

PFLEGE ZEITSCHRIFT

69. Jahrgang •• September 2016

9 | 2016

Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege



www.kohlhammer-pflege.de

Ambulante Pflege ^x

Zu Hause leben bis zum Schluss
Ambulante Palliativpflege

Gesetzesänderung
Aus Pflegestufe wird Pflegegrad

Zur Diskussion
Generalistische Pflegeausbildung

Hintergründe, Fakten, News ... Die Welt der Pflege auf einen Blick www.kohlhammer-pflege.de

Das Portal für Pflegende

Die Pflegezeitschrift als E-Paper

Auch auf Mobilgeräten bequem lesbar

- Tagesaktuelle News aus der Gesundheits- und Pflegebranche
- Monatlich wechselnde Schwerpunkte: Pro & Contra, Interviews, Portraits, Diskussionsthemen
- **Aktuelle Studien** der Pflegewissenschaft
- **Zertifizierte Fortbildungsmöglichkeiten** im Rahmen der Registrierung beruflich Pflegender (RbP)

Wo sind Sie zu Hause?

MARIA MOSKALEVA

Seit wann leben Sie in Ihrer aktuellen Wohnung oder in Ihrem Haus? Seit einem Jahr? Seit fünf? Schon Ihr ganzes Leben lang? Wenn Sie um die 30 sind: wahrscheinlich erst seit Kurzem.

Über 9 Millionen Deutsche ziehen jährlich um, so die Umzugsstudie Deutschland 2014. Über die Hälfte ist dabei zwischen 20 und 39 Jahre alt.

Die Generation Y zieht von Ort zu Ort, von Wohnung zu Wohnung, getrieben vom flexiblen Arbeitsmarkt, dem Privatleben oder einfach dem Gefühl, dass es alle so machen, und blickt voller Verwunderung auf die Lebensentwürfe ihrer Eltern und Großeltern. Im Elternhaus aufwachsen, im Betrieb um die Ecke eine Lehre machen und dort bis zur Rente arbeiten – das klingt kaum weniger fremd als in Tibet ohne Strom und fließendes Wasser Ziegen zu züchten.

Und so ist man voller Unverständnis, wenn sich die Oma weigert, das Bauernhaus, dessen Instandhaltung ihr längst über den Kopf gewachsen ist, aufzugeben und in eine kleine Stadtwohnung oder in ein Pflegeheim zu ziehen – allen logischen Argumenten zum Trotz.

Für die Umherziehenden ist Zuhause oft das, was in einen Kastenwagen passt: der heißgeliebte, abgewetzte Sessel, Fotos an der Wand und die gestreifte Schüssel, die für die erste eigene Wohnung gekauft wurde. Und natürlich die Leute, Freunde und Familie, die aber dank der Kommunikationsmedien nie ganz weg sind, egal ob man gerade in Freiburg oder in Kiel wohnt.

Omas Zuhause ist aber ein Ort: das Haus, das Flüsschen, das man aus dem Fenster sieht, die Bäckerei an der Ecke, in der sie als junge Frau Sonntagsbrötchen für ihre Familie gekauft hat, und natürlich die Nachbarin, die über den Gartenzaun hinweg Ratschläge für die Rosenpflege zum Besten gibt. Der Ort ist voller Erinnerungen, an die ersten Schritte der Kinder, an den ersten Wagen, an längst verhallte Weihnachtslieder. Wie soll man das alles verlassen können?

Dies ist wohl der Grund, warum laut dem Statistischen Bundesamt über 70% aller Pflegebedürftigen zu Hause leben und von ihren Angehörigen oder ambulanten Pflegediensten versorgt werden.

Besonders wichtig wird das Zuhause, wenn die kognitiven Fähigkeiten nachlassen. Wenn bei Demenz das „Jetzt“ schwindet und die Erinnerungen immer dominanter werden, sind die eigenen vier Wände manchmal die einzige stabile Größe – das, was die Brücke zwischen Gestern und Heute schlägt. So passiert es nicht selten, dass Demenz-Patienten nach einem Umzug, sich nicht orientieren können und weggehen, um ihr altes Zuhause zu suchen. Die behutsame Pflege von Menschen mit Demenz

zu Hause, die auf dem Normalitätsprinzip basiert, beschreibt Sylke Werner auf Seite 522.

Den Qualitätsansprüchen in der ambulanten Pflege gerecht zu werden, ist für viele pflegende Angehörige aber auch für Fachkräfte eine große Herausforderung. Eine Abhilfe können verschiedene Hilfsmittel schaffen. Lifter und Rutschbretter können viel zur Mobilisation und Selbständigkeit der Patienten beitragen. Und obwohl die Hilfsmittel für jeden Patienten einzeln angeschafft werden, sind die Leiter von ambulanten Pflegediensten dafür verantwortlich, ihre Mitarbeiter entsprechend zu schulen. (Seite 516)

In palliativen Situationen wäre manchmal wohl ein stationärer Aufenthalt einfacher und auch sicherer als die Pflege zu Hause. Dennoch wünschen sich viele gerade in dieser Ausnahmesituation, zu Hause zu sein und im eigenen Bett zu sterben. Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) können dazu beitragen, diesen letzten Wunsch zu erfüllen. Ihre Aufgabe besteht nicht nur darin, die Sterbenden zu pflegen, sondern auch darin die Angehörigen zu begleiten und zu unterstützen. Die Bedeutung von Palliative Care und SAPV im letzten Lebensabschnitt zu Hause erläutert Nadine Lexa auf Seite 509.

Eine interessante und aufschlussreiche Lektüre wünscht Ihnen im Namen der Redaktion
Ihre Dr. Maria Moskaleva



Foto: Erwin Woditka/Fotolia

Telegramm

Berlin – Die Grünen haben vor einer Aushöhlung des Solidargedankens in der Krankenversicherung durch Gesundheits-Apps gewarnt. „Beitragsermäßigungen durch die Hintertür für junge und fitte zu Lasten älterer oder chronisch kranker Versicherter sind zutiefst unsolidarisch“, sagte die gesundheitspolitische Sprecherin der Grünen-Fraktion, Maria Klein-Schmeink, der Deutschen Presse-Agentur.

Insbesondere im Bereich der privaten Krankenversicherung sei der Einsatz von solchen Minicomputern am Arm oder in der Hosentasche, Apps oder Wearables, die den Gesundheitszustand von Versicherten bis ins Detail vermessen könnten, „ein weiteres Einfallstor für eine fortschreitende Aushöhlung des Solidargedankens“, warnte die Grünen-Politikerin.

Klein-Schmeink warf der Bundesregierung vor, hier wegzuschauen und wieder einmal zu demonstrieren, „wie wenig ihr an einer starken Solidarität aller Versicherten gelegen ist“. Sie fügte hinzu: „Die Daten, welche durch den kleinen Begleiter am Handgelenk oder in der Hosentasche erhoben werden, dürfen nicht ohne das Wissen und die Zustimmung der Patientinnen und Patienten in die Hände Dritter gelangen.“ Patienten müssten „die volle Souveränität über ihre Daten erhalten. Sie müssen jederzeit entscheiden können, was mit ihren Daten passiert.“ (dpa)

VORSCHAU 10/2016

Schwerpunkt:
Kinderkrankenpflege

Tatort Gehirn
Umgang mit aggressiven Kindern

Angehörigenarbeit
Familien unterstützen

Kindesmisshandlung
Die wichtigsten Anzeichen

PFLEGE ZEITSCHRIFT

Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege

Redaktion

Dr. Maria Moskaleva
Tel.: 07 11/78 63-72 38
maria.moskaleva@kohlhammer.de

Manon Krüger
Tel.: 07 11/78 63-72 21
manon.krueger@kohlhammer.de

Dr. Ruprecht Poensgen (V.i.S.d.P.)
Tel.: 07 11/78 63-72 15
ruprecht.poensgen@kohlhammer.de

Unter Mitarbeit von

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

Deutsche Presse-Agentur GmbH (dpa), Hamburg

Wissenschaftliches Editorial Board

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

Media-Service

Anzeigenleitung: Stefan Steinacker
Anzeigenverkaufsberatung: Ivana Musa
Tel.: 07 11/78 63-72 58
Fax: 07 11/78 63-83 93
ivana.musa@kohlhammer.de

Vertrieb und Abo-Service

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

Erscheinungsweise

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

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

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

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

Abbestellungen: 6 Wochen vor Kalenderjahresende

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

Copyright

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

Manuskripte

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

Wichtiger Hinweis

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

Für den Inhalt abgedruckter oder verlinkter Websites ist ausschließlich der jeweilige Betreiber verantwortlich. Die W. Kohlhammer GmbH hat keinen Einfluss auf die verknüpften Seiten und übernimmt hierfür keinerlei Haftung.

Verlag und Gesamtherstellung

W. Kohlhammer GmbH, 70549 Stuttgart
Tel.: 07 11/78 63-0

www.kohlhammer-pflege.de
www.kohlhammer.de
pflegezeitschrift@kohlhammer.de

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



AKTUELLES

- 504 **Fremdsprachige Patienten**
Rebo: eine Übersetzungs-App
JARMILA HLAHULEK

ZUR DISKUSSION

- 505 **Herausforderung Pflegeausbildung**
Kritisch-konstruktiver Umgang mit dem Pflegeberufsgesetz
KARL-HEINZ SAHMEL

PFLEGEPRAXIS

- 509 **Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)**
Leben zu Hause bis zuletzt
NADINE LEXA
- 512 **So funktioniert Heimbeatmung**
Praxisbericht
MARCEL RENZ
- 516 **Einsatz von Hilfsmitteln**
Häusliche Pflege
MARTIN SCHIERON
- 519 **Arbeits- und Lebensbedingungen von 24-Stunden-Betreuerinnen**
Unterstützung aus dem Ausland
BIRGIT RATHWALLNER

- 522 **Begleitung von Menschen mit Demenz zu Hause**
„Einen alten Baum verpflanzt man nicht...“
SYLKE WERNER

- 551 **Neuroleptika**
Arzneimittelmittel in der Pflegepraxis
EVA-MARIA WOLSCHON & SASCHA KÖPKE

- 554 **Freiheitsentziehende Maßnahmen**
Freiheit kontra Sicherheit?
VERA REINSPFELDER

- 557 **Suizid und seine Legitimation**
Umgang mit Todeswünschen
WIEBKE WEISSBARTH-KRAUSE & PATRICK FEHLING

GESCHICHTE

- 525 **Ambulante Pflege im Wandel der Zeit**
Enge Verknüpfung von sozialer Arbeit, Seelsorge und Krankenpflege
MATHILDE HACKMANN

PFLEGEWISSENSCHAFT

- 528 **Cochrane-Review**
Spezialisierte häusliche Pflegeangebote für Kinder
CORNEL SCHIESS & MYRTA KOHLER

PFLEGEMANAGEMENT

- 531 **Qualitätsprüfungen**
Welche Bewertungskriterien gelten für ambulante Pflegedienste?
ROLAND LAPSCHIESS & JEANETTE KÜCK
- 535 **Tipps zur Tourenplanung**
Die moderne Herausforderung der Logistik im ambulanten Bereich
ELKE EVERTZ
- 539 **Die Bedeutung der Liquiditätsplanung im Betrieb**
Finanztipps für Pflegedienste
NICOLE JANDA-STEININGER

RECHTSFRAGEN

- 543 **Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff**
Neue Leistungen und mehr Beratungsbedarf
HEIKE BOHNES
- 548 **Arbeitnehmereigene Kündigung**
Verlassen des Unternehmens auf eigenen Wunsch
MARTINA WEBER



Foto: Marcel Renz

512 Heimbeatmung

Neuromuskuläre Erkrankungen können eine dauerhafte Beatmung notwendig machen. Dank mobiler Beatmungsgeräte müssen diese Patienten aber nicht in der Klinik bleiben. Worauf bei der Beatmung zu Hause zu achten ist, verrät Marcel Renz.



Foto: Ingo Bartussek/Fotolia

543 Aus Pflegestufe wird Pflegegrad

Am 1. Januar 2017 tritt der neue § 14 Sozialgesetzbuch (SGB) XI in Kraft. Die drei Pflegestufen werden in fünf Pflegegrade umgewandelt. Mit welchen Leistungen die Pflegebedürftigen ab dem neuen Jahr rechnen können, legt Heike Bohnes dar.



Foto: araraadt/Fotolia

554 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Wenn pflegebedürftige an motorischer Unruhe leiden und die Sturzgefahr nicht richtig einschätzen können, kommen oft Bettgitter und Gurte zum Einsatz. Doch dabei handelt es sich um einen massiven Eingriff in die persönliche Freiheit.

- 497 Editorial
- 498 Impressum
- 500 Kurzberichte
- 542 ImPuls der Wissenschaft
- 559 Stellenmarkt/Anzeigen

⊗ = Schwerpunktthema

Titelbild: Mavil/Fotolia

Schwere Mängel bei Zulassungsstudien eines indischen Unternehmens Apotheken stoppen Abgabe von Generika

Berlin – Erneute Zweifel an einem indischen Auftragsforschungsunternehmen, das Daten für die Arzneimittelzulassung erheben sollte: Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat eine Liste der Medikamente veröffentlicht, deren Zulassung wegen schwerer Mängel in der Durchführung von für die Zulassung relevanten Studien, einschließlich Manipulation von Probandenproben, in Kürze ruhen wird.

Die Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK) hat die Apotheken darüber informiert, welche konkreten Medikamente im Zuständigkeitsbereich des BfArM ab dem 11. August nicht mehr von Apotheken abgegeben werden dürfen. „Die Apotheken setzen Arzneimittel-Rückrufe und die Folgen des Ruhens von Zulassungen auf Basis behördlicher Anordnungen unverzüglich im laufenden Tagesgeschäft um und geben die betroffenen Arzneimittel nicht mehr an ihre Patienten ab“, sagt Dr. Andreas Kiefer, Präsident der Bundesapothekerkammer und Mitglied der AMK. Medikamente, deren Zulassung ruht, dürfen nicht in den Verkehr gebracht werden.

Patienten, die entsprechende Medikamente bereits Zuhause haben, sollten mit Ihrem verordnenden Arzt Rücksprache halten. Kiefer: „Die Mitarbeiter der Apotheken sorgen dafür, dass einerseits

Foto: Sven Bähren/Fotolia



Nur rigoros durchgeführte klinische Studien garantieren die optimale Patientensicherheit.

Arzneimittelerisiken an die Behörden und die AMK gemeldet werden und andererseits die Patienten über risikominimierende Maßnahmen individuell informiert werden. Wenn das vom Arzt verordnete Medikament nicht mehr verfügbar ist, werden Patienten mit einem alternativen Präparat versorgt. Dies ist mit einem zusätzlichen Beratungsaufwand verbunden, den die Apotheken im Rahmen ihres gesellschaftlichen Auftrags ohne zusätzliche Honorierung übernehmen.“ (ots)

Weitere Informationen unter

www.abda.de
www.arzneimittelkommission.de
www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Risikoinformationen/RisikoBewVerf/s-z/semler_liste_arzneimittel.pdf?__blob=publicationFile&v=2

Fallzahlen steigen, aber auch das medizinische Personal nimmt zu Krankenhäuser hatten 2015 mehr als 19 Millionen Patienten

Wiesbaden – Die Zahl der Krankenhauspatienten ist im vergangenen Jahr leicht gestiegen. Auch das Personal ist gewachsen.

In deutschen Krankenhäusern wurden im vergangenen Jahr 19,2 Millionen Patienten stationär behandelt. Wie das Statistische Bundesamt in Wiesbaden mitteilte, war das ein leichter Anstieg um 0,2 Prozent oder 34.800 Behandlungsfälle.

Der durchschnittliche Aufenthalt der Patienten in den Krankenhäusern dauerte 7,4 Tage – ähnlich lange wie im Vorjahr. Insgesamt standen in den fast

2.000 Krankenhäusern in Deutschland 498.000 Betten zur Verfügung – im Vergleich zum Vorjahr ein leichter Rückgang um 2.700 Betten. Die Auslastungsquote betrug durchschnittlich 77,6 Prozent.

Einen Zuwachs stellten die Statistiker beim Krankenhauspersonal fest. Die Zahl der Ärzte stieg um 3.100 Stellen oder 2,1 Prozent auf insgesamt 153.900 Beschäftigte. Bei den 320.200 vollen Pflegestellen gab es dagegen einen Zuwachs um 0,5 Prozent oder 1.400 Vollkräfte.

Stärker noch als die Krankenhäuser waren die 1.153 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ausgelastet,

die den Angaben zufolge über knapp 165.000 Betten verfügten. Sie erreichten eine durchschnittliche Bettenauslastung von 82,9 Prozent, bei den öffentlichen Einrichtungen sogar von 91,6 Prozent. Die Zahl der insgesamt 1,97 Millionen Patienten in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen lag allerdings geringfügig (0,2 Prozent) unter der des Vorjahres. (dpa)

Extra-Vergütung für Ärzte, in stationären Pflegeeinrichtungen

Der VDAB kritisiert, dass ab 01.07.2016 niedergelassene Ärzte, die Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen behandeln und die Versorgung dort koordinieren, dafür eine Extra-Vergütung erhalten. Denn der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) hat auch in der Vergangenheit immer die Pflegeeinrichtungen mit umfasst. Dass die Kassen den Ärzten für das Erfüllen einer ohnehin bestehenden Pflicht eine Extra-Vergütung zahlen, ist ein Affront durch die Kassen, die die Vergütungen der Privaten Professionellen Pflege dagegen minimal halten.

Dazu Petra Schülke, stellvertretende Vorsitzende des VDAB-Bundesvorstands: „Niemand käme auf die Idee, der professionellen Pflege eine Extra-Vergütung zu zahlen, wenn sie das tut, wofür sie nach Gesetz und Verträgen ohnehin verpflichtet ist. Bei den Ärzten bewerten das die Kassen offensichtlich anders. Der finanzielle Sonder-Bonus zur Sicherstellung der Haus- und Fachärztlichen Versorgung in stationären Einrichtungen macht allerdings auch deutlich, dass die KVen bisher diesen Teil ihres gesetzlichen Auftrages vernachlässigt haben. Dass damit erhöhte Krankenhauskosten verbunden waren, liegt auf der Hand. Es ist schon bezeichnend, dass den Kassen nur ein Mittel dagegen einfällt: Nämlich, den Ärzten noch mehr Geld dafür anzubieten, damit sie tun, wozu sie ohnehin verpflichtet sind. Für die kommenden Vergütungsverhandlungen werden wir uns das merken.“

Mit völligem Unverständnis reagiert der VDAB auf die Möglichkeit der Haus- und Fachärzte, für einige Leistungen in den Einrichtungen angeleitete Praxismitarbeiter – sogenannte nichtärztliche Praxisassistenten – schicken zu können, anstatt selbst zu kommen. Dazu Schülke: „In den Einrichtungen arbeiten qualifizierte Fachkräfte mit jahrelanger Erfahrung. Dass für den Einsatz von Mitarbeitern aus Arztpraxen nun Extra-Kassengeld ausgeschüttet wird, ist eine Provokation der Kostenträger gegen die professionelle Pflege. Wenn jemand für seine verantwortungsvolle Arbeit und seinen Einsatz eine Extra-Vergütung von den Kassen erhalten müsste, dann sind es die Einrichtungen

für ihre Pflegekräfte. Wir fordern das Bundesgesundheitsministerium auf, sich endlich mit den Ungleichgewichten in der Vergütung für die einzelnen Leistungsbereiche zu befassen. Die Kassen handeln hierbei verantwortungs- und orientierungslos. Wenn auch in Zukunft jeder, der professionelle Pflege braucht, sie auch bekommen soll, dann muss vor allem die Vergütungs-Schiefelage wieder ins Lot gebracht werden. Die professionelle Pflege verdient auch mehr materielle Anerkennung. So wäre es nur fair, wenn für die vom Gesetzgeber vorgesehenen Mehraufwände bei den Pflegeeinrichtungen auch die Vergütungen entsprechend angepasst würden.“

(VDAB)



Foto: Yuri Arcurs/Fotolia

Großteil der Patientenverfügungen unwirksam

Berlin – Nach einer höchstrichterlichen Entscheidung zu den Anforderungen an Patientenverfügungen haben Verbraucherschützer dazu geraten, ein solches Dokument genau zu überprüfen. „Wir gehen davon aus, dass es in Deutschland einige Millionen Patientenverfügungen gibt, mit einem großen Dunkelfeld – aber mindestens die Hälfte davon dürfte unwirksam sein, weil sie nicht präzise genug ist“, sagte der Pflegeexperte der Verbraucherzentrale Bundesverband, Dieter Lang, der Zeitung „Neues

Deutschland“. „Alle Bürger, die bereits ein solches Dokument haben, sollten sich das noch einmal genau ansehen.“

In einer Patientenverfügung können Menschen festlegen, wie lange und wie sie am Ende ihres Lebens behandelt werden wollen – dabei müssen sie nach einer neuen Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH) aber möglichst konkret sein. Nur zu sagen, dass „keine lebenserhaltenden Maßnahmen“ gewünscht sind, reicht zum Beispiel nicht aus. Bindend seien die Festlegungen

nur dann, wenn einzelne ärztliche Maßnahmen genannt oder Krankheiten und Behandlungssituationen klar genug beschrieben würden (Az. XII ZB 61/16).

(dpa)

Brustkrebs vorbeugen

Frauenärzte: Primärprävention bei Brustkrebs ist möglich

Köln – „Sie haben Brustkrebs“ – ein Satz, vor dem sich jede Frau fürchtet. Mit rund 70.000 Neuerkrankungen pro Jahr ist Brustkrebs die häufigste Krebserkrankung bei Frauen in Deutschland. Jede achte Frau erkrankt im Laufe ihres Lebens. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei etwa 64 Jahren, doch jede vierte Frau ist bei der Diagnose jünger als 55 Jahre, jede zehnte sogar jünger als 45. Wie schwerwiegend eine Brustkrebserkrankung verlaufen kann, zeigten erst kürzlich die Schicksale der beiden Fernsehmoderatorinnen Jana Thiel und Miriam Pielhau. Beide waren erst Anfang 40, als sie den Kampf gegen den Krebs verloren. „Die Frage, die gesunde Frauen in Bezug auf Brustkrebs am meisten bewegt, ist ganz klar die nach der Prävention. Und ja, Primärprävention bei Brustkrebs ist möglich“, weiß Frauenarzt Dr. Jürgen Klinghammer, Vorstandsvorsitzender der Ärzteorganisation GenoGyn. „Wer gesund lebt, kann sein persönliches Erkrankungsrisiko deutlich senken.“

Bewegungsmangel und Übergewicht, vor allem Adipositas, zählen zu den bedeutendsten Risikofaktoren für Brustkrebs. Wer vorbeugen möchte, sollte dem Sofa öfter mal den Rücken kehren. Frauen, die täglich 30 bis 60 Minuten körperlich aktiv sind, haben ein um 20 bis 25 Prozent geringeres Brustkrebsrisiko. „Sport ist hierfür ideal, es darf aber auch ein zügiger Spaziergang sein. Wer sich viel bewegt, hat zudem den Vorteil, dass er Übergewicht vorbeugt“, sagt Dr. Klinghammer. Die Reduktion des Alkoholkonsums lohnt sich ebenfalls. Laut dem Gynäkologen sollten Frauen so wenig Alkohol wie möglich zu sich nehmen. „Trinken Sie maximal ein Glas Wein am Tag und verzichten Sie auf Zigaretten“, so seine Empfehlung.

Auch der tägliche Speiseplan spielt eine bedeutende Rolle bei der Gesunderhaltung. Nicht nur in Bezug auf Brustkrebs, sondern auch mit Blick auf die Krebsvorbeugung im Allgemeinen, rät die GenoGyn, auf eine gesunde und ausgewogene Ernährung zu achten. „Reichlich Obst, vor allem Beeren, und Gemüse, darunter alle Kohlarten, sind dabei ebenso wichtig wie Vollkornprodukte, Hülsenfrüchte und Nüsse“, sagt Dr. Klinghammer. Fleisch und Wurst

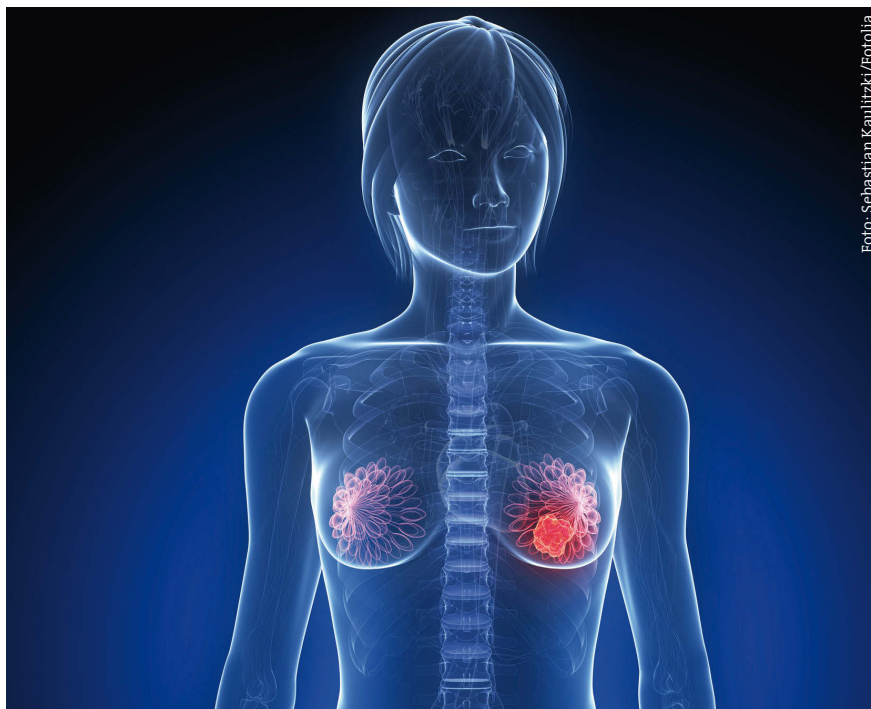


Foto: Sebastian Kaultzki/Fotolia

hingegen sollten höchstens zwei bis drei Mal in der Woche auf den Teller kommen. Wer tierische Fette durch pflanzliche Öle ersetzt, unterstützt seine Gesundheit zusätzlich.

Zudem beeinflussen die Geschlechtshormone Östrogen und Gestagen das Brustkrebsrisiko. Zwar lässt sich der eigene Hormonspiegel nur zum Teil beeinflussen, doch es gibt Faktoren, die sich günstig auf ihn auswirken. So haben Frauen, die Kinder bekommen und diese stillen, ein niedrigeres Erkrankungsrisiko als kinderlose Frauen. „Eine Analyse des ‚World Cancer Research Fund‘ von 954 Studien hat gezeigt, dass sich das Brustkrebsrisiko durch eine gesunde Lebensführung um knapp 40 Prozent reduzieren lässt“, fasst Dr. Klinghammer zusammen. „Außerdem sollten Frauen auf eine gute Schlafhygiene achten und chronischen Stress möglichst vermeiden. Ebenfalls von Bedeutung für den weiblichen Körper sind Folsäure, Omega-3-Fettsäuren, Vitamin D, Prä- und Probiotika sowie Phytoöstrogene, wie sie in Soja enthalten sind.“

Doch nicht auf alle Faktoren lässt sich Einfluss nehmen. „Das Alter sowie die persönliche Veranlagung – am bekanntesten sind hierbei die Brustkrebsrisikogene BRCA1 und BRCA2 – gehören zu den Faktoren, auf die Frauen nicht

einwirken können. Laut aktuellem Wissensstand sind bei etwa fünf bis zehn von hundert Patientinnen diese Gene der Auslöser der Erkrankung“, erklärt Dr. Klinghammer. Einen hundertprozentigen Schutz vor Brustkrebs gebe es trotz aller Vorbeugemaßnahmen daher nicht.

Um mögliche Veränderungen frühzeitig zu erkennen, sollten Frauen ihre Brust regelmäßig abtasten. Die Frauenärzte der GenoGyn empfehlen, bereits ab dem 25. Lebensjahr mit der regelmäßigen Selbstkontrolle zu beginnen. Aufmerksam werden sollten Frauen bei Veränderungen wie knotigen Verhärtungen, plötzlichen Größenunterschieden, Ziehen, Schmerzen, Rötungen und Absonderungen. Der Besuch beim Gynäkologen sollte dann nicht hinausgezögert werden. Regelmäßige Früherkennungsuntersuchungen, etwa die jährliche Tastuntersuchung ab 30 oder das Mammografie-Screening ab dem 50. Lebensjahr, helfen ebenfalls, Veränderungen im Brustgewebe frühzeitig festzustellen. Besonders jungen Frauen mit dichtem Brustgewebe raten die Frauenärzte der GenoGyn zusätzlich zu einer Ultraschalluntersuchung der Brust. Je früher Brustkrebs erkannt wird, desto besser sind die Heilungschancen.

(GenoGyn)

Medikationsplan Patienten sollen sicherer mit Arzneimitteln umgehen können

Berlin – Die Tabletten vergessen, zum falschen Zeitpunkt eingenommen, in der falschen Kombination? Das kann schnell passieren, wenn man mehrere Tabletten am Tag nehmen muss, besonders älteren Menschen. Ein Medikationsplan soll helfen.

Patienten sollen künftig mehr Sicherheit im Umgang mit ihren Arzneimitteln bekommen. Um Komplikationen durch unerwünschte Neben- oder Wechselwirkungen zu vermeiden, hat jeder Versicherte, der drei oder mehr Arzneimittel nehmen muss, künftig Anspruch auf einen Medikationsplan durch einen Arzt. Das sieht ein Aktionsplan von Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) vor, den das Kabinett verabschiedet hat.

Von Oktober an werde der Medikationsplan zunächst noch auf Papier erstellt. Von 2018 an soll er dann elektronisch von der Gesundheitskarte abrufbar sein.

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen treten insbesondere bei Menschen auf, die langfristig mehrere Arzneimittel gleichzeitig anwenden. Nach Angaben des Gesundheitsministeriums wird geschätzt, dass pro 100 ambulanten Patienten mit Arzneimitteltherapie jedes Jahr sieben vermeidbare unerwünschte Nebenwirkungen auftreten.

Etwa fünf Prozent aller Krankenhauseinweisungen gehen demnach auf unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln zurück, und ein Viertel davon könnte vermieden werden. Das bedeute, dass schätzungsweise rund 250.000 Klinikeinweisungen jährlich auf vermeidbare Medikationsfehler zurückzuführen seien.

Bisher gab es bereits drei Aktionspläne zur Arzneimitteltherapiesicherheit. Mit dem neuen Plan für die Jahre 2016 bis 2019 sollen unter anderem Patienten, Ärzte, Apotheker, Pflegende und Öffentlichkeit für vermeidbare Risiken der Arzneimitteltherapie sensibilisiert werden. Informationen über Arzneimittel und deren Kennzeichnung sowie die Dokumentation der Arzneimitteltherapie und Messung der Arzneimitteltherapiesicherheit sollen besser werden.

Vorgesehen sei auch der Aufbau einer Datenbank zur Dosierung von Arzneimitteln für Kinder oder die Entwicklung einer Medikationsplan-App für Sehbehinderte. Der vom Gesundheitsministerium geförderte „Internationale Tag zur Patientensicherheit“ am 17. September widmet sich den Angaben zufolge schwerpunktmäßig dem Thema Arzneimitteltherapiesicherheit. (dpa)

ABRECHNUNG von Pflegeleistungen

Individueller Service und ein Höchstmaß an Abrechnungskompetenz sichern Ihre Liquidität.

- + Abrechnung
- + Korrespondenz mit Patienten und Kostenträgern
- + Mahnverfahren
- + Vorfinanzierung

Wir machen das!

Fordern Sie Ihr Angebot an. Jetzt!

Remscheider Str. 16
45481 Mülheim an der Ruhr

Tel. 0208 4847-739
info-pria@ihre-pvs.de

www.pvs-pria.de



EIN UNTERNEHMEN
DER PVS HOLDING

> Fremdsprachige Patienten

Rebo: eine Übersetzungs-App

JARMILA HLAHULEK

Täglich kommt das Klinikpersonal mit fremdsprachigen Patienten in Kontakt. Was fehlt ist ein einfaches, praktisches Hilfsmittel zur besseren Verständigung mit den Patienten. Die Hilfe eines Dolmetschers oder von deutsch-sprechenden Angehörigen ist nicht immer rechtzeitig möglich. Aus diesem Grunde wurde eine einfache, sprechende Applikation entwickelt.

Die App Rebo unterstützt eine schnelle und einfache Kommunikation zwischen fremdsprachigen Patienten, den Angehörigen und dem medizinischen Personal. Die App ist kein Ersatz für einen professionellen Dolmetscher. Sie hilft aber dem Klinikpersonal die wichtigsten Punkte mit dem Patienten vorab zu klären.

Um die App Rebo benutzen zu können, benötigen Sie eine Internetverbindung und ein passendes Gerät (PC, Notebook, Tablet, Smartphone). Die „Rebo App“ ist kostenlos und erfordert keine Registrierung.

Die Rebo App besteht aus 586 Wörtern und Phrasen, die nach 25 Themen geordnet sind und die häufigsten Krankenhausituationen betreffen (Schmerz, Schlaf, Essen und Trinken, Untersuchungen, etc.). Beinahe alle Fragen in der App sind geschlossen. Das bedeutet, dass der Patient mit „ja“ oder „nein“ antworten kann. Bei übrigen Fragen bieten wir Antwortmöglichkeiten an.

Die ausgewählten Phrasen können auf einem eigenen Gerät gespeichert werden. So kann das Pflegepersonal zum Beispiel eine Datei mit dem Namen „Schmerzen“ oder „Überwachung“ erstellen und bei Bedarf wieder benutzen. Zurzeit verfügt die Applikation über zwölf Sprachen:

- Deutsch
- Englisch
- Tschechisch
- Ungarisch
- Slowakisch
- Türkisch
- Vietnamesisch
- Russisch
- Aramäisch
- Chinesisch
- Italienisch
- Polnisch



Über ein einfaches Drop-Down-Menü kann man die gewünschten Phrasen auswählen.



Die übersetzten Phrasen werden angezeigt, hier Tschechisch. Auch die Bedienungssprache kann verändert werden, so dass der Patient seine Antwort ebenfalls über die App eingeben kann.

Davon sind acht Sprachen aktiv, d.h. mit Audiofunktion ausgerüstet. Jeder einzelne Eintrag beinhaltet eine Tonspur. Diese kann bei Bedarf direkt beim Patienten abgespielt werden.

Der erste Schritt in der Entwicklung war eine Zusammenstellung der Phrasen und Wörter. Der Zweite war eine Suche nach Dolmetschern, die für uns alle Wörter und Phrasen übersetzt und anschließend die Tonspuren aufgezeichnet haben. Alle Dolmetscher und Mitarbeiter, die uns bisher geholfen haben, waren ehrenamtlich tätig. Wir suchen derzeit neue Freiwillige, die uns bei den Übersetzungen behilflich sind.

Gegenwärtig erweitern wir unsere Homepage. Das Pflegepersonal kann sich über die Besonderheiten in der transkulturellen Pflege informieren. <<

Die App finden Sie unter <http://rebo.rebomedic.ch/>

Autorenkontakt:

Das Reboteam besteht aus den drei Gründungsmitgliedern:

Jarmila Hlahulek: 25 Dateien mit krankenhausrelevantem Inhalt erstellt. Sie ist für den Inhalt der Homepage verantwortlich.

Lukas Hudec: Illustrationen erstellt und ergänzt.

Martin Hlahulek: Zuständig für EDV/IT-Angelegenheiten.

Kontakt: reboteam@rebomedic.ch

> Herausforderung Pflegeausbildung

Kritisch-konstruktiver Umgang mit dem Pflegeberufsgesetz

KARL-HEINZ SAHMEL

Am 7. Juli 2016 fand in der Hochschule Ludwigshafen am Rhein eine Pflegepädagogische Fachtagung zum Thema „Herausforderung Pflegeberufsgesetz“ statt. Der Einladung von Prof. Dr. Karl-Heinz Sahmel waren über 180 Personen gefolgt. In seinem Eröffnungsvortrag stellte Sahmel den Gesetzesentwurf zur generalistischen Pflegeausbildung vor und plädierte für die Fortsetzung der Debatte.



Foto: ioannis kounadeas/Fotolia

Begründung der Fachtagung

Warum eigentlich jetzt noch eine Diskussion über das Pflegeberufsgesetz in der Fach-Öffentlichkeit, wenn doch das Gesetz schon im Deutschen Bundestag zur Entscheidung ansteht und auch die Bundesländer im Bundesrat bereits eine ausführliche Stellungnahme abgegeben haben? Der Präsident der rheinland-pfälzischen Pflegekammer, Markus Mai, hat am 23.06.2016 erklärt, „es werde bereits lange genug über die geplante Ausbildungsreform debattiert ... Es sei nun an der Zeit, zu handeln“ (Station 24, 23.06.2016). Auch der Deutsche

Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) und der Deutsche Pflegerat plädieren immer wieder dafür, den vorliegenden Gesetzesentwurf ohne große Veränderungen nunmehr zu verabschieden.

Nun, die Diskussion um eine Reform der Pflegeausbildung dauert tatsächlich schon lange, aber bis heute ist die Kritik an den vorgelegten Entwürfen für ein Gesetz und eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung nicht verstummt. In Zeiten, in denen „critical thinking“ als eine zentrale Kategorie pflegerischer Bildungsprozesse gefordert wird (vgl. Eberhardt 2015), sollten wir uns nicht vorschnell selbst ein Denk- und Debat-

tierverbot auferlegen und hoffen, dass die Politiker schon richtige Entscheidungen treffen werden. Die kritische Öffentlichkeit – das sind wir selbst!

Vielleicht hat ja gerade die öffentliche Anhörung zum Pflegeberufsgesetz im Deutschen Bundestag am 30. Mai 2016 auch die Politiker hellhörig gemacht, als mehr als 60 Vertreter von Verbänden und Experten ein Bild abgegeben haben, das lange nicht so eindeutig war, wie angenommen. Eine breite und einhellige Zustimmung zum Gesetzesentwurf ist nicht gegeben und daher sollte die Debatte unbedingt weiter gehen! Und zwar „kritisch-konstruktiv“. Das soll heißen: Wir sollten Einwände gegen bestimmte Aspekte der Ausbildungsreform vorbringen; diese müssen allerdings begründet werden. Schlagworte wie „Modernisierung“ oder „Professionalisierung“ reichen hier nicht aus. Die Kritik sollte mit konstruktiven Vorschlägen für eine Verbesserung der Ausbildungspraxis verknüpft werden, die diese Bezeichnung auch verdient.

Bereits 2003 gab es eine Reform der Pflege: Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege wurden integriert und ein bundesweites Altenpflegegesetz löste die ländereigenen Regelungen ab.

Modellversuche

Besonders wichtig für die weitere Entwicklung wurde nun der im Altenpflege- und im Krankenpflege-Gesetz gleichlautende § 4 Abs. 6, die sogenannte Modellklausel. Diese eröffnete einer ganzen Reihe von Modellversuchen Tür und Tor. Dabei sollte man beachten, dass es schon bald vornehmlich nicht darum ging, in verschiedenen Modellen zu überprüfen, wie die neuen Bestimmungen der neuen Gesetze in der Krankenpflege und in der Altenpflege ausgeformt werden sollten, sondern

quasi mit der Verabschiedung der neuen Gesetze wurde sogleich deren grundlegende Revision angestoßen.

Die meisten der durchgeführten Modellversuche (vgl. Görres/Stöver u.a. 2009) zielten auf **Integration**. Unter diesem Zauberwort wurde auf der einen Seite die im Krankenpflegegesetz vorgesehene Zusammenführung von Krankenpflege und Kinderkrankenpflege ohne weitere Diskussion konsequent umgesetzt. Auf der anderen Seite ging es um die Zusammenführung der Ausbildungen in Krankenpflege und Altenpflege. Daneben eröffnete die Modellklausel auch Möglichkeiten, die Pflegeausbildung mit einem Hochschulstudium zu verknüpfen, Ansätze, mit denen man Anschluss an die internationale Entwicklung der Pflege zu finden hofft.

An dem Modellvorhaben „Pflegeausbildung in Bewegung“ waren insgesamt acht Projekte von acht verschiedenen Trägern in acht Bundesländern beteiligt (der Föderalismus lässt grüßen). Dabei wurden verschiedene Formen der Integration erprobt:

- in drei Fällen wurden alle drei Ausbildungsgänge – Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege – zusammengeführt, in den übrigen fünf ging es lediglich um die Integration von Krankenpflege und Altenpflege,
- drei Modelle erprobten eine generalistische Ausbildung (mehr als 90% gemeinsame Anteile), in den übrigen ging es um eine integrierte Ausbildung (mit über 60% gemeinsamen Anteilen),
- in drei Modellversuchen bestand die Möglichkeit, durch ein Aufbaumodul von sechs Monaten einen zweiten Berufsabschluss zu erwerben.

Die konzeptionelle Ausgangsfrage der Modellprojekte, ob die Integration der drei bislang getrennt durchgeführten Ausbildungsgänge sinnvoll ist, wird von der wissenschaftlichen Begleitforschung abschließend bejaht (vgl. dip / WIAD 2008). Sie kommt zu einer durchgängig positiven Einschätzung. Diese ist jedoch in Fachkreisen **nicht unumstritten**. So sehr es erhofft worden ist: ein abschließendes Urteil ob die gemeinsame Ausbildung von Pflegefachkräften – gar unter der Überschrift „generalistische Pflegefach-

kraft“ – sinnvoll ist oder nicht, konnte bislang nicht wissenschaftlich überzeugend nachgewiesen werden (vgl. Dielmann 2009 ; Sahmel 2015 a S. 343f.).

Gesetzentwurf

Am 26.11.2015 wurde ein Referententwurf für ein „Pflegeberufegesetz“ (später dann „Pflegeberufsgesetz“ benannt) ins Internet gestellt.

Am 13.01.2016 wurde das Gesetz von Kabinett verabschiedet und dem Deutschen Bundestag überwiesen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2016). Es folgten Beratungen und Stellungnahmen von Bundesrat und Bundesministerium für Gesundheit, Bundesfamilienministerium. Am 30.05.2016 fand eine Öffentliche Anhörung in der gemeinsamen Sitzung des Bundestagsausschusses für Gesundheit und des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zum Pflegeberufsgesetz statt (Bundestag Hearing 2016).

Seither ist das Verfahren zur Verabschiedung des Gesetzes ins Stocken geraten. Interessanterweise spekuliert das „Handelsblatt“ in seiner Ausgabe vom 01.06.2016, Gesundheitsminister Gröhe werde die Reform der Pflegeberufe „aufschnüren“, möglicherweise die Kinderkrankenpflege aus dem Gesetzentwurf herausnehmen, vielleicht gar die Altenpflege. So interessant sie erscheinen: ich möchte mich an solchen Spekulationen nicht beteiligen.

Der Gesetzentwurf beinhaltet die folgenden wesentlichen Punkte:

- Alle drei bisherigen Ausbildungen Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege werden vereint (mit Schwerpunktsetzung).
- Zugangsvoraussetzungen: mittlerer Bildungsabschluss
- Dauer: drei Jahre
- Struktur: 2.100 Stunden Theorie – 2.500 Stunden Praxis
- Pflegeschule: hauptberufliche Leitung Master; Lehrkräfte Master-Niveau Träger: offen (wie bisher)
- Finanzierung: Mischfinanzierung (Fond) §§ 26–36
- Daneben ist die Möglichkeit vorgesehen, dass die Ausbildung in Form eines Studiums durchgeführt werden kann; präferiert wird dabei eine grundständige Form gegenüber der dualen Form von Ausbildung und Studium.

Im Entwurf der Ausbildungs- und Prüfungsordnung wurden auch erste Vorschläge für die praktischen Einsätze gemacht (BMG/BMFSFG, Anlage 1).

Diskussionspunkte

Was bedeutet Generalistik?

Wahrscheinlich ist unter Experten relativ schnell ein Konsens darüber herzustellen, dass die bisherige Orientierung der drei Ausbildungsgänge an Krankheiten bzw. Defiziten von Kindern, Erwachsenen und Alten zu kritisieren und zu überwinden ist. Daraus folgt allerdings noch nicht notwendig, dass die Ausbildungsgänge auch integriert werden und in **eine** Ausbildung einmünden **müssen**. Die Entwicklung der Kinderkrankenpflege wie die Entwicklung der Altenpflege haben im Verlauf der letzten Jahrzehnte zur Entfaltung einer spezifischen Disziplinarität geführt, deren substantziellen Aspekte nunmehr bedeutungslos zu werden scheinen.

Was bedeutet eigentlich „**generalistisch**“? Welche besondere Qualität wird an diese Bezeichnung geknüpft? Es gibt keine Einigung darüber, welches Pflegeverständnis einer generalistischen Ausbildung zugrunde liegen soll. In Pflegewissenschaft und Pflege-theorie-Entwicklung deutet sich eine Dominanz von „Krankenhauskrankenpflege“ an (vgl. Becker 1996, S. 90). Integration darf aber nicht bedeuten, dass mehrere Ausbildungsgänge einseitig auf akute und vorrangig somatische Behandlung von Krankheit in einem einzigen Versorgungssystem (vorrangig dem Krankenhaus) konzentriert werden, es ist vielmehr notwendig, die spezifischen Probleme der Kinderkrankenpflege wie die Akzente der Altenpflege (Betreuung und Beratung) in gemeinsamen Ausbildungsgängen hervorzuheben.

Studium als Alternative?

Die Diskussion um die Anhebung der Zugangsvoraussetzungen für die Ausbildung von zehn auf zwölf Schuljahre, die 2011/2012 aus Anlass eines EU-Grünbuchs „Überarbeitung der Richtlinie über Berufsqualifikationen“ (vgl. Europäische Kommission 2011) heftig geführt wurde, hat eine deutliche Spaltung gezeigt. Die EU wies darauf hin, dass der Krankenpflegeberuf sich in den letzten Jahrzehnten weiter entwickelt hat und äußerte die Besorgnis, „dass Schüler, die nach einer nur zehnjährigen allgemeinen



Foto: Robert Kneschke/Fotolia

Es werden verschiedene Modelle der Pflegeausbildung diskutiert, doch ist allen gemeinsam: die Reform wird „kostenneutral“ nicht zu bewältigen sein.

Schulbildung die Krankenpflegeschule besuchen, nicht die nötigen grundlegenden Fähigkeiten und Kenntnisse haben, um eine Ausbildung zu beginnen, die sie darauf vorbereiten soll, die komplexen Aufgaben der Gesundheitsversorgung zu erfüllen“ (Europäische Kommission 2011, S.21). Eine deutliche Konsequenz hätte also das Studium der Pflege als Regelausbildung dargestellt. In Deutschland gab es hingegen eine Diskussion um die Senkung der Zugangsvoraussetzungen für die Pflegeausbildung auf Hauptschul-Niveau. Etliche Vertreter von Pflegeverbänden fanden sich nunmehr auf einer Seite mit vielen Politikern und mit Ärzten, die sich massiv gegen eine Anhebung aussprachen, wohingegen Vertreter insbesondere (aber nicht nur) der Pflegewissenschaft gute Argumente für die Anhebung der Zugangsvoraussetzungen auf 12 Jahre Schulbildung vorgebracht haben.

Es geht anscheinend gar nicht um eine ernsthafte Diskussion, ob das Studium eine sinnvolle Alternative zur Ausbildung darstellt, sondern um Befürchtungen bezüglich prognostizierter Bedarfe an Pflegekräften überhaupt!

Struktur-Veränderungen?

Kaum noch in die Diskussion kommen grundlegende Veränderungen der Struktur der Ausbildung. Die Dauer von drei

Jahren scheint sakrosankt. Dabei hatte doch beispielsweise die Robert Bosch-Stiftung in ihrer Denkschrift „Pflege neu denken“ 2000 vorgeschlagen, einer zweijährigen Ausbildung eine vierjährige Fachkraft-Ausbildung zur Seite zu stellen. Kein diskussionswürdiger Vorschlag?

Im Zuge einer generalistisch ausgerichteten, theoretischen Ausbildung werden durch die Schwerpunktsetzung innerhalb der praktischen Ausbildung „durch die Hintertür“ die alten Ausbildungsformen wieder eingeführt – also in eine neue dreijährige Ausbildung quasi hinein gepresst? Wäre es nicht von vornherein sinnvoller, hier Erfahrungen aus Modellversuchen aufzugreifen, die eine dreieinhalbjährige Qualifikation anstreben? Warum muss alles noch schneller werden? Die Erfahrungen mit dem G8- Abitur wie mit den immer kürzer werdenden Bachelor-Studiengängen sind noch gar nicht wissenschaftlich ausgewertet, da wird schon wieder eine Beschleunigung angestrebt.

Wenn nun aber an der Grundsatzentscheidung für die Dauer von drei Jahren (u.a. wegen der anderen Berufsausbildungen in Deutschland) wohl nicht gerührt werden darf, wäre dann vielleicht (erneut) der Vorschlag diskussionswürdig, statt einer grundlegend neuen „generalistischen“ Ausbildung

eine gemäßigt „integrierte“ Ausbildung einzuführen? Etwa mit 18 Monaten gemeinsamer Grundbildung und anschließend 18 Monaten Vertiefung in verschiedenen Bereichen? Ich habe einen solchen Kompromissvorschlag bereits im November 2015 gemacht (vgl. Sahmel 2015 b), eine Diskussion darüber hat jedoch nicht stattgefunden.

Versorgungs-Aspekte vor Qualität der Ausbildung?

Einige Widersprüche sollten unbedingt thematisiert werden: Auf der einen Seite ist schon jetzt ein deutlicher Mangel an Fachkräften klar absehbar. Die Träger der Pflegeeinrichtungen werden sicherlich noch mehr Anstrengungen erbringen, diesen Mangel zu beseitigen. Es ist allerdings völlig unklar, wie das finanziert werden kann. Wenn die Arbeitsbedingungen in der Pflege sich weiterhin verschlechtern, werden auch immer weniger Pflegekräfte bereit sein, dauerhaft und qualitativ gut in diesem Bereich tätig zu werden bzw. zu bleiben. Somit bleiben mehrere Grundfragen offen:

- Wird die Gesellschaft, werden die Politiker, werden die diversen Akteure der Pflege, werden Wissenschaftler den Mut aufbringen, offen und öffentlich zu sagen, dass eine grundlegende Reform der Pflegebildung nicht wenig Geld kosten wird?

- Welches ist zukünftig die angemessene Versorgung aller Pflegebedürftigen aller Altersstufen und in allen Pflege-Settings (Krankenhaus, Altenpflegeheim, ambulante Dienste)?
- Erfüllt zukünftig eine generalistisch ausgebildete Pflegekraft in diesem Feld die an sie gestellten Ansprüche?

Neue Lehr- und Lernformen?

Kaum Eingang in die Diskussion der Pflege-Ausbildungsreform finden pädagogische Aspekte. Diese sind aber zentral für die Gestaltung der Ausbildung in Theorie und Praxis.

Wie soll das Lehren und Lernen erfolgen? Stets so weiter wie bisher? Oder „moderner“? Spielen „Wissenschaftsorientierung“ und „Subjektorientierung“ irgendeine Rolle? Oder soll einfach nur noch mehr gelernt werden? Drei Ausbildungen in einer?

Ein Zauberwort innerhalb der curricularen Diskussion lautet „Transfer“. Es wird unterstellt, dass Auszubildende, die sich mit einer Problematik intensiv beschäftigt haben, entsprechende Einsichten relativ problemlos auf andere

Situationen übertragen können. Ein interessanter Ansatz des Lehrens und Lernens, dessen Relevanz (allerdings für die Hochschulausbildung) etwa am Beispiel des an Oevermann angelehnten „Fallrekonstruktiven Lernens“ aktuell diskutiert wird (vgl. Darmann-Finck u.a. 2009). Ob allerdings alle Auszubildenden diese an sie in Zukunft gestellten hohen Erwartungen tatsächlich erfüllen können, darf zumindest vorläufig (ohne klare empirische Belege) bezweifelt werden.

Stefan Görres, Gesundheitswissenschaftler (und nicht Pädagoge) hat hierzu eine interessante Perspektive eröffnet: „Bildung und Lernen haben allgemein das Ziel, Menschen in ihrer Lebensgestaltung zu befähigen, den Veränderungen, welche die gesellschaftliche Entwicklung mit sich bringt, gewachsen zu sein. Lernen kann jedoch nicht bedeuten, auf funktionale Anpassung hin zu lernen. Es soll vor allem Möglichkeiten zur persönlichen Weiterentwicklung und zu selbst verantworteter Lebensgestaltung eröffnen. Dies gilt auch für die berufliche Bildung“ (Görres 2006, S. 13).

Ausblick

Im Anschluss an diesen Eröffnungs-Vortrag wurden im Rahmen der Fachtagung eine Reihe von Fragen zum Pflegeberufsgesetz in verschiedenen Workshops diskutiert. Dabei ging es um folgende Themenbereiche:

- Kinderkrankenpflege
- Altenpflege
- Gestaltung der Generalistischen Ausbildung
- Praktische Ausbildung
- Hochschulische Ausbildung
- Perspektive der Ausbildungsträger/ Ambulante Dienste

In der abschließenden Podiumsdiskussion zeigte sich, dass in vielen Bereichen der Bildungsreform in der Pflege noch viele Fragen offen sind und die Diskussion unbedingt weiter geführt werden sollte.

Die Ergebnisse werden in Kürze auf der Homepage der Hochschule Ludwigs-hafen www.hs-lu.de veröffentlicht.



Literatur

Becker W. (1996) Stand und Perspektiven der curricularen Entwicklung bei gesundheits- und sozialpflegerischen Berufen. In: Martens M. et al. (Hrsg.) Didaktisches Handeln in der Pflegeausbildung. Dokumentation des 1. Kongresses zur Fachdidaktik der Gesundheit. Prodos, Brake.

Bundesministerium für Gesundheit (2016) Kabinettsentwurf für ein Pflegeberufegesetz http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/160113_KabinetentwurfPflBG.pdf, Zugriff am 03.08.2016

Bundesrat Stellungnahme (2016) Stellungnahme des Bundesrates (zum) Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz - PflBRefG) [https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2016/0001-0100/20-16\(B\).pdf?__blob=publicationFile&v=1](https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2016/0001-0100/20-16(B).pdf?__blob=publicationFile&v=1), Zugriff am 03.08.2016

Bundestag Hearing (2016) Deutscher Bundestag: Ausschuss für Gesundheit /Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Gemeinsame Sitzung am 30.5.2016 <https://www.bundestag.de/blob/434884/adf6345288dabe29a0162c9740a4ec35/protokoll-data.pdf>, Zugriff am 03.08.2016

Darmann-Finck I, Böhnke U. & Straß K. (Hrsg.) (2009): Fallrekonstruktives Lernen. Ein Beitrag zur Professionalisierung in den Berufsfeldern Pflege und Gesundheit. Mabuse, Frankfurt am Main.

Dielmann G. (2009) Keine brauchbaren Erkenntnisse. Modellversuche zur Reform der Ausbildung in den Pflegeberufen, Dr.med. Mabuse, 34, S. 46f.

d i p/WIAD Abschlussbericht (2008) Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands/ Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Pflegeausbildung in Bewegung. Ein Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe. Schlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung, Berlin

Eberhardt D. (2015) Kritisches Denken zur tagtäglichen Erfahrung werden lassen. PADUA 10, S. 281

Europäische Kommission (2011) Grünbuch – Überarbeitung der Richtlinie über Berufsqualifikationen, http://ec.europa.eu/internal_market/consultations/docs/2011/professional_qualifications_directive/COM267_de.pdf, Zugriff am 03.08.2016

Görres S., Stöver M., Schmitt S., Bomball J. & Schwanke A. (2009) Qualitätskriterien für Best Practice in der Pflegeausbildung – Synopse evaluierter Modellprojekte – Abschließender Projektbericht http://www.bildungsrat-pflege.de/wp-content/uploads/2014/10/2010-01-19-IPP_Abschlussbericht_Qualit_tskriterien-f_r-Best-Practice-in-der-Pflegeausbildung-Synopse-evaluierter-Modellprojekte.pdf, Zugriff am 03.08.2016

Görres S. (2006): Neues Lernen in der Pflege – Erfordernisse des strukturellen Wandels. In: Stefan Görres u.a. (Hrsg.): Pflegeausbildung von morgen – Zukunftslösungen heute. Das Modellprojekt „Integrierte Pflegeausbildung in Bremen“ im Diskurs – wissenschaftliche Beiträge und praktische Erfahrungen. Jacobs, Lage, S. 12–15

KDA Kuratorium Deutsche Altershilfe (2004). Landenberger M., Görres S. (Hrsg.): Sachverständigengutachten und Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum Altenpflegegesetz, Köln

Kriesten U. (2014) Denn sie wissen nicht, wie es sein wird. Stellungnahme zum Forschungsgutachten Finanzierung eines neuen Pflegeausbildungsgesetzes Ergebnisbericht Prognos/WIAD, PADUA 9, S. 116–123

Robert Bosch-Stiftung (2000): Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung, Schattauer, Stuttgart/New York

Roes M. (2014) Auf dem Weg der Generalistischen Pflegeausbildung. Generalistische Pflegeausbildung – Pro und Contra, PADUA, 9, S. 4–18

Sahmel K.-H. (2014): Kritische Debatte zur Generalistischen Pflegeausbildung. Einspruch gegen den Versuch. Eine grundlegende Debatte über die „Generalistische Pflegeausbildung“ zu unterbinden, PADUA, 9, S. 19–26

Sahmel K.-H. (2015 a): Lehrbuch Kritische Pflegepädagogik, Hogrefe Bern

Sahmel K.-H. (2015 b): Getrennte Wege nach einer gemeinsamen Grundausbildung, Pflegezeitschrift 68, S. 646–651

Station 24 (2016) Pflegekammer-Vertretersammlung für zügige Umsetzung der Generalistik 23.6.2016, <https://www.station24.de/eu/web/guest/news/-/content/detail/20034598>, Zugriff am 03.08.2016

Autorenkontakt:

Prof. Dr. paed. Karl-Heinz Sahmel, Diplom-Pädagoge, Professor für Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, Hochschule Ludwigs-hafen am Rhein
Kontakt: karl-heinz.sahmel@t-online.de

> Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Leben zu Hause bis zuletzt

NADINE LEXA

Der Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung ist gesetzlich geregelt. Jeder unheilbar kranke Mensch hat gemäß § 37 b SGB V nicht nur einen Anspruch auf eine stationäre palliative Betreuung, sondern auch auf eine Palliativversorgung zu Hause. Ziel ist es, den Wunsch der meisten Betroffenen am Lebensende zu erfüllen: würdevoll bis zuletzt daheim zu leben. Welche Besonderheiten der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) es gibt, soll dieser Artikel veranschaulichen.

Was ist Palliative Care?

Unter Palliative Care versteht man die Versorgung von unheilbar kranken und sterbenden Menschen und die Begleitung ihrer Angehörigen. Um den Betroffenen soll ein schützender individuell angefertigter Mantel (=pallium) gelegt werden. Die Symptome wie beispielsweise Schmerzen, Übelkeit und Erbrechen sowie Unruhe sollen behandelt und dem Betroffenen eine gute Lebensqualität ermöglicht werden. Ein multidisziplinäres Palliative Care Team (PCT), bestehend aus Ärzten, Krankenpflegern, Seelsorgern, Physiotherapeuten und Musiktherapeuten, sorgt sich (care) um das individuelle Wohlbefinden des Betroffenen und berücksichtigt hierbei dessen Wünsche (Autonomie).

Was ist die SAPV?

Die Leistung steht Betroffenen zu, die an einer unheilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass ihre Lebenserwartung begrenzt und eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist. Ambulante Palliative-Care-Teams aus ärztlichem und pflegerischem Personal versorgen die Betroffenen und ihre Angehörigen. Dabei arbeiten die SAPV-Teams eng mit einem ambulanten Pflegedienst und ambulanten Hospizdiensten zusammen. Die Palliativpflegenden übernehmen keine Grundpflege, sondern werden zur Behandlung von palliativen Symptomen hinzugezogen. Palliativpflege muss vom Hausarzt oder dem Arzt im Krankenhaus verordnet werden. An-

spruch auf die Palliativversorgung haben auch Betroffene in stationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung, in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und in stationären Hospizen, was zugleich der Anspruch auf Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung ist.

Tätigkeiten und Umfang

Die SAPV umfasst alle Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung und deren erforderliche Koordination der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen sowie die Beratung, Anleitung und Begleitung des Arztes, der Teammitglieder, des Betroffenen und dessen Angehörigen. Die SAPV muss auf den Betroffenen und seine aktuelle Lebenssituation individuell „maßgeschneidert“ sein.

Die SAPV umfasst:

- palliativmedizinische und -pflegerische Beratung
- Koordination der Versorgung
- Unterstützende Teilversorgung
- Vollständige Versorgung

Die SAPV umfasst keine Pflegeleistungen im Rahmen der Pflegeversicherung. Dies stellt in der Praxis oftmals eine Herausforderung dar, da viele ambulante Pflegedienste Pflegenden von SAPV-Teams als Konkurrenz ansehen, was für Palliativpflegenden oft schwer zu verkraften ist. Inhaltlich sind die Aufgaben der SAPV klar vorgegeben – und stellen also keine Konkurrenz zu niedergelassenen Hausärzten oder ambulanten Pflegediensten dar.

Inhalte der SAPV:

- Koordination der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung im Team
- Symptomlinderung
- apparative palliativmedizinische Behandlung
- spezialisierte palliativmedizinische und -pflegerische Maßnahmen, die die Kompetenz eines Palliativmediziners oder einer Palliative-Care-Pflegefachkraft erfordern
- Aufstellen und Ausführen eines Behandlungsplans
- Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr
- Beratung, Anleitung und Begleitung von Betroffenen und ihrer Angehörigen
- Beratung der betreuenden Leistungserbringer (z.B. Hausarzt, ambulanter Pflegedienst)
- psychosoziale Unterstützung
- Durchführung regelmäßiger Fallbesprechungen
- Dokumentation und Evaluation

Die Handlungen von allen an der Versorgung beteiligten Personen sind untereinander eng abzustimmen, wichtige Informationen müssen zeitnah abgeglichen werden. Neben einem Palliativarzt und einer Palliative-Care-Pflegefachkraft können auch ambulante Hospizdienste, ambulante Pflegedienste und der Hausarzt in die Behandlung einbezogen werden.

Unverzichtbar in der SAPV sind die Multiprofessionalität, Erreichbarkeit rund um die Uhr an sieben Tagen in der Woche sowie Fachwissen. Hierfür müssen alle in der SAPV Tätigen durch Weiterbildungen und Erfahrungen in der Palliative Care qualifiziert sein.

Um ein PCT aufzubauen und direkt mit der Versorgung der Patienten starten zu können, muss ein verbindliches und strukturiertes Konzept erarbeitet werden, das die Organisation und die Arbeitsweise des PCTs beschreibt. Es bildet die Grundlage für die SAPV-Vertragsverhandlungen zwischen dem zukünftigen PCT und den Krankenkassen.

PCTs in der SAPV arbeiten in einem Netzwerk mit vielen Versorgungsanbietern: allgemeine Gesundheitsversorgung, Therapeuten, Notfallapotheken, soziale Dienste, Kirchen, Sozialstationen, Pflegedienste, Hospiz- und Palliativdienste sowie stationäre Einrichtungen. Damit im Bedarfsfall die Zusammenarbeit schnell funktioniert, sind Kooperationsverträge dringend notwendig. Sie regeln verbindlich die Zusammenarbeit und stellen den notwendigen professionellen Ansatz in der Palliativversorgung. Der Koordinator des SAPV-Teams organisiert die Zusammenarbeit in dem jeweiligen Netzwerk und stellt diese sicher.

Unterschied zwischen Palliative Care und SAPV

Um alle physischen, psychologischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse des Betroffenen zu berücksichtigen, müssen alle im PCT dem Betroffenen gegenüber äußerst aufmerksam sein. Dabei entsteht allzu oft ein Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Fürsorge. Für die Pflegekräfte kann diese Diskrepanz in der Praxis sehr unangenehm werden.

Palliative Care als spezialisierte Versorgungsleistung ist schwer vereinbar mit der Haltung, Sterben sei ein Teil des Lebens.

Die gesetzlichen Anforderungen an die SAPV beschreiben die Palliativversorgung vorrangig als eine „spezialisierte Versorgungsleistung“. Dies hört sich sehr steif und bürokratisch an und spiegelt kaum den ursprünglichen Gedanken von Cicely Saunders wider. Sie war die Begründerin der Hospizbewegung in Europa. Ihre Vorstellung von palliativer und hospizlicher Versorgung bestand darin, den Tagen mehr Leben anstatt dem Leben mehr Tage zu geben. Sterbenszeit ist Lebenszeit. Dieser wichtige Gedanke scheint in dieser Norm, die von Kranken- und Pflegezeit oder einem gesetzlichen Versorgungsanspruch, spricht, nicht spürbar.

Der Gesetzgeber hat die SAPV als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung auf medizinisch-pflegerische Tätigkeiten und deren Koordination beschränkt. Der Ansatz von Cicely Saunders lässt sich so nur schwer umsetzen – erst Recht in dem vorgegebenen Rahmengerüst aus Sozialgesetzgebung, Richtlinien und Empfehlungen.

Palliative Care als gesetzliche Kassenleistung steht im Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Fürsorge.

Ergänzung des Versorgungsangebots durch die SAPV

Die SAPV kann als alleinige Beratungsleistung, zusätzliche unterstützende Teilversorgung oder vollumfängliche Betreuung erbracht werden. Gerade diese Ergänzung stellt eine besondere Herausforderung dar, weil der Begriff der „vollständigen Patientenbetreuung“ (§1 Satz 2) durch den Satz 3: „Andere Sozialleistungsansprüche bleiben unberührt“ eindeutig eingegrenzt worden ist. Die bestehenden Leistungserbringer werden unterstützt, nicht ersetzt.



Foto: gudin/Fotolia

Im vertraglichen Wegfall der Ergänzung oder einer ungenauen Formulierung ist auf der einen Seite ein erhebliches Einsparpotenzial der Krankenkassen zu finden, auf der anderen Seite ist gerade die Vielzahl der unterschiedlichen Dienste für die Betroffenen und deren Angehörige eine Überforderung. Um das zu verhindern, ist es auch nach inzwischen neun Jahren der SAPV noch immer wichtig, dass eine unterstützende Ergänzung bestehender Dienstleister sichergestellt wird: „Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patientin oder des Patienten

sowie die Belange ihrer oder seiner vertrauten Person stehen im Mittelpunkt der Versorgung“ (§ 1, Abs. 2).

Herausforderungen für SAPV-tätige Pflegekräfte

Maßgebliche Faktoren für das Gelingen einer ambulanten Begleitung bis zum Tod sind:

- Dichte des ambulanten Versorgungsnetzes (je nach Region sehr unterschiedlich)
- „Aushaltkompetenz“ der betreuenden Pflegefachkraft, also die Fähigkeit, die Diskrepanz zwischen dem Wunsch, 24 Stunden am Tag für den Patienten da zu sein, und der Tatsache, dass dies von den Kassen nicht bezahlt wird, zu ertragen.
- Symptome zu beherrschen und damit zu einer guten Lebensqualität beizutragen ist wesentlich schwieriger als im stationären Bereich.

Wie viel an pflegerischer Unterstützung zu Hause möglich ist, hängt im Wesentlichen von der Finanzierung ab, worüber die Pflegeeinstufung entscheidet.

Sehr häufig versuchen Angehörige des Betroffenen, die Pflege zu Hause selbst zu übernehmen. Bei schwierigen Symptomen wie Atemnot, Schmerzen, Lähmung (Dysphagie), Inkontinenz, Erbrechen und motorischer Unruhe sind über einen längeren Zeitraum die Ressourcen für eine gute Begleitung und Sicherstellung der Symptomkontrolle häufig rasch erschöpft. Für die Pflegekräfte des SAPV-Teams ist es oft schwer auszuhalten, dass die Betroffenen nach ihren Vorstellungen nicht optimal versorgt sind. Daher ist es eine wichtige Aufgabe, die Angehörigen im Vorfeld auf mögliche Notfallsituationen gut vorzubereiten und ihnen Sicherheit zu vermitteln – denn nicht jedes Problem ist ambulant „ideal“ lösbar.

Für Angehörige ist es wichtig zu wissen: Notfalls bekomme ich Hilfe!

Zusammenfassung

Die SAPV bietet unheilbar kranken Menschen die Möglichkeit, gut zu Hause zu leben – bis zuletzt. Die Beteiligung aller Professionen, vor allem der Pflegenden, und Zusammenarbeit mit den Angehörigen sind für dieses Versorgungsangebot von enormer Wichtigkeit.

Schlüsselwörter: SAPV, Pflege & Multiprofessionalität

Pflegekräfte haben oft einen sehr hohen Anspruch an ihre palliative Arbeit. Im stationären Bereich, z.B. auf einer Palliativstation, lässt sich vieles einfacher umsetzen, und gerade quälende Symptome werden durch die ständige Präsenz von kompetentem Personal einfacher beherrschbar. Im ambulanten Bereich ist das SAPV-Team zwar rund um die Uhr erreichbar, kann aber in Notfallsituationen nicht sofort zu einer Linderung verhelfen, da meistens längere Anfahrtswege zu bewältigen sind. Pflegekräfte in SAPV-Teams müssen lernen, damit umzugehen und erfahren, dass nicht jede Situation gut bzw. nach den eigenen Ansprüchen lösbar ist – und dass Menschen manchmal leiden. Oftmals entsteht dabei die unbegründete Angst, dass „jemand stirbt, weil ich etwas falsch gemacht habe oder unterlassen habe.“ Diese Angst erwächst oft auf dem sehr hohen Anspruch an die eigene Arbeit und Vorstellungen eines „idealen“ Lebensendes. Daher sollte der eigene Anspruch an die Arbeit überdacht werden. Gute Absprachen mit allen Beteiligten sind nötig, um eine möglichst gute Versorgung zu Hause zu gewährleisten.

Oft entstehen überzogene Erwartungen, wenn die Betroffenen und ihr Umfeld über die Erkrankung nicht oder nur unzureichend aufgeklärt wurden. Daher ist es sehr wichtig, dass kompetente Mitarbeiter dies bei einem Erstgespräch klären. Kommunikationslücken zwischen den unterschiedlichen Teams, dem Hausarzt und auch dem Krankenhaus sind nach Möglichkeit zu vermeiden. Ein Austausch über den jeweiligen Verlauf sollte durch fixe Telefonkonferenzen und gute Dokumentationsbögen, die für alle Beteiligten einsehbar sind, erleichtert werden. So kann beispielsweise eine unnötige Krankenhauseinweisung bei einem terminalen Patienten verhindert werden, wenn alle Beteiligten im Vorfeld darüber informiert sind, wie die gemeinsame Vorgehensweise in bestimmten Situationen ist. Anders als im Krankenhaus sind die beteiligten Professionen im ambulanten Bereich nicht immer greifbar, weswegen eine lückenlose Information über den Stand und die Zuständigkeiten der palliativen Betreuung und deren gesamte Koordinierung eine der Hauptaufgaben des Palliativteams ist. Grundsätzlich ist in der palliativen Betreuung zu beobachten, dass trotz Auf-

klärungsgesprächen oft das Wissen um den bevorstehenden Tod rational vorhanden ist – nicht aber die emotionale und sprachliche Auseinandersetzung und Reflektion mit diesem Thema.

Nicht immer ist es möglich, dem Anliegen der Betroffenen und der Angehörigen nach einer ambulanten palliativen Hilfe gerecht zu werden. In solchen Fällen ist eine Aufnahme auf einer Palliativstation unumgänglich.

Stabilität schaffen

Die Begleitung eines Sterbenden zu Hause muss eben anders aussehen als im Krankenhaus, wo viele Patienten oft nur als „Fall“ oder Krankheitsfall“ gesehen werden. Stabilität erhält dieser häuslich-palliative Rahmen durch eine vertrauensvolle und wertschätzende Beziehung zwischen allen beteiligten Professionellen, dem Betroffenen und den Angehörigen. Gelingt es dem Betreuungsteam beispielsweise bereits zu Beginn einer Begleitung, dem Betroffenen die quälenden Schmerzen zu lindern, hat es in der Regel auch das Vertrauen des Betroffenen für sich und seine Arbeit gewonnen. Darauf kann die Begleitung weiter aufgebaut werden. Bei anfallenden Fragen wie beispielsweise zur Schmerzbehandlung oder sozialrechtlichen Belangen, geht es für das Behandlungsteam daher immer auch um mehr. Und dieses „Mehr“ liegt bestenfalls im gewonnenen Vertrauen.

Palliative Begleitungen stehen im ambulanten Bereich stets vor ihren eigenen Herausforderungen und sind mehr als in stationären Einrichtungen auf das Vertrauen ihrer Klienten angewiesen. Immer muss es während einer Begleitung auch um diese grundlegende Vertrauensarbeit gehen – nicht nur für einen einzelnen Mitarbeiter, sondern für das gesamte Behandlungsteam. Die wertvolle Arbeit aller Beteiligten in einem ambulanten palliativen Versorgungskontext ermöglicht in den meisten Fällen ein Leben bis zuletzt in der häuslichen Umgebung. Erleichtert wird diese anspruchsvolle Arbeit, wenn alle an einer Begleitung beteiligten Personen wissen, welche Ansprüche mit einer der Sterbebegleitung verknüpft sind, diese anerkennen und in ihrem Handeln berücksichtigen.

SAPV im Spannungsfeld

Hier konnten lediglich drei Herausforderungen betrachtet werden, die im Spannungsfeld der Kassenleistung SAPV mit dem Anspruch an Palliative Care zu finden sind. Weitere Herausforderungen sind die Einteilung der SAPV in unterschiedliche Leistungskategorien (Beratung, Koordination, Teilversorgung und Vollversorgung), Angaben zum Versorgungsgebiet inklusive der Sicherstellung der Versorgung, das Versorgungskonzept, die Zulassungsvoraussetzungen, die Qualifikationen, die Ausbildung zusätzlicher Mitarbeiter, Dokumentation, Evaluation und Statistik, die Regionalisierung der SAPV-Leistungen und die Einholung verschiedener Angebote von Anbietern durch Ausschreibung (OLG Urteil Düsseldorf 15.06.2016).

Grundsätzlich sollte es bei der SAPV nicht darum gehen, das Sterben zu spezialisieren. Ganz im Gegenteil sollte es regional gelingen, durch die SAPV die Versorgung sterbender Menschen zu Hause zu verbessern.<<



Literatur:

Kränzle S., Schmid U., Seeger C. (2010): Palliative Care – Handbuch für Pflege und Begleitung. 3. Aufl., Springer Verlag, Berlin-Heidelberg.

Lexa, N. (2013) Burnout und Burnout-Prävention in der Palliative Care. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber Bern: Huber, Bern.

Nauck F. & Sitte, T. (2011) Ambulante Palliativversorgung. Fulda: Deutscher Palliativ Verlag.

Student C. & Napiwotzky A. (2011) Palliative Care. Wahrnehmen – verstehen – schützen. 2. Aufl., Thieme Verlag, Stuttgart

Autorenkontakt:

Nadine Lexa, MAS, Gelernte Krankenschwester, MAS Palliative Care, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Lehrbeauftragte, Dozentin, Verfahrenspflegerin nach dem Werdenfelser Weg®, Autorin, Fachjournalistin und Herausgeberin der Buchreihe „Palliative Care für Einsteiger“
Kontakt: nadinelexa@gmail.com

> Praxisbericht

So funktioniert Heimbeatmung

MARCEL RENZ

Beatmete Menschen benötigen heute dank technischer Fortschritte kaum mehr eine dauerhafte medizinische Versorgung in einer Klinik – inzwischen sind es mehrere Tausend Menschen in Deutschland, die derzeit „außerklinisch beatmet“ werden – Tendenz steigend. Sie leben mit Hilfe von Heimbeatmung in ihrer eigenen Wohnung. Welche Grundlagen hat die außerklinische Beatmung? Wie intensiv können Fachärzte sowie Pflegekräfte unterstützen – und welche Rolle spielt dabei die Selbstbestimmung?

Von der Klinik nach Hause

Menschen, die mit einer neuromuskulären Erkrankung, amyotrophen Lateralsklerose (ALS) sowie Querschnittslähmung leben, haben eine schwache Atemmuskulatur oder Atemlähmung – die Lunge kann irgendwann nicht mehr ausreichend belüftet werden. Dann liegt eine chronisch ventilatorische Insuffizienz (CVI) vor: Eine maschinelle Beatmung wird nötig (Windisch et al. 2010). Ziel der Beatmungseinleitung in einer Lungenfachklinik ist es, eine stabile Lungenbelüftung wiederherzustellen und für eine ausreichende CO₂-Reduktion zu sorgen. Vor einer Entlassung in die Heimbeatmung raten Fachärzte dem betroffenen Patient dringend zu einer „Überleitkonferenz“ mit seinem zuständigen Arzt, Kostenträger sowie versorgendem Pflegedienst. Die Festlegung des Beatmodus und sämtlicher Parameter ist vor der Entlassung entscheidend, denn beatmete Menschen benötigen ein individuell auf sie eingestelltes Beatmungsgerät.

Zuhause ist die Pflege und geeignete Wohnform für die Lebensqualität und Selbstbestimmung von heimbeatmeten Menschen eine wichtige Voraussetzung. Sie leben entweder mithilfe einer persönlichen 24-Stunden-Assistenz in der eigenen Wohnung oder in Wohngruppen und sogenannten „Beatmung-WGs“, die von ambulanten Pflegediensten versorgt werden.

Ambulante Kontrolle und Pflege

Eine wichtige Voraussetzung außerklinischer Beatmung ist deren Organisation

um ein Beatmungszentrum herum. Der heimbeatmete Mensch und sein Pflege- oder Assistenzteam benötigen dieses Zentrum für die Kontrolle und Optimierung der Beatmungstherapie sowie zur Notaufnahme (Windisch et al. 2010). Für die kontinuierliche Überprüfung spielt die Blutgasanalyse (pCO₂) eine wichtige Rolle, weil sie die Qualität der Ventilation am besten abbildet. Je nach Krankheitsbild und Beatmungs-Stadium sind regelmäßig ein EKG, Herzultraschall sowie ein Test der Lungenfunktion notwendig. Daraus können sich Veränderungen der Geräteeinstellung, eine andere Beatmungsdauer oder Ähnliches ergeben (Randerath et al. 2011).

In der Beatmungspflege zu Hause unterscheidet man zwischen der assistiven und fachpflegerischen Versorgung. Für die fachpflegerische Versorgung beat-

mungsabhängiger Menschen sind laut der S2-Leitlinie (Windisch et al. 2010) umfangreiche Kenntnisse erforderlich: Diese reichen von Monitoring, über Tracheostomamanagement (Tracheostoma = operativ angelegte Öffnung der Luftröhre) bis hin zu professionellem Sekretmanagement. Bei der assistiven Versorgung wählen die heimbeatmeten Menschen selbstständig ihre persönlichen Assistenten aus und übernehmen die Verantwortung für deren Fähigkeiten. Bei dieser Variante empfiehlt es sich, Fachkräfte zumindest zur Einarbeitung einzubinden.

Sekretmanagement bei nichtinvasiver Beatmung

Eine erfolgreiche Heimbeatmung und damit die Lebensqualität hängen bei

Eine individuelle Nasenmaske erlaubt das Aufsetzen einer Brille und bietet ein freies Sichtfeld.



nichtinvasiv beatmeten Menschen entscheidend von ihrer Fähigkeit ab, effektiv zu husten und damit störendem Lungensekret entgegenzuwirken (Winterholler 2015). In den letzten Jahren wurden eine Reihe von Hustentechniken und Abhusthilfen entwickelt, deren Einsatz die durchschnittliche Dauer von Krankenhausaufenthalten deutlich gesenkt hat. Vor allem das mechanisch assistierte Husten durch den sogenannten Cough-Assist erzielt einen sehr effektiven Hustenstoß.

Das Gerät bläht zunächst aktiv die Lunge mittels Überdruck auf, um anschließend mithilfe einer Nasenmundmaske einen ausreichend hohen Unterdruck für die Sekretentfernung zu erzeugen. Seine Bedienung ist einfach und erfolgt intuitiv. Wichtig ist, dass die Pflegekraft sensibel vorgeht und so die Angst des beatmeten Menschen, der durch das Sekret eventuell an Atemnot leidet, abbaut. Die Stärke und Dauer von Druck und Unterdruck lassen sich für den individuellen Bedarf einstellen.

Nichtinvasive Beatmung

Grundsätzlich gibt es zwei Arten des Beatmungszugangs. Während bei der invasiven Beatmung die Luft über ein Tracheostoma direkt in die Luftröhre des Beatmeten geleitet wird, atmet der Anwender bei der nichtinvasiven Beatmung mit Hilfe einer dicht schließenden Beatmungsmaske oder über ein Mundstück. Bei Beatmungspatienten mit einer neuromuskulären Erkrankung ist die nichtinvasive Beatmung die primäre Option. Um eine möglichst hohe Lebensqualität zu erhalten, ziehen behandelnde Ärzte diesen Beatmungszugang vor (Drömann & Wallis 2015). In der Regel bieten Nasenmasken den größten Patientenkomfort, sind allerdings für orale Leckagen im Schlaf anfällig. Falls die Schleimhäute zu sehr austrocknen, verbessert eine Befeuchtung die Situation.

In der Regel sind Standard-Nasenmasken ausreichend, zumal es eine große Auswahl industriell gefertigter Masken gibt (Dreher et al. 2008). Bei hohem Beatmungsdruck und langer Beatmungszeit ist es aber ein großer Vorteil, sich eine individuelle Nasenmaske anfertigen zu lassen. Zum einen werden unterschiedliche Gesichtspartien beansprucht, was Druckstellen sehr effektiv vermeidet. Zum anderen sind individuelle Masken kleiner und mit einer Brille kombinierbar.



Bei starker Sekretproduktion sollte die Pflegekraft auf den Einsatz des Cough-Assists hinweisen.

Mund- und Froschatmung

Viele dauerbeatmete Menschen kommen nicht damit klar, wenn sie sich rund um die Uhr mit einer Maske beatmeten lassen. Bei Betroffenen mit neuromuskulärer Erkrankung ist die Beatmung über ein Mundstück daher oft eine gute Alternative. Bei diesem Beatmungszugang bekommt der Anwender nicht jeden Atemzug automatisch vom Beatmungsgerät zugeführt und stärkt somit seine „Eigenatmung“. Bei der Beatmung über Maske ist er an eine intensive sowie bequeme Luftzufuhr gewöhnt und entwickelt im Laufe der Zeit eine stärkere Abhängigkeit.

Grundlage für die Mundbeatmung ist die Glossopharyngeale Atmung, auch „Froschatmung“ genannt. Diese Atemtechnik erlaubt Menschen mit schwacher oder gelähmter Atemmuskulatur, entweder in einem Notfall den Ausfall ihres Beatmungsgerätes zu überbrücken oder sogar mehrere Stunden selbstständig zu atmen (www.froschatmung.de). Bei einer Erkältung hilft sie beatmeten Menschen, stärker zu husten. Der Anwender „schluckt“ bei der Froschatmung Luft, die er dann in der Lunge sammelt. Wenn er genügend Luft angesammelt hat, atmet er wieder aus und beginnt den Vorgang neu. Eine wichtige Voraussetzung für die Technik ist eine ausreichend funktionierende Muskulatur im Mund-Rachen-Raum. Mit regelmäßiger Übung kann man diese Technik leicht und schnell lernen. Gerade Betroffene

mit geringem Lungenvolumen gewinnen dadurch mehr Autonomie und Sicherheit. Während der Pflege kann der Patient stressfreier Transfers mit einem Patientenlifter oder das Duschen bewältigen.

Invasive Beatmung

Mit deutlich mehr Nachteilen und Risiken ist die invasive Beatmung verbunden, bei der Trachealverletzungen sowie Schluck- und Sprechstörungen auftreten können (Winterholler 2015). Zudem ist der pflegerische Aufwand wesentlich größer und das Infektionsrisiko höher als bei der nichtinvasiven Beatmung. Bei Menschen mit ALS ist der Beatmungszugang allerdings ab einem bestimmten Krankheitsstadium alternativlos. Eine invasive Beatmung leiten Ärzte normalerweise erst ein, wenn der nichtinvasive Zugang nicht mehr auf die Bedürfnisse des Betroffenen anzupassen ist. Ein weiterer Grund kann die Ineffektivität des nichtinvasiven Sekretmanagements sein. Invasiv beatmete Menschen müssen regelmäßig abgesaugt werden – eine Aufgabe, die nur Fachpfleger erledigen dürfen. Eine Befeuchtung der Atemluft ist zwingend nötig. Trotz allen Einschränkungen ist auch mit invasiver Beatmung eine Heimbeatmung möglich. Die Verwendung von speziellen Sprechventilen ermöglicht bei intakter Kehlkopffunktion in einigen Fällen das Sprechen.

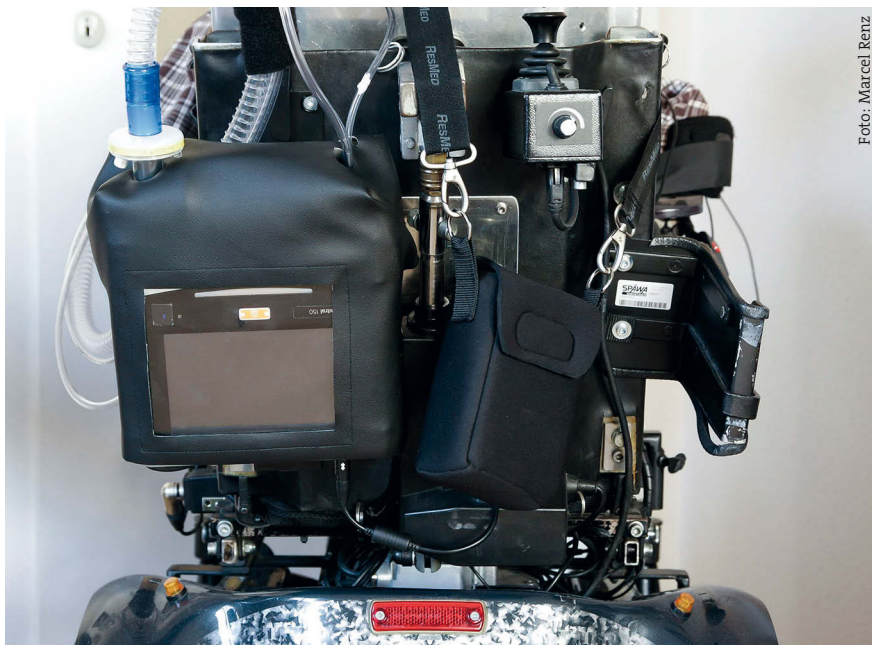


Foto: Marcel Renz

Eine gute Befestigung des Beatmungsgerätes ist für die Mobilität unerlässlich. Einfache und trotzdem professionelle Lösungen wie die Befestigung per clickfix-Verschluss für Fahrradtaschen sind äußerst praxistauglich.

Selbstbestimmung und ihre Grenzen

Solange keine elementaren Gründe dagegen sprechen, ist entscheidend, was der Betroffene aus seiner Eigenverantwortung heraus möchte. Er kennt sich selbst am besten und will selbst bestimmen, wann er die Kompetenz des Arztes oder Fachpflegers in Anspruch nimmt bzw. akzeptiert. In der Praxis ist das oft ein Widerspruch: Bei Konfliktsituationen, in denen es um die Verantwortung geht, muss der Kunde die Meinung und Haftung seiner Pflegekraft verstehen. Die Veränderung von Parameter- und Alarmeinstellungen bedeutet das Überschreiten einer klaren roten Linie! Sie ist ganz allein dem zuständigen Arzt vorbehalten.

In manchen Fällen ist auch ein Kompromiss möglich. So kann ein beatmeter Mensch mit 24-Stunden-Assistenz regelmäßig den Wunsch nach mehr Privatsphäre äußern – er oder sie möchte auch mal alleine in der Wohnung sein können. Für solche Fälle ist eine Kombination aus Lockerheit und Vorsichtsmaßnahmen nötig. Als Lösungsansatz kann die Pflegekraft zum Beispiel versuchen, mögliche Ängste zu minimieren. Bevor sie das Haus verlässt, sollte sie die wichtigsten Fehlerquellen ausschließen. Außerdem muss die Möglichkeit eines Notrufes gegeben sein.

Die Rolle des Pflegers oder der Assistenten als Mahner und Ideengeber ist als Gegenpol zur Selbstbestimmung wichtig und nützlich. Für die Pflegekraft kommt es darauf an, sensibel sowie ohne be-

lehrende Hintergedanken auf den Betroffenen einzugehen. Der beatmete Mensch profitiert nämlich nur von konstruktiven Verbesserungsvorschlägen, die seine individuelle Situation berücksichtigen. Bei der Heimbeatmung gibt es kein vorgegebenes Muster, weswegen je nach Einzelfall Sonderlösungen möglich sind. Einige nichtinvasiv beatmete Menschen benötigen beispielsweise für die Beatmungspflege keine ausgebildeten Pflegekräfte, da sie jeden Schritt selbst anleiten können. Wenn dies der Fall ist, liegt es im Ermessensspielraum des zuständigen Arztes, eine entsprechende Bescheinigung auszustellen. Voraussetzungen sind die regelmäßige Dokumentation und die Schulung von Hilfskräften oder Assistenten.

Arzt als gleichberechtigte Bezugsperson

Das Verhältnis zwischen dem beatmeten Patienten und seinem Arzt hat sich in den letzten Jahren deutlich gewandelt. Während der Arzt früher in der Regel über alle Maßnahmen allein entschied, ohne den Patienten einzubeziehen, hat dieser heute viel mehr Autonomie und Mitspracherecht. Natürlich sollte der Patient Anregungen vom Arzt annehmen, im Gegenzug sollte sich dieser in die Patientensicht hineinversetzen und diesen ernst nehmen.

Für die Kommunikation zwischen Arzt und Patient sind klare Aussagen beiderseits äußerst hilfreich. Wenn der Arzt deutlich sagt, was er für richtig hält, wirkt es für den Betroffenen nur dann hartherzig, wenn er nicht das nötige Vertrauen zu seinem Arzt hat. Dieses Vertrauensverhältnis und das Wissen um seine Erfahrung sowie Fachkenntnisse sind entscheidend. Sehr empfehlenswert ist ein Besuch mit dem gesamten Assistenzteam beim Arzt, da er nützliche Anregungen sowie Tipps für erfolgreiches Sekretmanagement und mögliche Vorgehensweisen im Notfall geben kann.

Alltag mit Beatmung

Im Alltag ist der Austausch mit anderen Betroffenen sehr wichtig, zum Beispiel bei der Wahl eines geeigneten Geräteanbieters. Denn die Versorgung mit einem Beatmungsgerät etwa durch ein Sanitätshaus sollte nicht unterschätzt werden. Laut der S2-Leitlinie muss der

Zusammenfassung

Das gemeinsame Ergebnis zahlreicher wissenschaftlicher Publikationen ist eindeutig: Durch eine außerklinische Beatmung verbessert sich die Lebensqualität von Patienten mit CVI. Die Vorteile wie mehr Selbstbestimmung und ausreichende Mobilität überwiegen deutlich. Wenn sich alle beteiligten Fach- und Hilfskräfte an wichtige Vorgaben halten und die Autonomie des Patienten dabei genügend berücksichtigen, stehen die Chancen für eine erfolgreiche Heimbeatmung sehr gut. Manchmal ist es hilfreich, wenn der Beatmete seine Selbstbestimmung eingrenzt.

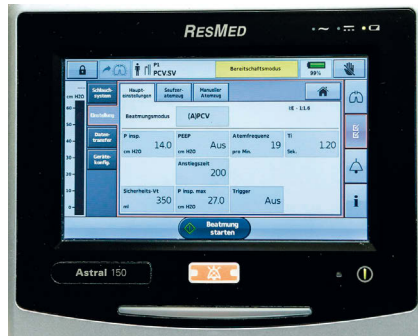
Schlüsselwörter: *chronisch ventilatorische Insuffizienz (CVI), außerklinische Beatmung, Heimbeatmung, invasive Beatmung, nichtinvasive Beatmung, Sekretmanagement, Selbstbestimmung*

Versorger ständig verfügbar sein und bei technischen Problemen innerhalb von 24 Stunden eine Lösung gewährleisten.

Ein besonders hohes Gut für heimbeatmete Menschen ist es, über eine ausreichende Mobilität zu verfügen. Erste Voraussetzung dafür ist eine geeignete Befestigung des Beatmungsgerätes am Rollstuhl. Zweite Voraussetzung ist es, den Ladezustand des Beatmungsgerätes sicherzustellen. Dies wird zunehmend einfacher, weil die Geräte immer leistungsstärkere Akkus haben. Vor einem Defekt ist man aber nie zu völlig sicher. Solange der Aufwand überschaubar ist, sollten dauerbeatmete Menschen unbedingt ein Zweitgerät mitführen – oder alternativ einen Beatmungsbeutel. Bei Menschen mit invasiver Beatmung ist der logistische und finanzielle Aufwand deutlich größer, Mobilität aber auch dort nicht unmöglich.

Umgang mit Notfällen

Mobilität hat allerdings gewisse Grenzen und bedarf der Vorsicht. Unterwegs können Probleme wie zum Beispiel ein unvorhergesehenes Eindringen von Gegenständen in die Atemwege auftreten. Dafür ist es sinnvoll, mögliche Problemsituationen vorher anzusprechen. Generell kann es im Notfall auch im häuslichen Umfeld zu Schwierigkeiten kommen, etwa wenn der Beatmete wegen zu viel Lungensekret Atemnot bekommt. Für viele beatmete Menschen mit neuromuskulärer Erkrankung ist die Anwendung des Cough-Assists problematisch und löst bei ihnen im Notfall Panik aus. Vor allem wenn der Betroffene Panik bekommt, wäre es sehr ungünstig, wenn die Pflegekraft ebenfalls Un-



Die Bedienung von modernen Beatmungsgeräten wird immer einfacher und senkt so mögliche Fehlbedienungen.

sicherheit zeigte. Deshalb ist es für die Pflegekraft und ihren Kunden entscheidend, sich so gut wie möglich auf den Notfall vorzubereiten. Eine Möglichkeit sind Trockenübungen mit dem Cough-Assist, wenn die Situation unkritisch ist. Abhängig von den Vorerfahrungen sollte der beatmete Mensch für sich individuell geeignete Notfall-Methoden festlegen. Nicht jeder beatmete Mensch kommt z.B. mit dem Cough-Assist zurecht, viele haben mit der Anwendung eines Beatmungsbeutels bessere Erfahrungen gemacht.

Fazit

Häusliche Beatmung ist sowohl bei invasivem als auch nichtinvasivem Beatmungszugang realisierbar. Die Tätigkeit in der Heimbeatmung ist sehr verantwortungsvoll und erfordert Stressresistenz in Notfall-Situationen. Für Betroffene bietet die Heimbeatmung Selbstbestimmung, Unabhängigkeit und Mobilität. Der Austausch mit anderen Betroffenen ist sehr wichtig, da beatmete Menschen dadurch viele unterschiedliche Vorgehensweisen

kennenlernen. Generell sollten beatmete Menschen mit o.g. Krankheitsbildern ihre Heimbeatmung mit einer ausgewogenen Mischung aus ärztlichen Vorgaben und individuellen Vorstellungen in der Praxis ausüben. <<

Foto: Marcel Renz



Literatur

Dreher M. et al. (2008) Nichtinvasive Beatmung – Therapie der Atempumpinsuffizienz. In: Matthys H. & Seeger W. (Hrsg.) Klinische Pneumologie. Springer, Berlin/Heidelberg, S. 635–649.

Drömann D. & Wallis S. (2015) Intensivmedizin, Heimbeatmung und Überleitung in die Heimbeatmung. In: Marx G. et al. (Hrsg.) Die Intensivmedizin. Springer, Berlin/Heidelberg, S. 375–378.

Randerath WJ. et al. (2011) Durchführungsempfehlungen zur invasiven außerklinischen Beatmung. Pneumologie 65, S. 72–88.

Windisch W et al. (2010) Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz – S2-Leitlinie herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. Pneumologie 64, S. 207–240.

Winterholler M. (2015) Heim- und Langzeitbeatmung bei neuromuskulären Erkrankungen. In: Schwab S. et al. (Hrsg.) NeuroIntensiv. Springer, Berlin/Heidelberg, S. 175–182.

Autorenkontakt:

Marcel Renz, freier Journalist mit Schwerpunkt Inklusion, Behinderung und Reha. Magister Abschluss in Geschichte und Politikwissenschaft. Selbst seit mehreren Jahren nichtinvasiv maskenbeatmet.

Kontakt: marcel.renz@posteo.de

Unterwegs im Auto: Heimbeatmung erlaubt ein hohes Maß an Mobilität.



Foto: Marcel Renz



> Häusliche Pflege

Einsatz von Hilfsmitteln

MARTIN SCHIERON

Der sach- und fachgerechte Einsatz von Hilfsmitteln wie Spezialbesteck, Trinkbechern, Kopfwaschschalen, Transferhilfen, speziellen Liegematten und Gehhilfen in der ambulanten Pflege bringt Vorteile für Patienten, pflegende Angehörige und professionelle Pfleger. Oft tragen sie zur Selbstständigkeit der Patienten und so zur Entlastung der Pflegenden bei. Trotzdem werden solche Hilfsmittel nur sehr zögernd in Anspruch genommen. Dabei sind sie wirklich eine große Entlastung, wie hier am Beispiel sogenannter Transferhilfen gezeigt wird.



Es kommt vermutlich nicht so oft vor, dass ein Gesetz mit seinen Zielformulierungen eindeutig die Wünsche der Personen trifft, die von ihm betroffen sind. Insofern erscheint das Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) auf jeden Fall an einer Stelle ein Glücksfall zu sein. Schließlich fordert es in § 3 den „Vorrang der häuslichen Pflege“ und benennt somit die häusliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen als primäre Unterstützungsform. Im Falle von Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit in der eigenen Wohnung verbleiben zu können, entspricht dem Wunsch der meisten Menschen (Landtag Nordrhein-Westfalen 2005). Hierbei spielt es keine Rolle, ob sie bereits pflegebedürftig, von Pflegebedürftigkeit

bedroht oder von beidem noch weit entfernt sind. Dies spiegelt sich letztlich auch in den bisher vorliegenden Pflegestatistiken wider. Mehr als 70 Prozent aller Pflegebedürftigen (ca. 1,86 Millionen) werden zu Hause betreut, über 600.000 von ihnen werden von ambulanten Pflegediensten (ausschließlich oder gemeinsam mit pflegenden Angehörigen) versorgt. Weitere 1,25 Millionen Personen werden ausschließlich von Angehörigen und Freiwilligen versorgt. Ein Großteil von ihnen wird aber im Rahmen von Beratungen nach § 37 (3) SGB XI regelmäßig von ambulanten Pflegediensten aufgesucht. Hierbei sind Personen, die nach der Definition des SGB XI nicht pflegebedürftig sind, aber

dennoch z.B. behandlungspflegerische Dienstleitungen durch ambulante Pflegedienste zu Hause in Anspruch nehmen, nicht einbezogen.

Hilfe für mehr Selbstständigkeit

Ambulante Pflegedienste sind somit als eine tragende Säule in der häuslichen Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen zu betrachten. Allerdings darf die Gruppe der pflegenden Angehörigen als wichtigste Säule der häuslichen Versorgung nicht vergessen werden. Doch nicht nur menschliche Ressourcen tragen zu einer funktionierenden häuslichen Versorgung bei: Um Menschen auch im Falle von Hilfe- oder Pflegebedarf ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen, stehen bereits seit Jahren vielerlei Hilfsmittel zur Verfügung. Einige davon können über die Pflegeversicherung finanziert werden. Für andere Hilfsmittel gibt es beispielsweise Geld von der Krankenkasse. Dies kann von Zuschüssen bis zu einer Vollfinanzierung reichen. Darüber hinaus kann es jedoch auch hilfreiche Produkte geben, für welche die Kosten selber übernommen werden müssen, wie etwa Fenstergriffverlängerungen.

Bandbreite der Hilfsmittel

Es gibt Hilfsmittel für nahezu jeden Lebensbereich, wie die Nahrungsaufnahme (z.B. Spezialbesteck und Trinkbecher) oder die Körperpflege (z.B. langstielige Bürsten oder Haarwaschbecken für das Bett). Toilettensitzerhöhungen, Steckbecken oder Urinflaschen unterstützen bei der Ausscheidung. Es gibt spezielle Kartenspiele und Spielkartenhalter – Hilfsmittel, die jenseits notwendiger pflegerischer Aspekte dabei helfen, auch bei Freizeitaktivitäten eine größtmögliche Selbstständigkeit und Zufriedenheit zu erhalten oder zu fördern.

Diese Aufzählung ließe sich noch für weitere Lebensbereiche fortführen.

Einige dieser Hilfsmittel unterstützen primär den Alltag hilfe- und pflegebedürftiger Personen, andere erleichtern darüber hinaus pflegenden Angehörigen und professionell Pflegenden ihre tägliche Arbeit.

Ambient Assisted Living

Außerdem gibt es noch den Bereich des Ambient Assisted Living (AAL). Dieser Begriff beschreibt Konzepte, Produkte und Dienstleistungen, mit denen neue Technologien in den Alltag eingeführt werden, um die Lebensqualität für Menschen jeglichen Alters zu verbessern. AAL kann mit „Altersgerechte Assistenzsysteme für ein unabhängiges Leben“ übersetzt werden. Dazu gehören einerseits auch bereits etablierte Technologien wie Navigationsgeräte im PKW.

Ein Beispiel aus dem Pflegebereich sind Sensormatten, die bei Sturzgefahr eingesetzt werden können und bei einem plötzlichen Aufprall ein Alarmsignal absetzen. Dennoch sind solche Hilfen lange nicht so verbreitet, wie es entsprechend des technischen Fortschritts möglich wäre. Eine mögliche Erklärung dafür könnte im ambivalenten Verhältnis von Technik und Pflege liegen. Friesacher (2010) sieht eine grundsätzliche Veränderung des Selbstverständnisses der Pflegenden durch die zunehmende Technisierung. Hielscher et al. (2015) beschreiben einerseits sogenannte „Technikoptimisten“, die technische Errungenschaften als wertneutrales Instrument sehen, das sowohl den Pflegebedürftigen als auch Pflegenden nützen kann. Menschliche Zuwendung wird durch Technik zwar nicht ersetzt, kann aber sinnvoll unterstützt werden (Lücke 2016). Andererseits gibt es laut Hielscher et al. (2015) eine sogenannte „technikpessimistische“ Position. Hierbei werden Befürchtungen geäußert, dass durch technische Gerätschaften pflegerische Aufgaben und Tätigkeiten übernommen oder zumindest doch stark dominiert werden könnten. Beruflich Pflegenden begreifen ihre Arbeit primär als zwischenmenschliche Wechselbeziehung, die keinen Raum für technische Innovationen bietet (Lücke 2016). Solche Bedenken können verhindern, dass die Vorteile der Nutzung von Hilfsmitteln gesehen und vermittelt werden können.

Eine solche Skepsis bezieht sich jedoch nicht nur auf AAL. Selbst der Einsatz seit

langem etablierter und zum Teil auch gar nicht in Frage gestellter Hilfsmittel wie höhenverstellbarer Pflegebetten zeigt sich bisweilen als ein schwieriges Feld. Dies wird im Folgenden für die ambulante Pflege anhand von Hilfsmitteln zum Transfer pflegebedürftiger und bewegungseingeschränkter Personen aufgezeigt.

Vorteile der Hilfsmittel

Hilfsmittel zum Transfer – dazu zählt auch die Lageveränderung im Bett – werden eingeteilt in technische (wie Pflegebett, Lifter, Rollstuhl) und kleine (wie Gleithilfen, Antirutschmatten, Rutschbretter) Hilfsmittel. Einerseits können sich mit deren Hilfe Bewegungseingeschränkte selbstständig bewegen und ihre Liegeposition verändern, was sie weniger abhängig von anderen macht. Andererseits erleichtern sie die Arbeit des Pflegepersonals und helfender Angehöriger. Die Pflegenden entlasten ihren Rücken, weil sie die Patienten nicht länger anheben müssen. Dies wurde inzwischen auch messtechnisch belegt (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege 2011). Leider werden solche Transferhilfsmittel noch immer selten eingesetzt.

Das liegt wohl an der als „Technikpessimismus“ beschriebenen Skepsis gegenüber Neuem und betrifft viele bereits seit langem oder neuerdings eingeführten Hilfsmittel wie etwa die Patientenlifter. Möglicherweise kann auch Unsicherheit im Umgang mit dem Hilfsmittel Grund für die ablehnende Haltung sein. Auch Zeitmangel oder die Vernachlässigung der Förderung der Ressourcen der Patienten können ein Grund für den mangelnden Einsatz der Hilfsmittel sein. Wer jedoch die Nutzung sinnvoller Hilfsmittel fördern will, muss sich mit den Gründen für die Nichtnutzung auseinandersetzen. Bevor Transferhilfen in der ambulanten Pflege zum Einsatz kommen, müssen ihre Vorteile daher auf jeden Fall allen Betroffenen – Patienten, pflegenden Angehörigen und beruflich Pflegenden professionell deutlich gemacht werden.

Für Qualität in der Pflege

Grundsätzlich geht der Einsatz von Transferhilfen vielfach mit einer Steigerung der Pflegequalität einher. Der sach- und fachgemäße Einsatz eines Pa-

tientenlifters zum Transfer einer bewegungseingeschränkten Person vom Bett in den Rollstuhl steigert zunächst die Sicherheit. Im Gegensatz zum Rücken der Pfleger ist der Patientenlifter für ein bestimmtes Maximalgewicht konzipiert und wird – bei entsprechender Wartung, Pflege und Handhabung – seine Aufgabe sicher erfüllen, was vom Rücken der Pflegenden nicht immer gesagt werden kann. Allerdings funktioniert das nur bei sach- und fachgerechter Bedienung des Patientenlifters, weswegen der Umgang mit solchen Transferhilfen zu üben ist, bevor sie an Patienten angewendet werden. Im Arbeitsschutz wird hier von „Unterweisung“ gesprochen. Unterweisung und tägliche Nutzung solcher Hilfsmittel können dann dazu führen, dass „mangelnde Zeitressourcen“ als Argument nicht mehr genannt werden. Wer in der Handhabung mit einer Transferhilfe geübt ist, wird diese routinierter und somit zeiteffizienter anwenden können als jemand, der sich immer wieder fragen muss: „Wie war das nochmal?“

Mehr Autonomie der Patienten

Ob der Einsatz eines Hilfsmittels bewegungsfördernder und somit ressourcenorientierter Pflege entgegensteht, hängt davon ab, wie das Hilfsmittel eingesetzt wird. Bewegungseingeschränkte, die jedoch geistig noch gut orientiert sind, können beispielsweise aktiv in die Nutzung eines Patientenlifters eingebunden werden. So wird z.B. Autonomie gefördert, wenn ihnen die Handbedienung des Lifters überlassen wird und sie so den Transfer aktiv mitgestalten können. Eine solche Einbindung der pflegebedürftigen Person ist weitaus fördernder als ein für sie völlig passives „Aus-dem-Bett-gehoben-Werden“. Auch Gleithilfen unter dem Körper eines Bettlägerigen können diesem dabei helfen, sich wenigstens ein bisschen selbst zu bewegen, andere kommen mithilfe eines Rutschbrettes selbstständig vom Bett in den Roll- oder Toilettenstuhl. Werden Hilfsmittel auf solche Art und Weise eingesetzt, kann zu Recht von „aktivierender Pflege“ gesprochen werden (Schieron 2013). Aktivierende Pflege fördert die Selbstständigkeit pflegebedürftiger Personen und reduziert körperliche Belastungen auf Seiten der Pfleger. Gleichzeitig verändert sich deren Arbeit

weg vom „körperlich etwas für andere tun“ hin zum „für andere etwas möglich machen“. Konzeptionelles Denken und kommunikative Kompetenzen werden somit immer bedeutsamer.

Professionelle Anleitung erforderlich

Die Anleitung von Pflegebedürftigen und Angehörigen nimmt in der ambulanten Pflege zunehmend Raum ein. Dies bezieht sich einerseits auf Pflegekurse und häusliche Schulungen nach § 45 sowie auf die Beratung nach § 37 (3) SGB XI. Hier können z.B. auch strukturierte Anleitungen zum Einsatz von Transferhilfen erfolgen (Diekmann & Schieron 2008). Für die meisten Beschäftigten stehen jedoch „pflegebegleitende Beratung“ (Emmrich et al. 2006) und Anleitungen im Vordergrund. Bedarf für diese Interventionen ergibt sich zumeist situativ und ungeplant. Ziel der Anleitung und Beratung muss es aber immer sein, Pflegebedürftigen und Angehörigen eine größtmögliche Selbstständigkeit zu ermöglichen – und hierbei können Hilfsmittel eben eine große Rolle spielen. Ambulante Pfleger stehen daher auch vor der Herausforderung, Wissen über Hilfsmittel zu erwerben und dieses Wissen an ihre Kunden heranzutragen. Die großen Herausforderungen sind also:

- Arbeitgeber sind in der Verantwortung, Gefährdungsbeurteilungen für ihre Beschäftigten durchzuführen. Kommen sie zu der Erkenntnis, dass ihre Beschäftigten bei der Pflege schwere Hebe- und Tragetätigkeiten ausgesetzt sind, müssen sie erforderliche Hilfsmittel in ausreichender Anzahl und funktionstüchtigem Zustand zur Verfügung stellen. Dies bedeutet gerade für die ambulante Pflege nicht, dass der Inhaber des Pfl-

gedienstes diese Hilfsmittel auf jeden Fall immer selbst finanzieren muss. Personenbezogene Transferhilfen für pflegebedürftige Personen können z.B. von der Pflege- oder Krankenversicherung des Patienten bezahlt oder bereitgestellt werden. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2006) hat hierzu eine ausführliche Hilfestellung veröffentlicht. Allerdings kann es immer etwas dauern, bis die notwendigen Hilfsmittel zur Verfügung stehen. Für diese Übergangszeit sollte jeder ambulante Pflegedienst eine Reserve an selbst finanzierten Transferhilfen haben.

- Zudem ist der Arbeitgeber verpflichtet, sich aktiv um die Bereitstellung der Transferhilfen zu kümmern. Dies bedeutet, er muss den Kontakt zu den Pflegebedürftigen und Angehörigen aufnehmen, sie vom Sinn der Hilfsmittel überzeugen und sich eventuell auch schützend vor seine Beschäftigten stellen, wenn Transferhilfen notwendig sind, aber von den Kunden abgelehnt werden. Auch die entsprechende Kommunikation mit Kostenträgern gehört zu den Arbeitgeberaufgaben.
- Eine weitere Besonderheit der ambulanten Pflege zeigt sich darin, dass viele Kunden unterschiedliche Hilfsmittel zur Verfügung gestellt bekommen. Dies entbindet den Arbeitgeber jedoch nicht von der Verpflichtung, seine Beschäftigten im Umgang mit diesen Hilfsmitteln zu unterweisen und den sachgemäßen Umgang damit zu kontrollieren.
- Auch wenn die Hilfsmittel nicht ihm gehören, hat der Arbeitgeber darauf zu achten, dass diese sachgemäß gewartet und funktionstüchtig sind. Dies bedeutet, dass auch hier Koordination und Absprache notwendig sind.

Dies alles ist nur mit erhöhtem Organisationsaufwand möglich – der Arbeitgeber ist von diesen Pflichten nicht entbunden (Schieron 2009). Der daraus folgende Gewinn für den ambulanten Pflegedienst kann somit Kunden- und Beschäftigtenzufriedenheit, Pflegequalitätssteigerung, gesündere Beschäftigte, Imagegewinn u.v.m. sein, was sich kein Arbeitgeber entgehen lassen sollte.

Bereitschaft der Angehörigen

Last, but not least ist es manchmal gar nicht notwendig, Transferhilfen für die Pflege im häuslichen Bereich zu besorgen oder Pflegebedürftige und ihre Angehörigen von deren Sinnhaftigkeit zu überzeugen. Langhennig et al. (2012) haben in ihrer Studie über männliche Angehörige von pflegebedürftigen Frauen aufgezeigt, dass Männer häufig ihre eigenen beruflichen Erfahrungen in die Pflege einbringen. So hatte ein Mann selber einen Lifter gebaut, um seine pflegebedürftige Ehefrau kraftschonend bewegen zu können. Ein anderer konzipierte und baute einen Rollstuhl, der es ermöglichte mit seiner darin sitzenden Frau Blickkontakt zu halten. Es scheint so, als ob zumindest ein Teil der Pflegebedürftigen und ihrer Angehöriger bei weitem nicht so „technikpessimistisch“ sind, wie oft vermutet wird. Vielleicht kann dies als Vorbild für die professionelle Pflege herhalten? <<

Zusammenfassung

Häusliche Pflege hat sowohl für den Gesetzgeber aber auch für die meisten Menschen Vorrang vor der Betreuung in stationären Einrichtungen. Hierfür sind neben menschlichen Ressourcen – den Pflegenden – auch Hilfsmittel von großer Bedeutung. Diese dienen dazu, den Betroffenen den Alltag zu erleichtern, zugleich können sie auch körperliche Belastungen der Pfleger reduzieren. Hierzu sind jedoch verschiedene Voraussetzungen wie der sach- und fachgerechte Einsatz der Hilfsmittel notwendig.

Schlüsselwörter: *Hilfsmittel, Transferhilfen, Ambulante Pflege, Arbeitssicherheit, Pflegequalität*

Das vollständige Literaturverzeichnis finden Sie unter www.kohlhammer-pflege.de

Autorenkontakt:

Martin Schieron ist Diplom-Pflegewissenschaftler (FH) und in der Präventionsabteilung der Unfallkasse Nordrhein Westfalen tätig. Er ist u.a. Mitglied in der Sektion BIS der DG Pflegewissenschaft.
Kontakt: m.schieron@unfallkasse-nrw.de

> Unterstützung aus dem Ausland

Arbeits- und Lebensbedingungen von 24-Stunden-Betreuerinnen

BIRGIT RATHWALLNER

In vielen Familien, die Unterstützung bei der Versorgung ihrer Angehörigen benötigen, arbeiten Frauen aus Mittel- und Osteuropa. Sie helfen Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf rund um die Uhr und stellen das Wohl der zu versorgenden Person in den Mittelpunkt. Ihre Arbeits- und Lebenssituation sowie die Frage, ob es sich um eine reguläre oder um eine irreguläre Beschäftigung handelt, werden in diesem Artikel behandelt.



Foto: and.one/fotoia

Eine schwierige Ausgangssituation

„Wenn Besuch kommt, stellt Anna das japanische Teeservice und eine Silberkanne voll Schwarztee auf den Tisch. Dann setzt sich die 65-Jährige auf das grüne Samtsofa, gegenüber stehen Goethes Gedichtbände. Ein Wohnzimmer am Starnberger See. Anna ist hier nicht zu Hause. Sie betreut Frau S., die 93 Jahre alt ist und seit einem Sturz eine Hals-

krause trägt. Bis sie sich wieder erholt hat, ist Anna 24 Stunden, sieben Tage in der Woche für sie da. Nur das Finanzamt darf davon nichts wissen, denn Anna arbeitet schwarz.“ (Harlan et al. 2013). Der Zeitschriftenausschnitt ist ein Beispiel für eine irreguläre Betreuung in Deutschland. Aufgrund der negativen Zuschreibung der Begriffe legal und illegal werden die Wörter regulär und irregulär verwendet. Vor allem Frauen aus Mittel- und Osteuropa sind in der Ver-

sorgung in den Privathaushalten tätig. Diese Betreuungsform ist keine Randerscheinung, wie eine Modellrechnung des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. zeigt. Sie geht man von etwa 145.000 Privathaushalten aus, die diese Betreuungsform in Anspruch nehmen (könnten). Auf dieser rechnerischen Grundlage erscheint eine geschätzte Anzahl von 100.000 Betreuerinnen in Deutschland realistisch (Neuhaus et al. 2009). Die Beschäftigung

selbst wird häufig in einer rechtlichen Grauzone ausgeführt und findet oftmals unter schwierigen Bedingungen statt (Marlsburg & Isfort 2014; Tigges 2015). Mit dem Aufenthaltsstatus und dem Arbeitsort setzt sich Bridget Anderson (2006) auseinander. Sie untersuchte Haushaltsarbeiterinnen in fünf europäischen Städten (Athen, Barcelona, Bologna, Paris, Berlin) und unterscheidet folgende Varianten.

Variante 1: Live-in-Arbeit

Live-in bedeutet, dass die arbeitende Person im Privathaushalt des zu versorgenden Menschen wohnt und arbeitet, wobei die Zielgruppen häufig ältere Menschen, Personen mit besonderen Bedürfnissen oder Kinder sind. Anfangs erscheint diese Wohn- und Arbeitsform von Vorteil, da oftmals vor der Einreise ins Zielland Schulden für Reisetickets u.a. gemacht wurden und nun die eigene Versorgung sowie die Unterkunft im Zielland ohne wesentliche Mehrkosten geregelt ist. Auch das Lernen der jeweiligen Sprache des Ziellandes und die Eingewöhnung in die neue Kultur sind rasch möglich. Neben den genannten Vorteilen bietet das Zimmer einen Zufluchtsort, der die Betreuerinnen vor der Abschiebung ins Herkunftsland zu schützen scheint. Ein Nachteil ist es jedoch, dass die Betreuerinnen während der Arbeitsphase permanent verfügbar sind (Anderson 2006). Weitere Schwierigkeiten dieser kombinierten Wohn- und Arbeitsform sind beispielsweise:

- lange Arbeitszeiten inklusive Arbeitsbereitschaft im Ausmaß von 24 Stunden (Anderson 2006)
- Einsamkeit, Isolation und sowie fehlende soziale Netzwerke (Karakayali 2010)
- Auseinandersetzungen über fundamentale menschliche Grundbedürfnisse wie Körperpflege, Kleidung, Kommunikation in das Herkunftsland (Anderson 2006)

•• Umgang mit schwerwiegenden Krankheiten und ihren Symptomen

Variante 2: Live-out-Arbeit

Mit Live-out ist ein Wohnort der arbeitenden Person außerhalb der Arbeitsstelle gemeint. Dabei wird zwischen Arbeitstätigkeiten in einem Haushalt (als eine Vollzeitstelle) und der Versorgung mehrerer Menschen in verschiedenen Haushalten unterschieden. Die zweite Variante kommt häufiger vor, wobei Kinderbetreuung sowie Haushaltspflege überwiegen.

Charakteristisch sind fix vereinbarte Arbeitstätigkeiten und eine gestundete oder tagesteilige Bezahlung. Von Seiten der Frauen ist eine hohe Flexibilität gefordert, welche beispielsweise die Koordination von Fahrzeiten und Arbeitsterminen betrifft. Trotzdem wird die Live-out-Arbeit bevorzugt, weil die Arbeitszeit klarer geregelt ist. Sobald sich die arbeitende Person einen ausreichend großen Auftraggeber-Kreis geschaffen hat, ist eine Auswahl der Arbeitsstellen möglich. Dennoch sind die Arbeitsaufträge mit großer Unsicherheit verbunden, da Veränderungen, wie Wohnungsumzüge, Ferien- und Urlaubszeit oder veränderte Einkommenssituationen der Arbeitgeber, einen Verlust einer Arbeitsstelle bedeuten können (Anderson 2006).

Zusammenspiel von Wohnform und Aufenthaltsstatus

Anderson (2006) verbindet die Wohnform und den Aufenthaltsstatus. Beide wirken sich gravierend auf die Arbeits- und Lebenssituationen der Frauen in Privathaushalten aus (Abbildung 1).

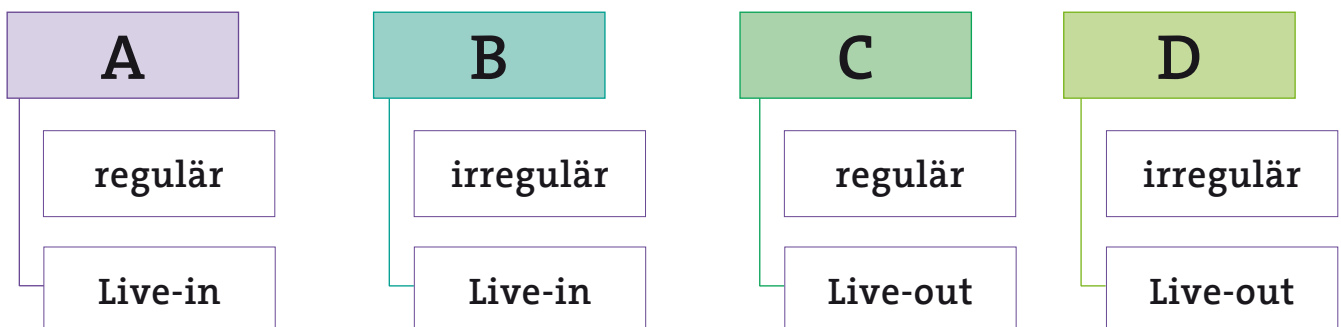
Wenn die Bereiche A, B, C und D verglichen werden, zeigen sich maßgebliche Unterschiede. Der Bereich C erzeugt eher positivere Lebens- und Arbeitsbedingungen, da die Abhängigkeit von den Arbeitgebern (=zu versorgende Person, Familie) weniger gegeben ist. Am schwierigsten erscheint der Bereich B, weil hier eine hohe wohnliche Abhängigkeit sowie eine permanente Verfügbarkeit der Tätigen bestehen können. Zudem ist das Abschiebungsrisiko bei Aufdeckung groß. Diese Interpretationen sind als eine Faustregel zu verstehen. Abhängigkeiten und Unabhängigkeiten können sich in allen Bereichen (A, B, C, D) zeigen. Auch spielen die Biografie und individuelle Strategien in der Ausgestaltung der Beziehung zum Arbeitgeber wichtige Rollen. Unterschiedlich sind die Erfahrungen der Frauen, sie reichen von Zufriedenheit und fairer Ausgestaltung bis hin zu Ausbeutung sowie Erniedrigung (Anderson 2006).

Das Konzept von Anderson kann auf die aktuelle Situation der 24-Stunden-Betreuung übertragen werden. Dazu werden zwei Themen herausgegriffen: die Irregularität und die potenzielle Einbettung in das bestehende pflegerische Versorgungssystem.

Irreguläre Beschäftigung

Nach Döhner et al. (2008) kann irreguläre Arbeitstätigkeit für die beteiligten Personen (Betreuerinnen und Familien) ein Leben in ständigem Stress bedeuten. Die Gründe für die Wahl einer irregulären 24-Stunden-Betreuung sind vielfältig. Als ein mögliches Motiv nennt Konopinski-Klein (2014) aus familiärer Perspektive eine Senkung der Betreuungskosten im Vergleich zum regulären Arbeitsverhältnis. Alternativ können auch überhöhte Ansprüche der Familien dazu führen, dass sich die offizielle Ver-

Abbildung 1: Verschränkung von Arbeits- und Wohnsituation (nach Anderson 2006)





Literatur

Anderson B. (2006) Doing dirty work? Migrantinnen in der bezahlten Hausarbeit in Europa. Assoziation A, Berlin.

Deutscher Caritasverband e.V. (2014) Information des Deutschen Caritasverbandes zu den Rahmenbedingungen der Beschäftigung von Haushaltshilfen in Haushalten von Pflegebedürftigen. <http://www.caritas.de/hilfeundberatung/ratgeber/alter/pflegeundbetreuung/haushaltshilfen-legal-beschaeftigten>, Zugriff am 28.05.2016.

Döhner H., Lüdecke D., Eickhof V. (2008) Migrant workers in home care for older people in Germany: The use and problems of legal and irregular care. *Gerobilim – Journal on Social & Psychological Gerontology* 1 (8), S. 1–13.

Edmunds B. & Schacher U. (2012) Ausländische Pflegekräfte in Privathaushalten, Abschlussbericht. http://www.sankt-georgen.de/nbi/fileadmin/redakteure/Dokumente/FAGsFs/Pflege_HBS_Endfassung.pdf, Zugriff am 28.05.2016.

Harlan E., Ley J., Stern S. (2013) Die illegalen Pflegeengel. Betreuerinnen aus Osteuropa. <http://www.merkur.de/lokales/starnberg/starnberg/illegalen-pflege-engel-betreuerinnen-osteuropa-4816947.html>, Zugriff am 28.05.2016.

Karakayali J. (2010) Transnational Haushalten. Biographische Interviews mit care workers aus Osteuropa. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Konopinski-Klein N. (2014) Frau aus Polen gesucht. Unterstützung aus Osteuropa. *Heilberufe*. 66 (9), S. 50-52.

Lauxen O. (2011) „Bei uns sind Gott sei Dank alle glücklich und zufrieden.“ – Zum Gelingenhäuslicher Pflegearrangements mit osteuropäischen Helferinnen aus Sicht pflegender Angehöriger. *Pflege & Gesellschaft* 16 (3), S. 197–217.

Malsburg A. & Isfort M. (2014) Haushaltsnahe Dienstleistungen durch Migrantinnen in Familien mit Pflegebedürftigkeit. <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/10811.pdf>, Zugriff am 28.05.2016.

Neuhaus A., Isfort M., Weidner F. (2009) Situation und Bedarfe von Familien mit mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen. <http://www.dip.de>, Zugriff am 28. Mai 2016.

Tigges D. (2015) „24-Stunden-Betreuung“ zwischen Markt und Menschlichkeit. Books on Demand, Norderstedt.

mittlungsagentur gegen eine Auftragsannahme entscheidet. Unsicherheiten, Unwissen, Sorge, eine Arbeit zu bekommen sind u.a. Motive, warum die Betreuerinnen eine Schwarzarbeit annehmen. Mit dieser Entscheidung geht einher, dass die Frauen bei Aufdeckung mit einer Ausweisung aus Deutschland rechnen müssen und keinen Versicherungsschutz haben (Konopinski-Klein 2014). Experten (Edmunds & Schacher 2012, Malsburg & Isfort 2014), Non-Profit-Organisationen und Gewerkschaften (z.B. Verdi) weisen darauf hin, wie wichtig es ist, für dieses Problem eine Lösung zu finden. Ein Ansatz, mit diesem Thema umzugehen, ist z.B. das Projekt FairCare, das sich für eine reguläre Beschäftigung engagiert (Konopinski-Klein 2014).

Einbindung in die professionelle häusliche Versorgung

Der zweite Aspekt ist die Einbettung der 24-Stunden-Betreuung in bestehende regionale Strukturen. Nach Neuhaus et al. (2009) sind in vielen Privathaushalten sowohl 24-Stunden Betreuerinnen als auch ambulante Pflegedienste in die Versorgung involviert. Eine Teilbefragung ergab, dass von 154 Familien 60 Prozent eine Kombination aus 24-Stunden-Betreuung und ambulantem Pflegedienst nutzen. In qualitativen Studien zeigt sich ein ähnliches Bild. In einer Studie von Lauxen (2011) ziehen sieben von acht befragten Angehörigen zusätzlich einen Pflegedienst heran. Nach Edmunds & Schacher (2012)

greifen in zwei von vier Fällen Familien mit häuslichen Versorgungsszenarien auf den ambulanten Sektor zurück. Die involvierten Pflegedienste übernehmen die (medizinischen) Pflegeleistungen (Neuhaus et al. 2009; Edmunds & Schacher 2012). Für die Zusammenarbeit müssen entsprechende Modelle erarbeitet werden (Neuhaus et al. 2009).

Eine Möglichkeit wäre es, gemeinsame Versorgungsschnittstellen auszubauen. Sie könnten beispielsweise Koordinierungsaufgaben übernehmen, wenn es u.a. notwendig ist, zusätzliche häusliche Unterstützung zu organisieren. Außerdem könnten sie die fachliche pflegerische Expertise einbringen. Davon würden sowohl die zu versorgende Menschen und ihre Bezugspersonen als auch die 24-Stunden-Betreuerinnen profitieren (Malsburg & Isfort 2014). Auch die Caritas Deutschland fordert eine Einbettung von 24-Stunden-Betreuerinnen in eine regelmäßige professionelle Begleitung. In einem einwöchentlichen Intervall sollen ambulante Pflegedienste die pflegerische Qualitätssicherung übernehmen (Deutscher Caritasverband e.V. 2014).

Allerdings müssten dafür die strukturellen Rahmenbedingungen in Deutschland verändert werden. Dies betrifft beispielsweise den Zuständigkeitsbereich ambulanter Pflegedienste für die Sicherstellung der Qualität und ihre finanzielle Abgeltung. Dazu müsste eine rechtliche Klarheit in Haftungs- sowie Verantwortungsfragen bestehen (Neuhaus 2009 et al.). <<

Zusammenfassung

In der 24-Stunden-Betreuung übernehmen vor allem Frauen aus Mittel- und Osteuropa die Versorgung älterer Menschen in deutschen Privathaushalten. Die Beschäftigung wird häufig in einer rechtlichen Grauzone und unter schwierigen Bedingungen erbracht. Beide wirken sich auf die Arbeits- und Lebenssituation aus, wie eine Untersuchung von Haushaltsarbeiterinnen in fünf europäischen Städten zeigt. Diese Aspekte beeinflussen sich gegenseitig und sollten zu Konsequenzen auf nationaler Ebene führen. Dabei geht es vor allem darum, Arbeitsverhältnisse in eine reguläre Beschäftigung zu überführen, sowie die 24-Stunden-Betreuung in das pflegerische Versorgungssystem einzubetten.

Schlüsselwörter: 24-Stunden-Betreuung, Irregularität, Konsequenzen

Autorenkontakt:

Birgit Rathwallner BSc, MSc, MA, Gesundheits- und Pflegewissenschaftlerin, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der TU- Dresden, Diplomierte Gesundheits-Krankenschwester
Kontakt: Birgit.Rathwallner@tu-dresden.de

> Begleitung von Menschen mit Demenz zu Hause

„Einen alten Baum verpflanzt man nicht...“

SYLKE WERNER

Eine vertraute Umgebung, ein „Zuhause“, ist wohl für jeden von uns sehr wichtig. Auch Menschen mit einer demenziellen Erkrankung möchten so lange wie möglich zu Hause leben. Neben der Pflege spielt auch die Begleitung dieser Menschen eine wichtige Rolle. Wie wichtig ist das „Zuhause“ für sie, und wie können sie und ihre Angehörigen im Rahmen der Demenzbegleitung unterstützt werden?



dem Schweregrad gelangt die Betreuung zu Hause an ihre Grenzen. Denn möglicherweise ist 24 Stunden lang eine Begleitung und Beaufsichtigung notwendig. Betroffene mit fortgeschrittener Demenz sind daher häufig unterversorgt und nicht adäquat betreut, selbst unter Einbezug ambulanter Pflegedienste mit Demenzbegleitung. „Einzelne pflegerische Aufgaben werden von Einrichtungen der ambulanten Altenhilfe, von Sozialstationen, Hauspflegevereinen und Nachbarschaftshilfen übernommen. Auf die speziellen Bedürfnisse von Demenzpatienten und deren Angehörige, vor allem auf zeitaufwendige Dienstleistungen sind sie aber in der Regel nicht eingerichtet.“ (Merz Pharmaceuticals GmbH 2016).

Demenzbegleiter als Unterstützung für Betroffene und Angehörige

Viele ambulante Pflegedienste bieten Entlastungsdienste für pflegende Angehörige an. Geschulte Demenzbegleiter kommen stundenweise in eine Familie und übernehmen die Betreuung. Die Kosten für die Demenzbegleiter übernehmen in der Regel die Pflegekassen, wobei die Höhe vom Grad der Demenzerkrankung abhängig ist.

Die Aufgaben der Demenzbegleitung im ambulanten Bereich unterscheiden sich nicht wesentlich von denen in der Langzeitpflege. Ein wichtiger Unterschied ist jedoch, dass die Demenzbegleiter im häuslichen, sehr privaten Bereich der Patienten agieren, im günstigsten Fall gemeinsam mit pflegenden Angehörigen.

Es ist wohl noch eine utopische Vorstellung, dass Menschen mit Demenz bis an ihr Lebensende in ihrer eigenen Wohnung oder in ihrem eigenen Haus leben können, immer jemand an ihrer Seite ist, der sie unterstützt und begleitet, sodass sie in vertrauter Umgebung so lange wie möglich all das tun können, was sie vor ihrer Erkrankung getan haben. Pflegeheime oder Wohngemeinschaften sind nicht ihr Zuhause, auch wenn dort alles dafür getan wird. Die meisten älteren Menschen möchten trotz Pflegebedürftigkeit in ihren eigenen vier Wänden leben, auch wenn sie an Demenz leiden. Viele werden von ihren Angehörigen gepflegt und betreut. Jedoch immer mehr ältere Personen werden alleinstehend sein, und immer weniger Angehörige werden die

anspruchsvolle Pflege und Betreuung ihres an Demenz erkrankten Familienmitglieds übernehmen können. Somit werden immer mehr externe Hilfen und Angebote gebraucht.

Demenzbegleitung im ambulanten Bereich

Wenn der Mensch mit Demenz aufgrund kognitiver und physischer Beeinträchtigungen nicht mehr in der Lage ist, für sich selbst zu sorgen sowie eine gemütliche und gleichzeitig sinnliche Wohnumgebung zu schaffen, benötigt er Unterstützung und Begleitung. Mit fortschreitender Erkrankung nimmt der Bedarf an professioneller Unterstützung zu und die Nachfrage nach Hilfe- und Pflegeleistungen steigt. Bei zunehmenden

Es ist hinreichend bekannt, dass die Pflege von Angehörigen mit erheblichen Problemen körperlicher, psychischer und sozialer Art verbunden ist. Für pflegende Angehörige ist u.a. wichtig, dass Mitarbeiter im ambulanten Bereich sie unterstützen und die Lebensqualität des Klienten verbessern können. Bei der Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz sind Kenntnisse über das Krankheitsbild sowie das Leben mit den Symptomen notwendig, um eben auf die speziellen, individuellen Bedürfnisse der Betroffenen eingehen zu können. Dabei sollte auch pflegenden Angehörigen das nötige Wissen vermittelt werden, denn sie sind oft überfordert und auf konkrete Inputs und Unterstützung angewiesen. Demenzbegleiter im ambulanten Bereich unterstützen deshalb einerseits den Menschen mit Demenz und andererseits die pflegenden Angehörigen.

Betreuung an individuellen Gewohnheiten der Klienten ausrichten

Die Beziehung zwischen Klient und Demenzbegleiter ist sehr wichtig und an den Merkmalen von Sicherheit und Geborgenheit auszurichten. Auch im privaten Wohnumfeld spielt die Biografie des Betroffenen eine wesentliche Rolle, um mit ihm und ggf. mit den Angehörigen ins Gespräch zu kommen und überhaupt eine Beziehung aufbauen zu können.

Demenzbegleiter unterstützen den Betroffenen auch darin, ein sinnliches Milieu in der Wohnung zu schaffen und regen dies an. Dabei ist immer auf dessen Privatsphäre und Bedürfnisse sowie Gewohnheiten zu achten. Aufgrund von kognitiven und physischen Beeinträchtigungen sind Menschen mit Demenz allerdings immer weniger in der Lage, Reize, die die Sinne anregen, zu erzeugen bzw. wahrzunehmen.

Demenzbegleitung zu Hause bedeutet auch, dass Demenzbegleiter die Alltagskompetenz von Menschen mit Demenz unterstützen und fördern.

Bedeutung der häuslichen Umgebung für Menschen mit Demenz

Ältere Menschen, mit oder ohne Demenz wollen möglichst bis zum Schluss in den eigenen vier Wänden leben. Sie wollen ihre vertraute Umgebung und gewohnte

Verhaltensmuster keinesfalls verlieren. Autonomie im „Zuhause“ bedeutet für viele Menschen im Alter einen „Wohlfühlfaktor“.

Das eigene Leben kontrollieren und beeinflussen zu können, ist ein grundlegendes Bedürfnis. Die Angst vor Autonomieverlust ist wohl mit das schlimmste, was dem Menschen, der pflegebedürftig und auf fremde Hilfe angewiesen ist, passieren kann. So ist z.B. ein Umzug ins Heim mit Gefühlen der Unfreiheit und dem Ausgeliefertsein an eine Institution und fremde Menschen verknüpft. Körperliche und kognitive Einschränkungen führen zu einem Verlust an Lebensqualität. Wenn auch noch der Verlust des Zuhauses sowie der Kontrolle über sich selbst und den Alltag hinzukommen, ist das eine hohe psychische Belastung. Für Menschen mit Demenz ist, aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen, ein Umgebungswechsel schwer zu bewältigen. Alles, was neu ist, können sie sich irgendwann nicht mehr merken. Die eigene Wohnung dagegen birgt Erinnerungen und ist somit vertraut. Menschen schaffen sich in der Regel eine Umgebung, in der sie sich sicher und geborgen fühlen. Veränderungen verunsichern an Demenz Erkrankte schnell und verstärken ihre Rastlosigkeit. Ob Wärmflasche oder Kaffeedose: In der Wohnung sollte alles am gewohnten Platz zu finden sein.

Ein sinnliches und sicheres Zuhause schaffen

Menschen mit Demenz benötigen aufgrund nachlassender kognitiver und physischer Fähigkeiten ein sicheres Zuhause, das gleichzeitig ihre Ressourcen fördert. Im Rahmen der Demenzbegleitung sollten Betroffene und deren Angehörige diesbezüglich beraten und informiert werden, wobei eine sensible Vorgehensweise erforderlich ist. Privatsphäre, Bedürfnisse sowie Gewohnheiten des Betroffenen sind immer zu beachten.

Die Gestaltung der Umgebung spielt eine wesentliche Rolle. Um Personen, Situationen und Räume besser erkennen zu können, benötigen Menschen mit Demenz helles Licht. Ausreichende Lichtquellen sollen Schattenbildungen verhindern und Wege besser ausleuchten. Dadurch können auch Stürze vermieden werden. Auf die Bedürfnisse angepasste Hilfsmittel (z.B. Brille, Hörgerät) tragen dazu bei, dass sich die Person in der Um-

gebung zurechtfindet. Wohnräume sollten übersichtlich gestaltet sein, ausreichend Bewegungsfreiheit bieten sowie frei von gefährlichen Gegenständen sein. Lieblingsfarben sollten sich in den Räumen wiederfinden, z.B. in Bildern, Vorhängen, Tagesdecken oder Bettwäsche. Das Gefühl von Wärme und Wohnlichkeit wirkt auch bei Menschen mit Demenz beruhigend und entspannend. Einfache Gegenstände wie eine Duftlampe, ein Windspiel oder ein Strauß Blumen sprechen gleichzeitig verschiedene Sinne an. Wohl dem, der ein Haustier besitzt, wie Katze oder Hund, um das er sich kümmern kann.

Beispiele für ein sinnliches Zuhause sind u.a.:

- Lieblingsduft anbieten (Gewürz, Parfüm, Rasierwasser, Blumen ...)
- Lieblingsblumen hinstellen
- bevorzugte Musik zeitweise laufen lassen
- bevorzugte Materialien zum Anfassen oder Anschauen ins Blickfeld rücken: z.B. weiche Kissen, Pfeifensammlung, Briefmarkensammlung, Fotos, Zeitungen, Stickereien, Wolle oder Naturmaterialien
- Essplatz so gestalten, dass möglichst eigenständiges Essen (wenn auch mit Kleckern) zugelassen werden kann, das bedeutet Selbstbedienung, ggf. mit Fingern essen lassen, Wahlmöglichkeiten bieten.

Schließlich ist auch die Sicherheit zu Hause wichtig. Menschen mit sogenannten leichten kognitiven Beeinträchtigungen können zu Hause von „Altersgerechten Assistenzsystemen“ profitieren, z.B. von Bewegungsmeldern, Sturzsensoren oder auch von der Übertragung von Vitaldaten in ein Telemedizinzentrum. Darüber hinaus gibt es viele weitere Möglichkeiten, die Wohnung für eine Person mit Demenz sicherer zu gestalten.

Im Alltag das „Normalitätsprinzip“ anwenden

Demenzbegleiter sollten die Klienten dabei unterstützen, ein an den Bedürfnissen orientiertes Zuhause zu schaffen, wo Ressourcen und Selbstständigkeit gefördert werden. Ein strukturierter Tagesablauf bietet Orientierung und Sicherheit und hilft der Person mit Demenz bei der zeitlichen Orientierung. In einem „Zuhause“ sollten der Lebensrhythmus

und persönliche Rituale, wie die Tasse Kaffee oder Kakao am Morgen, die Lieblingsmusik beim Mittagsschlaf oder das Glas Rotwein vor dem Einschlafen unbedingt beibehalten und erinnert werden. Gewohnte tägliche Verrichtungen wie z.B. putzen, Wäsche falten, abwaschen, aufräumen oder Blumen gießen, die ein Zuhause normalerweise ausmachen, übernimmt der Betroffene selbst so weit wie möglich (Normalitätsprinzip). Er fühlt sich dadurch gebraucht und in seinem Selbstvertrauen gestärkt. Bekannte Utensilien wie Töpfe, Lappen, Besen, Staubtücher, Werkzeug, mit denen sich die Person vor der Erkrankung beschäftigt hat, sollten weiterhin sichtbar und erreichbar sein. Wichtig sind auch soziale Kontakte, um Isolation zu vermeiden. Mit anderen Menschen zusammen zu sein, stärkt das Gefühl der Zugehörigkeit, z.B. gemeinsame Mahlzeiten, Kirchenbesuche, Ausflüge oder auch selbst Besuch empfangen und bewirten. Allerdings sollte auch der Wunsch nach Rückzug und Alleinsein berücksichtigt werden. Nicht jeder Mensch möchte immer in Gesellschaft sein, auch der Mensch mit Demenz nicht. Beispiele, wie das Gefühl eines „Zuhause“ im Rahmen der Demenzbegleitung gefördert werden kann, sind:

- Unterstützung (Körperpflege, Mahlzeiten, Ausscheiden usw.) nur, wenn es unbedingt nötig ist und vor allem Gewohnheiten berücksichtigen!
- Autonomie, Selbstständigkeit fördern und erhalten, denn zu Hause macht man alles selbst.
- Tagesstruktur orientiert sich an Gewohnheiten und Biografie; vertraute Abläufe, z.B. feste Schlafens- und Aufwachzeiten, regelmäßige Mahlzeiten, der Vormittagsspaziergang, das nachmittägliche Kaffeetrinken oder gemeinsame Ausflüge sorgen für ein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit zu Hause.

Zusammenfassung

Viele ältere Menschen möchten ihren Lebensabend zu Hause verbringen, auch wenn sie an Demenz erkrankt sind. Häufig sind es Angehörige, die sich dann um die Betroffenen kümmern, sie soweit wie nur möglich in den häuslichen Alltag einbeziehen und ihnen ein Leben in ihren eigenen vier Wänden ermöglichen. Einerseits können Demenzbegleiter Betroffene dabei unterstützen, zu Hause ein weitgehend selbstständiges Leben zu führen. Andererseits können sie Angehörige entlasten, indem sie ihnen in schwierigen Situationen zur Seite stehen und helfen, Probleme zu lösen.

Schlüsselwörter: *Demenz, Begleitung zu Hause, Angehörige unterstützen*

- Einbeziehen in gewohnte Tagesabläufe, z.B. Einkaufen, Zubereitung von Mahlzeiten, Wohnung reinigen, Gartenarbeit, etwas reparieren, jemanden besuchen usw.
- Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichen, z.B. mit dem Betroffenen zum ehemaligen Tanzverein oder Kegelvein gehen, am Stadtteilstfest teilnehmen, den Weihnachtsmarkt oder ein Konzert besuchen.

Wichtig ist, dass die Person mit Demenz in all jene Aktivitäten einbezogen wird, die sie auch vor ihrer Erkrankung gern ausführte. Es zählt dabei nicht das Ergebnis, sondern einfach die Tatsache, dass sie etwas tut, was sie mit ihrem Zuhause verbindet.

Fazit

Auch Menschen mit Demenz leben lieber daheim und könnten dort länger gepflegt und betreut werden, wenn z.B. die Phase der leichten bis mittelschweren Demenz durch Medikamente und rehabilitative Maßnahmen verlängert werden kann (Höpflinger et al. 2011). Die meisten demenziellen Erkrankungen schreiten unaufhaltsam voran und sind nicht heilbar (progreredient). Es muss demzufolge darum gehen, die Lebensqualität der Betroffenen und deren Angehörigen zu verbessern. „Daher müssen für Menschen mit Demenz und deren Familien Dienste eingerichtet werden, um diesen Prozess zu unterstützen. Diese Dienste müssen die Person befähigen, ihr Selbstempfinden zu bewahren und dabei zugleich das beteiligte tiefe emotionale Trauma berücksichtigen“ (Smith 2016, S. 66). Neben finanzierbarer professioneller Unterstützung sollte auch den Angehörigen selbst die Möglichkeit gegeben werden, ein Familienmitglied mit einer demenziellen Erkrankung bis zum Lebensende zu begleiten, ohne dass

diese sozial, finanziell, psychisch und physisch überfordert sind. Das bedeutet, dass Angehörige, die ein Familienmitglied mit Demenz begleiten möchten, z. B.:

- angemessene finanzielle Unterstützung erhalten, sodass ein Berufsausschluss und Wiedereinstieg ohne finanzielle Einbußen und Einschränkungen möglich ist;
- umfassende Schulungen zum Krankheitsbild Demenz und zum Umgang mit dem Familienmitglied wahrnehmen können;
- umfassende rechtliche Beratung und Information erhalten;
- an Schulungen zur Grundpflege teilnehmen können. <<



Literatur:

Höpflinger F., Bayer-Oglesby L., Zumbrunn A. (2011) Pflegebedürftigkeit und

Langzeitpflegeim Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Verlag Hans Huber, Bern.

Merz Pharmaceuticals GmbH (2016) Welche Hilfe gibt es für pflegende Angehörige? Patientenleitlinien der Uni Witten-Herdecke. <http://www.alzheimerinfo.de/angehoerige/hilfe/>, Zugriff am 06.07.2016.

Smith P. T. M. (2016) Stressreduzierende Pflege von Menschen mit Demenz. Der Stress-Coping-Ansatz. Hogrefe, Bern.

Autorenkontakt:

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

> Ambulante Pflege im Wandel der Zeit

Enge Verknüpfung von sozialer Arbeit, Seelsorge und Krankenpflege

MATHILDE HACKMANN

Die Evangelische Gemeindepflege war ein Vorläufer der heutigen ambulanten Pflege. Schwestern und Diakonissen kümmerten sich um Arme, Kranke und Pflegebedürftige. Doch die zurückgehende Zahl an kirchlichen Pflegerinnen konnte den Bevölkerungszuwachs mit erhöhter Lebenserwartung und Zunahme vieler Krankheiten nicht länger bewältigen. Immer stärker musste der Staat ergänzen, was letztlich in die Einführung der Pflegeversicherung mündete.



Das Gebäude des Diakonissenmutterhauses in Kaiserswerth (im Jahr 1913) wird heute als Hotel genutzt.

„Aufs Ganze gesehen wird von den Gemeindepflegestationen und der Arbeit ihrer Schwestern nicht viel gesprochen.“ So leitete Hans Wulf 1965 seine Analyse zur evangelischen Gemeindepflege ein (1965, S. 9). Damit deutet er darauf hin, dass es diese Arbeit gab, sie jedoch kaum thematisiert wurde, denn die „Schwestern verrichten in Ruhe und Treue ihren Dienst“ (Wulf 1965, S. 9). Anlass für Wulfs Analyse war die Sorge, die über 100 Jahre alte organisierte Gemeindepflege aufgrund des Rückgangs der Diakonissen nicht weiterführen zu können. Der folgende Beitrag beleuchtet die Entwicklung der evangelischen Gemeindepflege bis zur Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1994.

Pastor Fliedner und die Diakonissenanstalt Kaiserswerth als Vorbild

Ausgehend von der Beobachtung zunehmender Armut gründete der evangelische Pastor Theodor Fliedner (1800 bis 1864) nach dem Vorbild katholischer Orden im Jahr 1836 in Kaiserswerth bei Düsseldorf das erste Diakonissenmutterhaus (Nolte 2009; Sticker 1960). Die Diakonissen sollten in den Kirchengemeinden Arme und Kranke versorgen. Von vorneherein war jedoch vorgesehen, dass die Diakonisse nicht nur, wie von Fliedner genannt, die „leibliche Pflege“, sondern auch die „geistliche Pflege“ durchführen sollte (Friedrich 2006). Das

Tätigkeitsfeld war damit breit angelegt, und tatsächlich nahmen die Diakonissen Aufgaben wahr, die heute eher Schwerpunkte in den Berufen der Seelsorge und Sozialen Arbeit sind. Die Diakonissen wurden in die Kirchengemeinden entsandt, blieben dem Mutterhaus aber weiter verbunden. Nach diesem Entsendeprinzip arbeiteten Diakonissen auch in den Krankenhäusern. In der Regel übernahmen sie dort den gesamten Pflegedienst. Die rechtlichen Bedingungen regelte das Mutterhaus mit dem Krankenhausträger in sogenannten Gestellungsverträgen. In den Gemeinden waren die Diakonissen eher auf sich gestellt, stark abhängig vom Pfarrer und den örtlichen Gegebenheiten.

ten. Hier setzte sich relativ schnell der Begriff Gemeindegeschwester durch.

In der Vorbereitung auf ihre Tätigkeit erhielten die Diakonissen eine Ausbildung. Diese beschränkte sich jedoch nicht, wie zu der Zeit bei den katholischen Orden üblich, auf die religiöse Vorbereitung und die praktische Tätigkeit in der Krankenpflege, sondern der Anstaltsarzt wurde ebenfalls verpflichtet, Unterricht zur Krankenwartung zu geben (Sticker 1960). Trotzdem lässt sich vermuten, dass diese Vorbereitung für das breite Aufgabenspektrum nicht ausreichte. Berichte, die die Gemeindegewestern an das Mutterhaus schrieben, zeigten „die Gemeindegewester als Quartiermanagerin (also als eine Sozialmanagerin des Stadtteils), als eine pflegende Sozialarbeiterin“, wie Friedrich erläutert, der davon ausgeht, dass diese unklare Rolle häufig zur Überforderung führte (Friedrich 2006, S. 90).

Amalie Sieveking in Hamburg und ihre Vereinsgründung

Auch der im Jahr 1833 von Amalie Sieveking (1794 bis 1859) gegründete weibliche Verein für Armen- und Krankenpflege in Hamburg widmete sich der ambulanten Pflege. Ähnlich wie bei Fliedner spielte auch bei Sieveking die „moralische und religiöse Einwirkung“, wie sie in den Statuten des Vereins erwähnt wird, eine große Rolle (Sieveking 1839, S. 2). Als Mitglieder fanden sich Frauen aus der mittleren und höheren Schicht des Bürgertums (Joho 2007).

Der Schwerpunkt des Vereins lag auf der Armenpflege, wobei sehr genau darauf geachtet wurde, dass es sich um „die bessere, rechtliche Klasse von Armen“ handelte (Sieveking 1839, S. 1). Im Jahr 1839 betreuten die Mitglieder des Vereins etwa 100 arme Familien, die sie je nach Bedarf wöchentlich oder 14-tägig besuchten. Bei Familien mit kranken



Foto: Kellis/Fotolia

Mitgliedern erfolgte zweimal wöchentlich ein Besuch, und bei Bedarf wurde eine Krankenwärterin für die Körperpflege bestellt. In erster Linie übernahm der Verein Aufgaben der Arbeitsvermittlung, seltener wurde mit Geld- und Sachspenden geholfen. Die Arbeitsvermittlung konnte auch so aussehen, dass ein Mitglied einer betreuten Familie die Pflege eines Kranken in einer anderen betreuten armen Familie übernahm. Die Tätigkeiten wurden von den Besucherinnen ausführlich dokumentiert (Sieveking 1839). Mit dem umfassenden Ansatz dieser Hilfe wird deutlich, dass die Krankenpflege auch in Sievekings Konzept nur ein Teil war und wie in Fliedners Konzept Seelsorge und Soziale Arbeit eng verknüpft waren.

Etablierte Strukturen der evangelischen Gemeindepflege zur Jahrhundertwende

Bereits im ersten Jahrzehnt nach Fliedners Gründung entstanden Diakonissenmutterhäuser unter anderem in Berlin, Paris, Straßburg und Dresden. Es folgten zahlreiche weitere Diakonissenmutterhäuser sowohl im europäischen Raum als auch in den USA (Wacker 1899). Bis zur Jahrhundertwende hatte sich das Prinzip der Diakonissenmutterhäuser reichsweit durchgesetzt.

Eine weitere Form organisierter evangelischer Gemeindepflege sicherten die Diakonievereine, die Frauen zu Diakonieschwestern ausbildeten. Diese Vereine waren für Frauen interessant, die sich nicht für das ganze Leben als Diakonisse verpflichten wollten. Das wohl bekannteste Beispiel ist die Schwesternschaft des Evangelischen Diakonievereins in Berlin-Zehlendorf, die von Friedrich Zimmer (1855 bis 1919) Ende des 19. Jahrhunderts gegründet wurde (Katscher 1998). Auch die Diakonievereine arbeiteten nach dem Prinzip der Mutterhäuser. Sowohl die Diakonissenmutterhäuser als auch die Diakonieschwesternschaften übernahmen ab 1907 die Ausbildungsregelungen und die Prüfung für Krankenpflegepersonen (Schweikardt 2008).

Tätigkeiten der Gemeindegewestern der Stiftskirche zu St. Georg, im Jahr 1904:

- Drei Gemeindegewestern machten in 359 Familien insgesamt 4193 Besuche,
- zusätzlich wurden 17 Wöchnerinnen betreut,
- bei 9 Operationen wurde assistiert,
- es wurde 8 ganze und 2 halbe Nächte gewacht,
- 17 Taufen und 14 Krankenkommunionen wurden begleitet,
- 721 Mahlzeiten wurden verteilt,
- verteilt wurden ebenfalls Krämerwaren, Wein, Kleidungsstücke und anderes,
- 38 Familien wurden bei der Weihnachtsbescherung berücksichtigt,
- 26 Familien und einzelne Alte wurden zur Weihnachtsfeier eingeladen,
- einzelne Kinder wurden ins Sanatorium zur Sommererholung geschickt.

(Quelle: Schwesternschaft der Stiftskirche St. Georg 1905)

Aus den Jahresberichten, die häufig im Zusammenhang mit dem Rechnungsabschluss gedruckt und an die Spender ausgegeben wurden, lassen sich Rückschlüsse auf die typischen Tätigkeiten der Gemeindefürsorgenden ziehen. Ein Beispiel findet sich im 31. Bericht der Gemeindefürsorge der Stiftskirche zu St. Georg in Hamburg aus dem Jahr 1905 (siehe Kasten).

Hier wird deutlich, dass neben der Krankenpflege auch Seelsorge und Sozialarbeit übernommen wurde.

Ein halbes Jahrhundert lang kaum Veränderungen

Mit der Gründung des Deutschen Caritasverbandes und des Diakonischen Werkes auf Reichsebene vernetzten sich die kirchlichen Organisationen und damit auch die evangelische Gemeindefürsorge besser. Nach dem Ersten Weltkrieg (1914 bis 1918) wurde der Sozialstaat ausgebaut, die Krankenversicherung übernahm nun auch teilweise die Finanzierung ambulanter Pflege. Zeitgleich professionalisierte die Soziale Arbeit sich zunehmend (Müller 2013). Die grundsätzliche Form der evangelischen Gemeindefürsorge blieb trotz dieser Veränderungen relativ stabil. Die Nationalsozialisten planten zwar, die kirchliche Gemeindefürsorge komplett durch die Nationalsozialistische Volkswohlfahrt und NS-Schwester zu ersetzen, dies konnte jedoch zumindest in einigen Regionen des Reichs nicht verwirklicht werden (Hackmann 2013).

Nach 1945 erfuhr die evangelische Gemeindefürsorge in Westdeutschland zunächst kaum Beachtung. Ambulante Pflege erfolgte weiterhin überwiegend durch die katholische und evangelische Kirche. Gegen Ende der 1950er Jahre zeichnete sich jedoch ein zunehmender Mangel an Diakonissen ab. Die Anforderungen an die Gemeindefürsorge, die sich

nun immer mehr zur Gemeindefürsorge entwickelte, wurden höher. Die Bevölkerung erreichte nicht nur ein höheres Alter – es zeigte sich auch ein größeres Krankheitsspektrum (Herold 1990).

Die „Krise“ in den 1960er Jahren und die Einführung von Sozialstationen

Diese auch als „Krise“ (Wulf 1965) wahrgenommene Situation führte zu einer verstärkten Diskussion um den Schwesternmangel in den beiden Kirchen. Folgende Mängel wurden festgestellt:

1. der Rückgang der Diakonissen und Ordensschwesterinnen,
2. ihre Überalterung und ein nicht mehr der Realität entsprechendes Bild von der Gemeindefürsorgenden in der Öffentlichkeit,
3. nicht mehr zeitgemäße Arbeitsbedingungen,
4. fehlende fachliche Qualifikation für die neuen Ansprüche,
5. mangelndes Wissen der Öffentlichkeit über Bedeutung und Aufgabe der ambulanten Krankenpflege,
6. Finanzierungsprobleme der Träger,
7. unterschiedliche Auslastung der Schwestern.

(Junge 1983, S. 384 f.)

Als Reaktion auf die zusätzlichen Anforderungen führten die Landesregierungen nach und nach Sozialstationen ein. Zunächst in Rheinland-Pfalz, später dann auch in anderen Bundesländern, wurden die Dienste Krankenpflege, Altenpflege sowie Haus- und Familienpflege als Kernangebote zusammengefasst. Weitere Dienste (z. B. Gesundheitserziehung, Seelsorge, Hilfe für Familien in Notsituationen) sollten das Angebot ergänzen. Damit knüpfte das Konzept direkt an die bereits bestehenden Angebote der evangelischen Kirchengemeinden an.

Mehrere Gemeindefürsorgenden wurden nun organisatorisch zusammengefasst und arbeiteten fortan gemeinsam in Diakoniestationen und Diakonische-Sozialstationen (Junge 1983).

Der zügige Ausbau der Dienste wurde möglich, weil einerseits die ambulante Pflege 1977 zur Pflichtleistung der Krankenkassen wurde (Poske 1990), andererseits die Länder die Sozialstationen großzügig förderten. Nach und nach stellte man vermehrt weltliche Pflegenden ein, weswegen der Bezug zur Kirchengemeinde teilweise an Bedeutung verlor. Auch die Ausdifferenzierung der Berufe war ein Grund dafür, dass die Soziale Arbeit zunehmend nicht mehr als Aufgabe der Pflegenden gesehen wurde. Der Bedarf an Pflege vergrößerte sich derart, dass sich die meisten Sozialstationen auf ihre Kernbereiche konzentrierten (Moers 1997).

Reduktion der Tätigkeiten durch die Pflegeversicherung

Mit Einführung der Pflegeversicherung änderten sich die Finanzierungsbedingungen der Sozialstationen drastisch. Bisher großzügige finanzielle Zuschüsse der Bundesländer fielen geringer aus oder häufig ganz weg. Die strikte regionale Zuständigkeit wurde aufgehoben, und die Konkurrenz durch private Anbieter machte auch den Diakoniestationen zu schaffen. Fortan standen organisatorische und finanzielle Fragen häufig im Vordergrund, ebenso die entsprechende Weiterbildung der Pflegekräfte (Hackmann 2005). Mit der Umstellung der Refinanzierung der exakt definierten Leistungsmodul im Rahmen der Pflegeversicherung hatte sich die Einheit von Sozialer Arbeit, Seelsorge und Krankenpflege vorläufig aufgelöst. Erst in den letzten Jahren erfolgte im Rahmen der Pflegestärkungsgesetze eine zaghafte Rückbesinnung auf die frühere ganzheitlichere Sichtweise der ambulanten Pflege. <<

Zusammenfassung

Die Organisationsformen evangelischer Gemeindefürsorge gehen überwiegend auf Vorbilder im 19. Jahrhundert zurück. Dabei waren Soziale Arbeit, Seelsorge und Krankenpflege eng verknüpft. Das Konzept der Diakonissenmutterhäuser setzte sich bis Ende des 19. Jahrhunderts durch und prägte die evangelische Gemeindefürsorge über Jahrzehnte. Die Ausdifferenzierung der Berufe und der Mangel an Diakonissen begünstigten den Aufbau von Sozialstationen in den 1970er Jahren. Die Verknüpfung von sozialer Arbeit, Seelsorge und Krankenpflege löste sich nach und nach und fand mit der Einführung der Pflegeversicherung ihr vorläufiges Ende.

Schlüsselwörter: Diakonie, Geschichte, Soziale Arbeit

Das vollständige Literaturverzeichnis finden Sie unter www.kohlhammer-pflege.de

Autorenkontakt:

Mathilde Hackmann, MSc, Studiengruppenleitung, Ev. Hochschule für Soziale Arbeit & Diakonie
Kontakt: mhackmann@rau.heshaus.de

> Cochrane-Review

Spezialisierte häusliche Pflegeangebote für Kinder

CORNEL SCHIESS & MYRTA KOHLER

Spezialisierte häusliche Pflegeangebote können eine kosteneffektive Möglichkeit darstellen, Belastungen durch Rehospitalisierungen zu reduzieren und die Klinikaufenthaltsdauer zu senken. Inwiefern solche Angebote auch für Kinder sinnvoll sind, untersuchte ein Cochrane-Review.



Die Autoren durchsuchten die Datenbanken CENTRAL, MEDLINE, CINAHL, EMBASE und PsycINFO und in die Studienregister ClinicalTrials.gov und International Clinical Trials Registry Platform. Zusätzlich wurde in Abstract-Archiven von akademischen pädiatrischen Fachgesellschaften und von jährlichen wissenschaftlichen Kongressen recherchiert. Es erfolgte keine Restriktion der Suche hinsichtlich Sprache der Studien.

Eingeschlossen wurden randomisierte, kontrollierte Studien (RCT) oder Quasi-RCT, welche häusliche Pflegeangebote für Kinder bis 18 Jahre mit akuten und chronischen Erkrankungen untersuchten. Die Studien mussten

mindestens ein objektives Zielkriterium (harter Endpunkt) wie z.B. die Anzahl der Hospitalisierungen gemessen haben.

Intervention und Kontrolle

Als Intervention wurden spezialisierte häusliche Pflegeangebote für Kinder mit akuten und chronischen komplexen Erkrankungen im Vergleich zur Standardversorgung (z.B. Klinikaufenthalt) als Kontrolle untersucht.

Zielkriterien

Zielkriterien waren physische Gesundheit, mentale Gesundheit, Rehospitalisierungen und Notaufnahmen, Klinikaufenthaltsdauer, Zufriedenheit, Lebensqualität der Kinder und der Betreuungspersonen sowie Behandlungskosten.

Vorgehen

Zwei Autoren prüften unabhängig voneinander Titel und Abstracts der Studien anhand definierter Einschlusskriterien. Potenziell relevante Publikationen wurden anschließend anhand der Volltexte untersucht. Die Daten aus den eingeschlossenen Studien wurden durch zwei Autoren unabhängig voneinander mit Hilfe eines selbstentwickelten Formulars extrahiert und in die Software Review Manager 5.1 eingegeben. Bei der Studienauswahl und bei der Datenextraktion wurden Unstimmigkeiten mittels Diskussion bzw. durch Hinzuziehen einer dritten Person gelöst. Die methodische Qualität der Studien wurde mit Hilfe des Cochrane-Risk-of-Bias-Tools bestimmt.

Datenanalyse

Wenn möglich, wurde eine Intention-to-Treat-Analyse durchgeführt. Bei fehlenden Daten wurden Originalautoren kontaktiert. Es erfolgte eine narrative Synthese der Ergebnisse.

Ergebnisse

In den Cochrane-Review konnten 7 Studien mit insgesamt 840 Kindern im Alter zwischen 3 Monaten und 17 Jahren eingeschlossen werden. Eine Studie mit chronisch kranken Kindern zeigte durch spezialisierte häusliche Pflegeangebote keinen Unterschied hinsichtlich der allgemeinen Gesundheit im Vergleich zur Kontrollgruppe. Allerdings konnte die

Coping-Fähigkeit der Eltern drei Monate nach der Intervention statistisch signifikant verbessert werden ($p < 0.001$). In einer Studie mit neu diagnostiziertem insulinpflichtigen Diabetes zeigten sich nach 24 Monaten durch das häusliche Pflegeangebot statistisch signifikant niedrigere HbA_{1c} -Werte ($p < 0.02$).

Hinsichtlich mentaler Gesundheit führte die Intervention bei chronisch kranken Kindern zu einer signifikant besseren kindlichen Anpassung (child's psychological adjustment) nach sechs Monaten ($p < 0.05$). Zudem verbesserten sich Symptome hinsichtlich mentaler Gesundheit bei den Müttern, wenn auch nicht statistisch signifikant ($p = 0.07$). Verhaltensprobleme und Sozialkompetenz unterschieden sich zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe nicht.

Spezialisierte häusliche Pflegeangebote für Kinder hatten innerhalb von 90 Tagen keinen signifikanten Einfluss auf die Rehospitalisierungsrate ($p = 0.49$). Bei Kindern mit einer akuten Erkrankung konnte die Liegedauer durch die Intervention statistisch signifikant verkürzt werden ($p < 0.0001$). Hier zeigte sich auch, dass 90% der Eltern und 66% der Kinder das Pflegeangebot zu Hause bevorzugten, die Eltern hatten den Eindruck, dass sich die Kinder schneller erholen und die Familie sozial und finanziell weniger belastet wird.

Die chronische Erkrankung der Kinder beeinträchtigte die Lebensqualität der ganzen Familie. Die spezialisierte häusliche Pflege konnte diese Situation nicht verbessern ($p = 0.14$). Spezialisierte häusliche Pflegeangebote zeigten sich in zwei Studien als kostenintensiver für die Anbieter, waren allerdings mit wesentlichen Kosteneinsparungen für die Familien verbunden. Eine Studie stellte keinen finanziellen Vorteil für die Familien fest.

Schlussfolgerung

Aktuelle Forschung mit akut und chronisch erkrankten Kindern zeigt derzeit keinen eindeutigen Nutzen spezialisierter häuslicher Pflegeangebote hinsichtlich Hospitalisierungen, obwohl die Ergebnisse einiger weniger Studien auf kürzere Aufenthaltsdauern hinweisen. Die vorläufigen Ergebnisse deuten darauf hin, dass es zu keinen unerwünschten Ereignissen bei körperlichem Wohlbefinden kam. Einige Studien berichten eine durch häusliche Betreuung verbesserte Zufriedenheit. Es bedarf weiterer Studien, welche Gesundheit, Zufriedenheit, Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen und Langzeitkosten untersuchen.

Kurz und bündig: Was bedeutet was?!

Revman, Review-Manager

Software der Cochrane Collaboration zur Erstellung von Reviews und Meta-Analysen (<http://ims.cochrane.org/>)

Statistische Signifikanz

Ein statistisch signifikantes Ergebnis einer Studie ist ein Ergebnis, das gegen die Nullhypothese spricht. In der Regel besagt die Nullhypothese, dass es keinen Unterschied zwischen den Gruppen gibt. Signifikantes Ergebnis spricht also für einen Unterschied. Die Aussage basiert auf einem statistischen Test, der zur Prüfung einer vorab festgelegten Hypothese mit vorab festgelegter Irrtumswahrscheinlichkeit durchgeführt wird. Statistische Signifikanz darf nicht mit klinischer Relevanz gleich gesetzt werden.

Quasi-Randomisierung

Methoden der Studienzuordnung, die zwar nicht randomisiert sind, jedoch mit der Absicht angewandt werden, bei der Teilnehmerzuordnung ähnliche Gruppen zu gewährleisten. Beispiele: Zuordnung nach Geburtsdatum oder Krankenhausidentifikationsnummer, alternierende Zuordnung. <<



Literatur

Original Cochrane Review:

Parab C.S., Cooper C., Woolfenden S. & Piper S.M. (2013) Specialist home-based nursing services for children with acute and chronic illnesses. The Cochrane Database of Systematic Reviews, CD004383

Autorenkontakt:

Cornel Schiess, BScN, wissenschaftlicher Assistent, Institut für Angewandte Pflegewissenschaft IPW-FHS, St. Gallen.
Kontakt: cornel.schiess@fhsg.ch

Myrta Kohler, MScN, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut für Angewandte Pflegewissenschaft IPW-FHS, St. Gallen.
Kontakt: myrta.kohler@fhsg.ch

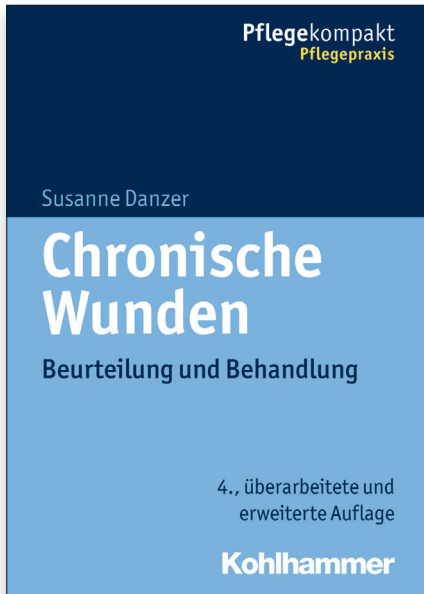
Informationen

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

Schlüsselwörter: *Kinder, ambulante Pflege*

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

Fachliteratur für die Pflegepraxis



Susanne Danzer

Chronische Wunden

Beurteilung und Behandlung

4., überarbeitete und erweiterte Auflage 2014
236 Seiten, 56 Abb., 12 Tab. Kart. € 15,99
ISBN 978-3-17-026708-4

auch als
EBOOK

Pflegekompakt

Der Heilungsprozess chronischer Wunden ist meist langwierig, für die Betroffenen mit einer eingeschränkten Lebensqualität verbunden und zieht nicht zuletzt hohe volkswirtschaftliche Kosten nach sich. Dieses Buch bietet entsprechend dem Expertenstandard Informationen zu physiologischen Wundheilungsstadien, Gradeinteilungen chronischer Wunden, die häufigsten chronischen Wundarten sowie Beurteilungskriterien und Therapiemöglichkeiten. Themen wie Ernährung, Schmerz und Dokumentation, Präventivmaßnahmen, Beratung und Anleitung der Betroffenen ergänzen dieses kompakte Praxisbuch. Die Versorgung von Tumorzellen wurde in der 4. Auflage erweitert und es wurden zusätzliche Informationen zum Thema Lymphödem ergänzt.



Nada Ralic

Expertenstandards in der ambulanten Pflege

Ein Handbuch für die Pflegepraxis

2012. 370 Seiten, 45 Abb., 50 Tab. Kart. € 39,90
ISBN 978-3-17-021168-1

auch als
EBOOK

Der Gesetzgeber hat durch den Erlass der Gesetzbücher V und XI pflegerische, medizinische und rehabilitative Einrichtungen dazu verpflichtet, ihre Leistungen „entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse“ zu erbringen. Alle SGB-XI-Einrichtungen sind gemäß § 113a zur Umsetzung der Expertenstandards verpflichtet. Die Qualitätskriterien der Expertenstandards machen die Hälfte der vom Medizinischen Dienst zu prüfenden Kriterien aus, davon fließen 16 Kriterien in die TÜV-Note ein. Diese Qualitätskriterien werden hier im Buch für jeden Expertenstandard ausführlich dar- und vorgestellt; worauf ist z. B. bei der Einschätzung des Dekubitusrisikos zu achten oder wie können „Stolperfallen“ in der eigenen Wohnung erkannt und vermieden werden. Das Buch geht auch auf die Besonderheiten zur Umsetzung der Expertenstandards ein und gibt einen Überblick über Zusammenhänge und Wechselwirkungen der Expertenstandards untereinander.

Leseproben und weitere Informationen unter www.kohlhammer.de

> Qualitätsprüfungen

Welche Bewertungskriterien gelten zukünftig für ambulante Pflegedienste?

ROLAND LAPSCHIESS & JEANETTE KÜCK

Die öffentliche Diskussion über die Qualität der Pflege hat bereits im Jahr 2009 zur Einführung regelmäßiger Qualitätsprüfungen geführt. Damals wurde der Medizinische Dienst der Krankenversicherungen (MDK) damit beauftragt, die Pflegeeinrichtungen einer jährlichen Regelprüfung zu unterziehen und sie nach dem Schulnotenprinzip zu bewerten. Seit 2011 werden die Prüfergebnisse durch die Landesverbände der Pflegekassen im Internet in Form von Pflege-Transparenzberichten „verständlich, übersichtlich und vergleichbar“ (§ 115 SGB XI) veröffentlicht. Der Gesetzgeber will mit der neuen Pflege-Transparenzvereinbarung auch für die ambulante Pflege den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen die Auswahl einer geeigneten Pflegeeinrichtung erleichtern.



Foto: fotogestoeber/Fotolia

in den Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten (MDS, 2014b, S. 63).

Inhalte der neuen Pflege-Transparenzvereinbarung zur ambulanten Pflege

Die neue Pflege-Transparenzvereinbarung für ambulante Pflegeeinrichtungen wurde am 7. Dezember 2015 beschlossen. Ab dem 1. Januar 2017 werden ambulante Pflegedienste nach dieser neuen Grundlage bewertet. Eine wesentliche Änderung ist, dass sich die Prüfung nicht mehr ausschließlich auf die Dokumentation stützt, sondern die Gutachter Pflegebedürftige, Angehörige und Pflegekräfte befragen können. Die pflegfachlichen Auskünfte gewinnen somit an Bedeutung.

Einige Bewertungskriterien, die pflegwissenschaftlich nicht belegt sind, wurden aus dem Kriterienkatalog gestrichen, außerdem wurde das Stichprobenverfahren den neuen Pflegegraden angepasst. Die Skalenwerte zur Ermittlung der Transparenznoten wurden aus der Transparenzvereinbarung für stationäre Pflegeeinrichtungen übernommen. Die Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA) besteht aus sieben Paragraphen, deren wesentliche Änderungen hier dargestellt werden. In § 1 PTVA sind die Qualitätsbereiche festgelegt, die in die Bewertung einbezogen werden. Wie bisher gibt es vier davon:

Für die Qualität in den ambulanten Pflege gelten gegenwärtig die gemeinsamen „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 27. Mai 2011“ der Pflegekassen, der Verbände und der zugelassenen Pflegeeinrichtungen. Die Prüfung wird auf der Basis der „Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114ff SGB XI in der ambulanten Pflege“ vom 17. Januar 2014 (MDS 2014a) durchgeführt, die zwischen dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Spitzenverband), den Sozialhilfeträgern und den Bundesverbänden der Pflegeeinrichtungen vereinbart wurden.

Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen, also „die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität“ werden in den einrichtungsbezogenen Pflege-Transparenzberichten nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI dargestellt. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber den Medizinischen Dienst des Spitzenverband Bund der Krankenkassen (MDS) dazu verpflichtet, die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen auf Grundlage des § 114a, Abs. 6 SGB XI im Abstand von drei Jahren zusammenfassend zu veröffentlichen. Der letzte Bericht über die „Qualität in der ambulanten und stationären Pflege“ wurde im Dezember 2014 publiziert. Die Pflege-Qualitätsberichte des MDS bieten einen Gesamtüberblick über die bundesweite Qualitätsentwicklung

	Personenbezogen	Einrichtungsbezogen	Befragung der Pflegebedürftigen
Beurteilungssystematik	erfüllt/nicht erfüllt	ja/nein	„immer/ja“, „häufig“, „gelegentlich“, „nie/nein“
Darstellung im Transparenzbericht	Bei „x“ von „y“ Pflegebedürftigen erfüllt	ja/nein	„immer/ja“, „häufig“, „gelegentlich“, „nie/nein“ Bei „x“ von „y“ Pflegebedürftigen
Informationsquelle	<ul style="list-style-type: none"> • Inaugenscheinnahme Pflegebedürftigen, • Auswertung der Pflegedokumentation, • Befragung der Pflegebedürftigen, • Befragung der Angehörigen, • Auskunft/Information/Darlegung (Darstellung und Begründung anhand des konkreten Lebenssachverhalts) durch die Mitarbeiter. 	<ul style="list-style-type: none"> • Auswertung der Dokumentation, • Beobachtungen während der Prüfung, • Befragung der Pflegebedürftigen, • Befragung der Angehörigen, • Auskunft/Information/Darlegung durch die Mitarbeiter. 	Persönliche Befragung der Pflegebedürftigen

Tabelle 1: Qualitätskriterien, Beurteilungssystematik und Quelle der Nachweise (vgl. GKV 2015, S. 5, S. 22)

1. pflegerische Leistungen
2. ärztliche verordnete pflegerische Leistungen
3. Dienstleistung und Organisation
4. Befragung der Pflegebedürftigen

Bei der Benennung der Qualitätsbereiche gab es nur eine marginale Veränderung. Lediglich der Bereich „4“ wurde umbenannt. Der bisher verwendete Ausdruck „Kunden“ wurde durch „Pflegebedürftige“ ersetzt.

In § 2 PTVA wurde die Auswahl der Pflegebedürftigen an die ab 1. Januar 2017 geltenden Pflegegrade angepasst und neu geregelt. In die Prüfung eines Pflegedienstes werden insgesamt acht Pflegebedürftige einbezogen, „... die Sachleistungen nach SGB XI beziehen und zumindest körperbezogene Pflegemaßnahmen in Anspruch nehmen...“ (§ 2 PTVA). Die Stichprobe setzt sich wie folgt zusammensetzen:

- drei Personen mit dem Pflegegrad 2
- drei Personen mit dem Pflegegrad 3
- zwei zufällig ausgewählte Personen mit den Pflegegraden 4 oder 5

Pflegebedürftige, die nur Behandlungspflege erhalten, werden also auch weiterhin nicht in die Prüfung einbezogen. Die Prüfergebnisse werden auch dann veröffentlicht, wenn die Stichprobe die vorgesehene Personenzahl unterschreitet. Nach der gegenwärtig noch geltenden Pflege-Transparenzvereinbarung wird die Pflegequalität bei mindestens 5 und höchstens 15 Personen geprüft.

Die Bewertungssystematik ist in § 3 PTVA festgelegt. Unterschieden werden personenbezogene und einrichtungsbezogene Kriterien (GKV 2015, S. 22). Neu ist, dass für die personenbezogenen Kriterien der Grad der Erfüllung mit „x von y“ Personen im Pflege-Transparenzbericht dargestellt wird. Die einrichtungsbezogenen Kriterien werden mit „ja“ oder „nein“ bewertet. Darüber hinaus ist auch weiterhin eine Befragung der ausgewählten Pflegebedürftigen vorgesehen. Ihnen werden zum Beispiel die beiden folgenden Fragen gestellt:

- Werden mit Ihnen die Zeiten der Pflegeeinsätze abgestimmt?
- Fragen die Mitarbeiter des Pflegedienstes Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?

Zur Beantwortung der insgesamt 12 Fragen wird eine Skala mit Abstufung „immer/ja“, „häufig“, „gelegentlich“ oder „nie/nein“ verwendet.

Tabelle 2: Kriterien, Bewertungsgraduierungen und Skalenwerte (vgl. GKV 2015, S. 16)

Kriterien	Bewertungsgraduierung	Skalenwert
Personenbezogen (T1 bis T25)	erfüllt	10
	nicht erfüllt	0
Einrichtungsbezogen (T26 bis T34)	ja	10
	nein	0
Befragung der Pflegebedürftigen (T35 bis T46)	ja/immer	10
	häufig	7,5
	gelegentlich	5
	nein/nie	0

Note	Skalenwert
Sehr gut (1 – 1,4)	9,31 – 10
Gut (1,5 – 2,4)	7,91 – 9,3
Befriedigend (2,5 – 3,4)	6,51 – 7,90
Ausreichend (3,5 – 4,4)	5,11 – 6,50
Mangelhaft (4,5 – 5,0)	0 – 5,10

Tabelle 3: Notenskala (vgl. GKV 2015, S. 17)

Die Pflegebedürftigen können die Fragen abgestuft bewerten, die Bewertungsgradierungen und die Skalenwerte sind in Tabelle 2 dargestellt. Die Gesamtbewertungen ergeben sich wiederum aus den Durchschnittswerten der erhobenen Einzelwerte.

Wie bisher werden die Kriterien sowohl einzeln als auch zusammengefasst bewertet, bezogen auf die Qualitätsbereiche. Die Bewertungen der Qualitätsbereiche 1 bis 3 bilden die Grundlage für die Gesamtbewertung, die in Schulnoten von „sehr gut“ bis „mangelhaft“ angegeben wird. Tabelle 3 zeigt die Skala zur Festlegung der Noten.

Im Pflege-Transparenzbericht wird zum Vergleich die Durchschnittsnote der ambulanten Pflegedienste des jeweiligen Bundeslandes angegeben, vorausgesetzt, dass zum Zeitpunkt der Veröffentlichung bereits mindestens 20% der ambulanten Pflegedienste im jeweiligen Bundesland geprüft wurden.

Das Bewertungsergebnis der Befragung der Pflegebedürftigen (Qualitätsbereich 4) wird wie bisher mit einer gesonderten Note im Pflege-Transparenzbericht ausgewiesen.

Die Pflege-Transparenzberichte der stationären Pflegeeinrichtungen werden bereits seit dem 1. Januar 2014 in der hier beschriebenen Weise veröffentlicht.

Keine Veränderungen wurden in § 4 PTVA vorgenommen. Wie bisher erfolgt die Bewertung der Kriterien nach den

Vorgaben der Ausfüllanleitung nach Anlage 3 der Pflege-Transparenzvereinbarung.

In § 5 PTVA wurde die Möglichkeit gestrichen, „die Ergebnisse gleichwertiger Prüfungen“ im Pflege-Transparenzbericht zu veröffentlichen. Die Prüfergebnisse der zuständigen Heimaufsichtsbehörden oder anderer, von der Pflegeeinrichtung selbst beauftragter unabhängiger Prüfinstanzen können grundsätzlich als gleichwertig gelten (§ 114 SGB XI). Die Anerkennung des Prüfverfahrens muss allerdings zuvor beim zuständigen Landesverband der Pflegekassen beantragt werden. Auf Wunsch der Pflegeeinrichtung wird eine Verlinkung mit den Ergebnisberichten gleichwertiger Qualitätsprüfungen hergestellt.

Gemäß § 6 PTVA ist die neue Pflege-Transparenzvereinbarung ab dem 1. Januar 2017 anzuwenden. Bis zu diesem Zeitpunkt gelten die alten Vereinbarungen mit den derzeitigen Transparenzkriterien. Eine Ausnahme stellt das Kriterium 32 dar: „Werden die Mitarbeiter regelmäßig in erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?“. Zur Prüfung dieses Kriteriums erheben die Prüfer bereits seit dem 1. Januar 2016 die Nachweise von 10% der Mitarbeiter, die seit mindestens einem Jahr im Pflegedienst beschäftigt sind.

Der Übergang zu den neuen Kriterien ist in § 7 PTVA geregelt. Während einer Übergangszeit von einem Jahr werden die Pflege-Transparenzberichte mit einem Hinweis versehen, der die Verbraucher darauf aufmerksam macht, dass Vergleiche nur bei Verwendung der gleichen Prüfungsgrundlage angestellt werden können. Bis alle ambulanten Dienste nach den neuen Regeln bewertet sind, werden die Prüfberichte unterschiedlich farblich markiert und mit dem entspre-

chenden Verweis auf den Websites der Pflegekassen veröffentlicht.

Änderungen der Kriterien zur Benotung der ambulanten Pflegedienste

Die Veröffentlichung ist weiterhin in vier Bereiche gegliedert. Eine Gegenüberstellung zeigt Tabelle 4.

Pflegerische Leistungen

In diesem Prüfbereich wurde das Kriterium zur Kontrakturprophylaxe gestrichen. Nach neuesten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen gibt es keine pflegerischen Interventionen, die wirksam zur Kontrakturprophylaxe sind (Huhn 2012). In der Qualitätsprüfungsrichtlinie (QPR) gibt es gegenwärtig noch weitere Kriterien zum Thema Kontrakturen (MDS 2014c). Es bleibt also abzuwarten, ob und welche Kriterien in der QPR gestrichen oder geändert werden.

Die Frage, ob bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen die erforderlichen Einwilligungen und Genehmigungen vorliegen, fließt nicht mehr in die Transparenzbewertung ein.

Neu aufgenommen wurde die Frage, ob die vereinbarten Leistungen zur Körperpflege „im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung“ angemessen sind. Falls der Pflegedienst bei Defiziten in der Körperpflege keine Möglichkeit hat, auf den Pflegebedürftigen bzw. seine Angehörigen einzuwirken, muss dieser Umstand in der Pflegedokumentation dokumentiert werden.

Bei der Planung und Durchführung von Pflegeleistungen bei Demenzzkranken ist auch weiterhin deren Biografie und andere Besonderheiten zu berücksichtigen. Neu in diesem Kontext ist, dass es genügt, wenn der Gutachter den biografischen Bezug in der Maßnahmenplanung und Durchführung der Pflegeleistungen erkennen kann. Der Pflegedienst ist also nicht gezwungen, einzelne Pflegemaßnahmen aus biografischen Angaben schriftlich herzuleiten.

Dieser Prüfbereich enthält jetzt auch das Kriterium zum Nachweis, dass ein Erstgespräch mit dem Pflegebedürftigen geführt wurde. Bisher gehörte dieses Kriterium zum „Qualitätsbereich Dienstleistung und Organisation“. Falls die Erfüllung dieses Kriteriums nicht vollständig

Qualitätsbereiche	Anzahl Kriterien alt	Anzahl Kriterien neu
1. Pflegerische Leistungen	17	17
2. Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen	10	8
3. Dienstleistung und Organisation	10	9
4. Befragung der Kunden/Pflegebedürftigen	12	12
Gesamtzahl der Kriterien	49	46

Tabelle 4: Gegenüberstellung der Transparenzkriterien (vgl. GKV 2009, S. 2; GKV 2015, S. 9)

durch die Einsichtnahme in die Pflegedokumentation nachgewiesen werden kann, hat der Prüfer die Möglichkeit, den Pflegebedürftigen, die Angehörigen oder das Pflegepersonal dazu zu befragen.

Qualitätsbereich ärztlich verordnete pflegerische Leistungen

Neu in diesem Bereich ist die Forderung, dass ärztliche Medikamentenverordnungen – auch für Bedarfsmedikationen – in der Pflegedokumentation vorliegen müssen. Zudem muss eine Durchschrift beim Pflegedienst aufbewahrt werden. Sollte in der Pflegedokumentation keine Verabreichungs-Form dokumentiert sein, muss der Qualitätsprüfer von einer oralen Einnahme ausgehen.

Die verordneten Medikamente sind entweder beim Pflegebedürftigen oder beim Pflegedienst zu lagern. Wenn die verordneten Medikamente nicht vorhanden sind, muss ein Hinweis für die Wiederbeschaffung in der Pflegedokumentation vermerkt werden.

Falls ein Austauschpräparat (Generikum) angewendet wird, muss der Pflegedienst gewährleisten, dass dieses Präparat dem ärztlich verschriebenen Medikament entspricht. Dies kann beispielsweise durch eine Austauschliste, die Dokumentation des Wirkstoffnamens oder einer Kennzeichnung der Verpackung mit dem Namen des verschriebenen Medikaments geschehen. Wirklich neu ist in diesem Bereich nur der entsprechende Hinweis für die Prüfer.

Das neue Kriterium zur Anwendung von Bedarfsmedikationen verlangt, dass in der Pflegedokumentation aufgezeichnet wird, bei welchen Symptomen ein bestimmtes Arzneimittel angewendet werden darf. Zusätzlich müssen die Verabreichungsform, die Einzeldosis

und, sofern vom Arzt vorgegeben, die Tageshöchstdosis dokumentiert werden. Diese Regelungen gelten auch für das Verabreichen von Injektionen.

Das Kriterium zur Prophylaxe von Pilzinfektionen, Ohrspeicheldrüsen-Entzündungen (Parotitis) und Lungenentzündungen (Pneumonie) bei beatmeten Menschen wurde gestrichen. Überdies sind die Kriterien zur Katheterisierung der Harnblase und zur Stomabehandlung (bei künstlichem Darmausgang) entfallen.

Qualitätsbereich Dienstleistung und Organisation

In diesem Bereich gab es nur wenige Änderungen. Das Kriterium zum Erstgespräch wurde in den „Qualitätsbereich 1: Pflegerische Leistungen“ verschoben.

Differenzierter wurden die Anforderungen zum Nachweis regelmäßiger Erste-Hilfe-Schulungen formuliert. Das Kriterium ist erfüllt, wenn bei einer Stichprobe von 10 % der Mitarbeiter, die mindestens ein Jahr im Pflegedienst beschäftigt sind, entsprechende Nachweise vorliegen.

Im Kriterium zum Verantwortungsbereich der Pflegefachkräfte gab es sprachliche Anpassungen und eine Aktualisierung der Verweise auf die zugrundeliegenden Gesetze.

Qualitätsbereich: Befragung der Pflegebedürftigen

In diesem Bereich ist lediglich der Hinweis „Sofern ein Kunde (pflegebedürftiger Mensch) aufgrund von Demenzerkrankungen oder anderen Ursachen nicht auskunftsfähig ist, ist ein anderer Kunde mit der gleichen Pflegestufe nach dem Zufallsprinzip für die Beantwortung der folgenden Fragen auszuwäh-

len“ entfallen. Die Fragen an die Pflegebedürftigen wurden nicht verändert.

Fazit

Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten richten sich nach den „Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI in der ambulanten Pflege“. Die Ergebnisse dieser Prüfung sind die Basis für die Bescheide der Landesverbände der Pflegekassen zur Beseitigung von Qualitätsmängeln.

Die Pflege-Transparenzkriterien sind nur eine Auswahl der Kriterien aus der Qualitätsprüfungs-Richtlinie, die zur Benotung der Pflegeeinrichtungen und zur Erstellung der Pflege-Transparenzberichte dienen. Die hier besprochenen Änderungen sind noch nicht in der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vom 17. April 2014 abgebildet. Die entsprechende Anpassung der Qualitätsprüfungs-Richtlinie muss gemäß § 115 a Abs. 5 bis zum 30. September 2016 erfolgen und am 1. Januar 2017 in Kraft treten.

Die Vertragsparteien sind sich einig, dass es derzeit „keine pflegewissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse über valide Indikatoren der Ergebnis- und Lebensqualität in der ambulanten pflegerischen Versorgung in Deutschland gibt“ (GKV 2015, S.4). Es ist daher weiterhin notwendig, das Transparenzverfahren mit pflegewissenschaftlicher Begleitung weiterzuentwickeln. Der Gesetzgeber hat festgelegt, dass bis zum 31. Dezember 2018 neue Vereinbarungen zur Qualitätsdarstellung zu abzuschließen sind. <<

Das vollständige Literaturverzeichnis finden Sie unter www.kohlhammer-pflege.de

Zusammenfassung

Ab dem 1. Januar 2017 werden neue Kriterien im Rahmen der Qualitätsprüfungen nach SGB XI zur Bewertung ambulanter Pflegedienste angewendet. Zukünftig stützt sich die Bewertung nicht nur auf die Pflegedokumentation, sondern auch auf die Auskünfte der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und der Pflegekräfte. Das Auswahlverfahren für Pflegebedürftige wurde an die neuen Pflegegrade angepasst und die Bewertungskriterien wurden überarbeitet. Die neue Bewertungssystematik und die Ergebnisdarstellung wurden aus der Transparenzvereinbarung für stationäre Einrichtungen übernommen.

Schlüsselwörter: *Pflege-Transparenzvereinbarung (PTVA), Pflegenoten, Qualitätsprüfungen*

Autorenkontakt:

Roland Lapschies, MBA, Dipl.-Betriebswirt und Krankenpfleger, Selbstständiger Organisationsberater, Schwerpunkt Gesundheits- und Sozialwesen, Lehrbeauftragter der Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Kontakt: roland.lapschiess@qm-lap.de
Jeanette Kück, Krankenschwester, Pflegedienstleitung und Pflegeberaterin, Beraterin und freiberufliche Dozentin,
Kontakt: jeanette.kueck@qm-lap.de

> Tipps zur Tourenplanung

Die moderne Herausforderung der Logistik im pflegerisch-ambulanten Bereich

NICOLE JANDA-STEININGER

Der wichtigste Baustein pflegerischen Handelns ist die Zusammenarbeit und der teaminterne Verhaltenskodex. Alle Mitarbeiter sollten das gleiche Wertesystem zugrunde liegen haben. Im Mittelpunkt der pflegerischen Tätigkeit steht immer der Patient, dessen Wünsche und Bedürfnisse und sein gesamtes Wohlergehen. Im pflegerischen Bereich unterscheidet man zwei Arten der Pflege, zum einen die stationäre Pflege (teilstationäre Pflege/Tagespflege) und zum anderen die ambulante Pflege. Anders als in dem stationären Bereich werden Pflegebedürftige ambulant zeitlich begrenzt und nur punktuell betreut. Für die Pflegedienste stellt sich daher die Aufgabe, die Touren der einzelnen Pflegekräfte optimal zu planen.

Die stationäre Pflege beinhaltet, dass pflegebedürftige, zumeist alte Menschen, unter ständiger Aufsicht (24 Stunden am Tag) in einem Pflegeheim untergebracht sind. Dort werden sie rund um die Uhr gepflegt, betreut sowie grund- und behandlungspflegerisch versorgt. Das ist im ambulanten Dienst genauso – der Unterschied besteht lediglich darin, dass die Patienten in ihrer häuslichen Umgebung aufgesucht werden. Dies geschieht punktuell und zeitlich begrenzt. Die punktuelle Planung der einzelnen zu erbringenden Leistungen ist die tägliche Herausforderung der Tourenplanung.

Erwartungen an die Tourenplanung

Die Erwartungen an die Tourenplanung sind sehr unterschiedlich und umfangreich: Es bestehen Erwartungen an die Qualität der zu erbringenden Leistungen und an den Preis, der zu entrichten ist oder von der Krankenkasse je nach ärztlicher Verordnung (AVO) übernommen wird. Weitere Anforderungen werden an das Verhalten der pflegerischen Mitarbeiter gestellt, mit deren Erfüllung kann eine hohe Kundenzufriedenheit erzielt werden: Die Kunden erwarten, dass immer die gleichen Mitarbeiter zu ihrer Versorgung kommen und diese pünktlich sind. Sie sollen konstant freundlich, flexibel und hilfsbereit sein.

Die Pfleger wiederum erwarten von den Arbeitgebern, ihre Touren so zu planen, dass die Fahrtzeiten möglichst

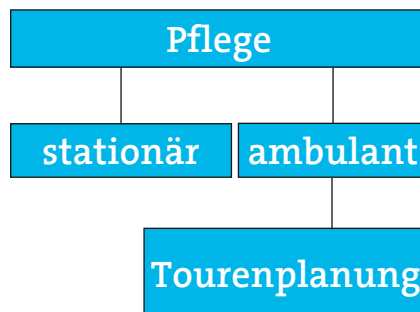


Abbildung 1: JST Interimsmanagement 2015, Pflege stationär und ambulant

kurz sind, die Kunden möglichst nah beieinander wohnen – und die Pflegekräfte ihren Qualifikationen entsprechend eingesetzt werden. Eine kontinuierliche und strukturierte, möglichst gleichbleibende Tourenplanung ermöglicht den Mitarbeitern, in einer gesunden Routine zu arbeiten. Die kontinuierliche Tourenplanung ist obendrein für eine vertrauensvolle Beziehung von Mitarbeitern und Patienten förderlich.

Der Inhaber des ambulanten Pflegedienstes oder die Pflegedienstleitung hat einen hohen Qualitätsanspruch und erwartet, dass Kunden und Mitarbeiter gleichermaßen zufrieden sind. Der jeweilige Arbeitgeber muss nicht nur wirtschaftlich, sondern will auch gewinnbringend arbeiten. Also legt die Pflegedienstleitung ihren Fokus gleichermaßen auf Kundenerwartungen und Mitarbeitererwartungen – sowie auf den Grundsatzfaktor der Wirtschaftlichkeit, unter Einhaltung der formalen und gesetzlichen Bestimmungen.

Wirtschaftliche Anforderungen

Die Tourenplanung ist kein starres Konstrukt, sondern ein hoch dynamisches Element. Sie ist das entscheidende Steuerungsinstrument des operativen Tagesgeschäfts. Wichtig für den wirtschaftlichen Erfolg des ambulanten Pflegedienstes ist ein effizienter Tourenplan. Er gibt den Mitarbeitern Sicherheit und bildet den Ablauf der einzelnen Leistungen (Qualität), die für die jeweiligen Patienten erbracht werden sollen, präzise für jeden Wochentag ab. Der Tourenplan sollte soweit wie möglich kontinuierlich im Rahmen der Bezugspflege geplant sein. So wird eine hohe Kundenzufriedenheit sowie eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit erzielt. Zur Kundenzufriedenheit trägt zum Beispiel bei, die jeweils gewünschte Uhrzeit fest einzuhalten und möglichst

Anzeige



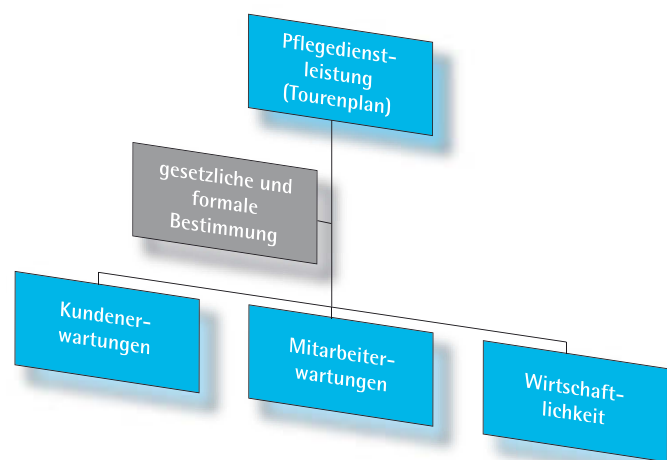


Abbildung 2: JST Interimsmanagement 2015, Erwartungen an die Tourenplanung

die gleiche Pflegekraft zu schicken. Auch die Mitarbeiter sind zufriedener, wenn sie eine feste Tour zu denselben Kunden machen.

Der engmaschig geplante Tourenplan mit Einsatzzeiten, bei dem der tägliche Soll-Ist-Abgleich durchgeführt wird, stellt eine weitere und unabdingbare Säule dar: die Wirtschaftlichkeit.

Als Faustformel gilt: Die täglich effiziente Leistungsplanung, vernetzt mit der effizienten Tourenplanung und dem täglichen Soll-Ist-Abgleich ist der Garant für einen erfolgreichen Prozess. Dabei wird die Tourenplanung mit ihrer Umsetzung in der Realität verglichen, um bestehende Abweichungen festzustellen, zu reflektieren und aufzuarbeiten. Dieser Abgleich gilt der Qualitätssicherung.

Leistungserbringung durch Mitarbeiter

Die zu erbringenden Leistungen sind dem jeweiligen Leistungskatalog, abhängig von der Vergütungsvereinbarung, zu entnehmen. Die meisten Arbeiten werden zu Leistungskomplexen zusammengefasst, in denen dann die einzelnen Grund- und Behandlungs-pflegeleistungen unterschieden werden. Alle Leistungen sind mit einem Punkt- oder einem Zeitwert hinterlegt. Daran wird deutlich, dass die zu erbringenden Leistungen existenzielle Kriterien für den wirtschaftlichen Erfolg eines Unternehmens sind. Diesem Parameter direkt folgend schließt sich die effiziente Personaleinsatzplanung an.

Ein weiterer wirtschaftlicher Aspekt ist die Mitarbeiterqualifikation. Dabei

ist entscheidend, welche Qualifikationen ein Mitarbeiter hat und welche Leistungen von den Patienten abgerufen werden. Wenn ein pflegerischer Schwerpunkt des ambulanten Dienstes die Versorgung von Wachkoma- und Beatmungspatienten ist, muss dieser ambulante Dienst auch die dementsprechende Personalie vorhalten – in diesem Fall examinierte Fachkräfte mit einer Zusatzausbildung in dem jeweiligen Bereich. Auch für die Behandlungspflege und Wundversorgung muss der ambulante Pflegedienst examinierte Fachkräfte vorhalten. Für einige Teilbereiche der Behandlungspflege genügt auch eine einjährige Qualifizierung zum Altenpflegehelfer/Krankenpflegehelfer. Für eine unkomplizierte Grundpflege reicht schon der Einsatz von Pflegehelfern ohne Ausbildung aus. Auch die Arbeitszeitgestaltung ist ein wichtiges Themenfeld. Damit es nicht zur Überforderung des Mitarbeiters kommt, sollten acht Stunden tägliche Arbeitszeit nur in Ausnahmefällen überschritten werden. Denn je länger die Arbeitszeiten sind, desto unkonzentrierter ist der Mitarbeiter. Es kann zu Fehlern und Verkehrsunfällen kommen. Die gesetzlich vorgeschriebenen ununterbrochenen Ruhezeiten sollten eingehalten werden. Diese liegen bei mindestens elf Stunden zwischen zwei Schichten.

Es ist darauf zu achten, dass Pflegenden nach Möglichkeit jedes zweite Wochenende am Stück frei haben. Günstig und gesundheitsfördernd für die Mitarbeiter ist ein Tourenplan von durchschnittlich sieben Tagen. Wenn Nachtdienste geleistet werden, ist es sinnvoll, zunächst den Frühdienst, dann den Spätdienst

und erst zum Schluss den Nachtdienst im Zyklus zu planen, weil es für den Biorhythmus des Mitarbeiters wesentlich verträglicher ist, so zu arbeiten.

Vieles regelt das Arbeitszeitgesetz. Zum Beispiel ist darauf zu achten, dass jedem Mitarbeiter eine Pause von insgesamt 30 Minuten bei einer Arbeitszeit von sechs Stunden zusteht.

Zeiterfassung

Der Fokus liegt auf den Gesamtarbeitsstunden. Dabei wird bei der Abrechnung unterschieden zwischen produktiven und unproduktiven Stunden. Das bedeutet, dass die produktiven Stunden abrechenbar sind und somit die Ausgangsbasis zur Erhebung der Personalkosten darstellen. Die nicht produktiven Stunden sind nicht abrechenbar. Für die Tourenplanung ist zudem die differenzierte Betrachtung der unterschiedlichen Stundentypen von Bedeutung. Im Einzelnen handelt es sich um folgende Stunden: Anzahl der nicht produktiven Gesamtstunden, Anzahl der produktiven und abrechenbaren Gesamtstunden, die im Sozialgesetzbuch (SGB) V (Behandlungspflege) sowie im SGB XI (Grundpflege) und im SGB XII (Sozialhilfe) geleistet werden. Dazu zählen private Stunden und die Anzahl der versorgten (abgerechneten) Patienten. Nicht abrechenbar sind Wegezeitstunden (Hausbesuchspauschale), Verwaltungsstunden, Urlaubsstunden und Krankenstunden, Fortbildungsstunden sowie Qualitätsmanagementstunden.

Dieses Kennzahlensystem dient mit seinen Parametern dem Controlling, was für die Tourenplanung wichtig ist. Es sollte allerdings immer im Gesamtkontext zur Zeiterfassung und zur Pflegebuchführungsverordnung stehen.

Grundsätzlich gilt der Tourenplan als Dokument mit Rechtsverbindlichkeit. Er muss leserlich geführt werden, sich ergebende Korrekturen müssen klar erkennbar sein: Es darf keine Korrekturflüssigkeit (Tipp-Ex) verwendet werden. Er muss mit dokumentenechten Stiften wie Kugelschreibern geschrieben sein – ein Bleistift darf keinesfalls benutzt werden.

Die Grundlagen der Qualitätskriterien für ambulante Pflegedienste werden definiert in Gesetzen, Verordnungen und

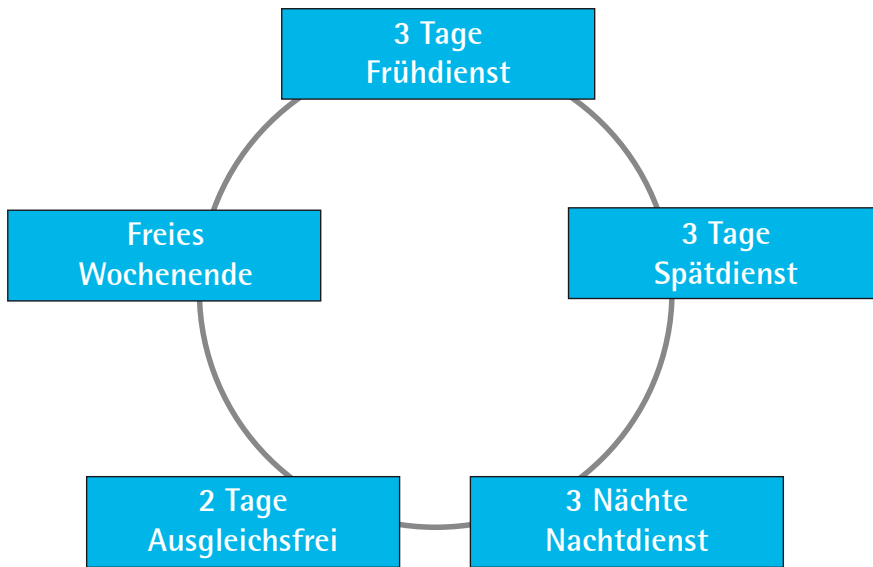


Abbildung 3: JST Interimsmanagement 2015 (Planungsvorschlag bei einem Dreischichtsystem)

Richtlinien. Einige werden nachfolgend aufgeführt:

- Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG)
- Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG)
- Bildschirmarbeitsverordnung (BildschirmarbeitsVO)
- Arbeitszeitgesetz (ArbZG)
- Jugendarbeitsschutzgesetz (JarbSchG)
- Mutterschutzgesetz (MuSchG)

EDV-System für die Tourenplanung

Ein sinnvolles Instrument zur Tourenplanung ist ein EDV-gestütztes System, das folgende Vorteile gewährleistet: Das Tourenplanungssystem sollte kompatibel und verknüpft sein mit dem Dienstplan, der Leistungsabrechnung, dem Routenplaner und den Handys, die jeder Mitarbeiter mit sich führt und auf denen die Touren aufgespielt werden. Das ist optimal, weil es ein in sich schlüssiges und sich bedingendes System darstellt.

Für die Inhaber und generell für alle Pflegedienstleitungen der ambulanten Pflegedienste ist es interessant, unter den bestehenden Rahmenbedingungen die bestmögliche Qualität an Leistungen mit einem wirtschaftlich effizienten Personaleinsatz – bei optimaler Tourenplanung – zu erreichen. Das Personal stellt nämlich immer den größten Kostenfaktor und zugleich die größte Ressource dar. Existenziell ist daher die Personaleinsatzplanung.

Eine zeitliche Anordnung der Einsätze ist zeitnah möglich: Mithilfe der EDV

besteht die Option, mehrere Touren zeitgleich darzustellen und offene Einsätze sichtbar zu machen. Praktisch ist dabei auch die Möglichkeit der Detailinformationen als zeitnahe Auskunft. Zeitliche Verschiebungen und Pausen können zügig eingegeben, Überschreitungen vereinbarter Zeiten sowie geänderte Einsätze können farblich kenntlich gemacht werden. Darüber hinaus ist es möglich, bei Patientenabwesenheit das Tourenfeld unsichtbar zu machen.

Da die Daten wie Touren und Leistungskomplexe vom Handy mit dem Dienstplansystem und mit der Leistungsverfassung sowie dem Tourenplan verknüpft sind, werden geleistete Arbeitszeiten des Mitarbeiters zeitnah erfasst. So kann Überstunden rechtzeitig vorgebeugt werden, ebenso wie dem Aufkommen von Minusstunden. Bei der täglichen Auswertung ist die aktuelle Tourenauslastung sofort sichtbar.

Die ausgedruckten, sprich abgelaufenen Tourenpläne werden ebenso wie die abgelaufenen Dienstpläne archiviert.

Folgende Eigenschaften soll ein guter Tourenplan aufweisen:

Er sollte nach Möglichkeit alle Wunschzeiten der Kunden aufweisen und zeitlich engmaschig, aber dennoch gut leistbar geplant sein. Die Wegezeiten sollten so kurz wie möglich sein und so viele Patienten (Leistungen) wie planbar auf einer Route zusammenfassen. Der Tourenplan sollte einfach und gut verständlich aufgebaut sein, damit die

Mitarbeiter sich schnell und ohne große Mühe zurechtfinden, nur dann gewährleistet er Sicherheit und Orientierung. Um eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit zu erzielen, sollte die Tourenplanung grundsätzlich immer in Kooperation mit den Mitarbeitern vorgenommen werden: Zufriedene Mitarbeiter fallen seltener aus und sind produktiver und innovativer, weil sie sich wohlfühlen. Jeder Mitarbeiter sollte zeitnah über Veränderungen des Tourenplans informiert werden. Idealerweise entsteht die Lösung gemeinsam mit dem Mitarbeiter. In der Regel ist es sinnvoll, jedem Mitarbeiter seinen festen Patientenstamm zuzuordnen.

Das Modell der Bezugspflege

Der Vorteil hierbei liegt in einer hohen Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit. Durch die kontinuierliche Versorgung von den gleichen Patienten von einem festen Mitarbeiterstamm wird die Pflegequalität gesichert – ein vertrautes Miteinanderarbeiten von Pflegekräften und Patienten. Die gleichbleibenden Arbeits- und Einsatzzeiten der Pflegekräfte ermöglichen ihnen sowie den Kunden einen strukturierten Tagesablauf. Durch diese Form der Arbeitsgestaltung erkennt der Mitarbeiter sehr schnell kleinste Veränderungen im Verhalten oder dem Gesundheitszustand des Patienten und kann zeitnah darauf reagieren.

Ein weiterer Vorteil ist die Übersichtlichkeit der Tourenplanung. Da die Strukturen klar und weit voraus planbar sind, hat der Mitarbeiter die Möglichkeit, seine Lebens- und Freizeitgestaltung individuell zu planen, immer unter Berücksichtigung von Unregelmäßigkeiten wie Neuaufnahmen, Krankenhausaufenthalten oder dem Tod von Patienten.

Haben sich die Patienten erst einmal an ihre Bezugspfleger gewöhnt, sind notwendige Personalwechsel für sie nachteilig, etwa wenn neue Mitarbeiter eingestellt oder Touren umgeplant wurden. Für die Pflegedienste wiederum wird es schwierig, wenn Einsatzzeiten umgestellt werden müssen, etwa bei Krankenhausaufenthalten oder Absagen von Patienten. Andererseits kann eine Dauerbetreuung von denselben Patienten dazu führen, dass auch die Pfleger unflexibel werden und kaum noch in

anderen Touren einsetzbar sind: Wegen neuer Anforderungen und anderer Patienten auf anderen Touren brauchen sie dann merklich länger.

Fazit: Trotz der bestehenden Nachteile ist eine Bezugspflege erstrebenswert, da sie zu einer großen Zufriedenheit bei Mitarbeitern und Patienten führt.

Fahrzeugeinsatz und Wegezeiten

Fahrzeugeinsatzplanung, Personaleinsatzplanung im Abgleich zu den vereinbarten Leistungen und ärztlichen Verordnungen – das ist für die ambulante

Tourenplanung zur Versorgung von einer großen Anzahl von Patienten, sprich Kunden, nötig. Unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit ist es besonders sinnvoll, Kleinstwagen zu benutzen, die über ein Automatikgetriebe verfügen, da das Schalten bei Kurzstrecken im Stadtverkehr eine zusätzliche Belastung für den Mitarbeiter sowie einen zusätzlich erhöhten Verschleiß für das Auto darstellt. Wegezeiten sollten immer so gering wie möglich gehalten werden, damit sie sich wirtschaftlich rentieren. Sinnvoll ist es, sich regelmäßig über Verkehrsspitzen, Stauaufkommen, Bauarbeiten, Wetterlage und andere Faktoren, die die An-

fahrtszeit zum Kunden beeinflussen, zu informieren, um aktuelle Gegebenheiten zeitlich besser einkalkulieren zu können. Es bietet sich an, quartiersweise nach Stadtteilen oder Ortschaften zu planen, da die Wegstrecken so strategisch nahe beieinander liegen.

Wichtig ist, dass jeder Tour ein geeignetes Transportmittel zugeordnet ist. Es ist nicht zwangsläufig notwendig, Autos einzusetzen, bei Kurzstrecken sowie in Großstädten (Ballungsgebieten) ist auch der Gebrauch von öffentlichen Verkehrsmitteln oder von Fahrrädern planbar. <<

Literatur

DM EDV- und Bürosysteme GmbH, <http://www.dm-edv.de>, zuletzt abgerufen: 31.10.2015

Autorenkontakt

Nicole Janda-Steininger MSM, Master of Social Management, ist Firmeninhaberin von JST Interimsmanagement (www.jstinterimsmanagement.de) und Dozentin bei der Weiterbildungsgesellschaft für Pflegeberufe mbH der LfK
Kontakt: nicole.janda-steininger@gmx.de

Zusammenfassung

Die Tourenplanung sollte so gestaltet werden, dass sie dem großen Leitsatz der Humanität des sozialen Verhaltens und dem ganzheitlichen Pflegeaspekt gerecht wird sowie die Kunst der Wirtschaftlichkeit von sozialen Leistungen einbezieht. Das bedeutet großen Druck für alle Beteiligten und einen nicht unerheblichen Spagat um den Kosten- und Qualitätsansprüchen gerecht zu werden. Deshalb ist die effiziente, erfolgreiche Tourenplanung als Kernprozess des ambulanten Pflegealltags nicht mehr wegzudenken.

Schlüsselwörter: *Altenpflege, Interimsmanagement, Unternehmensberatung*



Lohmann & Rauscher

Rosidal® TCS

Vertrauen Sie Ihrer Zugkraft.

- Safe-Loc-System: ganz einfach ohne Druckindikatoren – sicheres Anlegen unter vollem Zug
- polsternde Kompressionsbinde mit integriertem Hautschutz – für hohen Tragekomfort
- kohäsive Kompressionsbinde – haftet auf sich selbst und vermindert die Gefahr des Verrutschens bei hoher Stiffness
- schmiegt sich an und trägt kaum auf – passt mühelos in den Schuh



Hier finden Sie mehr zu Rosidal TCS und seiner Anwendung!



> Finanztipps für Pflegedienste

Die Bedeutung der Liquiditätsplanung im Betrieb

ELKE EVERTZ

Es ist nicht leicht, im laufenden Geschäft Geldeingänge und Zahlungsverpflichtungen im Blick zu behalten. Ein Liquiditätsplan hilft dabei, eventuelle Engpässe zu erkennen und gegebenenfalls abzuwenden. Noch wichtiger ist er bei Unternehmensgründungen. Hier müssen in der Regel Rechnungen beglichen und Personalkosten gezahlt werden, bevor die ersten Einnahmen aufs Konto fließen. Auch die zu zahlende Steuer kann in den ersten Jahren zu bösen Überraschungen führen. Mit dem Liquiditätsplan wird der Finanzbedarf möglichst genau ermittelt und kann mit einer Bank abgestimmt werden, um ein Darlehen zu erhalten.



Foto: Wolfgang Filser/Fotolia

Was ist Liquidität?

Unter Liquidität versteht man „die Ausstattung an Zahlungsmitteln, die für Investitions- und Konsumauszahlungen und zur Befriedigung von Zahlungsverpflichtungen zur Verfügung stehen“ (Gabler Wirtschaftslexikon 2013).

Vereinfacht ausgedrückt ist Liquidität somit der Kassenbestand und der aktuelle Stand der laufenden Bankkonten. In diesem Zusammenhang wird auch das Wort Cash-Flow verwendet. Es gibt zahlreiche Definitionen dieses Begriffs. Gemeint ist hier der Geldfluss, der sich bar oder auf den Konten des Unternehmens wiederfindet.

Ein Liquiditätsplan ist wichtig. Denn obwohl sich viele Unternehmer anders verhalten, sollte die Zahlungsfähigkeit kein Zufallsprodukt sein.

Ein Liquiditätsplan ist auch deshalb erforderlich, weil der Pflegedienst aus den Auswertungen, die ihm sonst zur Verfügung stehen, keine vergleichbaren

Aussagen erhält. Gerade bei Pflegediensten in der Rechtsform eines Einzelunternehmens ist ein Blick auf die betriebswirtschaftliche Auswertung (BWA) trügerisch. Denn der Unternehmerlohn ist meistens in den Personalkosten nicht enthalten; er wird vielmehr dem Gewinn entnommen. Eine BWA kann daher einen guten Umsatz und ein zufriedenstellendes Ergebnis ausweisen, diese positiven Zahlen finden sich aber nicht auf dem Bankkonto wieder.

Die Frage nach der Liquidität stellt sich hierbei in jeder Unternehmensphase, also sowohl bei der Gründung, als auch im laufenden Betrieb.

Keine Gründung ohne Planung des Finanzbedarfes

Ohne ausreichende Gründungsmittel ist der Aufbau eines ambulanten Pflegedienstes nicht möglich. Hierbei ist insbesondere zu beachten, dass die Pflegeverträge nur unter Einhaltung

der Mindestanforderungen im Bereich Personal gewährt werden, Versorgung von Patienten aber erst aufgebaut werden müssen. Insofern sind Gehaltszahlungen bereits zu leisten, ohne dass entsprechende Einnahmen generiert werden können. Auch die Mieten für Geschäftsräume und Leasingfahrzeuge sind bereits im Vorfeld fällig. Hinzu kommen laufende Aufwendungen wie Fahrzeugkosten (tanken, Versicherung, Steuer), Bürobedarf und Beratungskosten.

Erschwerend kommt hinzu, dass die Patienten erst einen Monat lang versorgt werden müssen, bevor die Abrechnungen erfolgen können.

Auch wenn es möglich ist, die Gehälter nicht bereits am Ende des Monats zu zahlen, sondern erst am 10. des folgenden Monats, sind aufgrund gesetzlicher Vorgaben die Sozialversicherungsbeiträge bereits am 3. letzten Werktag des laufenden Monats zu entrichten. Hier ist sowohl der Arbeitgeber- als auch der Arbeitnehmeranteil zu zahlen. Die Sozialabgaben betragen dabei etwa 40 % der vereinbarten Bruttogehälter.

Wartet man die Zahlungen der Kassen ab, vergeht weiter Zeit, bis ein Liquiditätszufluss auf dem Konto erfolgt. Aus diesem Grunde entscheiden sich Pflegedienste häufig für ein Factoring ihrer Forderungen: Gegen eine Gebühr tritt man die Forderungen an eine Gesellschaft ab, die das Entgelt für die Versorgung dem Pflegedienst früher gutschreibt und zum Teil weitere Dienstleistungen damit verbindet. Je früher die Gutschrift vereinbarungsgemäß erfolgt,

desto höher ist die Gebühr, die hierfür zu entrichten ist.

Bedeutung der Liquiditätsplanung für den laufenden Betrieb

Die Liquidität spielt auch im weiteren Fortbestand des Unternehmens eine zentrale Rolle. Je größer der Pflegedienst wird, desto höher wird der Kapitalbedarf. Dies liegt darin begründet, dass immer mehr Zahlungen vorfinanziert werden müssen. Näherungsweise beträgt der Kapitalbedarf eines laufenden Pflegedienstes ein Zehntel seiner Umsätze. Dies muss ggf. mit der Hausbank besprochen werden, um den laufenden Finanzbedarf zu decken und Rücklastschriften auf Konten zu vermeiden. Denn diese wirken sich negativ auf ein Rating aus.

Mangelnde Liquidität kann das Unternehmen nachhaltig gefährden. „Das Gegenteil von Liquidität ist die Zahlungsunfähigkeit oder Illiquidität. Letzteres ist allgemeiner Insolvenzgrund nach § 17 Abs. 1 InsO.“ (Zaitsava 2011). Die Nichtzahlung von Sozialversicherungsbeiträgen und Lohnsteuer für Mitarbeiter kann auch in der Rechtsform der GmbH zur persönlichen Haftung des Geschäftsführers führen. In der Rechtsform des Einzelunternehmens haftet der Inhaber für sämtliche Verbindlichkeiten seines Unternehmens auch mit seinem Privatvermögen.

Unregelmäßige Ausgaben berücksichtigen

Hinzu kommen Ausgaben, die nicht regelmäßig erfolgen aber die Liquidität erheblich belasten können. In der Rechtsform des Einzelunternehmens ist dies häufig die Zahlung der Einkommensteuer des Betriebsinhabers. Im Gründungsjahr wird häufig noch keine Vorauszahlung auf die Einkommensteuerzahlung vorgenommen. Wer steuerlich beraten wird, darf seine Steuererklärung ein Jahr nach Ablauf des Kalenderjahres, ab 2016 sogar 14 Monate nach Ablauf des Kalenderjahres abgeben. Problematisch ist hierbei jedoch, dass das Finanzamt eine Nachzahlung für das abgegebene Jahr erhebt und gleichzeitig eine nachträgliche Vorauszahlung für das Folgejahr.

Damit verbunden ist dann nochmals die Erhebung laufender Vorauszahlungen. Dies kann in der Summe dazu führen, dass in einem Jahr der Steueraufwand von drei Jahren entsteht.

In der Rechtsform eines Einzelunternehmens kann die steuerliche Belastung je nach Höhe des Gewinns und den persönlichen Verhältnissen des Inhabers bis zu 50% betragen.

Bei der GmbH wird aufgrund der Rechtsform im Hinblick auf die steuerlichen Belastungen die Liquidität vergleichsweise geringer belastet bzw. lässt sich besser planen.

Auf Gewinne ist in der Regel nur Körperschaftsteuer in Höhe von 15% zu entrichten und darauf 5,5% Solidaritätszuschlag. Pflegedienste sind in der Regel im Sinne von § 3 Nr. 20 d) GewStG von der Gewerbesteuer befreit. Dies gilt auch in der Rechtsform der GmbH.

Sollen die Gewinne an den Anteilseigner ausgeschüttet werden, fällt Kapitalertragsteuer von 25% zzgl. 5,5% Solidaritätszuschlag an. Eine Ausschüttung ist jedoch ein planbarer Akt, der sich nach der Liquidität richtet.

In Bezug auf die Steuerbelastung bzw. Planung ist damit die GmbH im Vergleich zum Einzelunternehmen die bessere Rechtsform.

Liquiditätsplan und Investitionen abstimmen

Ein weiterer Aspekt ist das Investitionsverhalten. Hier stellt sich die Frage, ob Wirtschaftsgüter, zumeist sind es die Fahrzeuge des Pflegedienstes, geleast oder gekauft werden sollen.

Eine Leasingrate verteilt den Aufwand gleichmäßig, wohingegen im Rahmen des Kaufs der Bargeldabfluss in Höhe des Gesamtbetrags erfolgt. Hier muss geplant werden, ob die Mittel hierfür zur Verfügung stehen oder ob die Fahrzeuge ggf. über Ratenzahlungen, angeschafft werden sollten.

Hierbei muss beachtet werden, dass steuerlich der Aufwand des Kaufs über die Abschreibungsdauer zu verteilen ist. Ein Fahrzeug ist nach der amtlichen AfA-Tabelle sechs Jahre nutzbar. Der Aufwand verteilt sich also über diesen Zeitraum und kann nicht vollständig im Jahr der Anschaffung berücksichtigt werden. In jedem Fall ist es sinnvoll,

einen Liquiditätsplan aufzustellen, der Investitionen, Darlehensaufnahmen und Steuerzahlungen sachgerecht berücksichtigt.

Welche Posten sollte ein Liquiditätsplan enthalten?

Mit dem Liquiditätsplan verschafft man sich einen Überblick über Einzahlungen und Auszahlungen, die in der Betriebswirtschaft auch als Zahlungsströme bezeichnet werden.

„Der Liquiditätsplan ist [...] eine Ergänzung zur Umsatz- und Kostenplanung.“ (Gabler 2009). Der Liquiditätsplan unterscheidet Einzahlungen und Auszahlungen und ordnet diese einem Monat zu. Die Aufzählung ist exemplarisch, die Ein- und Auszahlungen müssen bei jedem Betrieb individuell ermittelt werden:

Zu den Einzahlungen zählen:

- Umsatz aus Sozialgesetzbuch (SGB) V
- Umsatz aus SGB XI
- Umsatz aus SGB XII
- Betreuungs-/Entlastungsleistungen
- Zahlungen des Factoringunternehmens
- Erstattungen des Arbeitsamtes
- Erstattungen der Krankenkassen im Rahmen der Lohnfortzahlung/Schwangerschaft von Mitarbeitern
- Auszahlungen der Investitionskostenförderung (bundeslandbezogen)
- Steuererstattungen
- Auszahlungen von Darlehen
- Bereitstellung von Eigenkapital durch den Inhaber

Zu den Auszahlungen zählen:

- Gehälter
- Sozialabgaben
- Fahrzeugkosten
- Miete
- Entnahmen (Einzelunternehmen)
- Altenpflegeumlage
- Beratungskosten (Kosten für Steuerberater und Rechtsanwalt)
- Fortbildungskosten für Mitarbeiter
- Sonstige Kosten
- Investitionen in Sachgüter (Anschaffung von Fahrzeugen, neuer EDV, etc.)
- Steuerzahlungen
- Tilgung von Darlehen
- Zinsaufwand

Besonderheit: In den Mustern, die häufig durch Banken zur Verfügung gestellt

werden, ist im Bereich der Einzahlungen der Bruttobetrag genannt und im Bereich der Auszahlungen die Umsatzsteuerzahllast. In der Regel sind ambulante Pflegedienste gemäß § 4 Nr. 16 UStG von der Umsatzsteuer befreit. Hieraus folgt jedoch auch, dass aus Aufwendungen, wie zum Beispiel der Anschaffung von Fahrzeugen, kein Vorsteueranspruch gegenüber dem Finanzamt entsteht. Der Unternehmer kann sich die gezahlte Umsatzsteuer also nicht direkt nach dem Kauf zurückerstatten lassen. Diese Muster sind deshalb in diesem Punkt nicht verwendbar und müssen auf die Besonderheiten der Pflege angepasst werden.

Welche praktischen Vorteile hat ein Liquiditätsplan?

Der Liquiditätsplan ist ein wichtiges Instrument, mit dem die zukünftige zu erwartende finanzielle Situation am besten dargestellt werden kann. Er beinhaltet, da er künftige Vorgänge prognostizieren muss, gewisse Unsicherheiten. Die Planung der Liquidität ist daher zunächst auf die aktuelle Situation bezogen und grundsätzlich regelmäßig anzupassen. Gegebenenfalls ist es ratsam, alternative Szenarien darzustellen.

In der Gründungsphase benötigt man einen Liquiditätsplan, um zu ermitteln, wie hoch der Kapitalbedarf ist. In der Regel wird bei der Gründung ein Teil des Kapitals, ggf. das Gesamtkapital, durch eine Bank zur Verfügung gestellt. Die Finanzierung kann durch die Inanspruchnahme von Förderbanken erfolgen. Hier stellt das Land oder der Bund Gelder zur Verfügung, die mit einem subventionierten Zins oder einer Haftungsfreistellung für die Hausbanken verbunden sind.

Wer solch eine Finanzierung erhalten möchte, muss eine Liquiditätsplanung erstellen, die in der Regel einen Zeitraum von drei Jahren umfasst. Die KfW-Bankengruppe stellt einen Muster-Liquiditätsplan im Internet unter www.kfW.de, Download-Center, Checkliste 4 kostenlos zur Verfügung.

Für die Bank ist es wichtig zu sehen, wie viel Liquidität die Gründung erfordert, aber auch, wann das bewilligte Darlehen zurückgezahlt werden kann. Hieraus leitet sich auch ab, ob das Darlehen mit einer Laufzeit von fünf oder zehn Jahren verbunden werden soll.

Zusammenfassung

Liquidität ist die Grundvoraussetzung eines sinnvollen Unternehmenskonzepts. Dabei ist eine ausreichende Liquidität sowohl in der Gründungsphase als auch im laufenden Geschäftsbetrieb Voraussetzung für einen geordneten Betriebsablauf. Fehlende Liquidität sorgt dafür, dass unternehmerische Prozesse nicht mehr geordnet ablaufen und es nicht mehr möglich ist, sich auf seine Kernprozesse zu fokussieren. Zahlungsunfähigkeit ist ein Insolvenzantragsgrund und kann bei einer GmbH die persönliche Inanspruchnahme des Geschäftsführers auslösen.

Schlüsselwörter: *Liquidität, Businessplan, Insolvenzantragspflicht bei Zahlungsunfähigkeit*

Dies bezeichnen Banken als Kapitaldienstfähigkeit. Die Kapitaldienstfähigkeit kann durch die Wahl der richtigen Rechtsform positiv beeinflusst werden. Manchmal zeigt der Liquiditätsplan, dass das Darlehen voraussichtlich in fünf Jahren zurückgeführt werden kann. Trotzdem kann es sinnvoll sein, die Laufzeit des Darlehens auf zehn Jahre festzulegen, um das historische Zinstief zu nutzen und ggf. private Verbindlichkeiten zu begleichen.

Während Zinsen im betrieblichen Bereich steuerlich abzugsfähig sind, gilt dies im privaten Bereich z.B. in Bezug auf die Finanzierung des selbstgenutzten Einfamilienhauses nicht. Aber auch bei einem bestehenden Unternehmen ist ein Liquiditätsplan sinnvoll.

Wie baut man den Liquiditätsplan sinnvoll auf?

Beim Aufbau eines Liquiditätsplans ist zu unterscheiden, ob es sich um ein neu zu gründendes oder ein bestehendes Unternehmen handelt.

Bei einer Neugründung sind Branchenkennzahlen notwendig. Diese beziehen sich auf die Aufteilung der Einnahmen im Bereich SGB V und SGB XI, der Personalkostenquote, der Fahrzeugkosten, der Aufwendungen für Miete etc. Diese Branchenkennzahlen lassen sich bei den Verbänden oder bei spezialisierten Steuerberatungsgesellschaften abfragen. Bei bestehenden Unternehmen sollte zum einem hinterfragt werden, ob die eigenen Kennzahlen dem Branchendurchschnitt entsprechen und weshalb ggf. Abweichungen vorliegen.

Das Aufstellen eines Liquiditätsplans kann zeigen, dass das Unternehmen zu wenig Eigenkapital hat. Wenn die Zuführung von Eigenkapital nicht möglich ist,

kann über die Aufnahme von Darlehen verhandelt werden. Eine ständige Inanspruchnahme des Kontokorrentkredits führt zu einer hohen Zinsbelastung und kann durch die Aufnahme eines günstigeren Darlehens ggf. verhindert werden.

Steuerzahlungen müssen ebenfalls in den Plan einbezogen werden. Dazu ist es ratsam, Steuererklärungen zeitnah erstellen zu lassen und durch Steuerhochrechnungen laufend über eventuelle Nachzahlungen informiert zu sein.

Ein Liquiditätsplan sollte ständig angepasst werden. Auch wenn man diesen nicht monatlich aktualisiert, empfiehlt sich zumindest eine quartalsweise Anpassung. Je angespannter die Liquiditätslinie ist, umso genauer muss eine Planung erfolgen.

Auch im Rahmen von Insolvenzantragspflichten spielt ein Liquiditätsplan eine wichtige Rolle. Erkennt ein Geschäftsführer einer GmbH eine drohende Zahlungsunfähigkeit, so muss er innerhalb von drei Wochen Insolvenz anmelden. Tut er dies nicht, macht er sich der Insolvenzverschleppung schuldig und kann in Haftung genommen werden.

Neben dem Haftungsaspekt ist ein planvoller Umgang mit Liquidität notwendig, um sich als Partner der finanzierenden Bank zu beweisen. Insbesondere für weitere Projekte wird die Bank sich das Verhalten des Pflegedienstes in der Vergangenheit ansehen. Wer seinen Zahlungsverpflichtungen nachkommt, empfiehlt sich für weitere Engagements. <<

Das vollständige Literaturverzeichnis finden Sie unter www.kohlhammer-pflege.de

Autorenkontakt:

Elke Evertz, Dipl.-Bw., Steuerberaterin bei der Antax Steuerberatungsgesellschaft GmbH, Duisburg,
Kontakt: e.evertz@tax-profi.de

Inanspruchnahme von Kuren im europäischen Ausland

Seit Jahren gibt es in Deutschland einen rückläufigen Trend in der Verordnung von ambulanten Vorsorgeleistungen (indikationsspezifische Prävention und Rehabilitation), wodurch die Existenz des Kur- und Bäderwesens bedroht ist. Zwar gibt es einen gesetzlichen Anspruch auf ambulante Vorsorgeleistungen bei medizinischer Notwendigkeit (SGB V, § 23), jedoch werden fehlende staatliche Unterstützung des Kurwesens und restriktives Genehmigungsverhalten seitens der Krankenkassen als Hemmnisse benannt. Als Folge nehmen immer mehr Versicherte kostengünstigere Gesundheitsleistungen im Ausland in Anspruch.

Forscher der Ludwig-Maximilians-Universität München haben eine krankenkassenübergreifende Versichertenbefragung im Land Bayern durchgeführt. Insgesamt wurden n = 678 Versicherte, die in den Jahren 2011 bzw. 2012 eine ambulante Versorgungsleistungen im Ausland in Anspruch genommen haben, angeschrieben. Der Rücklauf betrug 65,3%, der Frauenanteil lag bei 60,7% und der Altersdurchschnitt bei 68,2 Jahren.

Bei einer Mehrfachauswahl von 7 optionalen Beweggründen für eine Kur im EU-Ausland wurde drei besonders häufig genannt:

- das Preis-Leistungs-Verhältnis von Übernachtung, Verpflegung und Dienstleistung (75,6%),
- der gute Ruf des ausländischen Kurortes (64,5%) und
- Empfehlungen von Freunden/Bekanntem (56,1%).

Weniger relevant waren das Urlaubsgefühl am Kurort (17,6%), Werbeaktionen des Kurortes (16,3%) oder der Krankenkassen (9,5%).

Häufige Kurorte der befragten Versicherten aus Bayern waren

- Tschechien (34%),
- Ungarn (21%) und
- Polen (16%).

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer am Kurort betrug 16 Tage (Median 14 Tage) und stieg mit zunehmendem Alter an. Die Mehrheit der Befragten waren mit der Qualität des Arztes, des therapeutischen Personals und der Kureinrichtung zufrieden (78%). Gut zwei Drittel stufen die Nachhaltigkeit des Kurerfolges mit einer Wirkdauer von über drei Monaten ein (66,4%).

Für etwas mehr als die Hälfte der Befragten war dies der erste Kuraufenthalt im Ausland (53,7%) und ca. 45% hatten bereits zuvor eine Kur in Deutschland gemacht.

Die Mehrheit der Befragten würde bei einem zukünftigen Kuraufenthalt erneut an den bekannten Kurort fahren (66,5%), einen anderen ausländischen Kurort präferieren 11% und 18% würden eine zukünftige Kurmaßnahme in Deutschland durchführen wollen. Die Bevorzugung des Inlands war bei Frauen (22%) stärker als bei Männern (10%) und nahm mit steigendem Alter zu.

Quelle: Kus S, Frisch D, Schuh A (2016). Ergebnisse einer Versichertenbefragung zur Inanspruchnahme ambulanter Vorsorgeleistungen (Kurmaßnahmen) im europäischen Ausland. Das Gesundheitswesen. 78:395-401.

Kommentar

Die nicht repräsentative Versichertenbefragung dokumentiert die subjektive Sicht der Patienten auf die Inanspruchnahme von ausländischen Kurleistungen. Das bringt methodische Limitationen mit sich. So könnten bei der Qualitätseinschätzung der medizinischen Dienstleistung aufgrund mangelnder fachlicher Kompetenz andere Faktoren, z.B. die Hotelleistungen, einfließen. Ebenso war die Frage nach dem potenziellen Kureffekt weder standardisiert noch spezifiziert.

Dennoch ist die Meinung der Patienten bei einer Gesundheitsdienstleistung, die zu einem erheblichen Teil von den Versicherten mitfinanziert wird, relevant für die Auswahl des Anbieters. Stärker als bei den anderen Sektoren und Leistungsangeboten gelten hier Marktgesetze und die Nachfrage der Kunden steuert die Auswahl der Einrichtungen und die Inanspruchnahme.

Autorenkontakt:

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



> Neue Leistungen und mehr Beratungsbedarf

Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

HEIKE BOHNES

Ab dem 1. Januar 2017 wird der § 14 Sozialgesetzbuch (SGB) XI neu gefasst. Denn der Begriff der Pflegebedürftigkeit wird völlig neu definiert. Anstelle der bisherigen Pflegestufen gibt es ab Januar Pflegegrade. Dies wird erwartungsgemäß zur Verunsicherung bei den Patienten führen, weswegen der Beratungsbedarf für Kunden von Pflegediensten erst einmal sprunghaft ansteigen wird.

Die Leistungen werden sich ab Januar im Verhältnis zum laufenden Jahr bei häuslicher Pflege für die Pflegebedürftigen insgesamt erhöhen und diejenigen, die bereits Leistungen erhalten, werden keinesfalls schlechter gestellt sein. Im ungünstigsten Fall – bei Pflegegrad 1, vorher Pflegestufe 0 und erhöhter Einschränkung der Alltagskompetenz – bekommt man durch einen Bestandschutz die gleichen Leistungen wie im Jahr zuvor. Trotzdem kommen auf die Pflegedienste zahlreiche Fragen zu:

- Was passiert mit der alten Pflegestufe? Muss ich einen neuen Antrag stellen?
- Bekommen die Kunden 2017 die gleichen Leistungen wie 2016?
- Welche Ansprüche bestehen ab 2017 genau?

Der imaginäre Zeitfaktor für den Hilfebedarf, der bisher bestimmte, welche Leistungen ein Pflegebedürftiger von seiner Pflegekasse erhält, hat nächstes Jahr endgültig ausgedient.

Allerdings wird die Umstellung nicht ganz so einfach, weil diejenigen, die

heute eine Pflegestufe haben, mit ihrem Pflegegrad ab 2017 nicht schlechter gestellt sein dürfen. Deshalb wird es für die Pflegebedürftigen, die bereits eine Pflegestufe nach aktuellem Recht haben, eine Übergangsregelung geben.

Der „Übergang“ von der Pflegestufe in die neuen Pflegegrade wird im neuen § 140 SGB XI geregelt. Dieser betrifft Versicherte, die eine Pflegestufe oder eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach der aktuell geltenden Fassung haben. Denn dieser Personenkreis, der ab 31. Dezember 2016 weiterhin Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat, wird ohne erneute Antragstellung und ohne erneute Begutachtung zum 1. Januar 2017 einem Pflegegrad zugeordnet.

Was passiert mit der alten Pflegestufe?

Die Zuordnung der Pflegestufen zu den Pflegegraden ist gesetzlich geregelt. Es gelten zwei unterschiedliche Varianten – je nachdem, ob der Pflegebedürftige eine anerkannte eingeschränkte Alltagskompetenz hat oder nicht:

1. Bei einer Pflegestufe ohne eingeschränkte Alltagskompetenz erfolgt immer ein Sprung in den nächsthöheren Pflegegrad, also

- von Pflegestufe I in den Pflegegrad 2,
- von Pflegestufe II in den Pflegegrad 3,
- von Pflegestufe III in den Pflegegrad 4 und,
- wenn ein Härtefall anerkannt ist, erfolgt der Sprung in den Pflegegrad 5.

2. Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz machen einen Zweifachsprung, das heißt

- von Pflegestufe 0 in den Pflegegrad 2,
- von Pflegestufe I+ in den Pflegegrad 3,
- von Pflegestufe II+ in den Pflegegrad 4,
- von Pflegestufe III+ mit oder ohne Härtefall in den Pflegegrad 5

Die gleichen Leistungen wie 2016?

Die künftig in die neuen Pflegegrade übergeleiteten Pflegebedürftigen haben bei häuslicher Pflege einen sogenannten Besitzstandsschutz. Dazu wird der § 141 SGB XI eingeführt. Bei genauer Betrachtung

tung betrifft dieser Bestandsschutz nur die Pflegebedürftigen, die bei Pflegestufe 0 Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 45b SGB XI (208 Euro) hatten. Denn der Bestandsschutz gilt nur dann, wenn die mit der Pflegereform verbundenen höheren Leistungen nicht ausreichen, um die bisher mit dem erhöhten Betrag nach § 45b SGB XI finanzierten Leistungen zu erhalten. Das heißt, der Pflegebedürftige erhält dann – wie jeder andere auch – den Entlastungsbetrag nach § 45 b SGB XI von 125 Euro plus seinem Bestandsschutz von 83 Euro. So kommt er wieder auf die 208 Euro aus dem Jahr 2016. Die Pflegekasse muss die betroffenen Versicherten darüber entsprechend informieren.

Ansprüche ab 2017

Es ändert sich nicht nur der Pflegebedürftigkeitsbegriff, sondern auch der Leistungsanspruch der Pflegebedürftigen. Wie bisher bei den Pflegestufen werden die Leistungen bei den Pflegegraden weiterhin gestaffelt sein. Das heißt, je höher der Pflegegrad, desto höher sind auch die Leistungen der Pflegekassen.

Die Grundprinzipien wie Pflegesachleistung, Pflegegeld, Kombinationsleistung, Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege sowie Kurzzeitpflege und vollstationäre Pflege bleiben erhalten.

Lediglich die Höhe der Leistungen wird angepasst und für die meisten erhöht. Folgende Leistungen sind ab 2017 je nach Pflegegrad vorgesehen:

Allgemeine Leistungen bei Pflegegrad 1 (§ 28a SGB XI)

1. Pflegeberatung (§§ 7a und 7b SGB XI)
2. Beratung zu Hause (§ 37 Abs. 3 SGB XI)
3. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a SGB XI)
4. Versorgung mit Pflegehilfsmitteln (§ 40 Abs. 1 bis 3 und Abs. 5 SGB XI)
5. finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes (§ 40 Abs. 4 SGB XI)
6. zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 43b SGB XI)
7. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45 SGB XI)
8. Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI)
9. Zuschuss bei vollstationärer Pflege (§ 43 Abs. 3 SGB XI)

Zudem gewährt die Pflegeversicherung ab 2017 in allen Pflegegraden einen Entlastungsbetrag gemäß § 45b in Höhe von 125 Euro monatlich. Nur bei Pflegegrad I kann der Entlastungsbetrag auch für die Grundpflege durch den Pflegedienst eingesetzt werden.

Bei vollstationärer Pflege wird ein Zuschuss in Höhe von 125 Euro geleistet.

Allgemeine Leistungen bei Pflegegrad 2, 3, 4 und 5 (§ 28 SGB XI)

1. Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI)
2. Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI)
3. Kombination von Geld- und Sachleistung (§ 38 SGB XI)
4. Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI)
5. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 SGB XI)
6. Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)
7. Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)
8. Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)
9. Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI)
- 9a. Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 43b SGB XI)
10. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44 SGB XI)
11. Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 44a SGB XI),
12. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45 SGB XI)
- 12a. Umwandlungsanspruch (§ 45a SGB XI)
13. Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI)

Übersicht Geldleistungen 2017 nach Pflegegraden

Anspruchsberechtigt sind nur Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 2 bis 5

Pflegesachleistung (pro Monat)

Pflegegrad 2 = 689 Euro

Pflegegrad 3 = 1.298 Euro

Pflegegrad 4 = 1.612 Euro

Pflegegrad 5 = 1.995 Euro

Verhinderungspflege

Pflegegeld wird für bis zu 6 Wochen zu 50 % weitergezahlt.

Der Anspruch beträgt 1.612 Euro im Kalenderjahr für maximal 42 Kalendertage. Ein Übertrag der halben Kurzzeitpflege (806 Euro) auf die Verhinderungspflege ist möglich.

Kurzzeitpflege

Pflegegeld wird für bis zu 8 Wochen zu 50 % weitergezahlt.

Der Anspruch beträgt 1.612 Euro im Kalenderjahr für maximal 56 Kalendertage.

Die Aufstockung um die Mittel der Verhinderungspflege (1.612 Euro) ist möglich.

Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI

Alle Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 1, die häusliche Pflege in Anspruch nehmen, haben auch Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich.

Wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr (Stichtag 30. Juni) übertragen werden

Beispiel: Patient, bisherige Pflegestufe II mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (ab 2017 Pflegegrad 4) bei häuslicher Pflege

Leistungen	Ansprüche 2016	Ansprüche 2017
Pflegesachleistung	1.298 Euro	1.612 Euro
Pflegegeld	545 Euro	728 Euro
Betreuungsgeld/Entlastungsleistungen	104 Euro	125 Euro
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	40 Euro	40 Euro
Verhinderungspflege	1.612 Euro	1.612 Euro
Kurzzeitpflege	1.612 Euro	1.612 Euro
Tages- und Nachtpflege	1.298 Euro	1.612 Euro

14. Leistungen des persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX (§ 35a SGB XI)
15. Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a SGB XI)
16. Pflegeberatung (§ 7a SGB XI)
17. Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulanten Wohngruppen (§ 45e SGB XI)

Das Beispiel (s. Tabelle) zeigt, dass die ambulanten Leistungen der Pflegekassen für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 erhebliche finanzielle Verbesserungen bringen. Vor allem die Erhöhungen der Leistungen für ambulante und teilstationäre Angebote, die parallel genutzt werden können, führen zu einem Mehrbetrag von insgesamt 628 Euro monatlich.

Änderungen beim Beratungseinsatz

Im nächsten Jahr steigt die Pauschale für den Beratungseinsatz bei den Pflegegraden 1, 2 und 3 auf 23 Euro und bei den Pflegegraden 4 und 5 auf 33 Euro.

Pflegebedürftige mit dem Pflegegrad 1 können den Beratungseinsatz freiwillig abrufen. Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 und 3 besteht die Verpflichtung, den Beratungseinsatz halbjährlich, bei den Pflegegraden 4 und 5 vierteljährlich durchzuführen.

HINWEIS: Pflegegeldbezieher, die derzeit die Pflegestufe II mit eingeschränkter Alltagskompetenz haben, müssen den Beratungseinsatz nach aktuellem Recht halbjährlich abrufen. Durch die Überleitung zum 1. Januar 2017 erfolgt die Zuordnung in den Pflegegrad 4, weshalb diese Personen ab 2017 den Beratungseinsatz vierteljährlich abrufen müssen.

Zusätzliches Betreuungsgeld und Entlastungsbetrag

Pflegebedürftige ab Pflegegrad 1, die sich in häuslicher Pflege befinden, erhalten eine Kostenerstattung in Höhe des Entlastungsbetrages von bis zu 125 Euro monatlich. Dies gilt für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag, z.B. stundenweise Betreuung, Botengänge, Entlastungsleistungen in der Hauswirtschaft. Zudem können Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 diese Leistungen auch unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen erhalten. Allerdings darf dazu der Höchstbetrag für Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI in dem jeweiligen Kalendermonat noch nicht ausgeschöpft sein. Zudem darf der verwendete Anteil je Kalendermonat wie bisher 40% des Höchstbetrages der Pflegesachleistung nicht überschreiten. Die Kostenerstattung der Entlastungsleistungen erfolgt weiterhin nur auf Antrag des Pflegebedürftigen.

Werden ambulante Pflegesachleistungen und Entlastungsleistungen parallel bezogen, hat die Vergütung der Pflegesachleistung immer Vorrang. Bezieht der Pflegebedürftige die Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI, gilt die Erstattung der Aufwendungen für Entlastungsleistungen als Inanspruchnahme der Sachleistung und wirkt sich auf die Höhe des anteiligen Pflegegeldes aus.

BEISPIEL: Patient A hat Pflegegrad 2 und Anspruch auf Pflegesachleistungen von bis zu 1.612 Euro monatlich. Obwohl er wählen kann, wie er diesen Betrag einsetzt, also für Pflegesachleistungen oder zu 40% für Entlastungsleistungen, ist er hier doch begrenzt: Wenn seine Pflege nur durch die Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen im Rahmen von 79% sichergestellt werden kann, sind

Anzeige



Josef Galert

Gesundheits- und Berufspolitik für Physiotherapeuten und weitere Gesundheitsberufe

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

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

auch als EBOOK

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

W. Kohlhammer GmbH
www.kohlhammer.de

150 Jahre
Kohlhammer

die Entlastungsleistungen nachrangig und die Umwidmung von bis zu 40% ist in diesem Fall automatisch auf 21% beschränkt.

Nimmt Patient A Kombinationsleistungen in Anspruch, so wird der verbrauchte Betrag für Entlastungsleistungen, zu dem verbrauchten Anteil der Pflegesachleistung hinzugerechnet. Der Anspruch auf anteiliges Pflegegeld berechnet sich dann so: 30% verbrauchte Pflegesachleistung plus 40% umgewidmete Entlastungsleistungen ergibt einen Anspruch auf Auszahlung von 30% des anteiligen Pflegegeldes.

HINWEIS: Ab 2017 kann die Umwandlung der Pflegesachleistungen unabhängig von den zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI erfolgen. Das heißt, der Pflegebedürftige muss nicht erst die 125 Euro verbraucht haben, bevor er die Umwandlung beantragen kann. Er kann vielmehr entscheiden, aus welcher Leistung er niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen finanzieren möchte. Insofern besteht ab 2017 ein neues Wahlrecht für die Pflegebedürftigen.

Nutzung des Entlastungsbetrages

Der Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich kann vom Pflegebedürftigen wie schon im Jahr 2016 für folgende Leistungen genutzt werden:

- Tages- oder Nachtpflege
- Kurzeitpflege
- ambulante Pflegedienste, jedoch nicht für die Grundpflege (außer bei Pflegegrad 1)
- nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag

HINWEIS: Der Entlastungsbetrag kann auch in Kombination mit der Verhinderungspflege eingesetzt werden.

Soziale Absicherung der Pflegeperson

Die erforderliche wöchentliche Mindestpflegezeit von 14 Stunden zum Erreichen der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung wird auf 10 Stunden abgesenkt.

Die Beiträge zur Rentenversicherung werden ab dem Pflegegrad 2 bezahlt, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist und einen oder mehrere Pflegebedürftige wenigstens 10

Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt. Es ist Aufgabe des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) im Rahmen der Begutachtung festzustellen, ob die Pflegeperson diese Bedingungen erfüllt. Dabei sollen die Angaben der Pflegeperson zugrunde gelegt werden.

HINWEIS: Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 regelmäßig mindestens 10 Stunden in der Woche, verteilt auf mindestens zwei Tage, einen Pflegebedürftigen der Pflegestufe 0 nicht erwerbsmäßig pflegen, erhalten ab dem 1. Januar 2017 Rentenversicherungsbeiträge nach dem neuen Recht, wenn sie zudem die oben genannten Voraussetzungen erfüllen.

Neu: Arbeitslosenversicherung der Pflegeperson

Ab 2017 werden Pflegepersonen nach den Vorschriften des SGB III in der Arbeitslosenversicherung versichert. Voraussetzung ist jedoch, dass unmittelbar vor der Pfllegetätigkeit eine Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung bestanden hat oder eine Leistung nach dem SGB III wie etwa Arbeitslosengeld bezogen wurde. Befindet sich die Pflegeperson in einem sozialversicherungspflichtigem Arbeitsverhältnis, etwa einer Teilzeitbeschäftigung, besteht bereits eine Absicherung in der Arbeitslosenversicherung. Dann erfolgt keine zusätzliche Versicherung durch die Pflegekasse.

Pflegepersonen haben durch den Anspruch auf Arbeitslosenversicherung erstmals nach dem Ende der Pfllegetätigkeit die Möglichkeit, Arbeitslosengeld zu beantragen. Zudem können sie Leistungen der Arbeitsförderung in Anspruch nehmen. <<



Literatur

Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 54, ausgegeben zu Bonn am 28. Dezember 2015, Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) Vom 21. Dezember 2015.

§ 15 SGB XI – Pflegegrade (PSG II), § 28a SGB XI - Leistungen Pflegegrad 1 (PSG II) § 45a SGB XI Umwandlung Sachleistung, § 44 SGB XI - Leistungen der sozialen Sicherung der Pflegeperson (PSG II) § 140 SGB XI - Überleitungsregelung (PSG II), § 141 SGB XI Bestandsschutz (PSG II)

Autorenkontakt:

Heike Bohmes, Pflegesachverständige, Pflegeberaterin, Fachjournalistin und Autorin diverser (Pflege-)Fachbücher
Kontakt: fachjournalistin@email.de

Zusammenfassung

Niemand soll schlechter gestellt sein als vorher – das ist die Devise für die Einführung des 2. Pflegestärkungsgesetzes. Die konkreten Neuerungen ab dem 1. Januar 2017 sind: neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff mit fünf Pflegegraden statt drei Pflegestufen; höhere Leistungen der Pflegeversicherung, besonders im ambulanten Bereich; bessere soziale Absicherung von ehrenamtlich tätigen Pflegepersonen (pflegenden Angehörigen) durch Absenkung der notwendigen Stundenzahl für den Anspruch auf Zahlung von Rentenbeiträgen und Beitragszahlung in die Arbeitslosenversicherung.

Schlüsselwörter: *Pflegestärkungsgesetz, Pflegereform 2017, Pflegegrade*

Campus-Fragebogen

Thema: Pflegebedürftigkeit

Punkte: 1



Identnummer: 20151004

Bitte ausfüllen:

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

E-Mail

Datum, Unterschrift

1. Ab 2017 werden die bisherigen Pflegestufen in Pflegegrade umgewandelt. Welchem Pflegegrad würde die Pflegestufe 2 ohne eingeschränkte Alltagskompetenz entsprechen?

- a) Pflegegrad 2
- b) Pflegegrad 3
- c) Pflegegrad 4

2. Welchem Pflegegrad würde die Pflegestufe 2 mit eingeschränkter Alltagskompetenz entsprechen?

- a) Pflegegrad 2
- b) Pflegegrad 3
- c) Pflegegrad 4

3. Was bedeutet Besitzstandsschutz? Nach der Reform werden die Versicherten ...

- a) ... weniger Leistungen als vorher erhalten (Schutz des Besitzstandes der Pflegeversicherung).
- b) ... mindestens genauso viele Leistungen wie vorher erhalten (Schutz des Status Quo).
- c) ... mehr Leistungen als vorher erhalten (Schutz vor Inflation).

4. Der Entlastungsbeitrag beträgt bis zu...

- a) 100€ monatlich.
- b) 125€ monatlich.
- c) 150€ monatlich.

5. Wie hoch wird ab dem neuen Jahr die Pauschale für den Beratungseinsatz sein?

- a) 25€
- b) 20€ für Pflegegrade 1–3 und 30€ für Pflegegrade 4 und 5
- c) 23€ für Pflegegrade 1–3 und 33€ für Pflegegrade 4 und 5

6. Wie oft muss bei Pflegegrad 4 ein Beratungseinsatz durchgeführt werden?

- a) Nach Bedarf des Pflegebedürftigen
- b) 1 Mal im Jahr
- c) 4 Mal im Jahr

7. Wofür kann der Entlastungsbeitrag eingesetzt werden?

- a) Frei nach Ermessen des Pflegebedürftigen
- b) Für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel
- c) Nur für nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag

8. Pflegenden Angehörige und Freiwillige haben eine Rentenversicherungspflicht, wenn sie...

- a) ... mindestens 10 Stunden die Woche pflegen.
- b) ... mindestens 12 Stunden die Woche pflegen.
- c) ... mindestens 14 Stunden die Woche pflegen.

Schulungsnummer: 20151004160009

Einsendeschluss: 30.09.2016

Sieben von acht Antworten müssen richtig sein.

Teilnahme

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

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

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

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

> Verlassen des Unternehmens auf eigenen Wunsch

Arbeitnehmereigene Kündigung

MARTINA WEBER

Die Gründe, die einen Arbeitnehmer veranlassen, seinen Arbeitsvertrag zu kündigen, sind vielfältig und reichen vom Wunsch nach beruflicher Veränderung über einen Wohnortwechsel wegen der Partnerschaft bis zu Lohnrückständen. Der Artikel erläutert, welche Fristen Arbeitnehmer bei ihrer Kündigung einzuhalten haben und unter welchen Voraussetzungen sie ein Recht auf eine außerordentliche Kündigung haben.



Foto: dessauer/Fotolia

In der Praxis der Arbeitsgerichte und auch in der arbeitsrechtlichen Fachliteratur spielt die Kündigung durch den Arbeitgeber die Hauptrolle. Die Kündigung durch den Arbeitgeber wird durch das Arbeitsrecht stark eingeschränkt, allem voran durch das Kündigungsschutzgesetz. Dennoch kann auch der Arbeitnehmer ein Interesse daran haben, sich aus einem Arbeitsverhältnis zu lösen, manchmal sogar möglichst schnell. Die Gründe für ein Ausscheiden aus dem Unternehmen auf Wunsch des Arbeitnehmers sind sehr verschieden: Unzufriedenheit mit dem Arbeitsplatz (vielleicht sogar beleidigende Auseinandersetzungen mit dem Vorgesetzten oder den Kollegen), zu viele Überstunden, gar über die rechtlich erlaubte

Menge hinaus (verbotene Mehrarbeit), Streitigkeiten um die Vergütung oder Veränderungen im privaten Bereich, die einen Wohnortwechsel wünschenswert oder erforderlich machen.

Die einfachste Möglichkeit für den Arbeitnehmer zu einem von ihm gewünschten Zeitpunkt aus dem Arbeitsverhältnis auszuschneiden, besteht darin, dem Arbeitgeber einen Aufhebungsvertrag vorzuschlagen und darin einen Termin zur Beendigung des Arbeitsvertrags schriftlich zu vereinbaren. Oft hat der Arbeitgeber jedoch kein Interesse am Abschluss eines Aufhebungsvertrages. Zum einen wenn er mit der Arbeitsleistung des Arbeitnehmers, der das Unternehmen verlassen will, sehr zufrieden ist und den Arbeitnehmer deshalb mög-

lichst lange vertraglich binden will. Zum anderen benötigt der Arbeitgeber auch eine gewisse Zeit für Suche eines Nachfolgers. Dann bleibt dem Arbeitnehmer nur die ordentliche Kündigung, wobei Kündigungsfristen einzuhalten sind. Es gibt aber auch Fallgestaltungen, in denen der Arbeitnehmer zu einer außerordentlichen (meist: fristlosen) Kündigung berechtigt ist.

Kündigungsfristen bei der ordentlichen Kündigung

Die ordentliche Kündigung ist der Normalfall einer Kündigung eines Arbeitsverhältnisses. Die Kündigung bedarf nach Paragraph 623 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) der Schriftform, etwa der Art „Hiermit kündige ich das Arbeitsverhältnis ordentlich zum [Angabe des Datums]“. Bestehen Unsicherheiten bei der Berechnung der Kündigungsfrist, ist der Zusatz „oder zum nächst zulässigen Termin“ empfehlenswert. Eine Unterschrift des Arbeitnehmers ist anzufügen. Eine Kündigung in elektrischer Form (SMS, E-Mail) ist unwirksam.

Was ist eigentlich eine Kündigungsfrist?

Es ist der Zeitraum zwischen dem Zugang und dem Wirksamwerden der Kündigung.

Beispiel: Eine Arbeitnehmerin übergibt ihrer Arbeitgeberin das Kündigungsschreiben am 29. Juni. Die Kündigungsfrist beträgt einen Monat zum Ende eines Kalendermonats. Die Kündigung ist dann am 29. Juni zugegangen und wird zum 31. Juli 24 Uhr wirksam.

Während der Kündigungsfrist besteht das Arbeitsverhältnis weiter. Der Arbeitnehmer ist zur Arbeitsleistung verpflichtet; der Arbeitgeber ist zur Zahlung der Vergütung verpflichtet.

Die für ein Arbeitsverhältnis geltenden Kündigungsfristen können sich aus

dem Arbeitsvertrag, aus dem für das Arbeitsverhältnis geltenden Tarifvertrag oder aus dem BGB ergeben. Es ist auch möglich, Kündigungsfristen in vom Arbeitgeber gestellten AGBs zu vereinbaren.

Gesetzliche Kündigungsfristen mit ihren Abweichungen

Enthält der Arbeitsvertrag keine Regelung zur Kündigungsfristen und ist kein Tarifvertrag anwendbar, gelten die gesetzlichen Kündigungsfristen. Diese ergeben sich aus Paragraph 622 BGB. Die Grundkündigungsfrist ist in Paragraph 622 Absatz 1 BGB geregelt. Danach kann ein Arbeitsverhältnis mit einer Frist von vier Wochen zum Fünfzehnten oder zum Ende eines Kalendermonats gekündigt werden. Die erwähnten „vier Wochen“ sind 28 Kalendertage.

Die genaue Fristberechnung erfolgt dabei nach den Paragraphen 186 ff BGB. Der Tag, an dem die Kündigung zugeht, wird nach Paragraph 187 Absatz 1 BGB nicht in die Fristberechnung einbezogen: Die Kündigungsfrist beginnt also erst am nächsten Tag.

Beispiel: Der Arbeitnehmer möchte das Arbeitsverhältnis zum 31. Oktober beenden. Bei einer Kündigungsfrist von vier Wochen muss er die Kündigung dem Arbeitgeber spätestens am Montag, dem 3. Oktober, übergeben. Denn von 4. Oktober bis zum 31. Oktober sind es 28 Tage.

Eine kürzere Frist als die vier Wochen des Paragraphen 622 Absatz 1 BGB gilt nach Paragraph 622 Absatz 3 BGB während einer vereinbarten Probezeit, längstens für die Dauer von sechs Monaten. Während dieser Zeit kann das Arbeitsverhältnis mit einer Frist von zwei Wochen gekündigt werden.

Darüber hinaus kann im Arbeitsvertrag nur dann eine kürzere Frist als die Vierwochenfrist des Paragraphen 622 Absatz 1 BGB vereinbart werden, wenn es sich um ein vorübergehendes (also höchstens drei Monate lang dauerndes) Aushilfsarbeitsverhältnis nach Paragraph 622 Absatz 5 BGB handelt.

In einem normalen Arbeitsverhältnis, das kein Probearbeitsverhältnis und kein Aushilfsarbeitsverhältnis ist, darf eine kürzere als die in Paragraph 622 Absatz 1 BGB geregelte Kündigungsfrist nicht vereinbart werden. Enthält ein solcher Arbeitsvertrag beispielsweise eine einwöchige Kündigungsfrist, so ist diese

unwirksam mit der Folge, dass die gesetzliche Kündigungsfrist gilt. Generell gilt: Unterscheidet sich die vertraglich vereinbarte Kündigungsfrist von der gesetzlichen, so gilt grundsätzlich die Frist, die für den Arbeitnehmer günstiger ist. Dies ist generell die längere Frist, da diese den Bestand des Arbeitsverhältnisses länger schützt. Es gilt auch dann die längere Frist, wenn der Arbeitnehmer im Einzelfall das Arbeitsverhältnis möglichst schnell beenden will.

Und wie steht es mit einer Verlängerung der gesetzlichen Grundkündigungsfrist von vier Wochen? Paragraph 622 Absatz 2 BGB regelt längere Kündigungsfristen, gestaffelt nach der Dauer des Arbeitsverhältnisses des Arbeitnehmers im betreffenden Betrieb oder Unternehmen (Tabelle 1). Bei Beschäftigten im öffentlichen Dienst gelten andere Fristen (Tabelle 2).

Die genannten längeren Kündigungsfristen gelten zwar nach Paragraph 622 Absatz 2 BGB nur für eine Kündigung durch den Arbeitgeber. Die Arbeitsvertragsparteien können jedoch in einer Gleichbehandlungsabrede vereinbaren, dass die verlängerten Fristen auch für Kündigungen durch Arbeitnehmer gelten. Besteht eine solche Gleichbehandlungsabrede nicht und sind für das Arbeitsverhältnis die Kündigungsfristen

nach dem BGB maßgeblich, so gelten für Kündigungen durch den Arbeitgeber die erwähnten verlängerten Fristen und für Kündigungen durch den Arbeitnehmer die Grundkündigungsfrist des Paragraph 622 Absatz 1 BGB. Unzulässig ist es hingegen, für Kündigungen durch den Arbeitnehmer längere Kündigungsfristen zu vereinbaren als für Kündigungen durch den Arbeitgeber (siehe Paragraph 622 Absatz 6 BGB).

Eine Verlängerung der gesetzlichen Kündigungsfristen ist grundsätzlich auch in vom Arbeitgeber gestellten Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGBs) möglich (BAG 25. September 2008, NZA 2009, S. 370). Die AGBs unterliegen jedoch der Inhaltskontrolle nach Paragraph 307 BGB. Danach sind AGBs unwirksam, wenn sie den Vertragspartner unangemessen benachteiligen. Das Arbeitsgericht Heilbronn hat eine Kündigungsfrist von 18 Monaten zum Monatsende als wirksam bewertet (8. Mai 2012, Arbeit und Arbeitsrecht 2012, Seite 732). Das Sächsische LAG hat eine Kündigungsfrist von drei Jahren als unangemessen angesehen (19. Januar 2016, 3 Sa 406/15). Eine solche lange Vertragsbindung beeinträchtigt die berufliche Entwicklung des Arbeitnehmers. Soweit einzelne Bestimmungen aus den AGBs unwirksam sind, richtet sich der

Tabelle 1: Kündigungsfristen für eine Kündigung durch den Arbeitgeber bei einer längeren Beschäftigung in einem Unternehmen nach Paragraph 622 Absatz 2 BGB.

Beschäftigungsdauer	Kündigungsfrist, jeweils zum Ende eines Kalendermonats
>2 Jahre	1 Monat
>3 Jahre	2 Monate
>8 Jahre	3 Monate
>10 Jahre	4 Monate
>12 Jahre	5 Monate
>15 Jahre	6 Monate
>20 Jahre	7 Monate

Tabelle 2: Im Geltungsbereich des TVÖD richten sich die Kündigungsfristen nach Paragraph 34 TVöD

Beschäftigungsdauer	Kündigungsfrist
Bis zum Ende des 6. Monats	2 Wochen zum Monatsschluss
≤1 Jahr	1 Monat zum Monatsschluss
>Jahr	6 Wochen
>5 Jahre	3 Monate
>8 Jahre	4 Monate
>10 Jahre	5 Monate
>12 Jahre	6 Monate

Inhalt des Vertrages nach den gesetzlichen Vorschriften (siehe Paragraf 306 Absatz 2 BGB). Halten die Kündigungsfristen der AGBs der Inhaltskontrolle nicht stand, weil sie den Arbeitnehmer unangemessen benachteiligen, gelten die gesetzlichen Kündigungsfristen des Paragrafen 622 BGB.

Außerordentliche Kündigung

Das Recht zur außerordentlichen Kündigung eines Arbeitsvertrages ergibt sich aus Paragraf 626 BGB. Die außerordentliche Kündigung beendet das Arbeitsverhältnis grundsätzlich sofort und ist nur bei wichtigem Grund zulässig, wenn „Tatsachen vorliegen, aufgrund derer dem Kündigenden unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles und unter Abwägung der Interessen beider Vertragsteile die Fortsetzung des Dienstverhältnisses bis zum Ablauf der Kündigungsfrist (...) nicht zugemutet werden kann.“ Zu beachten ist, dass die außerordentliche Kündigung nur innerhalb von zwei Wochen, nachdem der Kündigungsberechtigte von den für die Kündigung maßgebenden Tatsachen Kenntnis erlangt hat, erfolgen kann.

Für eine vom Arbeitnehmer ausgesprochene außerordentliche Kündigung gelten dieselben Maßstäbe wie für die Kündigung durch den Arbeitgeber.

Aus der Rechtsprechung zur außerordentlichen Kündigung durch den Arbeitnehmer:

- Ein beabsichtigter Stellenwechsel rechtfertigt grundsätzlich keine außerordentliche Kündigung. Allein das Angebot wesentlich günstigerer Arbeitsbedingungen (Angebot eines

unbefristeten statt eines befristeten Arbeitsverhältnisses) reicht nicht aus (LAG Schleswig-Holstein 30. Januar 1991 LAGE Paragraf 626 BGB Nr. 59). Auch die Möglichkeit, ein erheblich höheres Gehalt zu erzielen, reicht für eine außerordentliche Kündigung nicht aus (BAG 1. Oktober 1970, Der Betrieb 1971, Seite 54).

- Die auf Verlangen des Arbeitgebers erfolgte ständige und erhebliche Überschreitung der zulässigen Arbeitszeit kann dem Arbeitnehmer auch dann einen wichtigen Grund zur fristlosen Kündigung geben, wenn er zunächst bereit war, die verbotene Mehrarbeit zu leisten. Wenn der Arbeitnehmer aus dem Verhalten des Arbeitgebers schließen darf, dass dieser nicht bereit ist, die Schutzvorschriften des Arbeitszeitrechts zu beachten, kann er eine fristlose Kündigung aussprechen. Der Arbeitnehmer braucht nicht vorher zu versuchen, den Arbeitgeber zur künftigen Einhaltung der zulässigen Arbeitszeit zu bewegen (BAG 28. Oktober 1971, 2 AZR 15/71, Der Betrieb 1972, Seite 489).
- Bei groben Beleidigungen durch den Arbeitgeber kann der Arbeitnehmer wirksam fristlos kündigen. Verdächtig der Arbeitgeber den Arbeitnehmer zu Unrecht einer Unredlichkeit, kann der Arbeitnehmer je nach den Umständen zu einer außerordentlichen Kündigung berechtigt sein (BAG 16. Januar 2003, Neue Zeitschrift für Arbeitsrecht 2004, Seite 512).
- Kommt der Arbeitgeber wiederholtem Urlaubsverlangen des Arbeitnehmers nicht nach, ohne hierzu nach Paragraf 7 Bundesurlaubsgesetz berechtigt zu sein, kann der Arbeitnehmer nach vorheriger Abmahnung außerordent-

lich kündigen. Gibt der Arbeitgeber zu erkennen, dass er den Urlaubswunsch des Arbeitnehmers nicht erfüllen will, ist eine Abmahnung entbehrlich. Erteilt der Arbeitgeber den Urlaub unter ausdrücklichem Vorbehalt des Widerrufs, so handelt es sich um keine wirksame Urlaubserteilung (BAG 14. März 2006, Az 9 AZR 11/05).

- Führt der Arbeitgeber die einbehaltenen Lohnsteuer und die Sozialversicherungsbeiträge während einer Beschäftigungszeit, die ein Jahr übersteigt, nicht ab, lässt dies für einen Arbeitnehmer die Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses als unzumutbar erscheinen (LAG Baden-Württemberg 30. Mai 1968, Der Betrieb 1968, Seite 1407).
- Befindet sich der Arbeitgeber mit Vergütungszahlungen in nicht unerheblicher Höhe oder für einen längeren Zeitraum im Verzug, kann ein wichtiger Grund für eine außerordentliche Kündigung vorliegen. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit verlangt jedoch, dass der Arbeitnehmer den Arbeitgeber vor Ausspruch einer fristlosen Kündigung wegen des Zahlungsverzuges vergeblich abmahnt (BAG 17. Januar 2002, 2 AZR 494/00, in: Neue Zeitschrift für Arbeitsrecht 2003, Seite 816). Eine vorherige Abmahnung ist entbehrlich, wenn ein vertragsgemäßes Verhalten des Arbeitgebers nicht zu erwarten ist (BAG 26. Juli 2007, Neue Zeitschrift für Arbeitsrecht 2007, Seite 1419). <<

Literatur



Ascheid R., Preis U. & Schmidt I. (Hrsg.) (2012): Kündigungsrecht. Großkommentar zum gesamten Recht zur Beendigung von Arbeitsverhältnissen, 4. Auflage, C.H.Beck, München

Müller-Glöge R., Preis U., & Schmidt I. (Hrsg.) (2016) Erfurter Kommentar zum Arbeitsrecht, 16. Auflage, C.H.Beck, München

Pauly S. & Osnabrügge S. (Hrsg.) (2014): Handbuch Kündigungsrecht, 4. Auflage, Deutscher Anwaltsverlag, Bonn

Weber M. (2007): Arbeitsrecht für Pflegeberufe. Handbuch für die Praxis. Kohlhammer, Stuttgart

Autorenkontakt:

Martina Weber, Volljuristin (Ass. jur.), wissenschaftliche Autorin und Dozentin in der Pflegefortbildung.
Kontakt: marsweber@hotmail.com

Zusammenfassung

Beabsichtigt der Arbeitnehmer, das Unternehmen auf eigenen Wunsch zu verlassen, kommt in der Regel eine ordentliche Kündigung in Betracht. Die vom Arbeitnehmer einzuhaltende Kündigungsfrist ergibt sich entweder aus dem BGB, aus dem Arbeitsvertrag oder aus dem Tarifvertrag. Die Kündigungsfristen im BGB sind Mindestfristen, die Fristen im TVöD sind länger. Auch in AGBs können längere Kündigungsfristen vereinbart werden, jedoch liegt dort eine Grenze, wo das berufliche Fortkommen des Arbeitnehmers beschnitten wird. Eine außerordentliche Kündigung ist zulässig bei erheblichem Zahlungsverzug des Arbeitgebers sowie bei Verweigerung einer Urlaubserteilung, gegebenenfalls nach Abmahnung.

Schlüsselwörter: Kündigung durch den Arbeitnehmer, Kündigungsfristen, Außerordentliche Kündigung

> Arzneimittelmittel in der Pflegepraxis

Teil 3: Neuroleptika

EVA-MARIA WOLSCHON & SASCHA KÖPKE

Serie! – Dritter Teil

In unserem dritten Teil möchten wir die Substanzklasse der Neuroleptika (auch Antipsychotika genannt) vorstellen. Diese werden vor allem bei psychischen Erkrankungen, wie Schizophrenie, Manie, organischen Psychosyndromen, Erregungs- und Angstzuständen oder dem Alkoholentzugssyndrom, angewendet. Außerdem werden sie regelhaft bei Menschen mit Demenz und sogenanntem „herausforderndem Verhalten“ eingesetzt. Neuroleptika werden nach ihrer chemischen Struktur und den entsprechenden pharmakologischen Eigenschaften in klassische („typische“) Neuroleptika und atypische Neuroleptika unterteilt.



Wirkungsmechanismus der Neuroleptika

Psychische Erkrankungen, wie die Schizophrenie, Manien oder organische Psychosyndrome, sind in ihren psychopathologischen Grundlagen bislang nicht vollständig geklärt. Bei vielen psychischen Erkrankungen liegt jedoch zumindest begleitend eine Neurotransmitterstörung vor, die zu einer Störung in der Erregungsleitung an den Synapsen führt.

Der genaue Wirkungsmechanismus vieler Neuroleptika ist ebenfalls nicht vollständig geklärt. Allerdings weiß man, dass die Neuroleptika in die gestörte Erregungsleitung an den Synapsen eingreifen und so das Neurotransmittergleichgewicht zumindest teilweise wieder herstellen (modulierende Wirkung). Die heute verwendeten Neuroleptika wirken durch Hemmung von verschiedenen Neurotransmitter-Rezeptoren, die wichtigsten sind dabei die Dopamin-Rezeptoren. Aus den verschiedenen Re-

zeptoraffinitäten ergibt sich dann auch ihr Wirk- bzw. Nebenwirkungsprofil. Durch die modulierende Wirkung kommt es z.B. zu einer Abnahme der mit einer Schizophrenie einhergehenden „Plussymptomatik“, also u.a. Halluzination, Wahn, sowie Störungen der Motorik und des Antriebs.

Neuroleptika werden nach der sogenannten „neuroleptischen Potenz“, also der neuroleptischen Wirkstärke unterteilt:

- niederpotent (z.B. Melperon und Pipamperon)
- mittelpotent (z.B. Clozapin)
- hochpotent (z.B. Haloperidol, Olanzapin, Risperidon)

Als Bezug wird hier das Chlorpromazin (nicht mehr im deutschen Handel) mit einer neuroleptischen Potenz von 1 verwendet. Als Faustregel gilt, dass bei den klassischen Neuroleptika mit zunehmender neuroleptischer Potenz auch die extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen zu- und die sedierenden und vegetativen Effekte abnehmen. Dies gilt hingegen nicht für die atypischen Neuroleptika.

Nebenwirkung der Neuroleptika

Wie bereits erwähnt lassen sich die Nebenwirkungen der Neuroleptika von ihrer jeweiligen Wirkung an den verschiedenen Neurotransmitter-Rezeptoren ableiten. Die häufigsten und wichtigsten Nebenwirkungen vor allem der klassischen Neuroleptika sind

die extrapyramidal-motorischen Einflüsse. Hierzu zählen Frühdyskinesien (u.a. ruckartiges Herausstrecken der Zunge, Blickkrämpfe und Schiefhals), welche vor allem zu Beginn der Behandlung auftreten und reversibel sind. Außerdem können Neuroleptika ein Parkinson-Syndrom auslösen. Die Akathisie oder „Sitzunruhe“, also die Unfähigkeit ruhig zu sitzen, tritt meist erst nach einem bereits manifestierten Parkinson-Syndrom auf. Eine weitere extrapyramidal-motorische Nebenwirkung ist die Spätdyskinesie, gekennzeichnet durch abnorme, häufig stereotype Bewegungen. Die extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen treten laut Fachinformation zum Beispiel bei dem klassischen Neuroleptikum Haloperidol sehr häufig auf ($\geq 1/10$) (Ratiopharm 2015). Sollte bei geringer Dosierung von klassischen Neuroleptika keine antipsychotische Wirkung erzielt werden, so nehmen mit steigender Dosierung und steigender Wirkstärke auch die extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen zu. Die schwerste, sehr seltene Nebenwirkung ist das maligne neuroleptische Syndrom. Hierbei kommt es zu schweren extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen, Bewusstseins- und Kreislaufstörungen sowie hohem Fieber.

Treten extrapyramidal-motorische Nebenwirkungen auf, können diese zum Teil mit einem Anticholinergikum behandelt werden oder es sollte das klassische Neuroleptikum ausgeschlichen und ggf. auf ein atypisches Neuroleptikum umgestellt werden (siehe unten).

Die sogenannten „vegetativen Nebenwirkungen“ werden durch eine Hemmung der sympathischen (α_1 -Rezeptoren) und parasympathischen (M_1 -Rezeptoren) Erregungsleitung ausgelöst. Infolgedessen kann es zu verschiedenen Symptomen kommen, z.B. zu:

- Benommenheit

- orthostatischer Dysregulation
- kompensatorischer Tachykardie
- verstopfter Nase (α_1 -Hemmung)
- Mundtrockenheit
- Akkommodationsstörungen
- vermindertem Schwitzen
- Obstipation und Miktionsstörungen.

Diese vegetativen Nebenwirkungen treten z.B. bei Haloperidol häufig auf ($\geq 1/100$ bis $< 1/10$) (Ratiopharm 2015). Außerdem kann es durch eine erhöhte Prolaktin-Freisetzung zu hormonellen Störungen wie einer Hyperprolaktinämie, einer Amenorrhö, Ovulationshemmung, Gynäkomastie, sowie Libido- und Potenzverlust kommen.

Zu möglichen psychischen Nebenwirkungen zählen Antriebslosigkeit, Lethargie und depressive Zustände.

Klassische vs. atypische Neuroleptika

Zu den klassischen oder auch „typischen“ Neuroleptika gehören unter anderem Haloperidol, Melperon, Pipamperon und Chlorpromazin. Hier wird die antipsychotische Wirkung vor allem durch eine Blockade von Dopamin-Rezeptoren (D_2 und D_3) verursacht.

Zu den atypischen Neuroleptika zählen z.B. Aripiprazol, Olanzapin, Quetiapin und Risperidon. Hier beruht die antipsychotische Wirkung neben der Blockade von D_2 -Rezeptoren auch auf einer Blockade von weiteren Rezeptoren ($5HT_2$ -, α_1 -, H_1 - und M_1 -Rezeptoren).

Wie bereits beschrieben sind die extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen der Neuroleptika ein häufiges Problem bei der Therapie. Ein großer Vorteil der atypischen Neuroleptika ist, dass diese hier weniger häufig und weniger ausgeprägt auftreten. Ein weiterer Vorteil der atypischen Neuroleptika ist, dass sie neben einer Verbesserung der

Plussymptomatik im Gegensatz zu den klassischen Neuroleptika ebenfalls zu einer Abnahme der Minussymptomatik, bei der es zu Störungen des Denkens, der Affektivität und des Erlebens der eigenen Person kommt, führen.

Ein Nachteil der atypischen Neuroleptika ist eine hohe Gewichtszunahme unter Therapie durch metabolische Veränderungen, bis hin zum metabolischen Syndrom (Young et al. 2015). Insgesamt gesehen zeigten atypische Neuroleptika keinen Vorteil in der antipsychotischen Effektivität, aber leichte Vorteile bezüglich der oben bereits genannten Nebenwirkungen des Bewegungsapparates (Bhattacharjee and El-Sayeh 2008, Hunter et al. 2003, Kumar et al. 2013, Suttajit et al. 2013).

Neuroleptika bei Menschen mit Demenz

Bei Menschen mit Demenz treten häufig Verhaltensauffälligkeiten wie Agitation, Aggression, Wahn, Halluzination und Enthemmung auf (Richter et al. 2012, Zuidema et al. 2007). Dies führt im Pflegealltag zu großen Herausforderungen für das Pflegepersonal, Angehörige und die Menschen mit Demenz selbst (Feast et al. 2016). In vielen Fällen wird dann ein Neuroleptikum vom Arzt verordnet. Deutsche Leitlinien empfehlen eine Neuroleptika-Therapie der Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit Demenz nur bei Vorliegen einer Eigen- und/oder Fremdgefährdung und erst nachdem nicht-medikamentöse Interventionen keinen Erfolg gebracht haben. Sollte die Verordnung eines Neuroleptikums nicht zu vermeiden sein, dann sollte nach spätestens drei Monaten ein Ausschleichversuch vorgenommen werden (DEGAM 2008, DGPPN 2015). Dennoch werden Neuroleptika in deutschen Pflegeheimen im Durchschnitt bei etwa

Glossar

Neurotransmitter	Biochemische Stoffe, welche Reize von einer Nervenzelle zu einer anderen Zelle weitergeben, verstärken oder modulieren, zum Beispiel Dopamin, Noradrenalin, Serotonin, Glutamin.
D_2 -Rezeptor	Rezeptoren des Neurotransmitters Dopamin werden in 5 Gruppen unterteilt (D_1 - bis D_5 -Rezeptor)
$5HT_2$ -Rezeptor	Rezeptoren des Neurotransmitters Serotonin werden in 7 Gruppen unterteilt ($5HT_1$ - bis $5HT_7$ -Rezeptor)
α_1 -Rezeptor	Rezeptoren des Neurotransmitters Noradrenalin gehören zur Gruppe der Adrenozeptoren
H_1 -Rezeptor	Rezeptoren des Neurotransmitters Histamin werden in 4 Gruppen unterteilt (H_1 - bis H_4 -Rezeptor)
M_1 -Rezeptor	Muskarinrezeptor sind Acetylcholinrezeptoren, welche durch das Pilzgift Muskarin erregt werden. Sie werden in 5 Gruppen unterteilt (M_1 - bis M_5 -Rezeptor)
Gynäkomastie	Ein-oder beidseitige Vergrößerung der Brustdrüse beim Mann

30% der Pflegeheimbewohnern mit Demenz angewendet und in der ambulanten Versorgung zeigten Ergebnisse der Delphi-MV-Studie aus Mecklenburg-Vorpommern, dass Neuroleptika bei ca. 10% der Menschen mit Demenz angewendet werden (Eichler et al. 2015, Foebel et al. 2014). Ausschließlich das atypische Neuroleptikum Risperidon ist für die Kurzzeit-Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit Demenz zugelassen. Alle andere Neuroleptika werden off-Label eingesetzt. Die Langzeittherapie bei Menschen mit Demenz wird nicht empfohlen (DEGAM 2008, DGPPN 2015).

In der Praxis werden Neuroleptika in Pflegeheimen häufig zu lange und ohne regelmäßige Prüfung der Notwendigkeit der neuroleptischen Therapie verordnet (Margallo-Lana et al. 2001). Die bereits beschriebenen extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen, aber auch die sedierende Wirkung führen bei älteren Menschen z.B. zu einem erhöhten Risiko für Stürze und Frakturen (Rigler et al. 2013, Schneider et al. 2006, Sink et al. 2005). Studien zeigen, dass Neuroleptika die Sterberate von Menschen mit Demenz erhöhen (Ballard et al. 2009, Mittal et al. 2011, Schneeweiss et al. 2007).

Eine in Großbritannien durchgeführte Studie zum Effekt personenzentrierter Pflege und Versorgung von Menschen mit Demenz zeigte eine Reduktion der Verordnung von Neuroleptika um 19% nach 12 Monaten (Fossey et al. 2006). Diese Studie, an das deutsche System adaptiert, wird momentan in Pflegeheimen in Nord-, Ost- und Westdeutschland durchgeführt (EPCentCare) (Richter et al. 2015). Ergebnisse der EPCentCare-Studie zum Effekt des Programms zur personenzentrierten Pflege auf die Verschreibungsrate von Neuroleptika werden für 2017 erwartet.

Fazit

Neuroleptika nehmen eine wichtige Rolle in der Behandlung der Schizophrenie und weiterer psychischer Erkrankungen ein und bringen Betroffenen meist erst die Möglichkeit ihre Krankheit zu erkennen. Die Anwendung bei Verhaltensauffälligkeiten von Menschen mit Demenz sollte aufgrund schwerer Nebenwirkungen jedoch nur kurzfristig und unter einer strengen Nutzen-Risiko-Abschätzung erfolgen und regelmäßig überprüft werden. <<



Literatur

Ballard C., Hanney M.L., Theodoulou M., Douglas S., McShane R., Kossakowski K. et al. (2009) The dementia antipsychotic withdrawal trial (DART-AD): long-term follow-up of a randomised placebo-controlled trial. *Lancet Neurol*, 8, 151-157.

Bhattacharjee J. & El-Sayeh H.G. (2008) Aripiprazole versus typical antipsychotic drugs for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*, CD006617.

DEGAM (2008) Demenz DEGAM – Leitlinie Nr. 12, http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/LL-12_Langfassung_TJ_03_korr_01.pdf, Zugriff am 29.06.2016.

DGPPN (2015) S3-Leitlinie „Demenzen“, https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversionleitlinien/REV_S3-leitlinie-demenzen.pdf, Zugriff am 29.06.2016.

Eichler T., Wucherer D., Thyrian J.R., Kilimann I., Hertel J., Michalowsky B. et al. (2015) Antipsychotic drug treatment in ambulatory dementia care: prevalence and correlates. *J Alzheimers Dis*, 43, 1303-1311.

Feast A., Moniz-Cook E., Stoner C., Charlesworth G. & Orrell M. (2016) A systematic review of the relationship between behavioral and psychological symptoms (BPSD) and caregiver well-being. *Int Psychogeriatr*, 1-14.

Foebel A.D., Liperoti R., Onder G., Finne-Soveri H., Henrard J.C., Lukas A. et al. (2014) Use of antipsychotic drugs among residents with dementia in European long-term care facilities: results from the SHELTER study. *J Am Med Dir Assoc*, 15, 911-917.

Fossey J., Ballard C., Juszcak E., James I., Alder N., Jacoby R. et al. (2006) Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. *BMJ*, 332, 756-761.

Hunter R.H., Joy C.B., Kennedy E., Gilbody S.M. & Song F. (2003) Risperidone versus typical antipsychotic medication for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*, CD000440.

Kumar A., Datta S.S., Wright S.D., Furtado V.A. & Russell P.S. (2013) Atypical antipsychotics for psychosis in adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*, CD009582.

Margallo-Lana M., Swann A., O'Brien J., Fairbairn A., Reichelt K., Potkins D. et al. (2001) Prevalence and pharmacological management of behavioural and psychological symptoms amongst dementia sufferers living in care environments. *Int J Geriatr Psychiatry*, 16, 39-44.

Mittal V., Kurup L., Williamson D., Muralee S. & Tampi R.R. (2011) Risk of cerebrovascular adverse events and death in elderly patients with dementia when treated with antipsychotic medications: a literature review of evidence. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 26, 10-28.

Ratiopharm (2015) Haloperidol-ratiopharm® 1 mg / 2 mg / 5 mg / 10 mg Tabletten, <http://www.fachinfo.de/suche/fi/000998>, Zugriff am 11.07.2016.

Richter C., Berg A., Fleischer S., Kopke S., Balzer K., Fick E.M. et al. (2015) Effect of person-centred care on antipsychotic drug use in nursing homes (EPCentCare): study protocol for a cluster-randomised controlled trial. *Implement Sci*, 10, 82.

Richter T., Mann E., Meyer G., Haastert B. & Kopke S. (2012) Prevalence of psychotropic medication use among German and Austrian nursing home residents: a comparison of 3 cohorts. *J Am Med Dir Assoc*, 13, 187 e7-187 e13.

Rigler S.K., Shireman T.I., Cook-Wiens G.J., Ellerbeck E.F., Whittle J.C., Mehr D.R. et al. (2013) Fracture risk in nursing home residents initiating antipsychotic medications. *J Am Geriatr Soc*, 61, 715-722.

Schneeweiss S., Setoguchi S., Brookhart A., Dormuth C. & Wang P.S. (2007) Risk of death associated with the use of conventional versus atypical antipsychotic drugs among elderly patients. *CMAJ*, 176, 627-32.

Schneider L.S., Dagerman K. & Insel P.S. (2006) Efficacy and adverse effects of atypical antipsychotics for dementia: meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *Am J Geriatr Psychiatry*, 14, 191-210.

Sink K.M., Holden K.F. & Yaffe K. (2005) Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: a review of the evidence. *JAMA*, 293, 596-608.

Suttajit S., Srisurapanont M., Xia J., Maneeton B. & Maneeton N. (2013) Quetiapine versus typical antipsychotic medications for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*, CD007815.

Young S.L., Taylor M. & Lawrie S.M. (2015) „First do no harm.“ A systematic review of the prevalence and management of antipsychotic adverse effects. *J Psychopharmacol*, 29, 353-362.

Zuidema S., Koopmans R. & Verhey F. (2007) Prevalence and predictors of neuropsychiatric symptoms in cognitively impaired nursing home patients. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 20, 41-49.

Autorenkontakt:

Dr. Eva-Maria Wolschon, Apothekerin und wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege der Universität zu Lübeck
Kontakt: Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege, Universität zu Lübeck, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck

E-Mail: Eva-Maria.Wolschon@uksh.de

Prof. Dr. Sascha Köpke, Leiter der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege der Universität zu Lübeck
Kontakt: Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege Universität zu Lübeck, Ratzeburger Allee 160

23538 Lübeck
E-Mail: Sascha.Koepke@uksh.de

> Freiheitsentziehende Maßnahmen

Freiheit kontra Sicherheit?

VERA REINSFELDER

Ein Bettgitter ist schnell gezogen, der Gurt schnell angelegt – aber wie empfindet das der Patient? Eine freiheitsentziehende Maßnahme (FEM) erscheint gerade in der Demenz- und Altenpflege leider oft unumgänglich. Aber ist sie tatsächlich zwingend nötig und alternativlos? Geschieht sie immer aus einem Sicherheitsdenken? Pflegekräfte und Angehörige sollten stets sehr sensibel mit diesem letzten Mittel umgehen, denn der freie Wille jedes Menschen ist durch das Grundgesetz streng geschützt. Oft gibt es gute Möglichkeiten, den Patienten anderweitig zu umsorgen, und sei es durch technisch-praktische Hilfsmittel.

unerlaubte Freiheitsberaubung wird nicht nur strafrechtlich verfolgt, sondern kann auch mit einer Freiheitsstrafe von mehreren Jahren geahndet werden.

Genauere Informationen sind im § 1906 Abs. 4 BGB oder § 239 StGB Freiheitsberaubung beschrieben. (Vgl. dazu auch Klie 2013)

Wann ist eine freiheitsentziehende Maßnahme gerechtfertigt?

Der Bewohner ist grundpflegerisch für die Nacht versorgt, er liegt entspannt in Seitenlage mit Blick in den Raum in seinem Bett. Die Pflegefachkraft trägt noch ihre erledigten Leistungen in der Begleitdokumentation ein, möchte das Zimmer verlassen, doch dann kommt die Unsicherheit: Sollte sie besser das Bettgitter hochziehen? Sie weiß, dass der Bewohner ab und zu eine motorische Unruhe hat, die dazu führen könnte, dass er aus dem Bett rutscht, gar fällt.

Eine andere Situation: Ein Bewohner sitzt im Rollstuhl in der Wohnküche. Er ist unruhig, möchte ständig aufstehen. Kognitiv kann er die Gefahr eines Sturzes nicht mehr richtig einschätzen. Soll die Rollstuhlbremse seitens des Pflegepersonals aktiviert werden? Oder gar der Bewohner mit einem Gurt am Rollstuhl fixiert werden?

Im ambulanten Bereich werden die Pflegenden teilweise noch vor deutlich schwierigere Entscheidungen gestellt. Was, wenn der Pflegedienst der einzige Kontakt zum Klienten ist? Darf hier eine freiheitsentziehende Maßnahme wegen der organisatorischen Aspekte Anwendung finden? Hat die Sturzprävention im häuslichen Umfeld eine schwerwiegendere Bedeutung? Häufig berichten Pflegenden außerdem vom Wunsch der Angehörigen, eine freiheitsentziehende Maßnahme umzusetzen, und oft ist damit das Hochziehen der Bettgitter ge-



Foto: araraadt/Fotolia

Was ist eine freiheitsentziehende Maßnahme?

Im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland wird in Artikel 2, Absatz 1 und 2 deutlich Stellung zur Freiheit des Menschen bezogen:

„(1) Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.

(2) Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit

der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.“

Somit ist jede Handlung, die den Betroffenen daran hindert, seinen jeweiligen Aufenthaltsort aus freiem Willen zu verlassen, eine freiheitsentziehende Maßnahme (FEM). Dazu gehören mechanische Maßnahmen wie Bettgitter oder Fixierungen jeglicher Art, räumliche Isolierung, indem das Zimmer oder der Bereich verschlossen wird – oder gar die Verabreichung bestimmter Medikamente, speziell Psychopharmaka. Eine

meint. Nicht selten geben auch pflegende Angehörige, die eine Heimunterbringung vermeiden möchten, an, dass sie in dieser Maßnahme eine Entspannung der Situation sehen – vor allem, wenn sie in einem anderen Raum sind, während der Nacht oder wenn sie die Wohnung verlassen wollen.

Gibt es Alternativen zur FEM?

Grundsätzlich kann jeder Mensch einer rechtsgültigen FEM freiwillig zustimmen. Voraussetzung dafür ist der freie Wille. Diesen hat er mindestens mündlich kundgetan oder schriftlich mit eigener Unterschrift verfasst. Ebenfalls darf diese Zustimmung nicht durch Drohung oder Täuschung zustande gekommen sein, der Betroffene muss mental und trotz der Krankheit in der Lage sein, die Situation zu verstehen – und kann die FEM jederzeit widerrufen.

Vor jeder FEM ist es jedoch unumgänglich, eine sogenannte Alternativprüfung umzusetzen, bei der es darum geht, ob die FEM vermeidbar ist. Denkbar sind Kraft- und Balancetraining, um die Muskulatur zu stärken, was wiederum bei Gangunsicherheit die Sturzgefahr minimiert. Auch das Absenken des Bettes oder der Einsatz eines Niedrigbettes schützen eventuell vor Stürzen. Ebenso können Matten verschiedener Ausstattungen Sturzfolgen erheblich einschränken. Ausreichende Sitz- und Haltemöglichkeiten in Kombination mit Hilfsmitteln wie Gehstock oder Rollator leisten eine große Unterstützung. Eine Gestaltung der Bettumgebung bzw. der unmittelbaren Wohnumgebung mit gewohntem Mobiliar oder Dekoration erhöht nicht nur die Lebensqualität, sondern gibt einen Wiedererkennungswert mit Orientierungshilfe. Das individuell richtig angepasste Inkontinenzmaterial mit gleichzeitig gut sitzender Kleidung schützt den Betroffenen ebenso. Unpassende Kleidung gerade am Unterkörper, etwa ein zu weit gewordener Hosensbund, erhöht die Stolpergefahr.

Auch eine Überprüfung der Medikation durch den behandelnden Arzt kann sehr wertvoll, aufschlussreich und vorteilhaft sein. So machen viele Medikamente wie zum Beispiel Schmerzmittel, Betäubungsmittel, Neuroleptika, aber auch blutdrucksenkende Medikamente, gerade in der Neuverordnung, müde und schläfrig. Auch der in der Altenpfle-

ge weit verbreitete Einsatz von Benzodiazepinen erhöht die Sturzgefahr beträchtlich und verursacht insbesondere Oberschenkelhalsbrüche. Aber auch andere ärztliche Verordnungen, zum Beispiel Medikamente zur Diurese oder Lymphdrainagen sollten beachtet werden. Häufigeres Wasserlassen ist bei beiden Anordnungen meist unumgänglich und sollte nicht mit motorischer Unruhe verwechselt werden und somit zu einer FEM führen. Hier hat die Sturzprävention die höchste Priorität.

Bei einer motorischen Unruhe können eine feste Tagesstruktur, basale Stimulation oder gar bestimmte Farben und Düfte eine Lösung sein. Der Umgang mit Demenzkranken (Validation) benötigt wertschätzende und fördernde Gesprächsführung. Wenn möglich und vom Betroffenen toleriert, kann auch ein Vollbad mit entsprechender Atmosphäre wahre Wunder in der Entspannung bringen.

Ist-Situation durch Hilfsmittel verbessern

Eine Ist-Analyse der Situation ist sehr wichtig – am erfolgreichsten natürlich mit dem Bewohner, und wenn dies nicht möglich ist, dann mit Angehörigen, Bevollmächtigten oder Betreuern. Oftmals können diese aufgrund ihrer Kenntnisse zur Lebensgeschichte wertvolle Hinweise zur Vermeidung einer FEM geben. Im ambulanten Bereich ist die Zusammenarbeit mit pflegenden Angehörigen äußerst wichtig und erspart oftmals eine FEM. Kritische Situationen sollten gemeinsam besprochen und ergründet werden. Hier ist der Einsatz einer besonders geschulten Pflegekraft zur FEM-Beauftragung empfehlenswert. Sie kann Betroffene und deren Angehörige über den aktuellen Stand des Wissens nicht nur informieren, sondern gleichzeitig individuelle Alternativen zu FEM aufzeigen und besprechen. Ein Beispiel ist hier

der Werdenfelser Weg, der die Anwendung von FEM in Pflegeeinrichtungen mittels Einsatz von Verfahrenspflegern reduzieren soll – ausgehend von einer Initiative des Amtsgerichts in Garmisch-Partenkirchen im Jahr 2014.

Viele Gefahrenquellen werden unterschätzt, die sich eigentlich leicht aufspüren und sich, wenn auch nicht immer ganz beseitigen, so zumindest minimieren lassen. Klassiker sind gerade im häuslichen Bereich herumstehende Gegenstände oder eine unebene Teppichkante, über die der Betroffene vielleicht schon zum wiederholten Male gestolpert ist. Möbel können anders gestellt, ein Teppich kann eingerollt oder ganz entfernt werden.

Lampen mit einem Bewegungsmelder können die Sicht in der Nacht deutlich erleichtern und somit die Sturzgefahr minimieren. Ein in der Steckdose installiertes Nachtlcht (über eine Zeitschaltuhr gesteuert) hat den gleichen positiven Effekt. Darüber hinaus gibt es eine Reihe von einfach einzubauenden Sicherheitsvorrichtungen für viele Elektrogeräte, die die Gefahr von Brandschäden auf ein Minimum reduzieren. In einigen Elektrogeräten, zum Beispiel bei einer Kaffeemaschine, ist eine Abschaltautomatik installiert, auch bei Elektroherden hilft eine angebrachte Herdsicherung, die bei Überhitzung oder nach einer bestimmten Zeit den Ofen selbstständig ausschaltet. Der Herd kann dann erst nach Rückstellung der Sicherung oder ganz normal nach Ablauf einer Sicherheitspause wieder eingeschaltet werden.

Außerdem gibt es viele Hausnotrufdienste, die unterschiedliche Sicherheitspakete anbieten, etwa dass innerhalb eines gewissen Zeitraumes der Ruf an einer Basisstation quittiert werden muss. Geschieht dies nicht, wird durch eine Sprechanlage versucht, den Betroffenen zu erreichen – gelingt dies nicht, wird umgehend Hilfe geschickt. Im

Zusammenfassung

Die Würde des Menschen ist unantastbar und eine freiheitsentziehende Maßnahme darf nur die letzte Möglichkeit in der Pflege sein, ob ambulant oder stationär. Viele, auch die Pflegekräfte, sollten Abstand nehmen von der Auffassung, dass absolute Sicherheit im Leben besteht – ein gewisses Restrisiko bleibt und darf bleiben, wenn alles zur Vermeidung eines Schadens getan wurde. Die Freiheit der Betroffenen sollte jederzeit mit allen Mitteln bewahrt werden.

Schlüsselwörter: *Freiheitsentziehende Maßnahme, Alternativprüfung, Freier Wille*

häuslichen Bereich kann ein Besuchsdienst über diese und andere niedrigschwellige Betreuungsangebote informieren. Um Pflegende zu entlasten, ist obendrein eine Tages- oder Kurzzeitpflegeeinrichtung denkbar.

Eine Information an die unmittelbaren Nachbarn über die bestehende Situation und mögliche Verhaltensweisen kann zur Toleranz und Entspannung der nachbarschaftlichen Beziehungen beitragen. Das gilt besonders, wenn ein Betroffener immer wieder die Wohnung verlässt und orientierungslos umherläuft, aber aggressiv reagiert, wenn die Wohnungstür verschlossen ist.

In jedem Fall, ob stationär oder ambulant, können Fallbesprechungen und eine Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Ansprechpartnern wie Ärzten, Sanitätshäusern oder Behörden (Seniorenberatungsstellen, Heimaufsicht) eine wichtige Rolle einnehmen. Sie sollten immer hinzugezogen werden.

Umsetzung einer FEM

Zuallererst muss der Wille des Betroffenen für alle Beteiligten im Vordergrund stehen. Genauso muss die eingesetzte FEM angemessen, unbedenklich und verhältnismäßig sein. Dies bedeutet, dass die eingesetzte Maßnahme sowohl im zeitlichen Umfang wie in der Art auf das minimal ausreichende, zweckdienliche Maß zu reduzieren ist. Ihre Anwendung ist unverzüglich zu beenden, wenn die Voraussetzungen wegfallen. Bei jeder Fixierung ist unbedingt sicherzustellen, dass alle verwendeten Materialien sich in einem – entsprechend dem Medizinproduktegesetz – tadellosen Zustand befinden. Ebenso müssen alle Betroffenen sicher im Umgang mit der FEM und dem zu verwendenden Material entsprechend der Herstellerangaben sein. Während einer FEM muss sichergestellt werden, dass der Betroffene sich jederzeit bemerkbar machen kann und die Pflegenden Reaktionen des Patienten, insbesondere Rückzugstendenzen, Aggression, Angstverhalten oder Stress genau beobachten.

Außerdem muss die Anwendung der freiheitsentziehenden Maßnahmen überprüft werden, wie etwa: Ist die freiheitsentziehende Maßnahme in dem Umfang noch notwendig? Wird sie sogar zur Routine? Wird sie umgesetzt, weil eine richterliche Genehmigung vorliegt, sich aber mittlerweile der Zu-

stand oder das Verhalten des Betroffenen verändert haben? Kann eventuell ein Hilfsmittel mit geringerer Freiheits- und Bewegungsbeschränkung verwendet werden?

Falls eine Situation mit „Gefahr in Verzug“ (Selbstgefährdung) vorliegt und eine Fixierung ohne richterliche Genehmigung unternommen wird, besteht eine erhöhte Anforderung an die Pflegedokumentation zu Art, Dauer und Reaktion des Betroffenen. Das bedeutet: Wann wurde von wem welche Maßnahme angewandt und welche Reaktion des Pflegebedürftigen beobachtet? Eine richterliche Genehmigung ist hierbei unverzüglich durch Betreuer oder Bevollmächtigten einzuholen.

Besonderheiten der FEM im ambulanten Bereich

Im ambulanten Bereich sieht das alles etwas anders aus. Gemäß aktueller Rechtsprechung besteht keine Genehmigungspflicht, wenn die Pflege nur teilweise von einem Pflegedienst oder ausschließlich durch Angehörige übernommen wird, bedarf aber prinzipiell einer Entscheidung eines befugten Betreuers oder Bevollmächtigten. Jedoch gilt es auch hier streng genommen als rechtliche Freiheitsberaubung, wenn keine richterliche Genehmigung vorliegt. Da pflegende Angehörige grundsätzlich keinen juristischen Anlass sehen, eine Genehmigung einzuholen bzw. die Anwendung der FEM zu hinterfragen, nimmt die Information und Beratung durch Pflegekräfte eine Schlüsselrolle bei der Vermeidung von FEM in der ambulanten Pflege ein.

Wird die ambulante Pflege ausschließlich von einem Pflegedienst übernommen, müssen FEM, genau wie in stationären Pflegeeinrichtungen, durch das Betreuungsgericht genehmigt werden.

Die eigene Sicherheit steht im engen Zusammenhang mit der jeweiligen Lebensqualität des Betroffenen. Daher sollte eine freiheitsentziehende Maßnahme immer aus Sicht des Betroffenen betrachtet werden. Ein Bettgitter ist schnell gezogen, der Gurt schnell angelegt – aber wie empfindet das der Betroffene? In immer wiederkehrenden Fortbildungen ist darauf hinzuweisen, was eine FEM bedeuten kann. Eine Schulung mit Selbsterfahrung verspricht eine andere Sicht, ganz besonders wenn sich die Pflegenden dabei selbst ins Bett le-

gen und das Bettgitter hochstellen oder sich mit einem Gurt im Rollstuhl fixieren lassen. Auch Angehörige sollten entsprechend bezüglich der Gefahren und der jeweiligen Krankheitsbilder aufgeklärt werden. Eine Zusammenkunft der Beteiligten in einer Selbsthilfegruppe oder Angehörigenabende sollen nicht nur zum Gespräch und Erfahrungsaustausch einladen, sondern auch konstruktiv das Thema FEM und deren Tabus bearbeiten.

Eine Sensibilisierung sollte in jedem stecken oder vielleicht wieder neu entstehen. <<



Literatur

- Amtsgericht Garmisch-Patenkirchen (2014) Der Werdenfelser Weg zur Reduzierung fixierender Maßnahmen in der Pflege. www.justiz.bayern.de/gericht/ag/gap/daten/02939, Zugriff am 4. August 2016.
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (1949) Bürgerliches Gesetzbuch Artikel 2, Absatz 1 und 2. <https://www.gesetze-im-internet.de/gg/BJNR000010949.html>. Zugriff am 4. August 2016.
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2016) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) § 1906 Genehmigung des Betreuungsgerichts bei der Unterbringung. https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/_1906.html, Zugriff am 4. August 2016.
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2016) Strafgesetzbuch § 239 Freiheitsberaubung. https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_239.html, Zugriff am 4. August 2016.
- Thomas Klie (2013) ReduFix ambulant – Sicherheit und Lebensqualität in der häuslichen Versorgung von älteren Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf. Agp-freiburg.de/downloads/redufix/4_Redufix_ambulant_Rechtsgutachten.pdf, Zugriff am 4. August 2016.

Autorenkontakt:

Vera Reinsfelder, TQM, Auditorin, psych. Kommunikations- und Managementtrainerin, Coach, Krankenpflege
Kontakt: vera.reinsfelder@web.de

> Umgang mit Todeswünschen

Suizid und seine Legitimation

WIEBKE WEISSBARTH-KRAUSE & PATRICK FEHLING

Wenn Menschen nicht mehr leben wollen, kann dies mehrere Ursachen haben: Zuallererst sind schwere Depressionen zu nennen, bei denen nur Selbstmord als möglicher Ausweg erscheint, aber auch harte Schicksalsschläge, eine schwere und möglicherweise tödlich verlaufende körperliche Erkrankung, Vereinsamung (häufig in höherem Alter) durch Verlust von Partnern, Familie oder Freunden, starke Beeinträchtigung der Mobilität wie Lähmungen – oder wortwörtlich Des-Lebens-müde-Sein. Wie aber soll mit Suizid-Gedanken und Versuchen umgegangen werden? Sollte man versuchen, die Betroffenen von ihrem Entschluss abzuhalten?



Foto: Conrad Levac/Fotolia

Suizid als Recht, sich selbst zu töten, deckt sich mit dem ethischen Prinzip des Respekts vor der Autonomie und den Prinzipien eines freiheitlichen Verfassungsstaates (Deutscher Ethikrat 2014): „Die Freiheit zum Suizid ist letztendlich die Konsequenz des Selbstbestimmungsrechts des menschlichen Individuums, das sich nicht nur im Leben, sondern eben auch im Sterben manifestiert“ (Montag & Denzin 2012). Hier soll bewusst auf die Begriffe „Freitod“ oder „Selbstmord“ verzichtet werden: Der Begriff „Freitod“ heroisiert den Suizid gewissermaßen, „Selbstmord“ verbindet begrifflich die Tat mit dem verwerflichsten Tötungsdelikt, welches das Strafrecht kennt (Borasio 2014).

Die Zahl der Suizide in Deutschland ist in den vergangenen acht Jahren leicht gestiegen. Ungeachtet einer wahr-

scheinlich höheren Dunkelziffer töten sich in Deutschland allein im Jahr 2013 10.076 Menschen (Statistisches Bundesamt 2014), überraschenderweise überwiegend Männer (70%). Demzufolge sterben in Deutschland deutlich mehr Menschen durch Suizid als durch Verkehrsunfälle, Mord und Totschlag, illegale Drogen sowie AIDS zusammen.

Suizid im Alter

Nach dem 65. Lebensjahr steigen die Suizidzahlen deutlich an, was den Suizid im Wesentlichen zu einem Problem des Alters macht (Pappenberger 2010) – also ist die Suizidprävention speziell in dieser Altersgruppe besonders wichtig (Deutscher Ethikrat 2014). Umfragen zufolge werden Alterssuizide am Ende eines „verbrauchten“ Lebens aber eher

toleriert als Suizide bei jüngeren Menschen (Pappenberger 2010), was die Verinnerlichung (Internalisierung) bestimmter Altersbilder in unserer Gesellschaft schonungslos offenlegt.

Ältere Menschen wählen im Allgemeinen deutlich „härtere“ Suizidmethoden, um eine nachträgliche Rettung möglichst auszuschließen. Insbesondere Männer sind es, die sich häufig erschießen, erhängen, vor Züge werfen oder aus großer Höhe springen. Frauen entschließen sich häufiger dazu, sich zu vergiften (ebd).

Ein erhöhtes Suizidrisiko besteht auch bei älteren Menschen mit affektiven Störungen wie Depression, schizophrener Psychose, Alkohol- und Drogenabhängigkeit sowie Persönlichkeitsstörungen (Müller 2011). Bedeutsam sind ebenfalls kritische Lebensereignisse durch Verluste, wie Arbeitslosigkeit oder Scheidung, finanzielle oder juristische Probleme, Einsamkeit oder körperliche Erkrankung (Fuchs 2010), der Tod oder eine Erkrankung des Partners, Angst vor zunehmender Abhängigkeit und Belastung anderer, in ein Heim eingewiesen und entmündigt zu werden (Pappenberger 2010).

Da das deutsche Rechtssystem grundsätzlich vom autonomen, entscheidungsfähigen Menschen ausgeht (Borasio 2014), bedarf es einer eindeutigen Rechtsgrundlage, wenn eine Behandlung in einer psychiatrischen Klinik gegen den Willen des Suizidgefährdeten erfolgt. Eine psychiatrische Erkrankung oder Krise, die der akuten Suizidalität zugrunde liegt, schränkt die Entscheidungsfähigkeit des Patienten ein. Die resultierende Eigengefährdung rechtfertigt eine Zwangsunterbringung (Mavrogiorgou et al. 2011). Demnach ist Suizidalität in den genannten Fällen

kein Ausdruck von Wahlmöglichkeit und Freiverantwortlichkeit, sondern von Einengung aufgrund schwerer Not (Flüchter 2014).

Legitimation von Suiziden

Zum Meinungsbild zu Suizid wurden in Deutschland zahlreiche Befragungen durchgeführt. Einer Forsa-Umfrage im Auftrag der DAK Gesundheit im Jahre 2014 zufolge, möchten 70 Prozent der Deutschen, „im Falle schwerster Krankheit die Möglichkeit haben, auf aktive Sterbehilfe, also beispielsweise ärztliche Hilfe bei der Selbsttötung, zurückzugreifen.“ (DAK 2014). Deutschlands drittgrößte Krankenkasse (Statista 2015) hält die ärztliche Suizidassistenz offenbar für aktive „Sterbehilfe“, also für ein Tötungsdelikt. Welches begriffliche Verständnis bei den Befragten zugrunde lag, kann nicht ergründet werden.

Die meisten Wünsche nach einer Liberalisierung der Suizidbeihilfe ganz allgemein stammen jedoch nicht von todkranken, sondern von jungen und gesunden Menschen (Thöns 2015), die in ihrer momentanen Lebenswelt wohl nur sehr begrenzt antizipieren können, ob sich bei einer tödlichen Erkrankung tatsächlich ein Sterbewunsch einstellen würde – denn angesichts der erlebten Begrenzung des eigenen Lebens findet bei schwer kranken und sterbenden Menschen häufig ein Wertewandel bezüglich des eigenen Lebenswertes und der Lebensqualität statt (Wunder 2007). Dies führt offenbar dazu, dass der Wunsch nach Suizidbeihilfe bei tatsächlich Sterbenskranken eine absolute Seltenheit darstellt (Sitte 2014) und bei den allermeisten Patienten durch eine gute Symptomkontrolle und ein umfangreiches Sicherheitsversprechen nicht bestehen bleibt (ebd).

Bei einer Befragung von 527 Ärzten im Auftrag der Bundesärztekammer lehnten 62 Prozent eine ärztliche Suizidassistenz ab. 89 Prozent der Ärzte stimmten dem Argument zu, dass eine Legalisierung des „ärztlich assistierten Suizids“ leicht dazu führen könne, dass Menschen sich um ärztliche Suizidbeihilfe bemühten, weil sie sich als Belastung für die Familie oder Gesellschaft fühlten. 69 Prozent der Befragten gaben an, dass es fast unmöglich sei, die Endgültigkeit eines Suizidwunsches einzuschätzen. 65 Prozent sehen in der Suizidassistenz einen Verstoß gegen

Zusammenfassung

„Bilanzsuizid“ gilt als freiverantwortete Entscheidung, wenn Sterbewillige etwa aufgrund einer tödlichen Erkrankung bewusst den Entschluss fassen, nicht mehr weiterleben zu wollen. Bei psychiatrischen Erkrankungen oder Lebenskrisen hingegen ist Suizidalität ein behandlungsbedürftiges Symptom und mitnichten ein Zeichen von Freiverantwortlichkeit. Unter solchen Bedingungen dürfen Suizidwünsche nicht akzeptiert oder gar unterstützt werden.

Schlüsselwörter: *Suizidmotiv, Suizid im Alter, Freiverantwortlichkeit*

den Hippokratischen Eid – aber ebenso viele finden, dass es zum Selbstbestimmungsrecht des Patienten gehört, über den Zeitpunkt des Todes zu bestimmen. Dennoch käme für 61 Prozent der befragten Ärzte selbst unter definierten Bedingungen eine Suizidbeihilfe nicht infrage, 38 Prozent der über 55-jährigen Ärzte können sich dies hingegen vorstellen. Bei den Palliativmedizinerinnen sind es lediglich 14 Prozent. 79 Prozent aller befragten Ärzte sind überzeugt, dass ein Ausbau der Palliativmedizin Sterbewünsche bei todkranken Menschen verringert. Die Mehrheit der Befragten erwartet außerdem Auswirkungen auf das ärztliche Selbstverständnis, negative Auswirkungen auf das Ansehen der Ärzte und würde eine Legalisierung als Belastung empfinden (BÄK 2010).

Fazit

Ein Suizid stellt in Deutschland keinen Straftatbestand dar. Die allermeisten Selbsttötungen werden vor dem Hintergrund einer psychiatrischen Erkrankung oder einer Krise verübt. Wie dargelegt wurde, stellt in diesen Fällen die zugrunde liegende Suizidalität ein behandlungsbedürftiges Symptom dar und ist mitnichten ein Zeichen von Freiverantwortlichkeit. Unter solchen Bedingungen dürfen Suizidwünsche nicht akzeptiert oder gar unterstützt werden. Im Gegenteil – hier soll unter Umständen eine notfallmäßige psychiatrische (Zwangs-)Behandlung erfolgen.

Der Entschluss zu einem „Bilanzsuizid“ gilt hingegen als eine freie Entscheidung. Bilanzsuizid trifft auf Sterbewillige zu, die z.B. aufgrund einer tödlichen Erkrankung bewusst und freiverantwortlich den Entschluss fassen, nicht mehr weiterleben zu wollen, ohne dass ihre freie Willensbestimmung im juristischen Sinn eingeschränkt wäre (Jox 2011). <<



Literatur

Deutscher Ethikrat (2014) Zur Regelung der Suizidbeihilfe in einer offenen Gesellschaft: Deutscher Ethikrat empfiehlt gesetzliche Stärkung der Suizidprävention. Ad-Hoc-Empfehlung. <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/empfehlung-suizidbeihilfe.pdf>, Zugriff am 22. Februar 2015.

Montag J. & Denzin N. (2012) Zur Problematik des assistierten Suizids in Deutschland – Die gesellschaftliche Bedeutung des Suizids in einer freiheitlichen Rechtsordnung. In: Heinrich-Böll-Stiftung (2012) Selbstbestimmung am Lebensende. Nachdenken über assistierten Suizid und aktive Sterbehilfe. Heinrich-Böll-Stiftung, Berlin.

Borasio G.D. (2014) Selbstbestimmt sterben. Was es bedeutet. Was uns daran hindert. Wie wir es erreichen können. Verlag C. H. Beck, München.

Statistisches Bundesamt (2014) Gesundheit. Todesursachen in Deutschland. 2013. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen2120400137004.pdf?__blob=publicationFile, Zugriff am 14. Mai 2015.

Pappenberger M. (2010) Suizid im Alter – Herausforderung für Medizin, Pflege und Gesellschaft. Die Schwester Der Pfleger. 49, 774-780.

Müller S.E. (2010) Assistierter Suizid – Ethische und theologische Perspektiven. In: Müller S.E. & Beckmann R. (2010) Menschenwürdig sterben – aber wie? Medizinische, juristische und ethische Aspekte. Lit Verlag Dr. W. Hopf, Münster.

Fuchs G. (2010) Suizidversuch und Suizid. In: Amberger S. & Roll S.C. (2010) Psychiatriepflege und Psychotherapie. Thieme, Stuttgart.

Mavrogiorgou P., Brüne M., Juckel G. (2011) The management of psychiatric emergencies. Deutsches Ärzteblatt. 108, 222-230.

Das vollständige Literaturverzeichnis finden Sie unter www.kohlhammer-pflege.de

Autorenkontakt:

Wiebke Weißbarth-Krause, Dipl. Pflegepädagogin
Kontakt: weissbarth-krause@gmx.de

Patrick Fehling, Dipl. Pflegepädagoge
Kontakt: dipl.p.fehling@gmail.com



Deutsches Herzzentrum München
des Freistaates Bayern
Klinik an der Technischen Universität München **TUM**



Das Deutsche Herzzentrum München des Freistaates Bayern – Klinik an der Technischen Universität München – bietet als international renommierte Klinik der Maximalversorgung mit seinen 1.100 Beschäftigten fachbezogene Medizin auf höchstem Niveau.

Die **Pflegedirektion** sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt in Vollzeit

Gesundheits- und Krankenpfleger (m/w)

für den Bereich **Chest-Pain-Unit**, der über 15 Betten sowie einen Notfalleingriffsraum verfügt. Die Patienten werden 24 Stunden von Ärzten und Pflegekräften betreut. Die Station ist auch nachts und an Feiertagen besetzt und darauf spezialisiert, Notfälle wie z. B. den akuten Herzinfarkt, Lungenembolie oder Herzrhythmusstörungen schnellstmöglich zu diagnostizieren und therapieren. Die kardiologische Notaufnahme ist durch die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie zertifiziert.

Unser Angebot:

- Unbefristeter Arbeitsvertrag
- Vergütung nach dem TV-L (inklusive Jahressonderzahlung)
- Individuelle Einarbeitung
- Übernahme bestehender Verpflichtungen von Weiterbildungskosten möglich
- Fortbildungsangebote
- Betriebliche Altersvorsorge/Betriebsrente
- Jobticket
- Personalrestaurant
- Kindertagesstätte am Klinikgelände
- Umfangreiches Sportangebot mit über 600 Einzelveranstaltungen, Wassersportplatz am Starnberger See, Gesundheitstage, Wirbelsäulengymnastik

Das Deutsche Herzzentrum München fördert die berufliche Gleichstellung von Frauen und Männern. Schwerbehinderte Menschen werden bei ansonsten im Wesentlichen gleicher Eignung bevorzugt eingestellt.

Nähere Informationen zur Klinik, Ihrem Einsatzbereich und vielen weiteren persönlichen Vorteilen finden Sie auch auf unserer Homepage: www.dhm.mhn.de oder nutzen Sie den nebenstehenden QR-Code.

Ihre Ansprechpartner:

- Herr Löser, Pflegedirektor Telefon-Nr. 089 1218-1001
- Herr Schmid, Leitung Personalgewinnung Telefon-Nr. 089 1218-1734

Ihre Bewerbung senden Sie bitte elektronisch in einer PDF-Datei (nicht größer als 5 MB) an:

Deutsches Herzzentrum München, Personalverwaltung, Lazarettstraße 36, 80636 München, Bewerbung@dhm.mhn.de

Für Sie vor Ort auf folgenden Veranstaltungen:

09. – 10.09.2016	Dortmund	Deutscher Fachpflegekongress
13. – 15.09.2016	Rostock	PflegeMesse
07.10.2016	Kassel	Fortbildung für Pflegenden
04. – 05.11.2016	Hannover	JOBMED1
30.11.2016	Jena	Kongress Junge Pflege

Besuchen Sie uns gerne!





APOLLON
Hochschule



**BACHELOR
PER FERNSTUDIUM –
OHNE ABITUR!**

Bachelor Pflegemanagement (B. A.)
Bachelor Sozialmanagement (B. A.)
Zertifikatskurse! U. a. Gerontologie, Betrieblicher Gesundheitsmanager

Kostenlose Infos: **0800 3427655** (gebührenfrei)

apollon-hochschule.de Ein Unternehmen der Klett Gruppe



Institut Ehlert
Ausbildungen im therapeutischen Bereich


Ausbildung zum Heilpraktiker Psychotherapie
Bundesweite Prüfungsvorbereitungskurse, berufsbegleitend in nur 5 Wochenenden & HPP Abendkurse & Intensivkurse

Praxisorientierte Therapieausbildungen
Verhaltenstherapie (AVT, GSK), Systemische Therapie, GPT nach Rogers, Hypnose, NLP

Fortbildungen
Betriebliches Gesundheitsmanagement, Stressmanagement, Selbsterfahrung, Praxisgründung u.v.m.

HPP2GO

Ihr Spezialist unter den Heilpraktikerschulen
INSTITUT EHLERT
www.ehlert-institut.de
Tel: 02171 / 7 64 64 54



Bethel

Jeder ist besonders

Bethel setzt sich für Menschen mit Behinderungen ein.

www.bethel.de



DIPLOMA
Private staatlich anerkannte Hochschule
University of applied science

**Bachelor /
Master**

Fernstudium - Seminare an bundesweiten Studienzentren oder online, auch neben dem Beruf oder der Ausbildung

Frühpädagogik (B.A.)
Leitung und Management von Kindertageseinrichtungen

Medizinalfachberufe (B.A.)/(M.A.)
Zugangsberechtigter: Physiotherapie, Ergotherapie, Altenpflege, Krankenpflege, Logopädie u. a.

Kindheitspädagogik (B.A.)
inkl. staatliche Anerkennung als Kindheitspädagogin

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

Info unter 0 57 22 / 28 69 97 32

www.diploma.de



Praxisleitfaden Stationsleitung
Handbuch für die stationäre und ambulante Pflege

Neu!

Wolfgang Schäfer/Peter Jacobs

Praxisleitfaden Stationsleitung
Handbuch für die stationäre und ambulante Pflege

5., überarbeitete und erweiterte Auflage 2016
440 Seiten, 24 Abb., 11 Tab. Kart. € 39,-
ISBN 978-3-17-028691-7

auch als **EBOOK**

Stationsleitungen nehmen eine Fülle von Aufgaben wahr: Sie leisten Führungsarbeit, tragen Organisationsverantwortung und sind administrativ tätig. Dieses erfolgreiche Handbuch gibt eine komprimierte Zusammenfassung des umfangreichen Wissens einer Stationsleitung wieder und behandelt umfassend und praxisnah das Aufgabenspektrum der Stationsleitung. Weitere Themen: Zertifizierung am Beispiel eines Darmzentrums, Personalgewinnung und Mitarbeiterbindung. Mit zahlreichen Fallbeispielen, Checklisten, Musterschreiben etc. Die Tarif- und Gesetzestexte wurden auf den neuesten Stand gebracht; sämtliche zeitbezogenen Daten wie zum Beispiel Statistiken und Budgetpläne wurden komplett aktualisiert.

Wolfgang Schäfer ist Stationsleiter einer gastroenterologischen Allgemeinstation des Klinikums der Universität München. **Peter Jacobs** war bis März 2014 Pflegedirektor des Klinikums der Universität München. Seit 2014 ist er als Berater für Personen und Institutionen im Gesundheitswesen tätig. Der Schwerpunkt liegt dabei auf dem Coaching von Führungskräften.

Leseproben und weitere Informationen unter www.kohlhammer.de

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

150 Jahre
Kohlhammer

Aus der Reihe Umsorgen – Hospiz- und Palliativarbeit praktisch



Erich Rösch

Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerke gestalten

Ein Leitfaden

2016. 103 Seiten, 5 Abb.,
5 Tab. Kart. € 22,-
ISBN 978-3-17-030770-4

auch als
EBOOK



Meyer/Brüning-Wolter/Fischinger/
Rudert-Gehrke/Stockstrom

Trauerbegleitung organisieren

2016. 82 Seiten, 2 Abb.
Kart. € 19,-
ISBN 978-3-17-029948-1

auch als
EBOOK

Das am 8.12.2015 in Kraft getretene Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) räumt der Bildung von Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerken (HPVN) einen besonderen Stellenwert ein. Eine an den Bedürfnissen der Betroffenen orientierte Versorgung lebt von der Vernetzung aller Akteure, die damit Versorgungssicherheit für Hilfesuchende und gleichzeitig einen optimierten Einsatz ihrer Angebote gewährleisten können. Ein HPVN aufzubauen erfordert die Bereitschaft, sich auf eine interdisziplinäre bzw. interprofessionelle, über eigene Möglichkeiten hinweg gelebte Zusammenarbeit zur Verbesserung der Situation schwerkranker und sterbender Menschen einzulassen. Dieser Band erklärt schrittweise den Aufbau eines HPVNs mit allen Chancen und Grenzen und ermutigt zur Zusammenarbeit.

Trauerbegleitung ist ein wichtiges Element im regionalen Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerk. Sie benötigt qualifizierte Menschen, die verantwortungsvoll, sensibel und mit Fachwissen diese Aufgabe übernehmen und sich den individuellen Bedürfnissen Trauernder stellen. Eine spezielle Herausforderung an Hospizdienste stellen trauernde Kinder und Jugendliche. Die erforderliche Qualifizierung und die notwendigen Kompetenzen werden umfassend dargestellt. Durch die Bearbeitung der Fragen zu Vorüberlegungen, Rahmenbedingungen und Darstellung möglicher Trauerangebote können Einrichtungen ein abgestimmtes Vorgehen für sich (weiter) entwickeln. Der Band stellt die Grundlagen vor und motiviert, sich mit Trauerangeboten auseinanderzusetzen. Praktische Tipps für Lehrer und Arbeitskollegen runden den Band ab.



Frank Kittelberger/Margit Gratz/
Erich Rösch

Auf dem Weg zur Kooperationsvereinbarung

2016. 85 Seiten, 3 Abb.,
8 Tab. Kart. € 19,99
ISBN 978-3-17-029944-3

auch als
EBOOK



Margit Gratz/Gisela Mayer/
Anke Weidemann

Schulung ehrenamtlicher Hospizbegleiter

2016. 86 Seiten, 3 Abb.,
22 Tab. Kart. € 19,99
ISBN 978-3-17-029940-5

auch als
EBOOK

Mit anderen Einrichtungen zu kooperieren mit dem gemeinsamen Ziel, kranke und sterbende Menschen zu versorgen, ist mehr als „zusammenarbeiten“. Vieles gilt es zu bedenken und zu vereinbaren, wenn der Erfolg langfristig und nicht dem Zufall und dem Wohlwollen einzelner Beteiligten überlassen sein soll. Welche Form der Kooperation ist sinnvoll? Welche Fragen müssen geklärt werden? Welche Rahmenbedingungen müssen in den Blick genommen werden? Wie sieht ein Kooperationsvertrag aus? Wie entsteht ein Netzwerk? Dieser Band gibt Antworten auf diese und andere Fragen aus dem facettenreichen Gebiet der Vernetzung und Kooperation.

Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter sind mit Herausforderungen konfrontiert, die ohne Vorbereitung dazu führen können, dass Begegnungen überfordern oder die Begleiteten in ihren Bedürfnissen nicht erreicht werden. Das Prinzip „Erst die Schulung, dann die Begleitung“ ist inzwischen anerkannte Praxis. Um zu hilfreichen Begleitern zu werden, sollen Ehrenamtliche Wissen rund um die letzte Lebenszeit vermittelt bekommen, sich für die Begleitung hilfreiche Fertigkeiten aneignen, sich mit der eigenen Sterblichkeit auseinandersetzen und eine hospizliche Haltung entwickeln. Kommunikation als Basis jeder Begegnung dient thematisch als roter Faden. Dieses Werk soll anregen, das eigene Kurskonzept (weiter) zu entwickeln oder zu überarbeiten, eigene thematische Schwerpunkte zu setzen, Unterrichtsziele zu bedenken und Referenten gezielt zu beauftragen.

Leseproben und weitere Informationen unter www.kohlhammer.de



14 - 17 NOVEMBER 2016
DÜSSELDORF GERMANY

www.medica.de



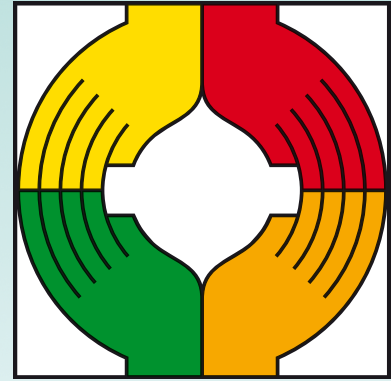
WORLD FORUM FOR MEDICINE

Jedes Jahr im November ist die MEDICA ein herausragendes Ereignis für Experten aus aller Welt. Das Weltforum der Medizin präsentiert ein breites Produktangebot durch rund 5.000 Aussteller. Nutzen Sie die MEDICA und ihre speziellen Angebote auch für Ihren Aufgabenbereich.

BE PART OF IT!



REHACARE[®]
INTERNATIONAL



Fachmesse und Kongress



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

www.rehacare.de



Das ABC der Wundversorgung
www.medica.de/MWCF1



Das medizinische T5-Karriereportal
www.medica.de/MCF1



Messe
Düsseldorf



Messe
Düsseldorf