsituation für Angehörige davon ausgegangen werden, dass diese nur einen Bruchteil der Erstinformationen aufnehmen konnten. Der Gesprächsleitfaden auf Seite 20 zeigt Beispiele für mögliche Beratungsbedarfe durch die Pflegekräfte in den ersten Wochen und Monaten nach Einzug. Wenn die Beratung durch ergänzendes, für die Einrichtung standardisiertes Informationsmaterial ergänzt wird, lässt

sich die Qualität, Wirkung und Nachhaltigkeit des Gesprächs deutlich verbessern. Zum einen ist ein schriftliches Informationsblatt ein Leitfaden für die beratende Pflegekraft zu den Inhalten, zum anderen bietet es dem Angehörigen die Möglichkeit, das Gehörte noch einmal nachzulesen und zu prüfen, ob er alles richtig verstanden hat.

Gesundheit und Krankheit

Neben Fragestellungen zur Koordination und Organisation der Versorgung bewegt viele Angehörige vor allem die Sorge um das Wohlergehen und die Gesundheit des Pflegebedürftigen. Im Beispiel von Erna Müller wurde die Familie sehr plötzlich und unvermittelt mit einem Krankheitsgeschehen konfrontiert. Daneben kommen häufig auch schleichende Entwicklungen mit einer Pflegevorgeschichte vor. Angehörige haben in diesen Fällen zunächst über einen mehr oder weniger

langen Zeitraum versucht, die Pflege im häuslichen Umfeld zu ermöglichen. In beiden Szenarien besteht jedoch Unsicherheit, ob der Pflegebedürftige jetzt alle für seine Gesundheit und sein Wohlbefinden wichtigen Hilfen in der Pflegeeinrichtung erhält. Das Gefühl der Unge-

und Vorstellungen des Bedürftigen stehen oder die dem aktuellen fachlichen Kenntnisstand widersprechen. Die Beratung der Pflegekräfte setzt also prioritär an der Aufklärung über die Krankheitsverlaufphase und deren Bewältigungsoptionen in der aktuellen Lebenssituation

Mit kompetenter Beratung fördern Sie die Kontaktpflege des Bewohners zu seinen Angehörigen und stärken seine emotionale Sicherheit.

wissheit trifft dabei auf das jeweilig grundlegende Altersbild und subjektive Vorstellungen der Angehörigen von Gesundheit und Krankheit, die sie für sich selbst in ihrer aktuellen Lebenssituation entwickelt haben. Daraus können Erwartungen und Vorstellungen der Angehörigen an Pflegemaßnahmen resultieren, die nicht im Einklang mit den Wünschen

des Betroffenen an. Ziel des Beratungsgesprächs ist es, einen Konsens zu erzielen, der von den Vorstellungen und Wünschen des Betroffenen geprägt ist und nicht von der Sorge des Angehörigen oder den fachlichen Idealen der Pflege. Als Pflegekraft sollten Sie im Beratungsgespräch das gemeinsame Verstehen des Bewohners, die Art, wie er seine Situa-



tion wahrnimmt und bewertet, in den Vordergrund stellen. Ermutigen Sie den Angehörigen, die von ihm diesbezüglich gemachten Beobachtungen zu äußern. Besprechen Sie Probleme, mögliche Interventionen und Ziele gemeinsam. Erläutern Sie Abwägungsprozesse, und legen Sie die durchgeführten Maßnahmen dar. Berichten Sie über die festgestellten Auswirkungen auf das Befinden des Bewohners. Auf dieser Basis können Sie die getroffenen oder unterlassenen Maßnahmen begründen, neu vereinbaren und gemeinsam tragen. Bewohner und Angehörige erhalten so die Gewissheit, dass alle Hilfen unter Wahrung der Selbstbestimmung bedarfsgerecht erbracht werden.

Beziehung und Rolle

Das dritte Beratungsfeld bezieht sich auf den Beziehungsprozess zwischen Bewohner und Angehörigen. In unserem Beispiel entwickelt die Tochter Schuldgefühle. Beziehungsprobleme und Rollenkonflikte könnten entstehen. Durch die Erkrankung von Erna Müller ist für die Familie eine Krisensituation entstanden. Die Beziehung zwischen Erna Müller und ihrer Tochter hat allerdings nicht erst mit der Erkrankung der Mutter angefangen. Beide blicken auf eine ein halbes Jahrhundert umfassende gemeinsame Geschichte zurück. Bewohner und Angehörige bringen also ihre gemeinsame Beziehungsbiografie mit in die Einrichtung. Die Erkrankung oder der Einzug in die Pflegeeinrichtung sind auslösende Ereignisse, die eine Begrenztheit der gemeinsam verbleibenden Zeit bewusstwerden lassen und die zu einer Reflektion und eventuellen Neubewertung der gemeinsamen Biografie führen können. Zudem werden insbesondere in der Beziehung zwischen Eltern und Kindern bekannte Rollen und Bilder in Frage gestellt, die Anpassungen im Beziehungsprozess erforderlich machen können.

Entlastende Gespräche anbieten

Aktuelle Krisen oder Wendezeiten, wie sie von Wnuk-Gette/Wnuk bezeichnet werden, können zu positiven Verände-

Ergebnisqualität bewerten (nach Wingenfeld)

Die Beratung und Zusammenarbeit mit Angehörigen als Qualitätsmerkmal einer stationären Einrichtung lässt sich messen und bewerten. Ein Indikator wurde von Dr. Klaus Wingenfeld (Uni Bielefeld) entwickelt und zur Anwendung empfohlen. Der Indikator misst die Ergebnisse der Zusammenarbeit mit Angehörigen. Im Rahmen einer Angehörigenbefragung werden dazu fünf Kriterien erfasst und bewertet:

1. Information über den Gesundheitszustand und die Versorgung des Bewohners
2. Information über Aktivitäten in der Einrichtung
3. Mitwirkung bei der Unterstützung des Bewohners (nur bei Wunsch nach Mitwirkung)
4. Einbeziehung in die Planung der Versorgung des Bewohners
5. Erfahrungen mit Beschwerden (nur bei geäußelter Beschwerde).

Die von Wingenfeld entwickelten Indikatoren werden als Grundlage der neuen Qualitätsprüfrichtlinie für stationäre Einrichtungen, die den bisherigen „Pflege-TÜV“ in 2018 ablösen soll, diskutiert.

Der Projektbericht ist als Download im Internet verfügbar unter:
http://vinc.li/Projektbericht_Ergebnisqualitaet

rungen oder aber auch zu Dauerkrisen führen. Die Beratung kann hier helfen, die Sicht auf die Situation zu verändern und Lösungsansätze zu finden. Der Nutzen für den Angehörigen kann in einer vermehrten Handlungskompetenz liegen. Pflegekräfte können in diesem Zusammenhang vor allen Dingen entlastende Gespräche anbieten, in denen Sie als Pflegekraft auch auf eine sorgsame Erkundung des Willens des Gesprächspartners achten.

Gesprächsführungstechniken

Sie setzen dazu Methoden und Techniken ein, wie aktives Zuhören nach Rogers und die darauf aufbauende gewaltfreie Kommunikation nach Marshall Rosenberg. Ziel der Beratung ist es, dem Angehörigen die Möglichkeit zu geben, seine Gefühle und Anliegen zu thematisieren und in diesem Prozess eigene Lösungsmöglichkeiten und Wege für sich zu finden, sofern er tatsächlich ein Interesse und einen Willen an einer Veränderung beziehungsweise an einer Lösung hat. Damit verbunden ist auch die im Gespräch eventuell erforderliche Klärung, dass die Pflegekraft oder die Pflegeeinrichtung (langjährige) Beziehungsprobleme nicht stellvertretend für

die Betroffenen lösen kann. Ähnlich wie im Umgang mit Krankheit und Gesundheit ist eine selbst-reflexive Haltung der Pflegekraft Voraussetzung für ein gutes Beratungsgespräch. Sie muss sich darüber bewusstwerden, wo die Beziehungssituation an eigene biografische Erfahrungen erinnert oder Wertvorstellungen berührt und entsprechende Gefühle auslöst. Wenn der Angehörige tatsächlich eine Veränderung in der Beziehung wünscht und Unterstützung sucht, sollten Sie ihm Ansprechpartner in der Region benennen können. Denn nur in den seltensten Fällen sind qualifizierte Familientherapeuten oder Psychologen in den Einrichtungen beschäftigt.

Grenzen der Beratung

- Pflegekräfte führen keine Beratungen zu medizinischen Diagnosen und Behandlungen durch. Bei Fragen zur medizinischen Diagnostik und Therapie ist auf die behandelnden Ärzte und das Recht auf eine zweite Meinung zu verweisen und gegebenenfalls bei der Terminierung eines Gesprächs Unterstützung anzubieten. Denkbar wäre auch eine gemeinsame interdisziplinäre Fallbesprechung.



Angehörige: FAQs beantworten

Mobilität

- Welche Hilfsmittel hält die Einrichtung vor?
- Wie erfolgt die Wartung, Reparatur, Beschaffung?
- Welche mobilitätsfördernden Angebote hält das Altenheim vor? Wann finden diese statt? Wer kann daran teilnehmen?
- Wie kann die Mobilität gefördert werden? Wer kann welchen Beitrag dazu leisten?

Kognition und Kommunikation

- Welche Orientierungshilfen sind hilfreich und sinnvoll?
- Was kann ich als Angehöriger tun, um die örtliche Orientierung in dem neuen Umfeld drinnen und draußen zu fördern?
- Seh-, Hör- und Sprechhilfen: Anpassung, Wartung, Reparatur, Beschaffung. Kommen Optiker, Akustiker ins Haus?

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

- Wie ist der Umgang mit Hinlauftendenzen, mit Fixierungen, mit Aggression und Gewalt, mit Psychopharmaka?

Selbstversorgung

- Beschaffung von Pflegeprodukten, Kosmetika, Kleidung, Hilfsmitteln zur Ausscheidung: Was hält die Einrichtung vor?

- Wie wird der Bedarf ermittelt? Was wird von wem finanziert?
- Fußpflege, Frisör: Auswahl, Termine, Frequenz, Kosten
- Speisenangebote, Speisepläne, Speisenauswahl, Mitwirkungsrechte, Mahlzeitengestaltungsoptionen. Kann ich als Angehöriger mit dem Betroffenen gemeinsam Mahlzeiten einnehmen? Wo und zu welchem Preis?

Medizinische und therapeutische Anforderungen

- Welche Ärzte/Fachärzte und Therapeuten kommen ins Haus? Wie werden Haus- und/oder Praxisbesuche organisiert?
- Wie ist die zahnärztliche und zahnprothetische Versorgung organisiert?
- Wie funktioniert die Medikamentenversorgung? Wie ist das mit der Zuzahlung?
- Patientenrechte, Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten, gesetzliche Betreuungen, palliative Versorgung: Rechtliche Grundlagen, Ansprechpartner, Unterstützungsangebote der Einrichtung

Tagesgestaltung und soziale Kontakte

- Wie sind die Aufsteh- und Zu-Bett-Gehzeiten organisiert? Gibt es Abendangebote?

- Welche Freizeitangebote finden wann statt? Wie erfährt der Pflegebedürftige davon? Wie kommt er dahin? Kann jeder daran teilnehmen? Gibt es Einzelbetreuung? Kann auf die Angebote Einfluss genommen werden (Mitbestimmungsrechte)?
- Wie muss ich mir den Tagesablauf meines Betreuten im Heim vorstellen? Wie ist die nächtliche Hilfeleistung organisiert? Was ist, wenn der Bedürftige nachts nicht schlafen kann oder Hunger/Durst hat?
- Wie werden die Kontakte zu den anderen Mitbewohnern gefördert? Wie wird der Bewohner unterstützt, Kontakte zu knüpfen?
- Was muss bei der Wahl von Fernsehen, Radio, Telefon beachtet werden? Gibt es Internet, und macht es Sinn? Welche Kosten entstehen?
- Wie können Kontakte zu Nachbarn und Verwandten erhalten werden? Gibt es Besuchszeiten? Eigene Feierräumlichkeiten?
- Wie ist die Post organisiert? Wie wird der Briefkontakt zu Freunden, Verwandten unterstützt? Kann die Tageszeitung/ Fernsehzeitung postalisch zugestellt werden? Wie ist das organisiert?

Die ungekürzte Fassung der Beratungsthemen als Download: www.altenpflege-online.net/produkte/downloads

ACHTUNG!

- Jede Beratung hat Grenzen: Verweisen Sie bei medizinischen, juristischen oder psychotherapeutischen Fragen entsprechend an Ärzte, Verbraucherzentralen oder Familienberatungsstellen in der Nähe.



Foto: Werner Krüper

- Pflegekräfte führen keine juristische Beratung durch. Bei Fragen zu rechtlichen Ansprüchen sollten sie die dafür zugelassenen Institutionen und Ansprechpartner dem Angehörigen mitteilen (neben Fachanwälten bieten zum Beispiel viele Verbraucherberatungen juristische Beratung an).
- Pflegekräfte führen keine Familientherapie, Eheberatung oder sozialpädagogische Familienhilfe durch. Hier sind bei Bedarf ebenfalls qualifizierte Institutionen und Ansprechpartner zu benennen.

Eine gute Beratung von Angehörigen in Form von Information, Aufklärung und Beteiligung ist eine wesentliche Grundlage für eine reibungslose Zusammenarbeit in der Koordination der Versorgung. Sie kostet einerseits Zeit für geplante Beratungsgespräche und spart auf der anderen Seite ein Vielfaches an Zeit für ungeplante Flurgespräche, Nachfragen, Telefonate, Beschwerden und Fehlerkor-

rekturmaßnahmen. Sie hilft, Missverständnisse und Konflikte zu reduzieren und damit die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter zu fördern. Darüber hinaus unterstützt sie die Kontaktpflege des Bewohners zu seinen Angehörigen und stärkt damit seine emotionale Sicherheit und sein Wohlbefinden. Nicht zuletzt festigt sie das Vertrauen von Angehörigen und Bewohnern in die Kompetenz der Pflegekräfte und die Qualität der Versorgung.

Mehr zum Thema

- 🕒 **Tipps zum Weiterlesen:**
 - 1) Sabine Weinberger: Klientenzentrierte Gesprächsführung: Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe;
 - 2) Michael Galuske: Methoden der Sozialen Arbeit: Eine Einführung;
 - 3) Petra Janzen: Was passiert nach dem Krankenhaus? Lebensweltorientierung und die Praxis der Entlassung Pflegebedürftiger;

4) Hilarion G. Petzold, Erika Horn, Lotti Müller: *Hochaltrigkeit: Herausforderung für persönliche Lebensführung und biopsychosoziale Arbeit (Integrative Modelle in Psychotherapie, Supervision und Beratung)*

- 📄 **Download:** Gesprächsleitfaden Beratungsthemen: www.altenpflege-online.net/produkte/downloads
- ➕ **Weitere Beiträge:** Lesen Sie auch den Text „Betreuen geht gemeinsam“ der Autorin zum Thema Vernetzung von Pflege und Betreuung in **Altenpflege** 3/2016
- ★ **Veranstaltung:** Hören Sie den Vortrag der Autorin zum „PSG II als fachliche Herausforderung“ bei den Altenpflegekongressen: www.ap-kongress.de



Heike Jurgschat-Geer,
Beraterin im Gesundheitswesen,
Dipl.-Kauffrau, Krankenschwester,
QualitätsAssessor, Mönchengladbach,
www.jurgschat-geer.de,
beratung@jurgschat-geer.de



Pflegekräfte sollten Angehörige darin bestärken, die für ihr Familienmitglied so wichtige Vertrautheit durch regelmäßige Besuche aufrecht zu erhalten. ~

Appell  *Regelmäßiger Kontakt zur Familie ist für zahlreiche Bewohner immens wichtig. Da dies den Angehörigen nicht immer bewusst ist, könnte ein Brief sie dafür sensibilisieren.* Text: Angelika Zegelin

In Verbindung bleiben

> Es ist mir ein Anliegen, dass der beiliegende Brief in vielen Altenheimen kopiert und an die Angehörigen weitergegeben wird, etwa mit den Unterlagen beim Heimeinzug.

In den letzten Jahren habe ich viele Projekte in Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Dabei ist mir aufgefallen, dass die Zusammenarbeit mit Angehörigen sehr unterschiedlich ist, obwohl die Familienmitglieder ja der Anker nach „draußen“ und wichtig für die Heimbewohner sind. Sie stiften Identität, sorgen für Abwechslung, vielleicht auch für Freude.

Einbezug der Familien

Bei meinen Unternehmungen zur Bewegungsförderung kommt es jedenfalls häufig vor, dass sich die körperlichen Beschwerden durch seelische Anregungen bessern. Besucher könnten auch mit den alten Menschen spazieren gehen oder sie an die „frische Luft“ bringen. In der Regel brauchen Angehörige Anleitung, etwa zum Transfer. Wichtig ist, ihnen Ängste zu nehmen. Hinweise zu gewünschten Hilfen und Uhrzeiten sind sinnvoll, allerdings darf nicht der Eindruck erweckt werden, dass ihre Hilfe in der Pflege unverzichtbar ist. Dankbarkeit und Wertschätzung für das Engagement sollten rückgemeldet werden.

Der Einbezug von Familien hängt durchaus von der Lage und dem Klientel des Heimes ab. Mir ist auch klar, dass manche Bewohner keine Angehörigen oder Freunde mehr haben, dass es „giftige“ Menschen gibt, Familien zerstritten sind oder Angehörige weit entfernt woh-

nen usw. Und doch: Die unterschiedliche Handhabung in den Einrichtungen ist sehr auffällig! Mitunter wird der Einbezug der Familien zur „Chiefsache“ erklärt, und es werden deutliche Anstrengungen auf allen Ebenen unternommen. Woanders hingegen kümmert sich niemand

zug sollte ja vermieden werden. Sie wissen nicht, wie sie den Alten begegnen sollen. Besonders in den ersten Wochen nach Einzug entscheidet sich, wie es weitergeht und ob Angehörige sich willkommen fühlen. Hier ist erhöhte Aufmerksamkeit gefordert, besonders für Angehörige, die bis-

„Ich halte den Einbezug der Angehörigen auch für einen Teil der Pflegeplanung.“ 

richtig darum, und es wird dem Zufall überlassen. Ich erwarte nicht, dass mein Brief plötzlich alles ändert. Es soll aber ein kleiner Impuls in einem Bündel von erforderlichen Massnahmen sein.

In den Alltag integrieren

Vielfach werden Angehörige – nur – zu Festen eingeladen. Oft höre ich, dass postalische Mitteilungen der Einrichtung an die Angehörigen kaum Beachtung finden. Schreiben sollten nicht bürokratisch klingen, sondern überaus herzlich. Ich halte den Einbezug der Angehörigen auch für einen Teil der Pflegeplanung, würde in manchen Fällen die Angehörigen zu entsprechenden Gesprächen bzw. Fallbesprechungen einladen und versuchen, sie in den Alltag zu integrieren. Ein guter Ausgangspunkt sind auch gemeinsam erstellte „Lebensbücher“ oder biografische Collagen – gerade in den ersten Monaten.

Die Motive von Angehörigen sind sicher eine Gemengelage. Viele haben anfangs ein schlechtes Gewissen, der Heimein-

her zuhause gepflegt haben. Sie empfinden manchmal den Heimeinzug als Niederlage, nachdem sie sich doch viele Jahre in der Pflege aufgerieben haben. Sie befinden sich oft selbst in einer Krise, müssen ihren Lebensmittelpunkt neu ausrichten – werden manchmal selbst krank, verbringen viel Zeit bei Ärzten. Einfühlsame Gespräche und Hinweise für eine gute Kooperation können hier helfen.

Altenpflegekräfte sagen mir manchmal, dass sie sich nicht trauen, die Angehörigen anzusprechen – weil es möglicherweise anschließend zu häufigeren Besuchen kommt. Das erscheint ihnen zu nahe und zu fordernd. Deswegen ist mir >

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



Liebe Familie – bitte kommt!

Nun lebe ich in einem Altenheim – man gibt sich hier alle Mühe, uns gut zu versorgen.

Und trotzdem: Ich brauche Eure Besuche. Ihr gebt mir Vertrautheit, Vergangenheit und Identität. Dass ich so viele private Sachen mitnehmen konnte, ist hilfreich, um heimischer zu werden.

Ihr gebt mir aber auch Zukunft. Ich fühle mich wert als Teil einer Familie. Ihr seid auch meine Verbindung nach draußen. Vielleicht habe ich selbst nicht mehr viel Spannendes zu erzählen, aber ich höre gerne Eure Berichte. Manche fühlen sich anfangs hier abgeschoben – ich glaube, gerade in der ersten Zeit sind Besuche wichtig, um zu sehen, wie es sich hier lebt.

Bei Anderen bleiben die Besuche nach einiger Zeit aus, wahrscheinlich sind die Angehörigen dann überzeugt, dass alles gut läuft.

Und trotzdem: Es ist so wichtig, dass Ihr kommt. Ich weiß, dass es mühsam ist, Zeit zu finden. Wechselt euch ab, macht einen Plan, gebt uns nicht auf. Helft mit, dass die Heime lebendig und menschlich bleiben – es ist auch in Eurem späteren Interesse.

Möglicherweise erkenne ich Euch irgendwann nicht mehr, bleibe stumm – und man könnte denken, ich bekomme nichts mehr mit.

Und trotzdem: Ich spüre Euer Dasein. Gerade in der letzten Lebenszeit ist Euer Kommen wichtig. Ich weiß, dass es schwerfällt.

Nehmt einfach meine Hand.



Foto: Werner Krüper

- > ein umfassendes Konzept hierzu wichtig. Sicher gibt es auch schwierige Angehörige, Kontrolleure mit überzogenen Forderungen – aber um die geht es hier nicht. Mir geht es um die Gruppe der stummen Angehörigen, die einfach wegbleiben, ohne dass die Gründe bekannt sind.

Wichtige ergänzende Rolle

Altenheime sind für viele Menschen eine fremde Welt. Gespräche über Eindrücke und Fragen der Besucher brauchen Offenheit. Ich sehe dies auch daran, dass manchmal zuwenig persönliche Gegenstände mit ins Heim gegeben werden – nach dem Motto „das brauchst Du ja nicht mehr“.

Manchmal ist es auch so, dass Angehörige nicht mehr kommen, weil sie festgestellt haben, dass der Bewohner gut aufgehoben ist. Ihnen ist ihre wichtige zusätzliche Rolle nicht klar – besonders, wenn der alte Mensch kaum spricht. Viele Besucher

brauchen auch Hilfe, um mit einer fortschreitenden Demenz klarzukommen. Sie sind erschrocken und wissen nicht, wie sie reagieren sollten. Hier wären mehr Aktivitäten der Einrichtungen sinnvoll, etwa Info-Veranstaltungen in Kleingruppen oder die Auslage von Broschüren. Zum Thema Demenz gibt es inzwischen vielfach kostenloses Material.

Ich erlebe völlig unterschiedliche Besuchsmuster: von fast täglichen Besuchen über regelmäßige Ausflüge bis hin zu äußerst seltene Kontaktaufnahmen. Telefonische Kontakte sind auch wichtig, hier wird ein Zukunft das Skypen zunehmen. Eine gute Idee sind zusätzliche Besuchsquellen – etwa Besuchspatenschaften von Schulklassen, die Zuordnung von Ehrenamtlern oder dass Menschen, die kaum Besuch bekommen, von anderen Angehörigen angesprochen werden. Für jeden Bewohner sollte eine kleine Grafik über Besuche, Beziehungen und die Häufigkeit

der Kontakte erstellt werden. Ich halte dies für ein Qualitätsmerkmal der Langzeitpflege. Altenheime sollten – mehr als jetzt – öffentliche und lebendige Orte werden. Konzeptionell gute Angehörigenarbeit sorgt für mehr gesellschaftliche Integration. Wir Menschen sind soziale Wesen, wir brauchen Ansprache, sonst versinken wir in Nicht-Beachtung. Das darf nicht geschehen!

Mehr zum Thema

🔗 **Kontakt:** Angelika.Zegelin@uni-wh.de



Dr. Angelika Zegelin

war als Pflegewissenschaftlerin im Department für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke tätig und befindet sich seit August 2015 im Ruhestand

STUDIEN IM ÜBERBLICK

Essen bedeutet Lebensqualität

Die Einnahme von Mahlzeiten ist mehr als bloße Nahrungsaufnahme. Studien zeigen, wie mit kleinem Aufwand die Lebensqualität der Bewohner verbessert werden kann. Text: Stefan Görres



Foto: Fotolia/Petrik

Die Einnahme von Mahlzeiten ist in der stationären Langzeitpflege eine der zentralen Herausforderungen für Pflegekräfte. Sie ist zeit- und personalintensiv und wird in ihrer Bedeutung für die Lebensqualität von Pflegebedürftigen häufig völlig unterschätzt.

USA: Appetitsteigernd

Ziel einer 2014 veröffentlichten Studie – durchgeführt von Forschern der Gonzaga University (Spokane/Washington) und University of Wisconsin (Madison/Wisconsin) – war es, die Wirkung von Zitronen-Limetten-Sorbet auf den Speichelfluss sowie auf die Nahrungsaufnahme und das Körpergewicht von Pflegeheimbewohnern zu testen. 39 Bewohner zweier Pflegeheime, allesamt jenseits des 65. Lebensjahrs, erhielten über einen Zeitraum von sechs Wochen fünf Minuten vor den

Mittag- und Abendessen zwei Unzen (etwa 57 Gramm) Zitronen-Limetten-Sorbet.

Als Vergleich und vor der Intervention wurde den Teilnehmern über sechs Wochen vor den Mittags- und Abendmahl-

zeiten zwei Unzen (etwa 59 Milliliter) eines Nicht-Zitrusgetränkes angeboten. 22 Bewohner schlossen sowohl den Vergleichs- als auch den Interventionszeitraum ab. Von diesen 22 Personen haben acht an Gewicht zugenommen, zehn ihr Gewicht gehalten und vier Personen an Gewicht verloren. Die Menge der beim

Abendessen eingenommenen Lebensmittel erhöhte sich signifikant von durchschnittlich 208 auf 253 Gramm, gemessen mit der Vergleichsperiode. Insgesamt führte die Einnahme von Zitronen-Limet-

ten-Sorbet dazu, den Speichelfluss und damit die Nahrungsaufnahme und das Gewicht zu erhöhen.

Burgund: Freude am Essen

Der Akt des Essens kann nicht allein auf Ernährungs- und sensorische Aspekte beschränkt werden. Er enthält auch ei-

Interessant: Eine Auswahl an Gewürzen steigert den Appetit. Tischdekoration und der Name des Menüs sind dagegen eher wirkungslos.



ne psycho-affektive Dimension. Diese bezieht sich auf den Kontext, in dem die Mahlzeit serviert wird.

In einer 2015 veröffentlichte Studie testeten Forscher der Universität von Burgund im französischen Dijon die Wirkung von vier Kontextfaktoren auf die Nahrungsaufnahme und die Freude am Essen bei älteren Pflegeheimbewohnern – untersucht wurden die Art, wie das Hauptgericht auf der Speisekarte genannt wurde, die Größe und die Vielfalt der Gemüseportionen, das (Nicht-)Vorhandensein von Würzmitteln in der Mitte des Tisches und das (Nicht-)Vorhandensein von Umgebungselementen, wie etwa dekorativen Objekten auf dem Tisch oder Hintergrundmusik.

42 Pflegeheimbewohner erhielten zwölf „experimentelle“ Mahlzeiten. Für jeden Faktor wurde eine Kontrollbedingung mit zwei experimentellen Bedingungen verglichen. Die Studie zeigte, dass es ausreichen kann, ein Kontextelement der Mahlzeit zu verändern, um die Zufriedenheit der Bewohner mit der Mahlzeit und die verzehrte Menge an Fleisch und Gemüse zu erhöhen.

Besonders wirksam waren die erhöhte Vielfalt der Würzmittel auf dem Tisch. Hingegen waren Faktoren wie der Menüname auf der Speisekarte und die Tischdekoration ineffektiv.

Angesichts der finanziellen Einschränkungen von Pflegeheimen konnte die-

se Studie interessante und kostengünstige Ideen zur Erhöhung der Essensaufnahme und der Zufriedenheit mit Mahlzeiten aufzeigen.

Frankreich: Mangelernährung

Eine Studie zu Vermeidung von Mangelernährung, die besonders unter Pflegeheimbewohnern mit kognitiven Einschränkungen verbreitet ist, wurde von Forschern des Pariser Centre for Food

and Hospitality Research am Institut Paul Bocuse und des Forschungsinstituts AgroParisTech durchgeführt und 2015 veröffentlicht. Sie untersuchte erstens den Zusammenhang zwischen dem „Mögen“ eines Nahrungsmittels und der Nahrungsaufnahme und zweitens den Einfluss von Geschmacksverbesserung auf das „Mögen“ eines Nahrungsmittels und die Nahrungsaufnahme bei älteren Personen mit unterschiedlichem kognitivem Status.

Dafür wurden 104 Teilnehmer, die 70 Jahre und älter waren, aus vier Pflege-

heimen in Lyon rekrutiert und in drei Gruppen eingeteilt. Als Kriterium diente ihr kognitiver Status: schlechter, moderater und hoher kognitiver Status. Getestet wurde eine Vorspeise, die aus einem Stück weichen Weißbrots mit Auberginenaufstrich bestand.

Zwei Versionen der Vorspeise wurden zubereitet. Die Vorspeise, die als Referenz diente, bestand aus gekochter und vermengter Aubergine mit fünf Prozent

Unabhängig vom kognitiven Status: Je schmackhafter eine Speise, umso mehr essen die Pflegebedürftigen. So kann Mangelernährung vorgebeugt werden. ~

Olivenöl ohne Geschmackszusatz. Die Vorspeise mit verbessertem Geschmack enthielt zusätzlich verschiedene Gewürze wie Zitrone, Knoblauch, Salz und Pfeffer. Der 15-minütige Test wurde dreimal (mit einem Abstand von je einer Woche) vor der Mittagsmahlzeit in einem Raum des Pflegeheims zusammen mit Pflegekräften durchgeführt. Die Teilnehmer erhielten zwei Teller mit jeweils vier Stücken der Vorspeisen. Es zeigten sich ein positiver Zusammenhang zwischen dem „Mögen“ des Lebensmittels und der verzehrten Nahrungsmenge sowie ein positiver Einfluss von Geschmacksverbesserung auf die Nahrungsaufnahme, unabhängig vom kognitiven Status.

Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Nahrungsaufnahme bei älteren Menschen in Pflegeheimen, auch und besonders bei solchen mit kognitiven Einschränkungen, durch die Optimierung der sensorischen Eigenschaften der Mahlzeit erhöht werden kann.

Die Studien im Netz

Die Studie „Increasing food intake in nursing home residents: efficacy of the Sorbet Increases Salivation intervention“ von Crogan, Simha und Morgenstern (Gonzaga University & University of Wisconsin, USA) wurde 2014 in „Geriatric Nursing“ veröffentlicht. Sie ist online verfügbar unter <http://bit.ly/2daQCGY>

Die Studie „Improving meal context in nursing homes. Impact of four strategies on food intake and meal pleasure“ von Divert, Laghmaoui, Crema et al. (Centre for Taste and Feeding Behavior der Universität von Burgund, Frankreich) wurde 2015 in „Appetite“ veröffentlicht. Sie ist online verfügbar unter <http://bit.ly/2cPGQlh>

Die Studie „Influence of flavour enhancement on food liking and consumption in older adults with poor, moderate or high cognitive status“ von Pouyet, Cuvelier, Benattar & Giboreau (Centre for Food and Hospitality Research, Institut Paul Bocuse & AgroParisTech, Frankreich) wurde 2015 in „Food Quality and Preference“ veröffentlicht. Sie ist online verfügbar unter <http://bit.ly/2dm48pR>



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



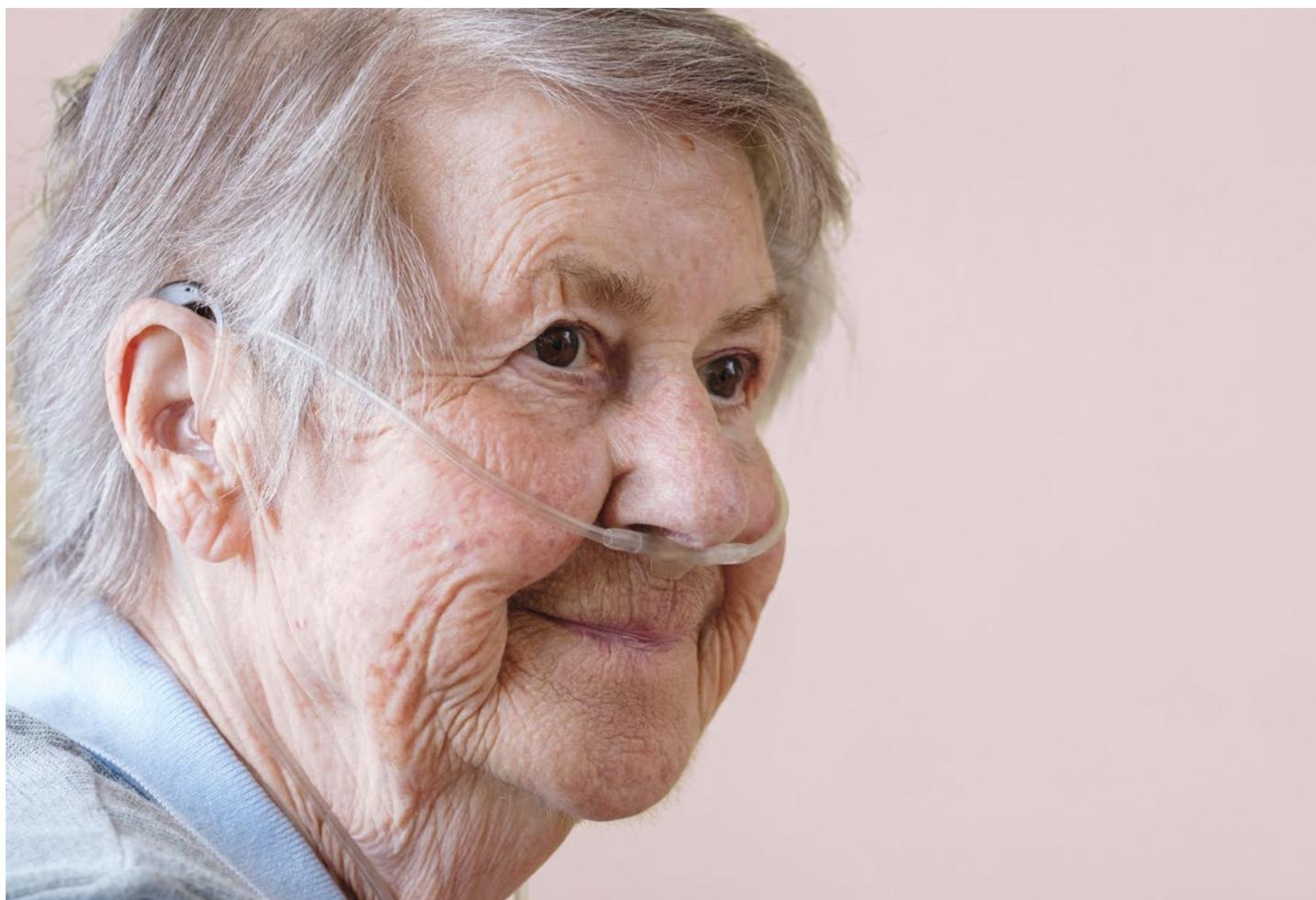
Neues Begutachtungsinstrument  *Das Modul 5 ist eine Novität: Es erfasst Fähigkeiten und Aktivitäten, die im bisherigen Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht berücksichtigt wurden.* Text: Annegret Miller

Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen

> Das Modul 5 heißt „Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ und beinhaltet 16 Kriterien. Es gilt sowohl in der ambulanten Pflege als auch bei zahlreichen Kriterien im stationären Bereich. Das Modul fließt mit 20 Prozent Gewich-

tung in die Gesamtbewertung zur Einstufung der Pflegebedürftigen in die neuen fünf Pflegegrade ein. Es funktioniert anders als die bisherigen Module in der Bewertungssystematik. Die Punkte werden nicht über das ganze Modul ermittelt und dann gewichtet, sondern das Modul 5 wird in vier Bereiche zur Bewertung auf-

geteilt. Die Kriterien 5.1 bis 5.7 ergeben in der Addition maximal 3 Punkte, die Kriterien 5.8 bis 5.11 maximal 3 Punkte, die Kriterien 5.12 bis 5.15 maximal 6 Punkte und das Kriterium 5.16 maximal 3 Punkte (Abb. 1). Die Zusammenzählung der Skalenwerte in den vier Teilbereichen ist unterschiedlich. Nach der Addition der



gewichteten Punkte aller vier Teilbereiche werden die Punkte addiert und erneut gewichtet. Die sich dann ergebende maximale Punktzahl von 20 wird im stationären Bereich schwer erreicht (Abb. 5).

Bisher wurden nur wenige krankheits-spezifische Maßnahmen bei der Ermittlung der Pflegestufe im Zusammenhang mit den alltäglich pflegerelevanten Vorrichtungen berücksichtigt.

Unabhängig von den SGB V-Leistungen im ambulanten Bereich und unabhängig davon, ob diese Maßnahmen Fachkräfte oder Angehörige erbringen, wird bewertet, ob die erkrankte Person die ärztlich verordnete Maßnahme eigenständig bewältigen kann oder ob sie dafür Hilfe benötigt. Der Fall von Frau Becker dient uns als Beispiel.

In die Bewertung gehen nur die ärztlich angeordneten Maßnahmen ein, die gezielt auf eine bestehende Erkrankung ausgerichtet und für voraussichtlich mindestens sechs Monate erforderlich sind.

Beachte: Die ärztliche Anordnung kann sich auch auf nicht verschreibungspflichtige Medikamente oder äußerliche Anwendungen beziehen und wird dennoch mitberechnet!

5.1 Medikation

Orale Medikation, Augen- oder Ohrentropfen, Zäpfchen und Medikamentenpflaster.

Wenn Frau Becker die Medikamente selbstständig nimmt und der Mitarbeiter diese im Wochendispenser vorbereitet, wird diese Hilfeleistung einmal pro Woche in die Bewertung aufgenommen.

Beachte: Beim Verabreichen der Medikamente wird das Stellen nicht gesondert berechnet.

Wenn im Beispiel von Frau Becker die Medikamente morgens, mittags und abends verabreicht werden, wird dies mit dreimal täglich bewertet.

Beachte: Auch Vorab- oder Bedarfsmedikationen, die täglich, wöchentlich oder monatlich verabreicht werden, sind zu berechnen.

Modul 5: Kriterien 5.1 – 5.7

5.1 Medikation

5.2 Injektionen

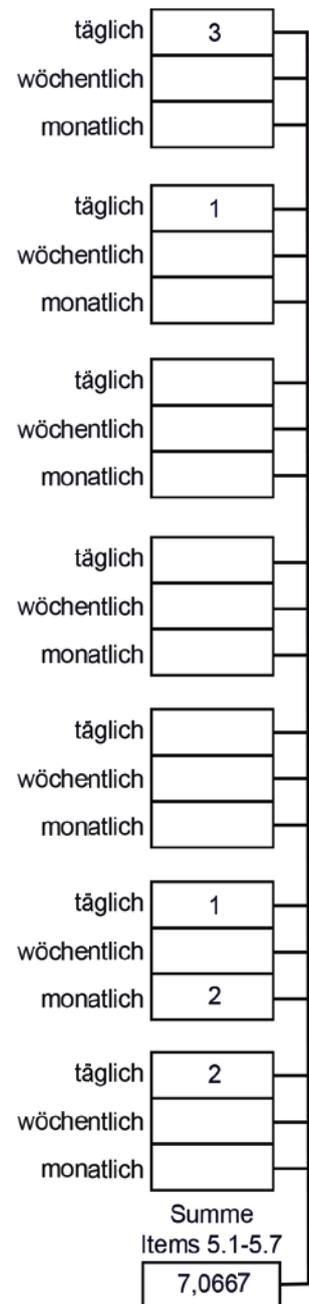
5.3 Versorgung intravenöser Zugänge (z. B. Port)

5.4 Absaugen und Sauerstoffgabe

5.5 Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen

5.6 Messung und Deutung von Körperzuständen

5.7 Körpernahe Hilfsmittel



© Miller GbR

Abb. 1: Der Bereich wird mit zwei Punkten bewertet. Die Summe der Kriterien beträgt 7,06666=>7,0667. Die sieben täglichen Maßnahmen und zwei monatlichen Leistungen werden addiert. Die Zahl der Monatsleistungen (2) wird durch die durchschnittliche Zahl der Monatstage (30) dividiert (2:30=>0,0667).

> **5.2 Injektionen**

Hier geht es um subkutane und intramuskuläre Injektionen und subkutane Infusionen.

Wenn Frau Becker morgens eine Insulininjektion erhält, wird dies mit einmal täglich bewertet. Auch die Häufigkeit der Versorgung mit Medikamentenpumpen über einen subkutanen Zugang würde hierbei bewertet.

5.3 Versorgung intravenöser Zugänge

Hierunter fällt hauptsächlich die Port-Versorgung. Im Umgang mit intravenösen Zugängen ist auch die Kontrolle zur Vermeidung von Komplikationen wie Verstopfung des Katheters zu berücksichtigen. Analog ist auch die Versorgung intrathekaler Zugänge zu erfassen.

5.4 Absaugen und Sauerstoffgabe

Beachte: Jede Maßnahme wird einzeln berücksichtigt. Ausschlaggebend ist der durchschnittliche Wert, wenn Frau Becker wechselnd häufig abgesaugt werden muss. Ebenso wird das An- und Ablegen von Sauerstoffbrillen oder analog von Atemmasken zur nächtlichen Druckbeatmung erfasst sowie das Bereitstellen eines Inhalationsgerätes inklusive dessen Reinigung.

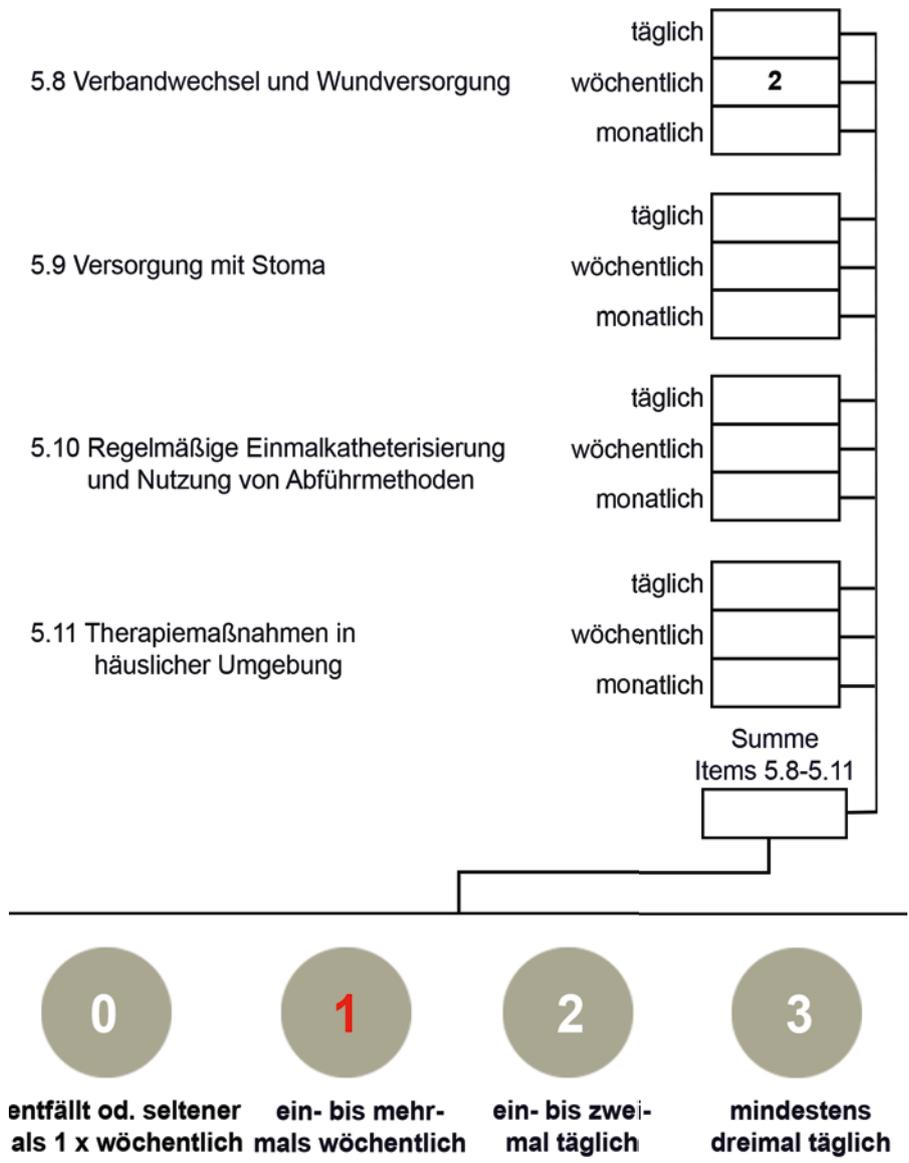
5.5 Einreibung sowie Kälte- und Wärmeanwendungen

Alle externen Anwendungen mit ärztlich angeordneten Salben, Cremes, Emulsionen, außerdem Kälte- und Wärmeanwendungen, die zum Beispiel bei rheumatischen Erkrankungen angeordnet werden, fließen in die Bewertung ein. Die Maßnahmen werden einzeln gewertet.

5.6 Messung und Deutung von Körperzuständen

Es geht um ärztliche Anordnungen zum Messen von Blutdruck, Puls, Blutzucker, Temperatur, Körpergewicht und Flüssigkeitshaushalt, bei der über die Messung hinaus auch notwendige Schlüsse zu ziehen sind wie zum Beispiel um die erforderliche Insulindosis festzulegen oder zur Notwendigkeit anderer Maßnahmen

Modul 5: Kriterien 5.8 – 5.11



© Miller GbR

Abb. 2: In unserem Beispiel wird in diesem Teilbereich keine Summe der dargestellten Kriterien berechnet. Bei einem Skalenwert von ein- bis mehrmals wöchentlich ist die Zuordnung mit einem Punkt eindeutig.

wie das Umstellen der Ernährung oder das Aufsuchen eines Arztes.

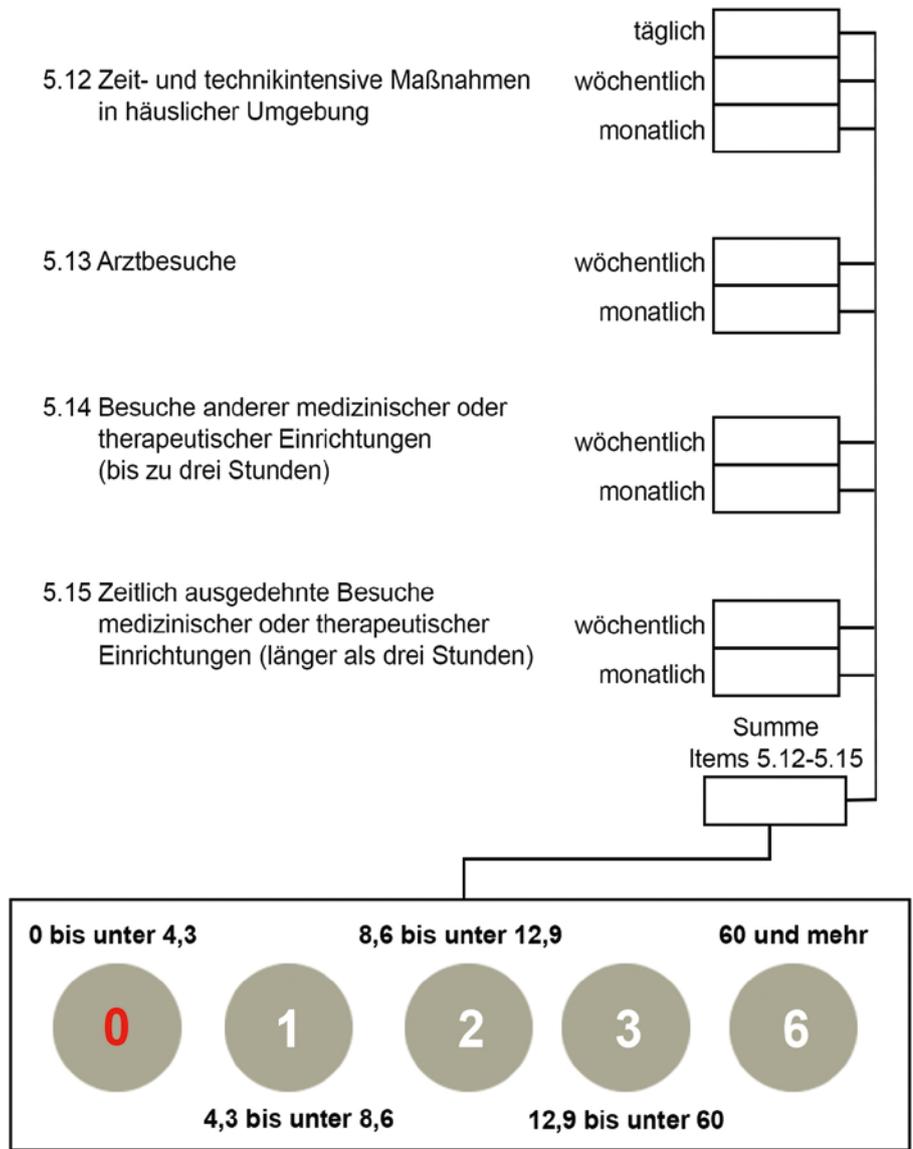
Wenn Frau Becker aufgrund eines erhöhten Blutdruckes und einer Umstellung ihres Lebensstils den Blutdruck zur Ergänzung der medikamentösen Therapie gemessen bekommt, wird die verordnete Häufigkeit bewertet. (in Abb. 1 mit einmal

täglich dargestellt). Ebenso werden die zweimal monatlich durchgeführten Blutzuckerkontrollen hinzugerechnet.

5.7 Körpernahe Hilfsmittel

Hierunter versteht man das An- und Ablegen von Brille, Hörgerät, Kompressionsstrümpfe (inklusive deren Reini-

Modul 5: Kriterien 5.12 – 5.15



© Miller GbR

Abb. 3: In unserem Beispiel sind die aufgeführten Leistungen für Frau Becker nicht relevant. Somit wird der Teilbereich 3 des Moduls 5 bei Frau Becker mit 0 Punkten bewertet.

gung), Orthesen, kieferorthopädische Apparaturen, Prothesen (keine Zahnprothesen). Diese gehören in das Modul 4.2). Frau Becker hat eine Brille und ein Hörgerät. Insbesondere im Zusammenhang mit dem Hörgerät benötigt sie Hilfeleistungen. Somit erfolgt eine Bewertung von zweimal täglich.

Bei den Berechnungen der zuvor beschriebenen Kriterien 5.1 – 5.7 ergibt sich bei Frau Becker ein Summenwert von $7,06666 \Rightarrow 7,0667$. Dieser ergibt sich aus den sieben täglichen Maßnahmen und den zwei Leistungen pro Monat. Die Zahl der Monatsleistungen (2) wird durch die durchschnitt-

liche Zahl der Monatstage (30) dividiert ($2:30 \Rightarrow 0,0667$). Erfolgen noch wöchentliche Leistungen, wird dieser Wert durch die Zahl der Wochentage (7) geteilt und dem Ergebnis hinzugerechnet.

Laut der Skala (vier- bis achtmal täglich) ergeben sich 2 Punkte (vgl. Abb. 1).

5.8 Verbandwechsel und Wundversorgung

Frau Becker erhält aufgrund einer chronischen Wunde zweimal pro Woche einen Wundverband laut Verordnung (vgl. Abb. 2).

5.9 Versorgung mit Stoma

Dieses Kriterium beinhaltet die Pflege künstlicher Körperöffnungen wie PEG, Tracheostoma, suprapubischer Blasenkatheter, Urostoma, Colo- oder Ileostoma. Hier sind auch das Reinigen des Katheters, die Desinfektion der PEG-Einstichstelle und, falls notwendig, auch der Verbandswchsel zu bewerten.

5.10 Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden

Hierzu gehört die Häufigkeit von Einmalkatheterisierung zum Beispiel bei neurogenen Blasenentleerungsstörungen. Mit Abfuhrmethoden sind die Anwendungen von Klistier, Einlauf und die Verordnung von digitalem Ausräumen gemeint.

5.11 Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung

Es geht um diverse Anweisungen zu einem Eigenübungsprogramm aus einer Heilmitteltherapie, welches dauerhaft und regelmäßig durchgeführt werden soll wie zum Beispiel krankengymnastische Übungen, Atemübungen, logopädische Übungen, Maßnahmen zur Sekretelimination, Durchführung spezifischer Therapien nach Bobath oder Vojta oder der Durchführung ambulanter Peritonealdialyse (CAPD). Bei den Berechnungen der beschriebenen Kriterien 5.8 – 5.11 wird keine Summe gebildet, da in diesem Beispiel bei einem Skalenwert von ein- bis mehrmals

wöchentlich die Zuordnung mit einem Punkt eindeutig ist (vgl. Abb. 2).

5.12 Zeit- und technik-intensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung

Hierzu gehören spezielle Therapiemaßnahmen wie Hämodialyse oder Beat-

Es werden nur ärztlich verordnete Maßnahmen bewertet, die gezielt auf eine Erkrankung ausgerichtet sind. 

mung, die im häuslichen Umfeld durchgeführt werden können, wenn ständige Überwachung während der Maßnahme durch geschulte Pflegepersonen gewährleistet wird.

Die spezielle Krankenbeobachtung, gemäß Position 24 HKP-Richtlinie, zum Beispiel bei maschineller Beatmung ist mit einmal täglich einzutragen und wird mit 60 bewertet => die höchste Punktzahl ist im Teilbereich 5.12 – 5.15 mit 6 Punkten somit erreicht.

Jede wöchentlich ausgeführte Maßnahme wird mit einem Wert von 8,6 multipliziert; jede monatliche Maßnahme mit einem Wert von 2 Punkten multipliziert.

5.13 Arztbesuche

Die Unterstützung auf dem Weg zu oder bei den regelmäßigen Besuchen beim niedergelassenen Hausarzt oder bei Fachärzten zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken wird mit der durchschnittlichen Häufigkeit pro Woche und Monat erfasst. Die wöchentliche Maß-

nahme wird mit 4,3 und die monatliche Maßnahme mit 1 multipliziert.

5.14 Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen

Die Dauer des Besuches ist mit bis zu drei Stunden veranschlagt. Die wöchentliche Maßnahme wird mit 4,3 und die monatliche Maßnahme mit 1 multipliziert.

5.15 Zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen

In diesem Fall sind Besuche gemeint, die länger als drei Stunden dauern. Die wöchentliche Maßnahme wird mit 8,6 und

die monatliche Maßnahme mit 2 multipliziert.

Der Zeitaufwand bei jedem Termin bis zu drei Stunden oder über drei Stunden entscheidet darüber, ob Kriterium 5.14 oder 5.15 bewertet wird. Es wird der Gesamtaufwand zur Nutzung der Einrichtung einschließlich der Fahrtzeiten für die Pflegeperson erfasst.

Hierzu zählen Termine bei Physiotherapeuten/Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Logopäden, Psychotherapeuten und Termine in Krankenhäusern zur ambulanten Behandlung oder Diagnostik sowie der Besuch in anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Insgesamt können sechs Punkte in diesem Teilbereich des Moduls 5 erreicht werden.

Frau Becker lebt in einer Pflegeeinrichtung. Bei ihr sind die hier aufgeführten Kriterien weniger relevant. Der Hausarzt und die Therapeuten kommen in die Pflegeeinrichtung und begleitete Facharztbesuche sind bei ihr nicht jeden Monat erforderlich. Somit wird bei ihr dieses Modul mit 0 Punkten bewertet (vgl. Abb. 3).

5.16 Einhalten einer Diät oder anderer krankheits-/therapiebedingter Verhaltensvorschriften

Bei manchen Erkrankungen werden bestimmte Diäten oder Essvorschriften

Modul 5: Kriterium 5.16

Selbstständigkeitskala

5.16 Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften

0
1
2
3

Die Bewertungsskala umfasst :

- 0 Punkte = entfällt oder selbstständig
- 1 Punkt = überwiegend selbstständig
- 2 Punkte = überwiegend unselbstständig
- 3 Punkte = unselbstständig

© Miller GbR

Abb. 4: Frau Becker kann die Vorschrift selbstständig einhalten. Dieser Modulbereich wird deshalb mit 0 Punkten bewertet.

Modul 5: Ergebnis

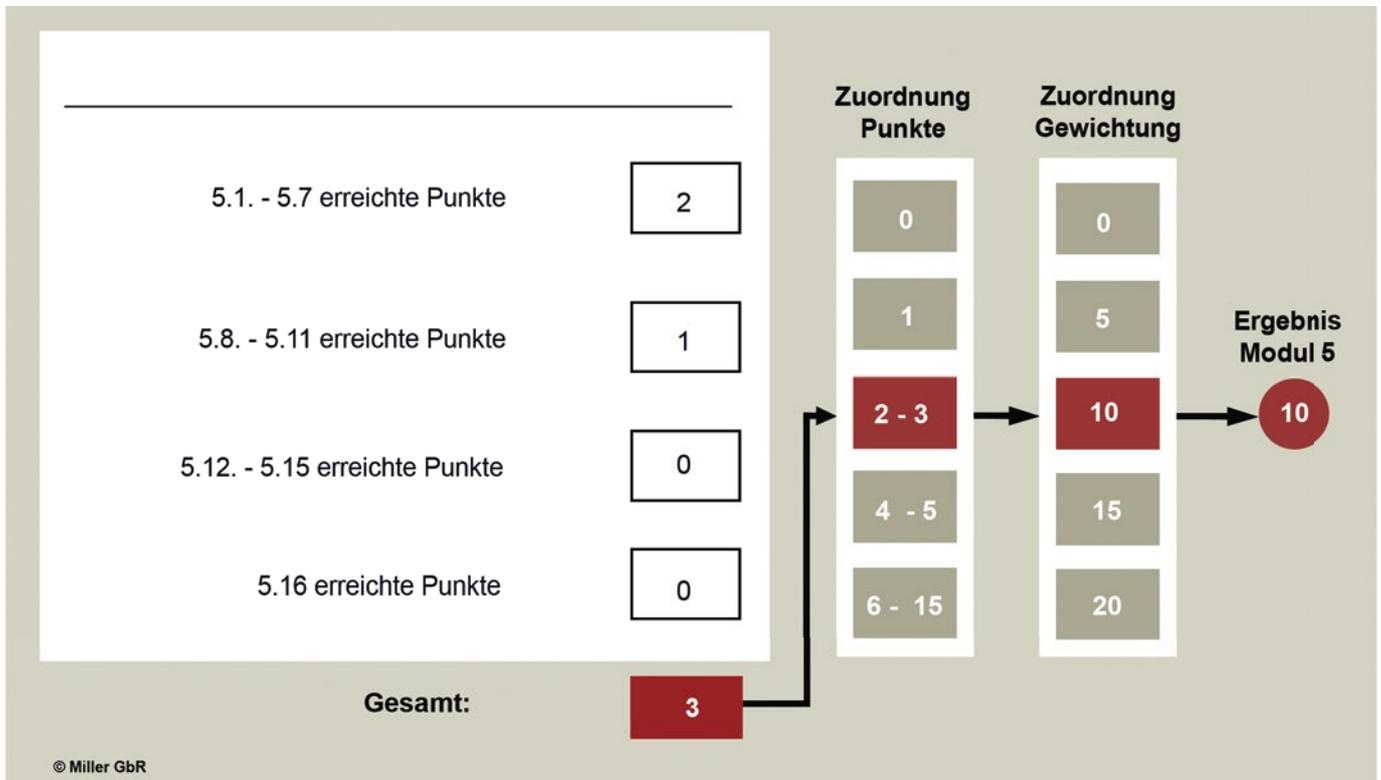


Abb. 5: Die in der Bewertungsskala erfassten Punkte (links) werden addiert. Das Ergebnis beträgt in diesem Fall 3 Punkte. Da die Ergebnisse in Modul 5 aber 20 Prozent am Gesamtergebnis ausmachen, kommt die Gewichtungsskala (rechts) daneben zum Tragen. Hier sind Korridore festgelegt: Ein Ergebnis von 2 bis 3 Punkten in der Bewertungsskala ergibt am Ende durch die Gewichtung 10 Punkte. Die Bewohnerin erhält in Modul 5 also 10 Punkte.

sowie andere Verhaltensvorschriften angeordnet. Dazu gehören auch die ärztlich angeordnete Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, in der die Art und die Menge der Lebensmittel sowie die Art und der Zeitpunkt der Aufnahme aus therapeutischen Gründen geregelt sind. Zum Beispiel bei Stoffwechselstörungen, Nahrungsmittelallergien oder Essstörungen.

Als Beispiele für Diäten wird die glutenfreie oder laktosefreie Kost in den Begutachtungsrichtlinien aufgeführt.

Die Vorschriften sind einzeln zu benennen und der Grad der Selbstständigkeit bei der Einhaltung dieser Vorschrift und der daraus resultierende Bedarf an personeller Unterstützung werden beurteilt.

Beachte: Es geht hier um die Einsichtsfähigkeit der Person zur Einhaltung der

Vorschriften und nicht um die Zubereitung einer Diät oder das An- und Ablegen einer Sauerstoffmaske. Es geht auch nicht um die selbstbestimmte Ablehnung von ärztlichen Vorschriften bei erhaltenen mentalen Funktionen.

Selbstständig (0 Punkte): Frau Becker kann die Vorschriften selbstständig einhalten. Das Bereitstellen einer Diät reicht aus.

Überwiegend selbstständig (1 Punkt): Frau Becker muss an die Diät erinnert werden und braucht Anleitung. Maximal einmal täglich ist darüber hinaus Unterstützung erforderlich.

Überwiegend unselbstständig (2 Punkte): Frau Becker benötigt meistens Anleitung und Beaufsichtigung. Mehrmals täglich ist Unterstützung erforderlich.

Unselbstständig (3 Punkte): Frau Becker benötigt immer Anleitung und Beauf-

sichtigung. Unterstützung ist fast durchgehend erforderlich.

Mehr zum Thema

➕ *Weitere Beiträge:* Die vorherigen Beiträge zur Serie finden Sie ab Ausgabe 5/2016.

📧 *Kontakt zur Autorin:*
E-Mail: annegret.miller@exzellenz.de;
www.exzellenz.de und 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 „Neuen Begutachtungsinstruments“.

Pflegeoase  Zahlreiche pflegewissenschaftliche Studien sind der Frage nachgegangen, ob Pflegeoasen in der späten Phase der Demenz die bessere Versorgungsform sind. *Text: Sarah Lipp*

In Gemeinschaft umsorgt

> Das ursprünglich aus der Schweiz stammende Nischenkonzept der Pflegeoasen spezialisiert sich auf die Versorgung schwer demenziell Erkrankter. Als neues Wohn- und Lebenskonzept in der stationären Langzeitpflege strebt es die Erhöhung der Lebensqualität von Menschen mit fortgeschrittener Demenz an und schafft deshalb ein Milieu, das sich an den Bedürfnissen der speziellen Zielgruppe orientiert. Vor diesem Hintergrund wurden Pflegeoasen als Mehrpersonenräume konzipiert, in de-

nen gewöhnlich zwischen sechs und zehn Personen leben.

Die Einführung neuer Versorgungsmodelle wie jenes der Pflegeoase wirft automatisch Fragen auf. Gelingt es ihnen tatsächlich, eine bessere Versorgungsqualität für schwer demenzerkrankte Menschen herzustellen, als dies in herkömmlichen Versorgungsarrangements mit Einzel- und Doppelzimmern möglich ist? Und welche Effekte, sowohl positive als auch negative, ergeben sich konkret?

In einer Untersuchung von neun (teilweise unveröffentlichten) Studien zum Thema „Pflegeoase“ in Deutschland konnten die Auswirkungen auf Bewohner erfasst werden. Die Forschenden verglichen stets zwischen der neuen Versorgungsvariante (Pflegeoase als Programmgruppe) und der bisher üblichen gemeinsamen Pflege und Betreuung Demenzerkrankter und kognitiv Gesunder in Einzel- bzw. Doppelzimmern (Vergleichsgruppe). Schließlich ist es das Ziel dieser Studien, im Sinne der Erprobung neuer



Fakten zu Pflegeoasen

Zielgruppe: Schwer demenzerkrankte Heimbewohner mit weitgehender Immobilität.

Räumliche Ausgestaltung: Pflegeoasen werden meist als besonderer Pflegebereich in eine bestehende Pflegeeinrichtung integriert. Der Mehrpersonenraum umfasst neben einer Küchenzeile einen Gemeinschaftsbereich, an den nach außen hin individuelle Nischen durch Sichtschutz geschaffen werden. Daran grenzen ein einzelner Rückzugsraum sowie ein Pflegebad an.

Dauerhafte Pflegeoasen: Hierbei handelt es sich um Mehrpersonenräume, in denen Bewohner dauerhaft versorgt werden – also Tag und Nacht.

Tagesoasen: Dort verbringen Bewohner während des Tages gemeinsam mit anderen schwer demenziell Erkrankten im Mehrpersonenraum ihre Zeit und kehren nachts in ihr Einzel- bzw. Doppelzimmer zurück.

Verbreitung: Schweiz, Deutschland, Luxemburg

Wohnformen Aussagen darüber treffen zu können, ob Pflegeoasen als innovative Versorgungsform anzusehen sind.

Besondere Aufmerksamkeit verdient die jüngste der neun Untersuchungen (Studie 7 – eine Auflistung aller neun Studien finden Sie, in numerischer Abfolge von 1 bis 9, in einer gesonderten Tabelle auf Seite 38). Dettbarn-Reggentin und Reggentin vom Berliner Institut für sozialpolitische und gerontologische Studien (ISGOS) untersuchten darin von Juli 2013 bis Januar 2015 die Augsburger Tagespflegeoasen des Seniorenzentrums Lechrain als Programmgruppe. Als Vergleichsgruppen wählten sie Bewohner der Normalversorgung in Einzel- und Doppelzimmern derselben Einrichtung sowie Bewohner einer Wohngruppe des Paritätischen Hospitalstifts. Sie sorgten damit erstmalig für Ergebnisse, die über den Vergleich zwischen traditioneller Versorgung und der Versorgung in Pflegeoasen hinausgehen, und ermöglichen zusätzlich den Vergleich zwischen zwei neuen Versorgungsvarianten im Schwerstpflegebereich: Pflegeoase und Wohngruppe.

Einflüsse auf die Lebensqualität: psychisches Wohlbefinden

Im fortgeschrittenen Stadium der Demenzerkrankung entwickeln sich bei vielen Betroffenen Veränderungen des Gefühlslebens und des Verhaltens. Dessen Folge können **psychopathologische**

Veränderungen sein. Zu diesen zählen Agitiertheit, Reizbarkeit, Depression, abweichend motorisches Verhalten, Apathie, Angst, Essstörung, Schlafstörung, Wahnvorstellung, Enthemmung, Halluzination und Hochstimmung.

Insgesamt stellte sich bei der Untersuchung des Verlaufs neuropsychiatrischen Verhaltens eine deutlich positivere

Symptome neuropsychiatrischen Verhaltens wurden bei Bewohnern von Pflegeoasen seltener festgestellt als bei Bewohnern von Einzel- oder Doppelzimmern. ~

Tendenz zugunsten der Oasenbewohner heraus. Das heißt: Symptome gingen in diesem Bereich tendenziell stärker bei Bewohnern von Pflegeoasen zurück (Studien 1, 4, 9) bzw. lagen dort in geringerem Umfang vor als in den Vergleichsgruppen (Studie 5). Lediglich eine der Arbeiten (Studie 6) zeigte, dass neuropsychiatrische Symptome häufiger in Pflegeoasen auftreten – jedoch in geringerer Schwere als in der Vergleichsgruppe. Im Vergleich zwischen Wohngruppe, Tagesoase und Normalversorgung reduzierten sich nicht kognitive Symptome innerhalb der Tagesoase am deutlichsten (Studie 7).

Störendes Verhalten entspringt aus neuropsychiatrischen Symptomen, die durch geeignete Pflege und Betreuung

beeinflusst werden können. Hier zeichnete sich bei allgemein nur geringem Aufkommen eine etwas bessere Entwicklung bei den Oasen ab (Studien 1, 9). Im Vergleich reduzierte sich störendes Verhalten in der Tagesoase des Seniorenzentrums Lechrain (ausgehend von einem höheren Niveau) stärker als in der Normalversorgung und der Wohngruppe (Studie 7).

Auch die **Stimmung** schien sich in den Pflegeoasen positiver zu entwickeln als bei den Bewohnern der Vergleichsgruppen (Studien 1, 5). Jedoch stellten sich, abweichend von den Ergebnissen zu nicht kognitiven Symptomen und störenden Verhaltensweisen, erste Hinweise auf eine Vorteilhaftigkeit der Wohngruppe gegenüber Tagesoasen ein (Studie 7).

Es ist anzunehmen, dass die Vergabe von **Psychopharmaka** abhängig vom Auftreten nicht kognitiver Symptome, störender Verhaltensweisen und der Stimmungslage ist. Hierzu stellten Forscher in mehreren Untersuchungen (Studien 1, 4, 6) fest, dass in Pflegeoasen deutlich weniger Psychopharmaka verabreicht wurden. Zwei

der betrachteten Arbeiten (Studien 5, 9) kamen hingegen zu dem Schluss, dass sich in Bezug auf die Vergabe von Psychopharmaka kein nennenswerter Vorteil gegenüber der Vergleichsgruppe einstellte. Insgesamt betrachtet, finden sich im Bereich des psychischen Wohlbefindens Hinweise auf eine bessere Versorgungssituation in Pflegeoasen. In einem ersten Vergleich zwischen Tagesoase und Wohngruppe konnte



Pflegeoasen auf Dauer (1-6) und als Tagesoasen (7-9)

Forschungsgruppe, Forscher, Erscheinungsjahr	Zeitpunkt der Oaseneröffnung	Studienlaufzeit	Studiendesign	Programmgruppe (PG)
1. ISGOS Dettbarn-Reggentin, Reggentin 2010	07.2008	01.2009 - 12.2009	Longitudinale Vergleichsstudie	Pur Vital Seniorenpark Alztal in Garching
2. A.G.P Freiburg Schuhmacher et al., 2011	10.2007	05.2008 - 02.2010	Longitudinale Vergleichsstudie	Villa am Buttermarkt in Adenau
3. PTH Vallendar Brandenburg et al., 2011	08.2008	03.2009 - 03.2011	Longitudinale Vergleichsstudie	AWO Seniorenzentrum Idar-Oberstein
4. DZD Universität Witten Rüsing et al., 2012	03.2010	12.2009 - 05.2011	Zweiarmige Vergleichsstudie im quasi-experimentellen Design	Seniorenzentrum Bethanien in Solingen
5. ISGOS Dettbarn-Reggentin, Reggentin 2014	12.2009	10.2012 - 10.2013	Longitudinale Vergleichsstudie	Seniorenzentrum der Sozialstiftung Bamberg
6. Demenz Support Stuttgart, Berner et al., 2015	07.2013	02.2013 - 06.2014	Longitudinale Vergleichsstudie	Elisabethenhaus in Ulm
7. ISGOS Dettbarn-Reggentin, Reggentin 2015	06.2013	07.2013 - 01.2015	Longitudinale Vergleichsstudie	Seniorenzentrum Lechrain in Augsburg
8. FH Osnabrück Hotze, Böggemann, 2011	04.2009	01.2010 - 04.2011	Vergleichsstudie im Querschnittsdesign	Heywinkelhaus Osnabrück
9. ISGOS Dettbarn-Reggentin, Reggentin 2014	10.2012	09.2012 - 03.2014	Longitudinale Vergleichsstudie	Seniorenzentrum Abundus in Fürstenzell

kein eindeutiger Vorteil zugunsten eines der beiden Versorgungskonzepte erkannt werden (Studie 7).

Einflüsse auf die Lebensqualität: physisches Wohlbefinden

Die **Schmerzsituation** ist gerade für demenziell erkrankte Bewohner im fortgeschrittenen Stadium eine bedeutende Einflussgröße hinsichtlich ihrer Lebensqualität. Bei der Auswertung der Studien fiel auf, dass analgetische Präparate durchweg entweder allein an Oasensbewohner (Studie 6) oder teilweise zugleich an Bewohner der Vergleichsgruppen (Studien 2, 4) erhöht wurden. Es ist deshalb anzunehmen, dass bedarfsgerechter auf die Schmerzsituation der Betroffenen eingegangen wurde.

Aufgrund ihres gesundheitlichen Zustandes ist es schwerst demenziell Er-

krankten nicht mehr möglich, Schmerzen mitzuteilen. Deshalb wurden Pflegekräfte im Rahmen der Datenerhebung für die Studien in den Einsatz von Instrumenten zur Einschätzung der aktuellen Schmerzsituation unterwiesen. Dies schärfte den Blick auf die Schmerzsituation ihrer Bewohner. Vermutlich wurden die Studienergebnisse alleine dadurch bereits beeinflusst. Inwieweit sich die positive Entwicklung auf die zugrundeliegende Versorgungsform zurückführen lässt, ist damit schwierig zu beurteilen. Trotzdem sollte darauf verwiesen werden, dass durch das veränderte Raumkonzept der Pflegeoase als Mehrpersonenraum, verbunden mit ständiger Personalpräsenz, Bewohner leichter beobachtet werden können. Darauf baut die Annahme auf, dass der in Pflegeoasen beobachtete verbesserte Umgang mit

Schmerz nicht ausschließlich dem neuen Einsatz dieser Instrumente geschuldet ist.

Die Ergebnisse des ISGOS zu Bewohnern der Tagesoasen, Wohngruppe und Normalversorgung (Studie 7) ergab, dass sich das beobachtete Schmerzverhalten im Zeitverlauf bei allen drei Gruppen reduzierte. Darunter war der Rückgang bei der Wohngruppe am stärksten zu bemerken.

Als weiteres Kriterium für das physische Wohlbefinden der Bewohner wurde außerdem der **Ernährungszustand** untersucht (Studien 3, 4, 6). Hier zeigte sich im Vergleich zur Normalversorgung durchweg eine eindeutig positivere Entwicklung bei Oasensbewohnern.

Einflüsse auf die Lebensqualität: soziales Wohlbefinden

Das zentrale Ziel der Pflegeoasen besteht darin, der Vereinsamung schwer Demenz-

Vergleichsgruppe (VG)	Stichprobenumfang
Pur Vital Seniorenpark Alztl in Garching	PG: n = 8 (8w) VG: n = 7 (4w, 3m)
Villa Toscana in Kottenheim	PG: n = 8 (7w, 1m) VG: n = 5 (5w)
AWO Seniorenzentrum Kannenbäckerland in Höhr-Grenzhausen	PG: n = 15 (15w) VG: n = 7 (6w, 1m)
Haus Clarenbach in Remscheid	PG: n = 9 (9w) VG: n = 10 (9w, 1m)
Seniorenzentrum der Sozialstiftung Bamberg	PG: n = 6 (1m, 5w) VG: n = 9 (3m, 6w)
Elisabethenhaus in Ulm	PG: n = 6 (6w) VG: n = 3 (3w)
VG1: Seniorenzentrum Lechrain in Augsburg VG2: Paritätisches Hospitalstift Augsburg	PG: n = 5 (3w, 2m) VG1: n = 7 (7w) VG2: n = 6 (5w, 1m)
Heywinkelhaus Osnabrück	PG: n = 11 (9w, 2m) VG: n = 4 (3w, 1m)
Seniorenzentrum Abundus in Fürstzell	PG: n = 7 (5w, 2m) VG: n = 6 (6w)

erkrankter in Einzel- und Doppelzimmern entgegenzuwirken. Die besonderen strukturellen Bedingungen begünstigen deshalb gezielt die **Kontaktaufnahme** zu anderen Personen und führen zu einem erhöhten sozialen Wohlbefinden der Bewohner. Kontakte sind vor allem auf das Pflegepersonal beschränkt, umfassen daneben aber auch Besuche durch Angehörige.

Um Aussagen über das Sozialverhalten treffen zu können, untersuchten die Forscher zum Teil mobilitätsunabhängige Sozialverhalten (Studien 1, 5, 9): „Blickkontakte mit Personen in der Umgebung“, „nimmt Anteil an den Vorgängen der Umgebung“, „wirkt im Kontakt mit Angehörigen oder Freunden freundlich und positiv“. In anderen Arbeiten wurde das Ausmaß bewohnernaher bzw. bewohnerferner Tätigkeiten der Pflegekräfte betrachtet (Studien 4, 6, 8), durch-

schnittliche Kontaktzeiten und Kontakt-häufigkeiten zwischen Bewohnern und Pflegenden ermittelt (Studie 4) oder die Anzahl positiv besetzter Kontaktpersonen gezählt (Studie 2). Es zeigte sich schlussendlich, dass sich Pflegeoasen auf das soziale Wohlbefinden der Bewohner tendenziell positiver auswirken als herkömmliche stationäre Versorgungssettings für Menschen mit fortgeschrittener Demenz. Die Studie zu Bewohnern des Seniorenzentrums Lechrain und des Paritätischen Hospitalstifts (Studie 7) kam zu dem Ergebnis, dass sich allein in der Wohngruppe die Werte des Sozialverhaltens verbessern konnten. Ausgehend von einem deutlich schlechteren Sozialverhalten erzielten Wohngruppenbewohner am Ende sogar ein geringfügig besseres Ergebnis als diejenigen in der Tagesoase. Im Vergleich zu Bewohnern in Einzel- bzw. Doppelzimmern stellte sich damit wiederholt ein eindeutig positiveres Ergebnis zugunsten der neuen Versorgungssettings heraus. Dies zeigt, dass die gemeinschaftsorientierten Organisationsformen ihr Ziel erreichen, der Vereinsamung schwer demenzerkrankter Menschen in Pflegeheimen entgegenzuwirken.

Einflüsse auf die Lebensqualität: Resümee der Studienergebnisse

Mit zunehmender Vielfalt alternativer Wohnformen für demenziell erkrankte Menschen stellt sich nun nicht mehr nur die Frage, ob neue Versorgungsvarianten einen Vorteil gegenüber traditionellen Modellen darstellen. Stattdessen bleibt nun außerdem zu klären, welche der gemeinschaftsbezogenen Versorgungsvarianten sich besonders durch positive Wirkungen auf den Demenzbetroffenen hervorheben. Mit dem Einbezug einer aktuellen Studie des ISGOS konnte erstmalig eine Gegenüberstellung zwischen traditioneller Versorgung und Oase um eine weitere neue Versorgungsform der stationären Altenhilfe erweitert werden (Studie 7). Vergleichend zur Normalversorgung in Einzel- und Doppelzimmern waren durchweg positivere Ergebnisse bei den gemeinschaftsbezogenen Versor-

gungsvarianten zu erkennen. Eine deutliche Vorteilhaftigkeit einer der beiden – Pflegeoase oder Wohngruppe – ergab sich jedoch nicht. Hierfür lassen sich ohnehin aus einer einzelnen Untersuchung noch keine eindeutigen Erkenntnisse ableiten. Deshalb sollte besonders in diesem Bereich zukünftig die Forschung weiter vorangehen. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist keine abschließende Bewertung des Oasenkonzepts möglich. Trotzdem ist es durchaus zumindest als gleichwertige Alternative zu anderen spezialisierten Versorgungsformen in der stationären Altenhilfe anzusehen. Diese leisten einen wichtigen Beitrag zu einer an den individuellen Bedürfnissen orientierten Versorgung und schützen eine vulnerable Personengruppe unserer Gesellschaft. Anhand jener neuen Entwicklungen fand keine Verdrängung alter Betreuungsformen statt. Stattdessen wurden traditionelle Versorgungsformen dem Bedarf entsprechend sinnvoll ergänzt und abgerundet. Wie Westbeld richtig anmerkt, erweisen sich Pflegeoasen lediglich als „weiterer wichtiger Baustein der unterschiedlichen Lebensformen, die für die individuellen Bedürfnisse der alten Menschen angeboten werden müssen“.

Mehr zum Thema

- ▼ Download-Tipp:
 Eine ausführliche Literaturliste finden Sie unter „Downloads zur Zeitschrift“ auf www.altenpflege-online.net/Produkte/Downloads
- + Literatur:
 Sarah Lipp: *Pflegeoasen als Konzept der Versorgung schwer Demenzkranker. Aktueller Stand und Perspektiven in Deutschland*, GRIN Verlag, München, 2016.
- ★ Kontakt:
sarah.lipp@gmx.de



Sarah Lipp (B.Sc.)
 studierte an der Universität Bayreuth Gesundheitsökonomie und macht derzeit eine Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin am Kreisklinikum St. Elisabeth in Dillingen (Donau)



Stefan Heyde (35), Krankenpfleger, Wohnbereichsleiter und Initiator der Aktion „Pfleger in Not“, Nieder-Olm/Rheinland-Pfalz ☺

Stefan Heyde  *Er hat in vielen Einrichtungen gearbeitet, ist aber nirgendwo lang geblieben. Immer wieder stößt er sich an den Zuständen vor Ort. Nun hat er die Aktion „Pflege in Not“ gegründet.* Text: Holger Jenrich

Der Suchende

> Brille, Bart, blaues Karo-Hemd: Stefan Heyde ist eher der unauffällige Typ. In sich ruhend, klar, geerdet kommt er daher. Er ist glücklich verheiratet, lebt in einer adretten Mietwohnung in Nieder-Olm im rheinland-pfälzischen Landkreis Mainz-Bingen, fährt den üblichen Mittelklassewagen. Und erlaubt sich allenfalls im Hobbykeller eine kleine Extravaganz. „Ich sammle medizinisch-chirurgische Instrumente aus dem Mittelalter“, sagt der 35-Jährige und zählt von Schädelbohrer über Knochensäge bis Blasensteinmesser allerlei Erschröckliches auf, „wenn Filme wie ‚Der Medicus‘ gedreht werden, melden sich die Ausstatter schon mal bei mir und leihen sich was aus.“

Doch obwohl so vieles so wohl geordnet scheint, ist Stefan Heyde schon sein Leben lang ein Suchender. Und ob er letztendlich fündig geworden und am Ziel angekommen ist, das kann nur er selbst beurteilen. „Bei meiner Frau bin ich mir da sicher“, sagt er – so sicher, dass er vor vier Jahren seinen Geburtsnamen „Schierz“ aufgegeben und gegen den ihren eingetauscht hat.

Auch seine politische Heimat scheint er gefunden zu haben – nachdem er als Teenager in seinem südwestpfälzischen Heimatörtchen Reifenberg die Junge Union mitgegründet und sich später für

ein Intermezzo der SPD angeschlossen hat, ist er unlängst bei der Landtagswahl als Direktkandidat für die Linkspartei angetreten. „Ich habe Wahlkampf ausschließlich zum Thema Pflege gemacht“, sagt er, „in meinem Wahlkreis hat mir das immerhin 3,3 Prozent oder 1 804 Stimmen eingebracht...“

Auch beruflich hat er in jungen Jahren erst ein paar Pirouetten drehen müssen,

„Ich kann verdammt nervig und stur sein.

Wehe, wenn ich mich einmal festgebissen habe...“ 

bis er letztlich in der Pflege gelandet ist. Eine erste Ausbildung, damals noch im Raum Pirmasens, zum Rechtsanwaltsfachangestellten, dann eine zweite zum Arzthelfer. Die allerdings brach er kurz vor dem Examen ab, um sie gegen eine dritte Ausbildung – erneut eine in einem vermeintlich typischen Frauenberuf – einzutauschen. „Nach meinem Zivildienst hat der Sprung in die Pflege nicht geklappt“, sagt Stefan Heyde, „aber als sich dann plötzlich die Chance ergab, da musste ich nicht lange überlegen.“

Ein Jahr Ausbildung zum Krankenpflegehelfer, zwei weitere Jahre Ausbildung zum Krankenpfleger, erfolgreicher Abschluss: als Endzwanziger war er am Ziel seiner beruflichen Träume – am Ende seiner Suche jedoch noch lange nicht. Seine Jahre in der Pflege mit dem Begriff „Odyssee“ zu umschreiben, wäre nämlich eine krasse Untertreibung. An der Uni-Klinik und am Katholischen Klinikum in Mainz war er beschäftigt, an den Dr. Horst-Schmidt-Kliniken in Wiesbaden sowie bei Pflegeheimen in Budenheim, Nieder-Olm,

Sörngenloch, Harxheim sowie im Mainzer Stadtteil Gonsenheim. Die Gründe für diese Dauerwechselei seien vielfältig gewesen, meint Stefan Heyde, zurzeit Wohnbereichsleiter in einem privaten Pflegeheim in Mainz-Laubenheim: Befristungen, Firmenpleiten, schlechtes Betriebsklima, katastrophale Zustände. Was wiederum, das verschweigt er nicht, seine eigene Widerborstigkeit anstachelte: „Ich kann ver-

dammt nervig und stur sein. Wehe, wenn ich mich einmal festgebissen habe...“

Diese Renitenz hat er nun in kreative Form gegossen. Weil er generell erschüttert ist über die Bedingungen in der Altenpflege, hat er die Gruppe „Pflege in Not“ gegründet – mit eigener Homepage, Facebook-Seite und Online-Petition für mehr Wertschätzung, mehr Personal, mehr Geld. „Ich bekomme Zuschriften von Pflegenden aus ganz Deutschland“, sagt Stefan Heyde, „die berichten mir über die Zustände in ihren Einrichtungen – und ich stell das dann anonymisiert ins Netz.“ An Bundesgesundheitsminister Gröhe will er die Berichte und die Petition am Ende übergeben. Ob seine ewige Suche dann ein Ende hat? Warten wir’s ab...

Kontakt

Stefan Heyde, heyde.stefan@gmail.com
Homepage: www.pflege-in-not.weebly.com
Petition: <http://chn.ge/1r69gVC>
Facebook: www.facebook.com/derHeyde

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

Kontinenzförderung  In einer aktualisierten Leitlinie hebt die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) Toilettentraining als besonders geeignete Methode zur Verbesserung der Harnkontinenz bei geriatrischen Patienten hervor. *Text: Piotr Daszynski*

Planmäßig vorgehen

> Inkontinenz trifft nicht nur Einzelne, sondern stellt ein weit verbreitetes Phänomen dar. Schätzungen zufolge leiden etwa 40 Prozent der über 70-Jährigen an einer Harninkontinenz. Entsprechend viele suchen wegen ihrer Beschwerden einen Arzt auf. Für eine optimale Versorgung benötigen Ärzte und

Pflegende daher genügend Studienwissen sowie daraus abgeleitete Behandlungsempfehlungen.

Aktualisierte Leitlinie mit interdisziplinärer Sichtweise

Die Arbeitsgruppe Inkontinenz der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie

(DGG) hat sich nun dieses Themas angenommen und die Anwendbarkeit von Studien auf ältere Patienten überprüft. Durch die interdisziplinäre Herangehensweise der Arbeitsgruppe – sie setzt sich aus Geriatern sowie Urologen zusammen – wurde jeder Aspekt von mehreren Seiten betrachtet und Harnin-



kontinenz als ein vielschichtiges Symptom wahrgenommen, das die Zusammenarbeit verschiedener medizinischer Disziplinen und Gesundheitsberufe erfordert.

Die Ergebnisse wurden in einer aktualisierten Leitlinie zu Harninkonti-

folge jedoch zu kurz. Vielmehr sei ein geriatrischer Patient durch Vulnerabilität, Multi-Morbidität und ein deutlich höheres Alter von über 80 Jahren gekennzeichnet.

Als geeignete Methode zur Verbesserung der Harnkontinenz bei geriat-

Unter dem Begriff Toilettentraining werden verschiedene Verhaltensinterventionen zusammengefasst, die hauptsächlich bei geriatrischen Patienten Anwendung finden und in Teilen selbstständig durchgeführt werden können, in manchen Fällen jedoch der Anleitung einer weiteren Person, z. B. einer Pflegekraft, bedürfen.

Durchgeführt werden kann das Toilettentraining sowohl ambulant als auch stationär in Pflegeheimen. Ziel dieser Verhaltensintervention ist das Wiederherstellen der Kontinenz bzw. das Vermeiden von inkontinenten Phasen durch eine rechtzeitige Entleerung der Blase zu vorgegebenen Zeiten.

Da zur Zeit noch keine standardisierte Nomenklatur für die Verhaltensinterventionen existiert, verwenden die Autoren der aktualisierten Leitlinie folgende vier Begrifflichkeiten:

- 1. festgelegte Entleerungszeiten**
(time voiding oder scheduled toileting)
- 2. individuelle Entleerungszeiten**
(habit training)
- 3. angebotener Toilettengang**
(prompted voiding)

Ziel des Toilettentrainings ist es, inkontinente Phasen zu vermeiden, indem die Blase zu vorgegebenen Zeiten rechtzeitig entleert wird. ~

nenz veröffentlicht, welche kürzlich den S2e-Status der zertifizierten Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) erhalten hat. Diese Auszeichnung gilt als offizielle Bestätigung einer systematischen Evidenz-Recherche.

Die Leitlinie soll praktizierenden Ärzten ein Instrumentarium an die Hand geben, das sie bei der täglichen Behandlung und Beratung geriatrischer Patienten unterstützt. Die Definition des geriatrischen Patienten alleine nach dem Alter (65+) greift der Arbeitsgruppe zu-

rischen Patienten hebt die aktualisierte Leitlinie vor allem das Toilettentraining hervor.

Toilettentraining als primäre Behandlungsmaßnahme

Hat der behandelnde Arzt eine Harninkontinenz festgestellt und Informationen über die dominierende Form sowie das Ausmaß der Blasenfunktionsstörung gesammelt, so wird er als primäre Behandlungsmaßnahme das Toilettentraining vorschlagen, da hierbei keine Nebenwirkungen auftreten.

Kolibri 

Jetzt unverbindlich testen:
Tel. 033394 - 51182

Kolibri comslip Windelslips

Jetzt mit den neuen,
dehnbaren Seitenteilen, die sich
jeder Bewegung anpassen!





Interview

„Neben profundem Pflege- wissen ist medizinisches Hintergrundwissen nötig“



Mit **Elke Kuno**, Lehrerin für Pflegeberufe und Mitglied im Expertenrat der Deutschen Kontinenz Gesellschaft, sprach **Altenpflege** über die Bedeutung der aktualisierten DGG-Leitlinie zu Harninkontinenz für den Versorgungsalltag in den Einrichtungen.

Altenpflege: Die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie hat eine aktualisierte Leitlinie zu Harninkontinenz veröffentlicht. Sie soll Ärzte bei der Beratung und Behandlung geriatrischer Patienten unterstützen. Welche Bedeutung hat sie für das Pflegepersonal?

Elke Kuno: Die Leitlinie hat durchaus praktische Bedeutung, denn in der stationären Altenhilfe sind die Pflegepersonen wichtige Beobachtungs- und Gesprächspartner für die behandelnden Ärzte, da sie 24 Stunden im direkten Kontakt mit den Bewohnern stehen. Neben profundem Pflegewissen braucht es meines Erachtens auch medizinisches Hintergrundwissen, um z. B. Symptome und eingesetzte Therapien von Harninkontinenz mit eventuellen Folgen zu verstehen. Die konstruktive Zusammenarbeit von Pflege und Ärzten ist eine wichtige Voraussetzung, um eine festgestellte Harninkontinenz zu beseitigen, zu reduzieren oder mit angemessenen Hilfsmitteln zu kompensieren.

Altenpflege: Die Leitlinie hebt das Toilettentraining als geeignete Methode zur Verbesserung der Harnkontinenz hervor. Bestätigen Ihre Erfahrungen diese Empfehlung?

Elke Kuno: Ja, das entspricht auch meinen Erfahrungen. Da das Toilettentraining aufwändig ist, bedarf es allerdings bestimmter Voraussetzungen, damit es erfolgreich sein kann. Zu nennen sind die Kompetenz und die Motivation des Personals oder die zeitliche, räumliche und finanzielle Ausstattung der Einrichtung. Pflegende identifizieren für das Toilettentraining geeignete Personen. Nach einer dreitägigen Übungsphase sollte kontrolliert werden, ob die Betroffenen auf die Maßnahme ansprechen.

Altenpflege: Welche Maßnahmen zur Kontinenzförderung empfehlen Sie außerdem?

Elke Kuno: Entsprechend des Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ sind hier vor allem eine individuell angemessene Flüssigkeitszufuhr, Obstipationsprophylaxe sowie eine beckenbodenschonende Sitzhaltung der Bewohner zu nennen. Bei älteren Menschen kommen alle Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Selbstständigkeit beim Toilettengang hinzu. Dadurch kann die funktionelle Inkontinenz reduziert oder verhindert werden. Hierzu gehört auch die Anpassung der Umgebung – also z. B. Toilettensitze erhöhen, Haltegriffe anbringen oder mobile Toilettenhilfen einsetzen.

Altenpflege: Die Leitlinie verweist auch auf die Gefahren durch Nebenwirkungen bei der Einnahme von Medikamenten gegen Harninkontinenz. Was kann die Pflege hier tun?

Elke Kuno: Pflegefachkräfte müssen bei ihren Bewohnern über den Einsatz von Medikamenten und deren Nebenwirkungen informiert sein. Daraus ergibt sich ein erhöhter und gezielter Beobachtungsbedarf, der möglichst in die Pflegeplanung aufgenommen werden sollte. Treten Nebenwirkungen auf, ist der behandelnde Arzt zu informieren. Bis zu einer möglichen Änderung der Medikation entscheidet die Pflegefachkraft über den verstärkten Einsatz sturzprohylaktischer Maßnahmen.

Interview: Klaus Nolte

> 4. Blasentraining (bladder drill)

Bei dem Verhaltenstraining, das **festgelegte Entleerungszeiten** vorsieht, werden Betroffene nach einem festen Zeitplan von einer Pflegeperson zur Toilette begleitet. Geeignet ist diese Form für kognitiv eingeschränkte sowie funktionell abhängige Betroffene. Sie ist für die Pflegenden einfach umzusetzen, es muss jedoch eine gewisse Motivation bei der Pflegeperson vorhanden sein.

Die Verhaltensintervention der **individuellen Entleerungszeiten** funktioniert auf ähnliche Weise, mit dem Unterschied, dass die Betroffenen nach einem individuell erstellten Zeitplan zur Toilette begleitet werden. Dadurch kann das persönliche Miktionsmuster der Patienten erfasst werden.

Der **angebotene Toilettengang** eignet sich für Patienten, welche nicht über ausreichende kognitive Fähigkeiten für komplexere Verhaltensinterventionen verfügen. Die Betroffenen sind jedoch fähig, Harndrang zu verspüren, auf die Aufforderung zum Toilettengang zu reagieren und die Toilette oder eine Toilettenhilfe zu benutzen. In regelmäßigen Abständen wird die Aufmerksamkeit des Patienten auf dessen Blase gelenkt. Daraufhin wird überprüft, ob der Patient trocken ist oder sich eingenässt hat und ein Toilettengang angeboten. Verneint der Patient, wird das Angebot bis zu dreimal wiederholt. Dabei wird der Betroffene nur zur Toilette begleitet, wenn er dies wünscht oder zumindest nicht ablehnt. Nach erfolgreichem Toilettengang wird dies verbal positiv bestärkt und ein Getränk angeboten. Abschließend wird der Zeitpunkt des nächsten Toilettengangs genannt und dazu aufgefordert, die Miktion bis dahin einzuhalten.

Ist der Patient kognitiv kompetent und fähig, seine Miktion zu verzögern, so kann er auch ein pflegerunabhängiges **Blasentraining** durchführen. Dazu gehen Betroffene zu bestimmten Zeiten selbstständig auf die Toilette. Bei Erfolg

werden die miktionsfreien Intervalle allmählich auf drei bis vier Stunden gesteigert.

Mögliche Nebenwirkungen von Medikamenten

Ein weiterer Schwerpunkt der aktualisierten Leitlinie liegt auf der Untersuchung möglicher Nebenwirkungen von Medikamenten aus dem internistischen

und die Miktionsintervalle bei gleichzeitiger Verringerung der Inkontinenzepisoden verlängern, die Kognition und können zu einem erhöhten Sturzrisiko führen.

Zudem ist der Stellenwert der medikamentösen anticholinergen Therapie in der Geriatrie unklar. Besonders zu beachten sind in diesem Zusammenhang die parasympholytischen Nebeneffekte

jedoch nur sinnvoll, wenn entweder eine Vergrößerung der Prostata die Ursache für die Überlaufinkontinenz ist und diese durch Begleitfaktoren verursacht wurde, die die Überlaufinkontinenz beeinflussen, oder im Falle einer Harnverhaltung. Nebenwirkungen dieser Substanzgruppe können Schwindel, Kopfschmerz, grippeartige Symptome oder eine hypotone Dysregulation sein.

Synthetisches Vasopressin schließlich kann zulassungsüberschreitend zur symptomatischen Therapie der nächtlichen oder auch tagsüber auftretenden Harninkontinenz angewendet werden. Die vom Vasopressin erzeugte Konzentrierung des Harns in der Niere kann jedoch zu einer Wasserretention mit hypotoner Hyperhydratation (einer so genannten Wasservergiftung) führen, was insbesondere für kardiovaskulär vorgeschädigte geriatrische Patienten gefährlich werden kann.

Gegen Harninkontinenz eingesetzte Pharmaka können für geriatrische Patienten schwerwiegende Nebenwirkungen haben. ~

oder hausärztlichen Bereich auf die Harnblase. Auch potenzielle Nebenwirkungen von gezielt gegen Harninkontinenz eingesetzte Pharmaka werden eingehend diskutiert.

Medikamentös behandelt werden können prinzipiell eine überaktive Blase, eine leichte bis mittelschwere Belastungsincontinenz sowie die chronische Harnretention. Eine symptomatische Therapie ist theoretisch für alle Formen der Harninkontinenz möglich, sie darf aber bei geriatrischen Patienten nur mit Bedacht eingesetzt werden. So verändern manche dieser so genannten Anticholinergika, die den Harndrang reduzieren

der Substanzen wie Augeninnendruckerhöhung, Tachykardien, Restharnbildung oder Unruhe und Delir.

Eine leichte bis mittelschwere Belastungsincontinenz der Frau kann medikamentös mit dem Antidepressivum Duloxetine behandelt werden. Dieses reduziert die Inkontinenzepisoden um 50 Prozent gegenüber Placebo. Allerdings werden zentralnervöse und anticholinerge Nebenwirkungen angegeben. Zudem leiden etwa ein Fünftel der Behandelten unter Übelkeit.

Bei der chronischen Harnretention kommen Cholinergika zum Einsatz. Die Verwendung dieser Substanzgruppe ist

Mehr zum Thema

- 📄 *Download-Tipp: Die aktualisierte Leitlinie finden Sie unter www.dggeriatrie.de/aerzte/leitlinien.html*
- 📧 *Kontakt: info@tzmo.de*
- ➕ *Weitere Beiträge: Lesen Sie auch den Text „Mythos Blasenschwäche“ von Agata Henkel in **Altenpflege** 11.2015*

Formen der Harninkontinenz

Dranginkontinenz: Kennzeichnend ist ein so plötzlicher starker Harndrang, dass die Toilette nicht mehr erreicht werden kann. Grund sind Kontraktionen der Blasenleerungs-Muskulatur, häufig verursacht durch lokale entzündliche Prozesse (z. B. Blasenentzündungen), Übergewicht, Diabetes mellitus oder durch Schäden der diese Muskeln steuernden Nerven, wie zum Beispiel bei der Alzheimer-Krankheit, Multiplen Sklerose oder nach einem Schlaganfall.

Belastungsincontinenz: Hier löst ein erhöhter Bauchinnendruck durch Belastung oder Pressen den unfreiwilligen Harnabgang aus. Es werden drei Schweregrade unterschieden: 1. Grad: Inkontinenz beim Husten, Niesen oder Lachen; 2. Grad: Inkontinenz bei abrupten Körperbewegungen, beim Aufstehen, Hinsetzen oder Heben schwerer Gegenstände; 3. Grad: Inkontinenz bei unangestregten Bewegungen, im Liegen oder volle Entleerung im Schlaf.

Überlaufinkontinenz: Entsteht durch eine ständig übervolle Harnblase infolge von Abflussstörungen. Da der Binnendruck schließlich den obstruktiven Verschlussdruck übertrifft, kommt es zum ständigen Harnträufeln. Ursache ist meist die gutartige Prostatavergrößerung, seltener eine hochgradige Verengungen der Harnröhre. Häufig kommt es infolge einer Überlaufblase zu einem Rückstau des Urins in die Harnleiter und Nieren mit der Gefahr einer Niereninsuffizienz.



Piotr Daszynski
ist Geschäftsführer der TZMO
Deutschland GmbH

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

Forschung  *Das Lübecker Modell Bewegungswelten ist ein multimodales Konzept, das körperliche Aktivität in Alltagshandlungen einbettet. Hierfür kooperieren Pflegeeinrichtungen mit Sportvereinen.*

Text: Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck

Vereint in Bewegung

> Das Lübecker Modell Bewegungswelten, das seit 2015 als Pilotprojekt in zehn Lübecker Pflegeeinrichtungen durchgeführt wird, ist ein Element des Präventionsprogramms „Älter werden in Balance“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) fördert

das Projekt. Es setzt empirisch fundierte trainingsmethodische Prinzipien in einem multimodalen Konzept zur Förderung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit ein. Dazu kooperieren Pflegeeinrichtungen mit Sportvereinen. Angesprochen sind selbstständig gehfähige Ältere mit regelmäßigem Pflegebedarf. Ziel ist, größtmögliche Selbst-

ständigkeit im Alltag zu sichern. Dabei soll das Bewegungsprogramm vor allem Spaß machen und so zu einer langfristigen Teilnahme motivieren.

Das Lübecker Modell ist aufgrund des Bedarfs entstanden, standardisierte aktivierende Angebote hoher Qualität für Pflegebedürftige zu entwickeln. Im Seniorensport gibt es eine Reihe von Pro-



Foto: Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck

grammen für Ältere ohne Pflegebedarf, deren Effektivität gut belegt ist, dagegen wenige für hochaltrige, bereits auf Hilfe angewiesene Menschen, etwa in Pflegeeinrichtungen. Noch dazu mangelt es häufig an Standardisierung der Durchführung und wissenschaftlicher Überprüfung der Effekte. Angaben zur praktischen Stundengestaltung sind selten (7, 8, 10 entsprechend der Literaturliste im Downloadbereich, siehe „Mehr zum Thema“). Beim Lübecker Modell Bewegungswelten wird das Training in den Pflegeeinrichtungen von hierfür ausgebildeten Übungsleitern durchgeführt. Teilnahmevoraussetzung für den zweitägigen Schulungskurs zum Erlernen der Methode ist die C-Lizenz für Übungsleiter oder eine vergleichbare Qualifikation sowie Erfahrung im Umgang mit Älteren.

Komplexe Bedarfe, individuelle Bedürfnisse

Die Mehrheit der Pflegebedürftigen ist nicht nur körperlich, sondern auch in kognitiven, psychischen oder sozialen Bereichen beeinträchtigt (8). Innovative Konzepte sollten diesen komplexen Bedarf berücksichtigen (12) und neben Kraft, Ausdauer, Koordination und Beweglichkeit auch kognitive und soziale Ressourcen stärken. Das Lübecker Modell berücksichtigt die Stärken und Schwächen jedes Teilnehmenden individuell. Das ganzheitliche Konzept knüpft an Bewegungselemente an, die jedem geläufig sind und reaktiviert so biografische Erinnerungen. Dies stärkt die Handlungskompetenz und das Selbstwertgefühl (13).

Das Modell berücksichtigt Erkenntnisse aus Programmen, die nachweisen konnten, dass eine systematische Aktivierung helfen kann, weitere gesundheitliche Einschränkungen zu verhindern oder zu verzögern beziehungsweise die verbliebenen Selbsthilfefähigkeiten möglichst lange aufrecht zu erhalten (1, 3, 4, 6, 14). Sowohl eine Unterforderung als auch zu große Belastungen – etwa durch zu hohe Trainingsumfänge – sollen vermieden werden, da das Risiko unerwünsch-

ter Effekte steigt. Darunter fällt auch ein frühzeitiger Abbruch des Trainings (5).

Gruppentraining in Bewegungswelten

In einem ersten Schritt adressiert das Lübecker Modell Bewegungswelten ältere Personen, die mindestens einmal wöchentlich Unterstützungsbedarf bei der Grundpflege haben, jedoch noch min-

Jede Trainingsstunde steht unter einem Motto, an das die Übungen anknüpfen. Bewohner und extern wohnende Pflegebedürftige üben gemeinsam. ~

destens sechs Meter selbstständig gehfähig sind. Es nehmen sowohl in Seniorenheimen Wohnende an den Gruppen teil, als auch außerhalb lebende Personen, für die die gleichen Zugangskriterien gelten. Der Vorschlag zur Teilnahme kann von interessierten Älteren selbst, ihren Angehörigen oder behandelnden Ärzten ausgehen. Er wird jedoch mehrheitlich vom Pflegepersonal eingebracht. Das Training findet zweimal wöchentlich für je 60 Minuten in den Pflegeeinrichtungen statt. Eine Gruppe besteht aus maximal 15 Personen, von denen in der Regel einige verhindert sind – 8 bis 12 Anwesende sind ideal. Die speziell für das Programm fortgebildeten Übungsleitenden werden in der Regel von Sportvereinen gestellt, die über die Landesverbände rekrutiert werden. Die Zusammenarbeit zwischen der Pflegeeinrichtung und dem Verein wird über eine Kooperationsvereinbarung geregelt.

An Alltagshandlungen orientieren

Um ganzheitliche Effekte und Spaß zu erzielen, sind die einzelnen Übungsstunden einer thematischen Bewegungswelt zugeordnet. Während sich die Teilnehmenden gedanklich mit der Gartenarbeit, einem Urlaub am Strand oder einer Bergwanderung beschäftigen, fallen ihnen auch die dazu passenden Bewegungshandlungen

leichter. Gegenüber der Übungsanweisung „Heben Sie die Arme abwechselnd so hoch wie möglich über den Kopf und machen mit den Händen Greifbewegungen“ wird die Aufforderung „Pflücken Sie Äpfel von einem Ast, den Sie noch knapp erreichen können“ erfahrungsgemäß schneller verstanden und präziser ausgeführt. Bewegungshandlungen aus dem eigenen Erfahrungsschatz sind teilautomatisiert. So ist nachvollziehbar, dass gerade bei stärker kognitiv eingeschränkten Personen „biografisch verankerte Informationen als Stimulusmaterial“ (11) wichtig sind, um ein zielgruppenadäquates Training zu gestalten.

Neben der kognitiv-emotionalen Einbindung der Teilnehmenden bietet eine „themenorientierte Aktivierung“ (15) dem Übungsleitenden ein gutes Gerüst zur Planung und Durchführung der Stunde. Die Bewegungshandlungen werden inhaltlich logisch miteinander ver-

Bewegungsprogramme für Ältere

Aktiv in jedem Alter: www.aktivinjedemalter.de

“fit für 100 - Bewegungsangebote für Hochaltrige“: ein Seniorensportprojekt zur Förderung der Mobilität und Selbständigkeit (www.ff100.de)

SimA®-P- Selbstständigkeit im höheren Lebensalter für Pflegeheimbewohner: <http://vinc.li/sima-p>

Buch: Bewegt im hohen Alter: Ein Programm zur psychomotorischen Aktivierung in Altenpflegeeinrichtungen (Kursmanual 4), Susanne Tittlbach und Martin Binder, Meyer & Meyer Verlag, 2012

knüpft und geben der Stunde eine konkrete Rahmung. Dabei soll Raum bleiben, um spontan auf Äußerungen und Handlungen der Teilnehmer einzugehen.

Über eine optimierte Bewegungsumsetzung hinaus wird kognitiv aktiviert: Über Fragen, Assoziationen, Erinnerungen und biografische Bezüge werden Denkprozesse und Gespräche beispielsweise zu den Themen Gartenarbeit, Apfelsorten oder Koch- und Backrezepte angestoßen. Die Teilnehmer tauschen sich themenbezogen über Vorlieben und

Effekte des Lübecker Modells

Zwei Institute sind mit der externen Evaluation des Lübecker Modells Bewegungswelten betraut: **Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein**, Campus Kiel, Abteilung Supportivangebote Sport- und Bewegungstherapie untersucht, ob sich die angestrebten Effekte bei den Teilnehmenden nach einem Jahr feststellen lassen. Alle drei Monate, über jeweils fünf Messzeitpunkte, wird überprüft, inwieweit das Bewegungsprogramm die Lebensqualität beeinflusst, darunter genauer, inwieweit Effekte in Bezug auf die Selbsthilfefähigkeiten, motorisch-körperlichen Fähigkeiten, wie Mobilität beziehungsweise Ausdauer-, Kraft-, Beweglichkeits- und koordinative Fähigkeiten, und kognitiven Fähigkeiten erzielt werden.

Das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld untersucht, wie gut sich das Programm innerhalb der Einrichtungen implementieren lässt. Die Ergebnisse zu Durchführbarkeit, Schwierigkeiten und Akzeptanz des Bewegungsprogramms fließen kontinuierlich in die Optimierung der Prozessqualität ein.

Erste Ergebnisse sind vielversprechend – sowohl hinsichtlich der Effekte der Teilnahme am Lübecker Modell Bewegungswelten auf die Motorik als auch auf die Zufriedenheit mit sozialen Kontakten. Es wird eine **bundesweite Implementierung** des Lübecker Modells Bewegungswelten angestrebt, wobei Sportverbände über das Rekrutieren von Vereinen und weiteren Kooperationspartnern eine wichtige Aufgabe haben. In Schleswig-Holstein übernimmt der Landessportverband (LSV) diese Rolle.

Abneigungen, Erfahrungen und Wissen aus und lernen sich darüber besser kennen. Über soziale Wertschätzung, kognitive und physische Aktivierung und nicht zuletzt Freude an der Bewegung wird ein gesteigertes Wohlbefinden angestrebt, das zu einer langfristigen Teilnahme motivieren soll.

Da sich der automatisierte Abruf von Bewegungsfolgen im Alter verschlechtert, müssen ältere Menschen auf mehr kognitive Ressourcen zurückgreifen, um Doppelaufgaben zu bewältigen. Ein Dual-Task-Training zielt darauf ab, sowohl die geistige als auch die motorische Leistungsfähigkeit zu trainieren, indem simultan beides gefordert wird – was im Alltag oft benötigt wird (15). Indem im Training gemäß Lübecker Modell Be-

Betreuende und Angehörige unterstützen die Teilnehmer beim zusätzlichen, individuellen täglichen Bewegungsprogramm.

wegungswelten gleichzeitig Bewegungshandlungen abgefordert und Gespräche geführt werden, wird im Sinne eines Dual-Task-Trainings ebenso die Fähigkeit trainiert, Doppel- oder Mehrfachaufgaben zu lösen.

Handreichungen für Stunden-gestaltung und -dokumentation

Für jede Bewegungswelt liegt ein Manual vor, das die Übungsleitenden zur Planung und Dokumentation ihrer Übungseinheit nutzen. Die einzelnen Übungen sind mit Empfehlungen für die Dauer der Durchführung (eine bis fünf Minuten) versehen. Insgesamt werden so 60 Minuten abgedeckt. Der Übungsleitende wählt aus diesem Angebot Übungen aus, wobei er die Reihenfolge und Länge der Durchführung modifizieren darf, letzteres dokumentiert er in einer hierfür vorgesehenen Spalte des Manuals. Insgesamt sollen 45 Minuten Bewegungszeit gefüllt werden. Die übrige Zeit ist Pausen oder dem Austeilen und Einsammeln von Material vorbehalten. Alle Körperregio-

nen (A = Kopf bis Hand, B = Rumpf, C = Beine) sollen mindestens je zehn Minuten trainiert werden. Als Orientierung ist in dem Manual zu jeder Übung dokumentiert, welche Körperregion durch die Übung vorrangig angesprochen wird. Ebenfalls ist angegeben, welche Effekte mit den Übungen erreicht werden sollen. Die Zielkriterien Beweglichkeit, Koordination, Kraft, Ausdauer und Kognition sollten in jeder Stunde verfolgt werden.

Übungen werden flexibel angepasst

Bis zu zehn Minuten kann der Übungsleitende zusätzliche Gestaltungselemente einbringen, deren Durchführung er unter Angabe der angesprochenen Körperregionen, Zielkriterien und Dauer do-

kumentiert. So wird seiner Kreativität Rechnung getragen, was auch bei ihm die langfristige Freude an der Durchführung des Programms fördern soll. Zusätzlich fließen seine Anregungen für weitere Übungen und seine Kritik an Elementen des Manuals in eine fortlaufende Weiterentwicklung des Lübecker Modells Bewegungswelten durch die Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck ein. Die dauerhafte Implementation erfordert einen kontinuierlichen Anpassungs- und Erweiterungsprozess.

Die Herausforderung für den Übungsleiter besteht darin, das Gruppentraining so zu gestalten, dass der einzelne Teilnehmer seinen bestmöglichen Trainingserfolg erzielen kann. Ausgehend von dem Trainingszustand des Einzelnen soll über eine individuelle Anpassung von Intensität, Satz- oder Wiederholungszahlen ein spezifischer Trainingsreiz gesetzt werden. Die Belastungsintensität kann über die Schrittfrequenz, -länge und -höhe sowie den begleitenden Armeinsatz gesteuert werden. Zur individuellen



Foto: Werner Krüper

Um die selbstständige Durchführung der Übungen so leicht wie möglich zu machen, werden diese am Ende des Gruppentrainings (nochmals) erläutert und gemeinsam durchgeführt. Die Teilnehmer sind aufgefordert, diese Übungen zeitlich flexibel täglich selbstständig oder mit Hilfe von Angehörigen und Betreuungskräften durchzuführen. Erwünscht ist auch das gemeinsame Trainieren Älterer. Der Teilnehmende dokumentiert wiederum durch Ankreuzen, an welchen Tagen er jeweils welche empfohlene Übung wie oft ausgeführt hat. Eine Beteiligung der Angehörigen beziehungsweise der Betreuungskräfte während des Gruppentrainings ist ausdrücklich erwünscht, um beim täglichen Bewegungsprogramm unterstützen zu können. Es dient dazu, der Empfehlung von 150 Minuten Bewegungstraining pro Woche näher zu kommen (16) und regelmäßige körperliche Aktivität als Bestandteil des Alltags auch mental zu integrieren.

Mehr zum Thema

❓ **Frage:** www.aelter-werden-in-balance.de/luebecker-modell; Weitere Informationen zum Lübecker Modell bei den Projektkoordinatorinnen Dr. Christina Ralf (ralf@geriatrie-luebeck.de) und Anja Krahnert (krahnert@geriatrie-luebeck.de).

★ **Download:** Literaturliste: www.altenpflege-online.net/Produkte/Downloads

Autorenteam

Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck:

Dr. phil. Christina Ralf, Dr. med. Sonja Krupp, M. A. Anja Krahnert, Dr. med. Martin Willkomm, Prof. Dr. Friedrich Balck

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

Anpassung werden auch Gewichtsmantel eingesetzt, die im Verlauf von immer mehr Teilnehmern genutzt werden sollten, wenn sich ihr Leistungsstand verbessert. Die Belastungssteuerung orientiert sich in erster Linie an der subjektiven Einschätzung. Die Belastung sollte als mittelschwer empfunden werden, anstrengen, jedoch nicht bis zur völligen Erschöpfung führen (13). Um wirksame Trainingsreize zu setzen, wird als grober Richtwert häufig die Haltezeit in Sekunden oder eine Wiederholungszahl von acht bis zwölf angegeben (2, 3, 13). Auch für die Ausdauerbelastung im Sitzen gilt ein mittleres Belastungsempfinden.

Pflichtübungen verbessern Aufstehen und Gangsicherheit

Das Gruppentraining findet überwiegend im Sitzen statt. Unabhängig von den Übungsformen der spezifischen Bewegungswelt wurden zwei Pflichtübungen integriert, die in jeder Stunde trainiert werden. So wird am Anfang der Stunde immer eine Gleichgewichtsübung im Stehen zur Verbesserung der Gangsicherheit durchgeführt, was an der Stelle aus trainingsphysiologischer Sicht sinn-

voll ist (13). Die Belastung sollte auch hier individuell, nach dem Empfinden des Teilnehmers vorgenommen werden. Die Übung sollte jedoch bei einer „mittelschweren bis schweren Anstrengung“ (13) abgeschlossen werden.

Im Kernteil trainiert eine weitere Pflichtübung das Aufstehen, unabhängig von der jeweiligen Bewegungswelt. Die Pflichtübungen zielen auf den Erhalt und die Verbesserung zentraler alltagsorientierter Fähigkeiten (3) ab. Die Gestaltung des Gruppentrainings folgt den Empfehlungen einer allmählichen Steigerung eines Kraft-, Gleichgewichts- und Ausdauertrainings hinsichtlich Umfang, Intensität sowie Komplexität der Übungen (3).

Individuelles tägliches Bewegungsprogramm

Ein individuelles tägliches Bewegungsprogramm ergänzt das Training in der Gruppe. Am Ende der Stunde erhält jeder Teilnehmer einen Bogen mit beschriebenen und bebilderten Übungen aus dem Gruppentraining. Durch Ankreuzen stellt der Übungsleiter je nach spezifischem Bedarf ein Programm mit ein bis drei Übungen individuell zusammen.



Pflegedokumentation  Sie gilt als Beweismittel vor Gericht, ist unverzichtbare Arbeitshilfe und hat eine Schutzfunktion für Bewohner. Lesen Sie, wie Sie rechtliche Fallstricke vermeiden. Text: Alexandra Zimmermann

Alles dokumentieren

> Die Pflegedokumentation ist die wichtigste Erkenntnisquelle, um den Pflegeprozess zu überprüfen. Deshalb ist sie grundsätzlich auch das wichtigste Beweismittel in einem potenziellen Haftungsfall. Für den Bewohner hat die Dokumentation eine Schutzfunktion. Er hat hier die Möglichkeit, den Pflegeprozess genau nachzuvollziehen. Für die am Pflegeprozess Beteiligten ist die Pflegedokumentation außerdem eine unverzichtbare Informationsquelle.

Deshalb ist es für Pflegekräfte wichtig, zu wissen, ob und wann sie eine Pflegedokumentation zur Einsichtnahme überlassen können und auf welche Art und Weise dies zu geschehen hat. Ausgehend von dem Grundsatz „Was nicht dokumentiert wurde, gilt als nicht erbracht“ kommt einer sorgfältigen, vollständigen und korrekten Pflegedokumentation ein hohes Maß an Bedeutung zu.

Fehler oder Lücken in der Pflegedokumentation können zu einer Haftung

führen, wenn ein Pflegebedürftiger zu Schaden gekommen ist. Im Grundsatz ist es so, dass der Geschädigte beziehungsweise die Krankenkasse den Nachweis führen muss, dass im Pflegeprozess ein pflegefachlicher Fehler unterlaufen ist und dass dieser ursächlich ist für einen Schaden, den der Pflegebedürftige erfahren hat. Jeder Zweifel geht dabei zulasten des Anspruchstellers.

Dabei wird jedoch davon ausgegangen, dass die Pflegedokumentation den



Pflegeprozess abschließend, vollständig und richtig erfasst. Denn bei der Pflegedokumentation handelt es sich um einen so genannten ‚Urkundsbeweis‘. Bei einer Urkunde wird zunächst einmal davon ausgegangen, dass diese vollständig und richtig ist. Stellt sich nun aber heraus, dass die Pflegedokumentation nicht vollständig oder an einigen Stellen nicht richtig ist, kann diese Beweiskraft der Urkunde insgesamt kippen. Normalerweise muss der Bewohner bzw. die Krankenkasse in einem Haftungsprozess be-

Eine fehlerhafte Dokumentation kann außerdem zu einer so genannten Beweis-erleichterung oder Beweislastumkehr führen. Dies kann wiederum zur Folge haben, dass sich nunmehr die Pflegeeinrichtung beziehungsweise die ausführende Pflegekraft aktiv entlasten und damit quasi den Beweis des Gegenteils führen muss. Zweifel gehen dann zu ihren Lasten, so dass die Möglichkeit besteht, dass allein aus diesem Grund ein zivilrechtlicher Prozess verloren wird.

Hieraus wird ersichtlich, wie wichtig

Der Angehörigenstatus selbst begründet also kein Einsichtnahmerecht. Nur wenn der Angehörige von dem Heimbewohner bevollmächtigt worden ist, Einsicht in seine Pflegedokumentation zu nehmen, darf und muss sie gewährt werden. Ausreichend ist dabei grundsätzlich, wenn der Heimbewohner diese Bevollmächtigung mündlich ausspricht. Aus Beweissicherheitsgründen sollte sie jedoch schriftlich fixiert werden.

Häufig wird die Bevollmächtigung zur Einsichtnahme in die Pflegedokumentation mit einer Vorsorgevollmacht ausgesprochen. Ein Bevollmächtigter muss zunächst die Vorsorgevollmacht vorlegen. Aus Gründen der Beweissicherheit sollte eine Fotokopie der Vorsorgevollmacht zur Bewohnerakte genommen werden. Das Recht zur Einsichtnahme in die Pflegedokumentation folgt dabei der Bevollmächtigung für den Bereich der Gesundheitsfürsorge und wird dort regelmäßig namentlich genannt. Hat ein Bevollmächtigter keine Vollmacht für diese Aufgabenbereiche, so hat er auch kein Recht auf die Einsichtnahme in die Dokumentation.

Der **Betreuer** eines Bewohners ist sein gesetzlicher Vertreter. Deshalb hat er auch ein Recht auf Einsichtnahme in die Pflegedokumentation. Das ist jedoch grundsätzlich nur der Fall, wenn er auch für den Aufgabenbereich der Gesundheitsfürsorge- und Pflegebetreuung bestellt worden ist. Wurde der Betreuer nur mit der reinen Vermögensbetreuung beauftragt, so hat er grundsätzlich auch kein Recht auf Einsichtnahme in die Pflegedokumentation. Dies kann in Ausnahmefällen anders sein, wenn die Einsichtnahme in die Pflegedokumentation für vermögensrechtliche Fragen unabdingbar ist. Dann wird sich der Betreuer das Recht auf die Einsichtnahme in die Pflegedokumentation jedoch zuvor vom Betreuungsgericht bestätigen bzw. genehmigen lassen müssen.

Die **Krankenkassen** haben kein eigenes Recht auf die Einsichtnahme in die Pflegedokumentation. Zu Lebzeiten des Bewohners benötigt die Krankenkasse

Wichtig: Für Pflegeeinrichtungen können Fehler oder Lücken in der Pflegedokumentation vor Gericht nachteilig sein.

weisen, dass tatsächlich ein Pflegefehler vorliegt und dieser ursächlich für einen Schaden ist. Wird die Beweislast umgekehrt, muss nicht mehr der Patient den Beweis führen. Vielmehr muss dann die Pflegeeinrichtung beweisen, dass tatsächlich kein Pflegefehler vorgefallen ist. Jeder Zweifel in der Beweisführung geht dann zulasten der Pflegeeinrichtung.

Zeitnah dokumentieren

Dies wird den am Pflegeprozess Beteiligten und der Einrichtung selbst erhebliche prozessuale Schwierigkeiten bringen. Denn über die Pflegedokumentation hinaus ist es in aller Regel schon aus zeitlichen Gründen oft sehr schwer, den Nachweis zu führen, dass ein pflegerischer Prozess vollständig und abschließend korrekt durchgeführt worden ist. Zwischen dem pflegerischen Geschehen und einer Beweisaufnahme in einem zivilgerichtlichen Verfahren können häufig mehrere Jahre ins Land gehen. Wenn nun die Pflegekräfte als Zeugen vom Gericht konkret zu dem Pflegebedürftigen und dem Geschehen, das schließlich zu einem Sturz oder einem sonstigen Schadensereignis geführt hat, befragt werden, können sie sich in aller Regel nicht mehr im Detail und insbesondere auch nicht konkret erinnern.

die Auswertung und damit die Einsichtnahme in eine Pflegedokumentation sein kann. Deshalb ist zuvor genau zu hinterfragen, ob eine Pflegedokumentation zur Einsichtnahme herauszugeben ist.

Recht auf Einsichtnahme

Der **Heimbewohner** hat ein Recht auf Einsichtnahme in seine Pflegedokumentation. Dieses Recht wird aus dem Wohn- und Betreuungsvertrag in Verbindung mit dem Grundsatz von „Treu und Glauben“ (§ 242 des Bürgerlichen Gesetzbuches) hergeleitet. Außerdem entspricht dies seinem Recht auf informationelle Selbstbestimmung. Der Bewohner muss für das Recht auf Einsichtnahme kein berechtigtes Interesse darlegen, es besteht jederzeit und uneingeschränkt.

Angehörige hingegen haben kein eigenständiges Einsichtnahmerecht. Möchte ein Angehöriger die Pflegedokumentation einsehen, so ist ihm das zu verwehrt. Denn er hat kein Einsichtnahmerecht. Würde ihm die Pflegedokumentation jetzt gleichwohl zur Einsichtnahme überlassen werden, so würde dies die Verletzung der gesetzlichen Schweigepflicht begründen. Das kann empfindliche Folgen haben, da die Verletzung der gesetzlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches eine Straftat begründet.

deshalb die Einwilligung des Pflegebedürftigen. Legt die Krankenkasse eine schriftliche Einwilligung des Bewohners vor, so ist ihr die Einsichtnahme in die Pflegedokumentation zu gewähren. Mit Urteil vom 26.02.2013 (Az. VI ZR 359/11) hat der Bundesgerichtshof zudem festgehalten, dass bei verstorbenen Bewohnern grundsätzlich von einem vermuteten Einverständnis auszugehen ist. Das bedeutet, dass die Krankenkassen im Falle des Todes des Bewohners auch ohne die Vorlage einer schriftlichen Einwilligung grundsätzlich ein Einsichtnahmerecht haben.

Schweigepflichten beachten

Da die gesetzliche Schweigepflicht über den Tod des Bewohners hinaus gilt, darf darüber hinaus niemandem Einsichtnahme in die Pflegedokumentation gewährt werden, wenn der Bewohner verstorben ist. Ein Recht zur Einsichtnahme bzw. die Pflicht, die Einsichtnahme zu gewähren, besteht hier nur, wenn der Bewohner zu Lebzeiten ausdrücklich eingewilligt hat. Die Vorlage eines Erbscheins oder Testaments genügt nicht, weil es sich bei dem Recht auf Einsichtnahme in die Pflegedokumentation um ein so genanntes höchstpersönliches Recht handelt, das nicht vererbbar ist.

Es kann allerdings Fälle geben, in denen ein Angehöriger als Erbe ein Recht auf Einsichtnahme in die Pflegedokumentation hat, obwohl er keine ausdrückliche Vollmacht besitzt. Dies ist dann der Fall, wenn von einem sogenannten ‚mutmaßlichen Einverständnis‘ des Bewohners auszugehen ist. Regelmäßig wird dies der Fall sein, wenn der Angehörige als Erbe des verstorbenen Bewohners wegen eines Pflegefehlers Schadenersatz- oder Schmerzensgeldansprüche geltend macht. Denn als Erbe gehen solche etwaigen Ansprüche auf ihn über. Um diese Ansprüche durchzusetzen, benötigt er die Einsichtnahme in die Dokumentation. Deshalb spricht die Rechtsprechung dem Erben hier einen Anspruch auf Einsichtnahme zu. Dieses Recht hat der Erbe auch, wenn er noch keine Pflegefehler geltend macht, sondern die Einsicht nur

möchte, um zu überprüfen, ob sich Pflegefehler zugetragen haben.

Einsichtnahme bedeutet zunächst nur, dass man sich die Pflegedokumentation dort, wo sie aufbewahrt wird, ansehen darf. Es besteht dabei ein Einsichtsrecht in die Originalunterlagen. Nur durch Einsichtnahme in Originaldokumente können zum Beispiel nachträgliche Ver-

Ausnahme: Erben dürfen Einsicht nehmen, wenn sie prüfen wollen, ob ein Pflegefehler vorliegt. ~

änderungen oder das Verwenden von Tipp-Ex nachvollzogen werden.

Nur Kopien herausgeben

Ein Anspruch auf Herausgabe der Originale besteht jedoch nicht. Da alleine durch Einsehen der Pflegedokumentation der gesamte Inhalt in der Regel nicht verstanden werden kann, umfasst das Recht zur Einsichtnahme nach der Rechtsprechung auch das Recht, Kopien der Dokumentation zu verlangen.

Das Anfertigen von Fotokopien ist mit einem entsprechenden Organisations- und Zeitaufwand verbunden, deshalb muss der Einrichtung eine angemessene Zeit dafür eingeräumt werden. Weder das Gesetz, noch die Rechtsprechung machen hier klare Vorgaben. Welcher Zeitraum angemessen ist, hängt immer vom Einzelfall ab. Insbesondere davon, wie viele Kopien anzufertigen sind. Je dicker und umfangreicher die Dokumentation ist, umso mehr Zeit ist bereitzustellen. In aller Regel dürfte ein Zeitfenster von 14 Tagen angemessen sein. Ein längeres Zeitfenster wäre angemessen, wenn die Dokumentation mehrere Aktenordner umfasst. Der Anspruchsberechtigte hat keinen Anspruch darauf, dass ihm die Pflegedokumentation in elektronischer Form etwa per E-Mail übermittelt wird.

Das Anfertigen von Fotokopien ist grundsätzlich vom Betreiber geschuldet. Er muss aber die damit verbundenen Kosten nicht tragen. Daher besteht ein Recht

auf Herausgabe der Ablichtungen der Pflegedokumentation nur „Zug um Zug“. Die Pflegeeinrichtung hat zunächst einen Anspruch auf Bezahlung der mit der Ablichtung verbundenen Kosten. Erst wenn diese Kosten bezahlt worden sind, muss der Betreiber die Kopien anfertigen und sie übergeben. Das bedeutet, dass der Betreiber nach einer Einsichtnahme zu-

nächst eine Rechnung über die noch zu erstellenden Seiten ausstellen darf und diese mit der Bitte um vorherigen Zahlungsausgleich an den Antragsteller übermittelt. Erst nach vollständigem Rechnungsausgleich muss der Betreiber mit der Anfertigung der Kopien beginnen. Ab diesem Tag läuft also die Zeit der „Angemessenheit“. Die in Rechnung gestellten Kosten müssen ebenfalls „angemessen“ sein.

Es besteht keine Pflicht, die Inhalte der Pflegedokumentation mit dem zur Einsichtnahme Berechtigten zu besprechen oder sie zu erläutern. Da eine Einsichtnahme häufig mit nachfolgendem Erörterungsbedarf einhergeht und ihre unberechtigte Gewährung einen Straftatbestand begründen kann, ist immer sorgfältig zu prüfen, ob sie zu gewähren ist.

Mehr zum Thema

? *Frage: Autorenkontakt per Telefon 0511/ 640 725-00, www.zimmermann-heimrecht.de*

? *Nächster und abschließender Teil der Serie: Im Dezember geht es um das Thema „Datenschutz“.*



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

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

58 Weiterbildung

59 Impressum

60 Bildung / Termine

61 Produkte und Dienstleistungen

62 Medientipp

64 Ihre Altenpflege / Vorschau

**Anzeigenschluss-Termine**
für Rubrikanzeigen

12/2016

Dienstag, 29.11. 2016

1/2017

Donnerstag, 29.12. 2016

2/2017

Mittwoch, 01.02. 2017

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)



Machen Sie in Ihrer Freizeit, was Sie wollen ...
 ... denn dann sind Sie auch im Alltag einfach
 bezaubernd!

Für unser **Haus FINKENAU** suchen wir **Sie** auf Teil- oder
 Vollzeitbasis für den besonderen Dementenbereich
 oder die normalstationäre Pflege.

**Wohnbereichs-
 leitung (m/w) und
 examinierte
 Pflegefachkräfte
 (m/w)
 gesucht!**

PFLEGEN & WOHNEN HAMBURG GmbH
 Finkenau 11 | 22081 Hamburg | Telefon (040) 2022-3441

PFLEGEN & WOHNEN HAMBURG
In Gemeinschaft leben. Seit 1619



Evangelisches Altenpflegeheim Bretten

Das **Evangelische Altenpflegeheim Bretten** bietet
 innovative Dienstleistungen für ältere Menschen an.
 Wir suchen baldmöglichst eine

PFLEGEDIENSTLEITUNG (M/W).

In unserer neuen Einrichtung, die ab Mitte 2017 eröffnet
 wird, bieten sich Ihnen vielfältige Möglichkeiten der
 Mitgestaltung. Es erwartet Sie eine leistungsgerechte
 Vergütung nach AVR und eine betriebliche Altersver-
 sorgung. Ihre Fragen beantwortet Ihnen Frau Schmidt,
 Heimleitung, unter 07252 / 912-120.

Weitere Informationen erhalten Sie unter:
www.stift-freiburg.de

Bitte senden Sie Ihre Bewerbungsunterlagen an:
Evangelisches Stift Freiburg
Personalabteilung
Hermannstraße 10, 79098 Freiburg
personalabteilung@stift-freiburg.de

Alten- und Pflegeheim Luise-Klaiber-Haus

Für unser in der Rechtsform einer Stiftung betriebenes Seniorenheim
 suchen wir zum 01.01.2017 oder einem früheren Zeitpunkt eine/-n

Heimleiter/-in

Das Luise-Klaiber-Haus ist eine Pflegeeinrichtung mit 84 Bewohnern
 (davon 76 Einzelzimmer) und einer integrierten Tagespflege mit
 10 Plätzen.

Ihr Aufgabengebiet:

- selbstständige und wirtschaftlich eigenverantwortliche Führung der
 Einrichtung
- konzeptionelle Weiterentwicklung der Einrichtung
- verantwortungsbewusstes Kostenmanagement mit betriebswirt-
 schaftlichem Denken
- Rechnungswesen, Budgetierung und Controlling
- Weiterentwicklung und Sicherung des Qualitätsmanagements

Ihr Profil:

- Heimleitungsqualifikation gemäß § 3 Abs. 3 LPersVO
- ausgeprägte wirtschaftliche Kenntnisse bzw. eine abgeschlossene
 kaufmännische
- Ausbildung / Studium

Unser Angebot:

- eine interessante und vielseitige Tätigkeit mit weitreichenden
 Handlungs- und Gestaltungsfreiräumen
- Mitwirkung bei einer auch baulich an den neuen gesetzlichen
 Rahmenbedingungen zu orientierenden Weiterentwicklung der
 Einrichtung
- eine dem Anforderungsprofil entsprechende und leistungsorientierte
 Vergütung nach den Bestimmungen des TVöD

Wenn Sie die Aufgabenstellung anspricht und Sie über die notwendi-
 gen Kompetenzen verfügen, freuen wir uns auf Ihre aussagekräftige
 Bewerbung. Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen senden Sie bitte
 bis zum 25.11.2016 an die Stadt Kandern, Stiftungsratsvorsitzender
 Dr. Renkert, Waldeckstrasse 39, 79400 Kandern.

Für weitere Fragen steht Ihnen Herr Dr. Renkert, Telefon-Nr.: 07626
 899-46, E-Mail: christian.renkert@kandern.de gerne zur Verfügung.

77%
aller examinierten Fachkräfte lesen Altenpflege.

Quelle: Leseranalyse Pflegezeitschriften 2015



Der Paritätische Wohlfahrtsverband Niedersachsen e.V. ist einer der sechs Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Niedersachsen und Dachverband für mehr als 800 rechtlich und organisatorisch selbstständige Mitgliedsorganisationen. Darüber hinaus engagieren sich unsere mehr als 3.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in unseren Einrichtungen, Diensten und Sozialzentren in den Städten und Landkreisen in Niedersachsen.

Für die verbandseigenen ambulanten Pflegedienste und teilstationären Einrichtungen suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/einen

Pflegereferent/-in / Pflegewirt/-in,
oder vergleichbare Qualifikation.

Die in der Abteilung Kreisverbände/Sozialzentren angesiedelte Stelle umfasst 38,5 Stunden/Woche und ist dem Pflegekoordinator unterstellt.

Ihre Aufgaben:

- Ausbau des Pflegecontrollings nach betriebswirtschaftlichen Kennzahlen
- Sicherstellung und Ausbau der wirtschaftlich ausgerichteten ambulanten und teilstationären Pflege
- Strukturierung und Organisation der ambulanten Pflegedienste und teilstationären Einrichtungen
- Unterstützung der Pflegedienste und Einrichtungen bei Entgeltverhandlungen
- Unterstützung des Pflegekoordinators u.a. bei neuen Projekten
- Weiterentwicklung des internen QM

Ihr Profil:

- Abgeschlossenes Studium in den Bereichen Pflegemanagement oder Gesundheitsökonomie
- Fundierte Kenntnisse des Finanzierungssystems der Pflegeversicherung
- Ausgeprägte analytisch konzeptionelle Fähigkeiten und betriebswirtschaftliche Kenntnisse
- Eigenständige, engagierte und verantwortliche Mitarbeit
- Starke Team- und Dienstleistungsorientierung
- Kooperationsfähigkeit, Kritik- und Konfliktfähigkeit
- Kommunikative Fähigkeiten, Verhandlungsgeschick, professionelles und sicheres Auftreten
- Ziel- und Ergebnisorientierung
- Belastbarkeit, Flexibilität und Reisebereitschaft
- Anwenderkenntnisse der MS Office Produkte
- Fortbildungsbereitschaft
- Führerscheinklasse B

Wir bieten Ihnen:

- Interessante und abwechslungsreiche Aufgaben mit großem Gestaltungsspielraum
- Die Vergütung erfolgt nach der Betriebsvereinbarung des Paritätischen Wohlfahrtsverbands
- Niedersachsen e.V.
- Eine attraktive Altersversorgung und weitere Sozialleistungen
- Interessante Weiterbildungsmöglichkeiten
- Einen Dienstwagen / Dienst-Mobiltelefon

Haben wir Ihr Interesse geweckt?

Dann senden Sie bitte Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen (Anschreiben, Lebenslauf, Zeugniskopien), bevorzugt per E-Mail an: bewerbung-pflege@paritaetischer.de
Oder per Post an:

Paritätischer Wohlfahrtsverband Niedersachsen e.V.
Abteilung Personal

Herrn Abteilungsleiter Holger Büttner
GandhisträÙe 5a, 30559 Hannover

Für Fragen steht Ihnen Herr Heiko Schulz,
Koordinator Fachreferat Pflege, zur Verfügung:
Tel.: 0511/897 257 65 // Mobil: 0151/11122714

Mit der Antoniushaus-Seniorenzentrum gGmbH, einer neuen Tochtergesellschaft des Antoniushauses in Hochheim, entsteht gegenwärtig am gleichen



Ort eine neue Komplexeinrichtung für Senioren, die im Jahr 2018 eröffnet werden soll. Beim Antoniushaus handelt es sich um einen in der Region etablierten und fachlich anerkannten katholischen Träger, dessen Arbeitsschwerpunkt bislang die schulische, berufliche und soziale Rehabilitation von Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen ist. Gesellschafter ist die Josefs-Gesellschaft gGmbH mit Sitz in Köln.

Das Antoniushaus geht mit dem Seniorenzentrum und dessen künftigen Angebot neue Wege in der Pflege und Betreuung älterer und pflegebedürftiger Menschen! Gehen Sie mit! Sie sind auf der Suche nach neuen Herausforderungen, die Planung und Umsetzung neuer Projekte reizen Sie? Wir suchen Sie als

Projektleiter/in

(in Vollzeit oder Teilzeit ca. 25-30 h)
für unser als Quartiershaus zu konzipierendes
Seniorenzentrum.

Ihre Aufgaben zum Einstieg:

- Sie entwickeln zusammen mit dem Träger das Gesamtkonzept des neuen Quartierhauses und führen es in die praktische Umsetzung (inkl. der Genehmigung durch die zuständigen Behörden)
- Sie setzen sich im Planungsprozess für die Bedürfnisse der zukünftigen Bewohner/innen und Gäste unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen ein
- Sie planen die zielgerichtete Akquise zur Belegung unserer Einrichtung und setzen diese erfolgreich um
- Sie suchen und gewinnen die entsprechenden Mitarbeiter/-innen auf Grundlage eines zukunftsfähigen Personalkonzepts

Das bringen Sie mit:

- einen einschlägigen Studienabschluss bzw. eine abgeschlossene Ausbildung zum Fachwirt im Gesundheits- und Sozialwesen (m/w)
- die Qualifikation zur Leitung einer Pflegeeinrichtung entsprechend § 2 Heimpersonalverordnung
- Mitgliedschaft in einer christlichen Kirche

Wir bieten Ihnen:

- die Möglichkeit, nach der Projektphase die Aufgaben der Einrichtungsleitung in Vollzeit zu übernehmen
- eine verantwortungsvolle und abwechslungsreiche Tätigkeit mit einem hohen Maß an Gestaltungsmöglichkeit
- ein wertschätzendes Arbeitsumfeld auf der Basis eines christlichen Menschenbildes
- Möglichkeiten der Teilnahme an beruflicher Fort- und Weiterbildung und genügend Raum für die persönliche und fachliche Weiterentwicklung
- eine angemessene Vergütung auf der Grundlage der AVR

Sie möchten weitere Informationen? Dann besuchen Sie unseren Stellenmarkt auf unserer Homepage
www.antoniushaus-hochheim.de

Haben Sie Lust bekommen, bei dieser herausfordernden Aufgabe mitzuwirken? Dann freuen wir uns über Ihre elektronische Bewerbung:

ANTONIUSHAUS-SENIORENZENTRUM GGMBH
Frau Veronika Keller
Burgeffstraße 42, 65239 Hochheim am Main
personal@antoniushaus-hochheim.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

Redaktionsassistentz:

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

Verlages 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 9910-154,
vera.rupnow@vincentz.net

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

Vertrieb Leitung:

Kathrin Burkat,
T +49 511 9910-020,
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

11/2016



Der Diakonissenverein Salem e.V. in Bad Gandersheim ist Träger von drei Alten- und Pflegeheimen, sowie einem Service-Wohnen. Die stationäre Einrichtung mit unseren Diakonissen, wird in eine ambulant betreute Wohngruppe umgewandelt, die von einem ambulanten Pflegedienst betreut wird.

Für den Aufbau dieses ambulanten Pflegedienstes, als diakonische Einrichtung, suchen wir ab sofort eine

Pflegedienstleitung (Vollzeit)

Ihr Profil:

- Weiterbildung zur verantwortlichen Pflegefachkraft (PDL)
- Berufserfahrung als verantwortliche Pflegefachkraft (PDL) in einem ambulanten Pflegedienst
- Überzeugtes und engagiertes Mitglied einer christlichen Kirche
- Verständnis für das gemeinsame Leben einer Glaubens-, Lebens- und Dienstgemeinschaft
- Führungskompetenz, Entscheidungs- und Durchsetzungsfähigkeit
- Initiative und Einsatzbereitschaft
- Teamfähigkeit und hohe Sozialkompetenz
- Bereitschaft zur ständigen Fort- und Weiterbildung

Ihr Aufgabengebiet:

- Führung des ambulanten Pflegedienstes nach wirtschaftlichen und fachlichen Kriterien
- Verantwortlichkeit für die Personalführung, Kapazitätsauslastung und für die Sicherung der geltenden Qualitätsstandards
- Interessenwahrnehmung des Trägers, wie z. B. Kontaktpflege zu kommunalen Dienststellen, örtlichen Sozialhilfeträgern, Kranken-/Pflegekassen, Ärzten
- Ausbau des Pflegedienstes über die ambulant betreute Wohngruppe und dem Service-Wohnen hinaus.

Wir bieten Ihnen:

- einen vielseitigen und abwechslungsreichen Aufgabenbereich
- Mitgestaltung beim Aufbau eines ambulanten Pflegedienstes und einer ambulant betreuten Wohngruppe
- Weiterentwicklung und Umsetzung unserer Konzepte und Qualitätsziele
- Vergütung und Sozialleistungen nach Tarifvertrag der Diakonie in Niedersachsen (TV DN)
- kirchliche Rentenzusatzversorgung (EZVK)
- innerbetriebliche Fort- und Weiterbildung
- Betriebliches Gesundheitsmanagement
- Unterstützung bei der Wohnraumsuche

Auskünfte erteilt Ihnen der Vorstandsvorsitzende Herr Pastor Lutz Behrens unter der Rufnummer: 05382/706-0

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an:

Diakonissenverein Salem e.V.

Herr Pastor Lutz Behrens
Hildesheimer Straße 8
37581 Bad Gandersheim

Gerne auch per E-Mail: Behrens@dmh-salem.de





Sozial-Betriebe-Köln gemeinnützige GmbH

Die SBK Sozial-Betriebe-Köln gemeinnützige GmbH sucht für ihre Senioreneinrichtungen in Köln-Riehl und Köln-Sülz ab sofort jeweils eine

Pflegedienstleitung

in Vollzeitbeschäftigung.

Der Standort in Köln-Riehl beinhaltet 600 vollstationäre Pflegeplätze, 500 Seniorenwohnungen mit Serviceangebot, einen häuslichen Pflegedienst und eine Tagespflege.

Der ausgeschriebene Verantwortungsbereich in Riehl umfasst 160 vollstationäre Plätze in zwei Pflegeheimen im Gelände. Weiterhin sind Sie zuständig für die Koordination und Sicherstellung des Qualitätsmanagements für den kompletten vollstationären Bereich Riehl. Aufgrund der Größe der Einrichtung arbeiten Sie in einem Team mit drei Pflegedienstleitungen zusammen.

Am Standort in Köln-Sülz sind Sie zunächst verantwortlich für 86 vollstationäre Pflegeplätze und das Qualitätsmanagement des Hauses.

An beiden Standorten obliegt Ihnen die Verantwortung für die Sicherstellung der Prozess- und Ergebnisqualität sowie die Weiterentwicklung neuer Pflege- und Betreuungskonzepte. Sie haben die Personalverantwortung für die Beschäftigten des Pflegedienstes und der Hauswirtschaftskräfte der jeweiligen Bereiche.

Erfahrungen im Qualitätsmanagement und in EDV-gestützter Pflegedokumentation werden vorausgesetzt. Wünschenswert ist ein abgeschlossenes Pflege-Studium.

Die Entgeltzahlung (mit den Zusatzleistungen des öffentlichen Dienstes und Jobticket) erfolgt entsprechend Ihrer Qualifikation und Erfahrung. Wir freuen uns, Sie kennen zu lernen.

Telefonische Auskünfte erteilt Ihnen Frau Patzke unter der Tel-Nr.: 0221/77755-516.

Ihre aussagekräftige Bewerbung richten Sie bitte an die

**SBK Sozial-Betriebe Köln gemeinnützige GmbH,
Personalabteilung,
Boltensternstr. 16, 50735 Köln**
oder online: bewerbung@sbk-koeln.de



ELBSCHLOSS RESIDENZ

*„Freuen Sie sich auf eine
vielseitige Führungstätigkeit
mit viel Freiraum und der
Möglichkeit zu gestalten und
zu verändern!“*

Christiane Harms
Personalleitung



Unsere beiden exklusiven Senioreneinrichtungen in Nienstedten zeichnen sich durch die Qualität der Betreuung, durch besondere Serviceleistungen und ihr exklusives Hotelambiente aus. An der Elbchausee vermieten wir hochwertige Appartements, in der Baron-Voght-Straße bieten wir Senioren mit höherem Betreuungsbedarf stilvolles Wohnen inklusive stationärer Pflegeleistungen an. Ein Wohnbereich ist für demenzerkrankte Senioren reserviert.

Die Häuser bieten einmalige Voraussetzungen, um für unsere anspruchsvollen Kunden die erste Wahl zu sein. Suchen Sie eine besondere Herausforderung? Haben Sie den Ehrgeiz, ein Premiumhaus zu führen und unseren Bewohnern hervorragende Betreuung und hochwertige Dienstleistungen zu garantieren? Dann sind Sie willkommen als unser neuer

Pflegemanager (m/w)

Ihre Aufgaben:

- Gewährleistung der hohen Pflegequalität
- Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems
- Akquisition und Repräsentation
- Mitwirkung bei der Expansion des Pflegedienstes
- Personalführung, -planung und -entwicklung
- Sicherstellung der Abrechnung

Das sollten Sie mitbringen:

- idealerweise abgeschlossenes Studium im Bereich Pflege/Gesundheitswesen
- Weiterbildung zur leitenden Pflegefachkraft
- mehrjährige Berufserfahrung als Pflegedienstleitung in ambulanten Einrichtungen mit hohem Qualitätsanspruch
- hohe Kundenorientierung, Leidenschaft, Engagement und Führungsstärke
- Ehrgeiz, etwas Besonderes zu schaffen
- Kreativität und Umsetzungsstärke

Darauf dürfen Sie sich freuen:

- Mitarbeit an Projekten
- die Chance, neue Konzepte zu verwirklichen
- flache Hierarchien
- hoher Stellenschlüssel in der Pflege und der Betreuung
- sehr gut ausgestattetes Arbeitsumfeld
- engagierte Teams und eine angenehme Arbeitsatmosphäre

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann freut sich Monika Sonnenberg, Leitung Qualitätsentwicklung, auf Ihre Bewerbung per E-Mail: bewerbung_er@axion.eu.

Elbschloss Residenz GmbH
Elbchausee 374 | 22609 Hamburg

www.elbschloss-residenz.de

Messen – Kongresse – Fachtagungen



Altenpflegekongress

Die **AltenpflegeKongress**-Reihe von Vincentz Network wird am 22. und 23. November in Hamburg sowie am 29. und 30. November 2016 in Ulm fortgesetzt. Unter dem Motto „Ihre Vorbereitung auf 2017!“ erfahren Sie, wie Sie sich für die Veränderungen wappnen, die das neue Begutachtungsverfahren und der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff mit sich bringen. In den erstmals angebotenen Intensiv-Sessions bestimmen Sie selbst, wieviel Zeit Sie für das Thema investieren möchten! Programm und weitere Infos auf der Homepage.

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

DBfK on Tour

Der DBfK geht „on Tour“ und gibt Interessierten am 28. November 2016 in Hannover eine Übersicht über die neue Begutachtungsrichtlinie. Praxisbeispiele geben den Teilnehmern Einblick in die neue Bewertungssystematik. Zudem werden Impulse gegeben, welche Auswirkungen für Pflegeeinrichtungen und

Dienste entstehen, wenn der Blick weg von der Minutenpflege hin zu den Fähigkeiten und der Selbstständigkeit gerichtet wird.

DBfK Bundesverband, Berlin,
T +49 30 2191570, dbfk@dbfk.de,
www.dbfk.de >Bildungsangebote

Junge Pflege Kongress

Unter dem Motto „Packen wir's an!“ findet am 30. November 2016 in Jena der Junge Pflege Kongress für Schüler, Studierende und Berufseinsteiger statt. Die Veranstaltung will aktiv die Herausforderungen der Pflege angehen und brisante berufspolitische Themen und Forderungen junger Pfleger diskutieren.

DBfK Südost, München, Susan Tauchert,
T +49 171 9314000, www.dbfk.de

Forum Altenpflege

Zum Auftakt der Umsetzungsphase des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungsverfahrens haben Pflegefachkräfte Gelegenheit, die Fragen, die sich daraus für die Praxis ergeben, zu vertiefen – auf dem **Forum Altenpflege** im Rahmen des Kongress Pflege 2017. Dafür kooperieren erstmals die Medienhäuser Vincentz Network und Springer Medizin Verlag. Die beiden Fachkongresse finden am 20. und 21. Januar 2017 im Hotel NH Collection Friedrichstraße und im Maritim proArte Hotel in Berlin statt.

Vincenz Network, Hannover, Anika Stünkel,
T +49 511 9910-175, anika.stuenkel@vincenz.net, www.forum-ap.de

Seminare & Studiengänge

Vincenz Akademie

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

Kommunikation und Beziehungsarbeit

5.–7. Dezember 2016 / Hamburg
Albertinen-Akademie, Hamburg,
T +49 40 5581-1776, akademie@albertinen.de,
www.albertinen-akademie.de

Menschen mit Langzeitbeatmung pflegen

7. Dezember 2016 oder 19. Januar 2017 / Stuttgart
Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg, Bildungszentrum, Stuttgart,
T +49 711 61926-121,
info-bildungszentrum@wohlfahrtswerk.de,
www.bildungszentrum-wohlfahrtswerk.de

Krankheitsfallen: Stress und Burnout

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

Interkulturalität in der Pflege

7.-9. Dezember 2016 / Paderborn
IN VIA Akademie, Paderborn, T +49 5251 2908-38, info@invia-akademie.de,
http://vinc.li/Invia_Interkultur

Intensivworkshop: Rechtssichere Antragstellung in der Hilfsmittelversorgung

10. Dezember 2016 / Witten-Annen
Universität Witten/Herdecke, Zentrum Fort- und Weiterbildung, Gudrun Bayer-Kulla,
T +49 2302 926-757,
gudrun.bayer-kulla@uni-wh.de

Aufbaukurs für Hygienebeauftragte

19.–20. Dezember 2016 / Essen
VDAB-BSB, Essen, T +49 2054 9554-17,
http://vinc.li/VDAB_Hygiene

Weiterbildungen zur Einführung und Anwendung von Expertenstandards

ab Januar 2017 / Osnabrück
Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Hochschule Osnabrück, Prof. Dr. Andreas Büscher,
T +49 541 969-2004, dnqp@hs-osnabrueck.de,
www.dnqp.de/veranstaltungen

mega.com
ein deutscher Hersteller für
Schwesternrufanlagen
drahtlos und drahtgebunden.
Auch als Insellösung geeignet
Info unter 04191/9085-0
www.megacom-gmbh.de



F.I.D.A. GmbH

Knooper Weg 140b • 24105 Kiel
Tel.: (0431) 57 01 890
Fax: (0431) 57 73 14
www.fida-gmbh.de • info@fida-gmbh.de

Qualität hat einen Namen

- Verantwortliche Pflegefachkraft
- Stations-/Wohnbereichsleitung
- Einrichtungseitung
- Pflegedienstleitung
- Sozialmanagement
- Gerontopsychiatrie

Weitere Lehrgänge auf Anfrage!

Heimstudium

Diakonisches Institut
für Soziale Berufe 

Weiterbildung 2016/2017 in Stuttgart



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

Palliative Care

berufsbegleitend, Beginn: 11. September 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

76%
aller Pflegedienstleitungen
lesen Altenpflege.

Quelle: Leseranalyse Pflegezeitschriften 2015

Diakonisches Institut
für Soziale Berufe 

Weiterbildung 2016/17



AktivierungstrainerIn

berufsbegleitend, Beginn: 18. Oktober 2016

Validations® GruppenleiterIn

(Group Practitioner Level II) nach Naomi Feil

berufsbegleitend, Beginn: 24. Oktober 2016

Palliative Care für psychosoziale und therapeutische Berufsgruppen

Beginn: 26. Oktober 2016

FachergootherapeutIn für Gerontopsychiatrie und Geriatrie

berufsbegleitend, Beginn: 03. November 2016

Validations®-AnwenderIn

(Validatonsworker Level I) nach Naomi Feil

berufsbegleitend, Beginn: 21. November 2016

WundexpertIn ICW/TÜV®

berufsbegleitend, Beginn: 24. 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

Fachkraft für Gerontopsychiatrie

Durchführung nach der Weiterbildungsverordnung des Sozialministeriums, berufsbegleitend, Beginn: 18. September 2017

Qualitätsbeauftragte/er

berufsbegleitend, Beginn: 25. September 2017

Fachkraft für Wickel und Auflagen

berufsbegleitend, Beginn: 28. September 2017

Leitung von Wohn- und Pflegegruppen

Durchführung nach der Weiterbildungsverordnung des Sozialministeriums, berufsbegleitend, Beginn: 9. Oktober 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

Therapeutische/r SpielleiterIn in der Altenarbeit

berufsbegleitend, Beginn: 6. März 2018

Weitere Informationen: Diakonisches Institut für Soziale Berufe
Bodelschwinghweg 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

DUSCH-WCSSelbstständigkeit erhalten

Eine Studie aus Dänemark zeigt, dass Dusch-WCs Gesundheit, Körperhygiene und Selbstständigkeit älterer Menschen verbessern und so die Pflegekosten und den Pflegeaufwand merklich senken. Washlets von Toto wollen zusätzlich den Reinigungsaufwand in Kliniken und Pflegeheimen reduzieren. Ein Beispiel hierfür ist die Hygienefunktion



PreMist. Diese benetzt das gesamte WC-Becken schon vor der Nutzung mit einem Sprühnebel aus Wasser. Der Wasserfilm auf der Keramik bewirkt, dass sich Schmutz schlechter festsetzen kann. Zudem ist das WC-Becken an allen Stellen offen und kann problemlos und schnell ge-

putzt werden. Durch ein Washlet könne der selbstständige Gang zur Toilette lange gewährleistet werden, verspricht der Anbieter.

www.toto.com

MIETFUSSMATTENSauber und rutschfest

Mietfußmatten sorgen für Sauberkeit, Hygiene und Sicherheit – ohne Organisations- und Pflegeaufwand. Bis zu 80 Prozent an Schmutz und Nässe, die über die Schuhe hereingetragen werden, nehmen sie laut Anbieter auf. „Als rein funktionelle Lösung bieten sich dabei die einfarbigen Standardmatte an“, erklärt Lilian Kieslinger, von der Deutschen Berufskleider-Leasing GmbH. „In stark frequentierten Bereichen platziert, senken sie zudem den Reinigungsaufwand und damit die Kosten. Der Schmutz verteilt sich nicht, sondern wandert vom Schuh in die Matte.“ Dank Nitrilgummirücken bieten die Matten zudem eine bessere Rutschfestigkeit und damit mehr Sicherheit auf oft glatten Untergründen, so DBL.

www.dbl.de

HYGIENEKonzept für Wasserspender

Gerade in hygienisch sensiblen Bereichen wie Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen müssen besondere Vorkehrungen getroffen werden, damit das bereitgestellte Trinkwasser absolut unbedenklich und frei von Krankheitserregern ist. Deshalb wurde die Brita Hygiene Solution entwickelt, die gewährleistet, dass die Wasserspender laut Hersteller ohne Bedenken sogar auf Intensivstationen eingesetzt werden können. Dieser Drei-Zonen-Schutz sorgt für eine mikrobiologisch einwandfreie Wasserqualität. Der EingangsfILTER schützt vor Bakterien, die aus der Wasserleitung in das Gerät gelangen. Der integrierte Sterilfilter eliminiert mögliche Bakterien unmittelbar vor dem Auslaufhahn. Die thermische Keimsperr soll eine Verkeimung aufgrund von äußeren Einflüssen verhindern.

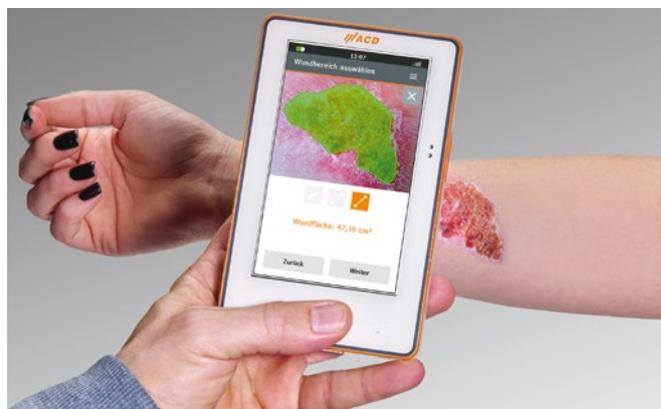
www.brita.de

ROLLSTÜHLEBequem dank Komfortbezug

Viele ältere Menschen, die Einschränkungen beim Gehen haben, nutzen einen Rollstuhl, mit dem sie von Helfern oder Familienangehörigen geschoben werden. Meist handelt es sich dabei um einen von der Krankenkasse gestellten Standardrollstuhl, der zwar seinen Zweck erfüllt, aber weder bequem noch besonders ansehnlich ist. Saljol hat jetzt mit dem Komfortbezug „Extra“ eine einfache Möglichkeit gefunden, den Rollstuhl zum komfortablen Rollstuhl zu machen. Weiche Polster für Rücken, Sitz und Armlehnen sorgen für bequemes Sitzen, ein Plus an Behaglichkeit und mehr Stil, verspricht der Anbieter. Für 19 verschiedene Rollstuhlmodelle gibt es diese Bezüge in verschiedenen Farben und Größen sowie unterschiedlichen Materialien.



www.saljol.de

**MOBILE WUNDDOKUMENTATION**Intuitiv und effizient

Mit der mobilen Dokumentationssoftware Imagis und dem mobilen Terminal M315 soll zum einen der administrative Aufwand bei der Erfassung, Dokumentation und Archivierung von Wunden verringert werden. Zum anderen zielt der Hersteller auch darauf ab, Vollständigkeit und Qualität der Wunddokumentation zu verbessern. Das mobile Datenerfassungsgerät M315 verfügt unter anderem über eine Autofokus-Kamera mit fünf Megapixeln und Beleuchtung sowie einen integrierten Ultraschallsensor zur Abstandsmessung. So können Wunden direkt vor Ort berührungslos fotografiert, vermessen und dokumentiert werden. Der integrierte Sensor sorgt für eine optische Distanzmessung, die die Vergleichbarkeit der Aufnahmen gewährleisten soll und die Wunde automatisch vermisst und berechnet. Zur Erfassung sind dann laut Hersteller keine weiteren Medien notwendig.

www.acd-gruppe.de

Bücher, Spiele, DVD usw.

Wöchentlicher Begleiter durchs Jahr



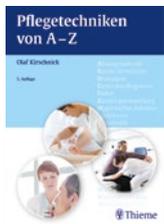
Anregende und schöne Momente zaubert der Tischkalender 2017: beim Betrachten liebevoll ausgesuchter Bilder, beim Klönen, Raten und Schmunzeln, bei der Beschäftigung mit Sprichwörtern, Rätseln und Scherzfragen. Bewohner nehmen den Tisch-

kalender selbst zur Hand. Betreuende nutzen ihn für die Kurzaktivierung zwischendurch. Und Bewohner, Freunde und Angehörige freuen sich über neuen Gesprächsstoff.

Fiedler/Friese/Jasper/Schmidt-Hackenberg:
Der Tischkalender 2017. Bilder, Rätsel, Sprichworte und mehr;
Vincentz Network, Hannover, 2016, 17,90 Euro, Staffelpreise möglich

Lerninhalte in aktualisierter Form

Dieses Nachschlagewerk unterstützt die Arbeit in Klinik, Pflegeheim oder ambulantem Pflegedienst. Pflegetechniken sind alphabetisch angeordnet und chronologisch beschrieben – von der Vorbereitung, über die Durchführung bis zur Nachbereitung. Fotoserien und Filme zeigen Schritt für Schritt die wichtigsten Pflegehandlungen und -techniken. Infokästen verdeutlichen die Unterschiede bei der Betreuung und Pflege von Kindern, Erwachsenen und älteren Menschen.



Olaf Kirschnick: Pflegetechniken von A-Z. Thieme Verlag, Stuttgart, 5. aktualisierte Auflage 2016, 592 Seiten, 24,99 Euro

Krankenhausaufenthalte reduzieren



Dieses Arbeitsbuch beschäftigt sich mit Möglichkeiten der Reduktion und Vermeidung von Krankenhauseinweisungen bei akuten gesundheitlichen Ereignissen der in Einrichtungen lebenden Bewohnerinnen und Bewohner. In einem Forschungsprojekt hat das Department für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke dazu wertvolle Erkenntnisse gesammelt und Konzepte zur Umsetzung entwickelt. Das Buch enthält zahlreiche Handlungsempfehlungen und Arbeitsblätter sowie Präsentationsvorlagen, die auch als Download zur Schulung der Mitarbeiter zur Verfügung stehen.

Christel Bienstein/Sabine Bohnet-Joschko (Hrsg.): Weniger Krankenhaus – mehr Lebensqualität. Wege zur Reduktion von Krankenhauseinweisungen; Vincentz Network, Hannover, 2016, 86 Seiten, 29,80 Euro

Rätselthema „Inkontinenz“

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

scham e hy bo gi stress tur
beck mus den ku in
in en kon ne ti
ge fühl la tim

Autorin des Rätsels ist Nikola Steffens, Lehrerin für Pflegeberufe

Nutzen Sie die nebenstehenden Silben, um die gesuchten Begriffe zu finden.

Die weiß unterlegten Buchstaben ergeben, in der richtigen Reihenfolge sortiert, das Lösungswort.

Schicken Sie das Lösungswort an: Redaktion Altenpflege · Stichwort: „Silbenrätsel“ ·

Vincentz Network · Plathnerstraße 4c · 30175 Hannover. Einsendeschluss ist der 14.12.2016.

Die Rätsel-Auflösung des Vormonats finden Sie hier: www.altenpflege-online.net/Downloads zur Zeitschrift

1. Geschwächt ist sie eine Ursache für Inkontinenz

2. Häufigste Form bei Frauen

3. Führt häufig zu Rückzug und Vereinsamung

4. Neben der optimalen Inkontinenzversorgung ein wichtiger Aspekt für Betroffene und Pflegekräfte

Das können Sie gewinnen:

Wir verlosen unter allen Einsendungen Buch, Leporello und Kalender! Viel Spaß beim Rätseln!



Gewinnerin des Silbenrätsels Altenpflege September 2016 ist Lisa Seufert in Nieder-Olm. Das Lösungswort lautet: Teamgeist.

40 JAHRE
Altenpflege



„**Altenpflege**
ist lebendig,...
*...weil Menschen ihre
Geschichten erzählen.*“

Vorschau 12.2016

AltenpflegePreis 2016

Gesund bleiben trotz Stress:
Mitarbeitergesundheit – Lesen Sie,
welches Konzept gewonnen hat

Altenpflege Management

Neues Begutachtungsverfahren:
Was es beim Modul „Gestaltung
des Alltagslebens“ zu beachten gilt

Altenpflege Begleitung

Medikamentengabe:
Wie Sie unerwünschte Neben-
wirkungen vermeiden helfen

Thema

Soziale Begleitung

Praktische Helfer zum Aktivieren,
Stärken, Lebensfreude schenken



Maria Metzger
Aktivierungsblitz
Gesprächsimpulse –
schnell, punktgenau, vielfältig

Die spontane Idee für die Gruppenstunde fehlt? Wählen Sie eins der attraktiven Themen aus dem Beschäftigungsangebot Aktivierungsblitz und starten Sie sofort mit biografischen oder allgemeinen Fragen. Die handlichen Klappkarten im Taschenformat geben Ihnen Sicherheit in jeder Situation.

2016, 14,80 €, Best.-Nr. 20016



Andrea Friese, Anne Halbach
Das Tierbuch
Spaß mit „tierischen Aktivierungen“

Ob Maus oder Elefant: Das Tierbuch enthält viele „tierische“ Ideen für Aktivierungsrunden, die sich sofort einsetzen lassen. Alle 52-Wochen-Kapitel stellen je ein Tier vor – mit Steckbrief, Sprichworträtsel, biografischen Fragen, Gesprächsimpulsen und Geschichten zum Vorlesen.

2016, 32,- €, Best.-Nr. 870



Bettina M. Jasper
Formulierungshilfen Mobilität und Bewegung
Individuell beschreiben

Wie lässt sich die Mobilität eines Senioren in der strukturierten Informationssammlung (SIS) dokumentieren? Bettina M. Jasper unterstützt Sie als Pflege- und Betreuungskraft mit Formulierungsbeispielen, aus denen sich individuelle Beschreibungen ableiten lassen.

2016, 17,80 €, Best.-Nr. 893



Andrea Friese, Michaela Albracht
Mitmachgeschichten
22 Geschichten zum aktiven Zuhören, Mitmachen und Mitlachen

Bei den Mitmachgeschichten kann jeder mitmachen. Als Betreuungskraft lesen Sie die Geschichten vor. Senioren übernehmen kleine Rollen, gestalten die vergnüglichen Geschichten aktiv mit. Durch Geräusche, kurze Texte oder eine Liedzeile.

2016, 29,80 €, Best.-Nr. 851



Petra Fiedler
Spielen mit alten Menschen
Spiele wirkungsvoll in der
Altenarbeit einsetzen

Erfahren Sie, wie Sie Senioren spielerisch Freude schenken, Gemeinschafts- und Erfolgserlebnisse vermitteln. Nutzen Sie viele praktische Tipps der Altentherapeutin Petra Fiedler, die das Spielen mit Senioren für Sie einfacher, freud- und wirkungsvoller machen.

2016, 16,80 €, Best.-Nr. 869



Petra Fiedler
Vertellekes – das Kartenspiel

Das neue Vertellekes-Kartenspiel sorgt für Abwechslung in der sozialen Betreuung. Rund 200 Aufgaben bringen Schwung und viele Gesprächsimpulse in jede Gruppenstunde. Dafür sorgen Wortfindungsübungen und Wortsammlungen, Pantomime und Schlagerrätsel.

2016, 15,80 €, Best.-Nr. 20010

Der Tischkalender 2017

Bilder, Rätsel, Sprichworte und mehr

Altenpflege

Vorsprung durch Wissen

Schenken Sie
Ihren Bewohnern
zu Weihnachten ihren
eigenen Tischkalender!
Für nur **6,90 €**
pro Exemplar – beim
Kauf von 50 Stück.

Ideal für die aktivierende
Pflege alter Menschen:

Die Beschäftigung mit dem
Tischkalender 2017 sorgt für
schöne und anregende Momente.
Bewohner nehmen den Wochen-
kalender selbst zur Hand. Pflege-
kräfte nutzen ihn für die Kurz-
aktivierung zwischendurch.
Und Pflegebedürftige, Freunde
und Angehörige freuen sich beim
gemeinsamen Betrachten und
Rätseln über neuen und kurz-
weiligen Gesprächsstoff.

Der Tischkalender 2017 ist
garantierter Blickfang:

- 52 stabile Wochenblätter
zum Umschlagen
- schön gestaltete Bilder
samt Wochenplan
- Rätsel, Sprichwörter und
Scherzfragen auf der Rückseite

Petra Fiedler/Andrea Friese/
Bettina M. Jasper/
Ute und Kadie Schmidt-Hackenberg
Der Tischkalender 2017

Bilder, Rätsel, Sprichworte und mehr
Einzelpreis 17,90 €
ab 10 Expl. je 14,90 €
ab 20 Expl. je 9,90 €
ab 50 Expl. je 6,90 €
Best.-Nr. 806



VINCENZ

www.altenpflege-online.net/shop

Vincenz Network · T +49 511 9910-033 · F +49 511 9910-029 · buecherdienst@vincenz.net



Impase - Walpurgisnacht
Traditionell gilt die Nacht vom 30. April auf den 1. Mai als die Nacht, in der die Hexen auf dem
Brocken im Harz über auch an anderen erhöhten Orten, wie
Klosterfreizeit, mit dem man „die bösen Geister“ vertreiben will
lands geleitet.
1. Übt man diesen Brauch auch in ihrer Heimat aus? Erzählen
2. Kennen Sie weitere Bräuche, die auf Aberglauben beruhen?

Radensarten - Ergänzen Sie:
1. Ist die Hevsnacht voll Regen, wird's ein Jahr mit reichlich
2. Ist die Hexe verbrannt, wird Ruh' im ...
3. Die Hexe kommt schon raus, klopf't man nur die Tücher t...

Zum Vorlesen:
Kränzchen
In der ersten Nacht des Maies lässt's den Hexen keine Ruh'
Sich gesellig zu erfreuen, eilen sie dem Brocken zu.
Dorten haben sie ihr Kränzchen. Man verleumdet, man ver
Macht ein lasterhaftes Tänzchen, und der Teufel präsiert

Wortsuche
Überlegen Sie gemeinsam, welche Wörter man aus den
kann. Es müssen nicht alle Buchstaben verwendet werden



April 2017

Knuffig!

	15. KW
Montag	17.04.
Ostermontag	
Dienstag	18.04.
Mittwoch	19.04.
Donnerstag	20.04.
Freitag	21.04.
Samstag	22.04.
Sonntag	23.04.