

EDITORIAL

Was im Pflegealltag von vielen seufzend oder klagend hervor gebracht wird, hat nun eine Untersuchung der DAK ergeben: Die Arbeit im Krankenhaus macht krank. Der Studie zufolge wurde bei Pflegenden neben körperlichen auch besonders häufig psychische Beeinträchtigungen festgestellt - stressbedingte psychische Krankheiten, Neurosen und depressive Zustandsbilder. Dies alles erhöhe die Fehltag in der Pflege über den Durchschnitt sonstiger Krankenversicherter. Der Stress trete übrigens vor allem deshalb auf, weil „eine Pflegekraft nicht für die Gesamtbetreuung von Patienten verantwortlich“ sei. Oder anders ausgedrückt: Funktionspflege macht krank. Die DAK plädiert für eine Umorganisation der Arbeit, so dass „berufliche Fähigkeiten und Qualifikationen möglichst umfassend angewandt werden können“. Wird da etwa Bereichspflege oder gar Primary Nursing empfohlen? In diesen vorgehaltenen Spiegel schauend wird deutlich, welchen Zeitraum Veränderungen benötigen. Schließlich wurde die Abkehr von der Funktionspflege bereits in den achtziger Jahren eingeläutet. Sollte diese Studie als ein Appell zu verstehen sein?



Ihr **Roland Bröhe**

Neu: Der Leser-Chat

Wie wichtig das Gespräch und die Diskussion unter Kollegen ist, kann tagtäglich im Arbeitsalltag festgestellt werden. Eine gute Patientenversorgung verlangt nach Absprachen. Gleichzeitig ist ein Austausch zu übergeordneten Themen der Pflege wichtig für die persönliche Auseinandersetzung mit eigenen Einstellungen und die Weiterentwicklung des Berufes an sich. Mit einem neuen Angebot möchte die Redaktion des Pflegebriefes diesen Austausch fördern. Der Leser-Chat soll monatlich ein Forum für

Aspekte der Pflege sein. Anhand eines Schwerpunktthemas laden wir zur Diskussion ein. Jeweils in der Woche nach Erscheinen des Pflegebriefes möchten wir mit Ihnen diskutieren. Der erste Leser-Chat findet statt am **Mittwoch, den 21. März, von 19 bis 20 Uhr, im IRC-Chatraum „#pflegebrief“**. Unser Thema: Wo sind die Berufsverbände?

[Technische Tipps auf Seite 7]

Menschenversuche im Nationalsozialismus von **Manuela Bellarosa**

Dass Pflegenden nicht nur Opfer sein können sondern genauso auch Täter ist eine immer wieder diskutierte Tatsache. Die Autorin schildert medizinische Experimente an Menschen im Frauen-KZ Ravensbrück zur Zeit des Nationalsozialismus. Das an der Front des zweiten Weltkriegs auftretende Problem der Gasbrandinfektionen sollte durch Sulfonamide gelöst werden. An den Experimenten wirkten Pflegenden mit. Es wird deutlich, dass sie - einer menschenverachtenden Ideologie folgend - mit hoher Motivation Menschen zu Tode quälten.

[weiter auf Seite 2]

Sexualität im Krankenhaus von **Roland Bröhe**

Zwei Bereiche, die sich augenscheinlich nicht in Verbindung bringen lassen, werden hier zusammengeführt: Sexualität als ein Grundbedürfnis des Menschen ist nicht an der Krankenhauspforte abzugeben, mit ihr müssen sich Patient und Pflegenden im Krankenhaus arrangieren. Der Autor plädiert für eine verstärkte Auseinandersetzung mit dem Thema, sowohl im Arbeitsalltag als auch in der Ausbildung. Ziel sei ein professioneller Umgang mit der Sexualität als Bestandteil pflegerischer Situationen. *[weiter auf Seite 4]*

Nicht verzagen – Norton fragen Ein Buch über Dekubitus-Einschätzungsskalen gelesen von **Roland Bröhe**

Sie sind nicht beliebt, werden aber als notwendiges Übel inzwischen vielerorts anerkannt: Skalen zur Einschätzung des Dekubitusrisikos. In dem Buch „Skalen zur Einschätzung des Dekubitusrisikos“ werden die ins deutsche übersetzte Skalen von Braden und Norton mit einer Literaturarbeit auf ihre Aussagefähigkeit hin untersucht. Dieses Buch richtet sich nicht unbedingt an den Praktiker, ist aber eine hilfreiche Lektüre für Studenten der Pflegewissenschaft. *[weiter auf Seite 7]*

"Praktische Anleitung in der Altenpflege" gelesen von **Angelika Ammann**

Als Lese- und Arbeitsbuch gedacht beschreibt das Buch „Praxisanleitung und Einarbeitung in der Altenpflege“ grundlegende Konzepte für die Anleitung. Dabei geht es nicht nur um die Anleitung von Auszubildenden sondern auch um die Einarbeitung neuer Mitarbeiter. Die Rezensentin schildert die Nützlichkeit des Werkes, macht aber auch kritische Anmerkungen. *[Seite 8]*

Leser-Mail

Anfragen und Leserbriefe zu folgenden Themen:

- Wo bleibt die Satire?
- Schreibfreudige Pflegenden gesucht
- Erfahrungen mit Fortbildungen per Lehrbrief
- Pflegeanamnese
- Patienteninformation
- Rezension des "Handbuchs zur Begutachtung ambulanter Patienten" aus dem letzten Pflegebrief.

-Anzeige-



Ab sofort können Sie weit über 50 aktuelle Pflegebücher des renommierten Verlages **Hans Huber** online im **Buchshop** von **pflege-online.de** bestellen.

Überzeugen Sie sich selbst von der Vielfalt dieses Angebotes. Praktisch kein wichtiges Thema aus dem Bereich der Pflege fehlt in unserem **Themenkatalog**.

ONLINE-KIOSK

Forum für „Laienpflege“
www.1aPflege.de

Dominik Ose entwickelte für seine Diplomarbeit ein Informationsangebot speziell für Pflegebedürftige und sie pflegende „Laien“. Hilfreiches zur Organisation der Pflege, über gesetzliche Leistungen, zur Gestaltung des Wohnraumes und zur Begutachtung durch den MDK wird hier in verständlicher Sprache aufgeführt. Die Site ist für die Zielgruppe eine gute Informationsbasis und kann interessierten Patienten und Angehörigen empfohlen werden.

Pflegeintensiv
www.pflegeintensiv.de

Armin Fiegler informiert auf seiner Website über Krankenpflege-Themen. Zum Thema Beatmung führt er Auszüge aus einer Facharbeit an. Weiterhin werden Prüfungsthemen in stichwortartiger Auflistung behandelt, Pflegestandards in gleicher Weise aufgeführt. Im Forum ist ein Austausch zu verschiedenen Themenbereichen möglich. Insgesamt täte der Site mehr Qualität in den Ausführungen statt Quantität gut, da vieles in einem Pflegehandbuch ebenso nachschlagbar wäre. Das eigentliche Thema „Intensiv“ kommt m.E. auch zu kurz.

Internet im Pflegeunterricht
www.wissen-fuer-pflege.de

Die Krankenpflegeschule St. Hildegard in Düsseldorf bietet auf ihren Seiten neben einer Selbstdarstellung Materialien zur Nutzung des Internets im Pflegeunterricht. Dabei wird der Prozess, den die Schule dabei bislang durchlaufen hat, vorgestellt und interessierten LehrerInnen Materialien geboten. Zudem werden die Produkte von Projekten veröffentlicht. So wird nachvollziehbar, wie eine Nutzung des Mediums Internet in der Realität aussehen kann.

Menschenversuche im Nationalsozialismusvon **Manuela Bellarosa** [ManuelaBellarosa@gmx.de]

In diesem Aufsatz werde ich die medizinischen Experimente an Menschen im KZ Ravensbrück während der Zeit des Nationalsozialismus darstellen, wobei der Beteiligung der Pflegenden an diesen Versuchen besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden soll.

Für die Einführung und Ausweitung der Menschenversuche in Nazi-Deutschland waren nicht nur die rassenhygienischen Überzeugungen der politischen Macht, sondern auch die Kriegsanstrengungen im Deutschen Reich von Bedeutung. Angesichts sterbender deutscher Soldaten im von Hitler entfesselten Krieg waren i.S. der Nazi-Doktrin Menschenversuche unbedingt notwendig. Es ist einsichtig, dass die Art der medizinischen Probleme, die an der Front auftraten die Art der jeweiligen medizinischen Versuche bestimmten. Ein Beispiel der wehrmedizinischen Zweckforschung sind die immunologischen Versuche mit Sulfonamid-Produkten des Frauenkonzentrationslagers Ravensbrück.

Viele deutsche Soldaten starben im 2. Weltkrieg infolge schwerer Wundinfektionen, hier insbesondere des Gasbrandes. Das neue Wundermittel im Bereich der Wundheilung stellte zu dieser Zeit die Therapie mit Sulfonamiden dar. Klare Ergebnisse waren allerdings noch nicht vorhanden.

Es entbrannten heftige Diskussionen über den Einsatz des Medikaments und so einigte man sich darauf „weitere Erfahrungen auf dem Gebiet der Therapie zu sammeln“. Durch diese Debatten wurde die NS-Spitze auf die fortgeschrittenen, kriegschirurgischen Versorgungsnotstände und den dringlichen Handlungsbedarf im Bereich der Kriegs- und Lazarettmedizin aufmerksam.

Dies löste eine Forschungswelle mit dem Blick auf die „Endlösung“ aus, welche im Falle des Erfolges enormen Machtzuwachs, eine steile Karriere und einen riesigen Gewinn versprach, aus. Auch die Mithilfe wurde als lukrativ angesehen.

Das Frauen-KZ Ravensbrück

Die Bereitschaft bei Pflegenden und Ärzten klinische Humanexperimente durchzuführen, wuchs. Prof. Dr. Karl Gebhardt, Chefchirurg der Waffen-SS und Leibarzt von SS-Obergruppenführer Reinhard Heydrich, der am 4.6.1942 an den Folgen eines Attentates in Prag starb, sah hier nun seine große Chance. Gebhardt versagte bei dem Versuch den Gasbrand Heydrichs, durch die Schussverletzung hervorgerufen, zu heilen. Nun eröffnete sich dem Chirurgen die Möglichkeit, seinen Namen reinzuwaschen und Ansehen in der Kriegszweckforschung zu gewinnen.

Dazu kam ihm die Sulfonamid-Forschung gerade recht. Reichsführer-SS Himmler, dem die Verantwortung für die Durchführung von Menschenversuchen direkt von Hitler übertragen wurde, willigte sofort ein, Gebhardt im Frauen-KZ Ravensbrück einzusetzen um Forschung zu betreiben.

Ravensbrück war nur 12 km von dem damaligen Wirkungsort Gebhardts, der Heilanstalt Hohenlychen, entfernt. So konnte Gebhardt auch sein gesamtes Personal mitbringen, das ausschließlich aus braunen Schwestern bestand. Diese waren durch den Führereid zu absolutem Gehorsam und Schweigsamkeit verpflichtet und natürlich auch durch die jahrelange Zusammenarbeit mit Ihrem Chefarzt. Die Rekrutierung des medizinischen Personals erfolgte somit fast ausschließlich aus den Reihen der NSDAP-Mitglieder und der SS. Darüber hinaus waren im Lager die „blauen“ Schwestern des Diakonischen Werkes beschäftigt, die zwar ebenfalls Mitglieder der NSDAP waren, aber nur als Hilfskräfte eingesetzt wurden.

Im dem preußischen Dorf Ravensbrück ließ die SS u.a. durch Häftlinge des KZ Sachsenhausen ab November 1938 das Frauen-KZ Ravensbrück errichten. Es war das einzige große KZ auf deutschem Gebiet, das als sogenanntes Schutzhaftlager für Frauen bestimmt war. Das Krankenrevier bestand anfangs aus mehreren Gebäuden innerhalb des Komplexes, so dass kranke Häftlinge schnell in den zentralen Bau gebracht werden konnten, um so ihre Arbeitskraft wieder herzustellen. Nachdem aber Gebhardt die Stelle des Lagerarztes übernahm wurde der medizinische Bereich ausgelagert. Diese Sektion umfasste nun das Labor, die Zahnstation, die Apotheke, den Operationsaal, Kranken- und Bürozimmer sowie die Leichenkammer und das von nun an von den Häftlingen umbenannte „Todesstübchen“, wo die meist mit dem Tod endenden Experimente durchgeführt wurden.

Polnische Frauen, die in der Zeit von 1939 bis 1945 im Frauenkonzentrationslager Ravensbrück inhaftiert waren, stellten die größte Gefangenengruppe dar. An diesen Frauen wurden dann ausschließlich die Sulfonamid-Experimente von August 1942 bis August 1943 durchgeführt. Vor den Experimenten wurde den ausgesuchten Frauen keine Information über den bevorstehenden Eingriff gegeben und keine Einwilligungserklärung eingeholt.

Experimente am Menschen

Im Krankenrevier untersuchten Gebhardt und seine Assistenten die Frauen nachdem sie ausgesucht worden waren auf ihre Tauglichkeit für die Experimente. Dann mussten sie sich in ein vorbereitetes Bett legen und erhielten von der diensthabenden SS-Schwester die erste Spritze vor der Operation, durch die sie in einen Dämmerszustand fielen. Unter der Assistenz der diensthabenden braunen Schwester erfolgten Einschnitte über dem großen Wadenmuskel, manchmal bis auf den Knochen. Es wurden zunächst nur Krankheitserreger, dann auch Holzspäne und schließlich Holzteile und Glas in die Wunde eingebracht um Gasbrand zu erzeugen, der dem in der Kriegschirurgie bekannten Bild entsprach. Nichtinfizierte und infizierte Versuchsgruppen wechselten ständig und waren immer vorhanden. Insgesamt waren es 66 weibliche Häftlinge. Die Ärzte bemängelten,

[weiter auf Seite 3]

TERMINE

**Onkologische
Fachtagung**

30.5. – 1.6.2001, Berlin

Die Pflegedienstleitung der Robert-Rössle-Klinik der Charité Berlin veranstaltet diese Tagung zum vierten male. Nähere Informationen sind leider nicht im Internet abrufbar, können aber über die Pflegedienstleitung angefordert werden: Tel.: 030 / 94171600, oder eMail: koenig@rrk-berlin.de may@rrk-berlin.de

**Deutscher
Pflegekongress 2001**

16. – 18.5.2001, Berlin

Im Rahmen des Hauptstadtkongresses Medizin und Gesundheit veranstaltet der Deutsche Pflegerat diesen Kongress mit Schwerpunkten wie z.B. Ökonomisierung der Pflege, Pflegeausbildung und Karrierechancen, Pflege – Stiefkind des DRG-Systems und Dekubitus – Pflegefehler oder System-Mangel. Nähere Infos: www.hauptstadtkongress.de

Pflegemesse Leipzig

7. – 9.6. 2001, Leipzig

Diese als „Branchentreff für die Pflegenden“ angekündigte Messe bietet Informationen über Produkte und Probleme der häuslichen und stationären Pflege. Fortbildungsveranstaltungen zu verschiedenen Themen, die Fachausstellung sowie ein Forum für pflegende Angehörige sollen „Alles zum Thema Pflege“ bieten. Infos: Tel. 030/82787406 oder www.pflegemesse.de

Menschenversuche im Nationalsozialismusvon **Manuela Bellarosa** [ManuelaBellarosa@gmx.de]*[Fortsetzung]*

dass eine Voraussetzung noch immer nicht erfüllt wäre, die Wirksamkeit der Sulfonamide bei Schussverletzungen festzustellen. Dementsprechend wurden die Versuchsbedingungen je nach Versuchsreihe verschärft. Größere Wunden, größere Mengen an Infektionsherden. Ab jetzt kam es zu den ersten Todesfällen. Genaue Angaben sind nicht auffindbar. Eine Anzahl ist sicher: Bei der ersten Versuchsreihe im August '42 verstarben 6 Versuchspersonen.

Nach der Rückkehr aus dem OP erwachten die Frauen mit einem starken Brechreiz und Schmerzen in den Beinen. Die postoperative Versorgung oblag dem SS-Revierpersonal. Dieses blieb aber nur bis zur Dämmerung im Revier. Nur in den seltensten Fällen durfte Häftlingspersonal zu den Betroffenen, für die Nacht schloss man die Fenster, das Zimmer und auch die Fensterläden. Die frisch operierten Frauen überließ man sich selbst.

Die Sulfonamid-Versuche wurden im Dezember 1942 eingestellt, aufgrund fehlender Erfolge bei der Wundheilung.

Pflegende als Täter

Nicht nur bei der prä- und postoperativen Pflege und Betreuung waren die Ärzte auf das SS-Pflegepersonal angewiesen, sondern auch und im besonderen bei der Durchführung des Eingriffs. Ihre Mitarbeit erfolgte freiwillig und mit großer Motivation. Beförderungsaussichten und die sich abzeichnende „Endlösung“ für die Häftlinge ließen die Bereitschaft der Pflegenden ansteigen, sich zu beteiligen. Die braunen Schwestern in Ravensbrück waren die rechte Hand der SS-Ärzte, deren Vertraute und eingeweiht in den Ablauf der Menschenversuche und den darauffolgenden Todesfällen. Neben der Sulfonamid-Forschung wurden unter Mitwirkung der SS-Schwester Sterilisierungsversuche bzw. Abtreibungsversuche, Knochenmarkstransplantationen und willkürliche Experimente (z.B. Organtransplantationen) durchgeführt.

Nachdem sich die braunen Schwestern als sehr nützlich – da schweigsam und bereit zur Mitarbeit – erwiesen hatten, wurde ihnen auch die Aufgabe übertragen, sowohl die Humanexperimente, als auch deren Misserfolge zu vertuschen, um einen Aufstand im Lager zu verhindern bzw. kooperative Versuchspersonen zu erhalten. Auf Befehl des Chefarztes und der Assistenten töteten die NS-Schwester sterbende Versuchspersonen mit Benzolinjektionen ins Herz („Abspritzen“). Damit sicherten sie die Geheimhaltung und bewiesen ihre absolute Loyalität der Ärzteschaft und dem Führer gegenüber. Auch hier ist eine genaue Anzahl der getöteten Häftlinge nicht möglich.

Auch bei den Vernichtungsaktionen ab Mai 1943 halfen braune Schwestern mit. Am Ostersonntag

1945 wurde die letzte Vernichtungsaktion unter Mithilfe der SS-Schwester durchgeführt, bei der etwa 250 Schwangere und 18 Mütter mit Kindern in der rollenden Gaskammer von Ravensbrück getötet wurden. Da sie sich heftig wehrten, halfen die braunen Schwestern aus dem Medizintrakt mit um sie ruhig zu halten.

Am 5. Dezember 1946 begann der erste Ravensbrück-Prozess in Hamburg vor dem britischen Militärgericht. Verurteilt wurden die verantwortlichen Ärzte und die Oberaufseherin der SS. Das Krankenpflegepersonal blieb unbehelligt, bzw. wurde verwarnt.

Von Hilde Steppe:

„Es ist kaum möglich, eine umfassende Analyse über Gründe und Entstehungsursachen der direkten pflegerischen Beteiligung zu wagen. Fest steht jedoch, dass die Pflege als ausführendes Organ an allen Umsetzungsphasen der systematischen Vernichtung beteiligt war. Vieles wird im Dunklen bleiben. Mit einer Beschreibung der Verstrickung der Krankenpflege in die Maschinerie des Nationalsozialismus ist vor allem die Absicht verbunden, die heutige Pflege zu konfrontieren. Kollegen beteiligten sich aktiv an Menschenversuchen im NS-Staat.“

Literatur

- Baader, G., Schultz, U. (Hg.): Medizin und Nationalsozialismus. Tabuisierte Vergangenheit - Ungebrochene Tradition? Frankfurt, 4. Aufl., 1989.
- Bringmann, Fritz: Kindermord am Bullenhusser Damm. SS-Verbrecher in Hamburg 1945. Menschenversuche an Kindern. Frankfurt 1978.
- Eibach, Ulrich: Zwangssterilisierung, Vernichtung sogenannten "lebensunwerten" Lebens und medizinische Versuche an Menschen im "Dritten Reich" - Theologische und ethische Folgerungen für die Gegenwart, In: Theologische Beiträge, 16 (1985), 224-338.
- Füllberg-Stolberg, C.u.a.: Frauen in Konzentrationslagern. Bergen-Belsen und Ravensbrück. Bremen 1994.
- Klier, Freya: Die Kaninchen von Ravensbrück. Medizinische Versuche an Frauen in der NS-Zeit. München 1994.
- Koch, Peter-Ferdinand: Menschenversuche. Die tödlichen Experimente deutscher Ärzte. München 1996.
- Osnowski, Rainer (Hg.): Menschenversuche. Wahnsinn oder Wirklichkeit. Köln 1988.
- Steppe, Hilde: Krankenpflege im Nationalsozialismus. Frankfurt, 6. Aufl., 1991.

Weitere Literatur bei der Autorin. ■

LESER-MAIL

Anfragen

Wo bleibt die Satire?

Timo Hauk [Timo_Hauk@med.uni-heidelberg.de] mailt:

Zwar haben die neueren Ausgaben des "Pflegebrief" an Informationsgehalt gewonnen, im Gegenzug aber auch an Unterhaltungswert verloren. Wo sind die satirischen Aspekte (schwuler Pflege / Ismael Fischmord) geblieben, die mir so manche nachdienstliche Stunden versüßt haben? Information ist eine gute Sache, doch gerade in einem Beruf, der eh schon ernst und oft nervenaufreibend genug ist, sollten Humor und (besonders) Selbstironie nicht fehlen. Grüße aus der Psych Heidelberg

Herausgeber Roland Brühe [bruehe@gmx.de] antwortet:

Hallo Timo, danke für Deine Mail. Ich erlaube mir, sie in der nächsten Ausgabe inklusive meiner bescheidenen Antwort abzdrukken. Auch ich vermisse die satirischen Aspekte! Und zwar sehr. Ismael Fischmord hat leider keine Zeit für neue Beiträge. Und Ben Robe findet einfach keine Themen mehr für das "schwuler pflegen". Sobald ich jemanden gefunden habe, der sich mit einem ironisch-humorvollen Blick auf die Pflege an die Tastatur wagt und für den Pflegebrief etwas schreiben mag, wird es auch wieder eine entsprechende Kolumne geben können. Vielleicht ist dies ja auch ein guter Anlass, an dieser Stelle einen Hilferuf meinerseits loszulassen: Ihr der Selbstironie verschriebenen, schreibefreudigen Pflegenden - gebt uns neuen Stoff für Lachen über uns selbst, es darf auch gerne im Halse stecken bleiben! Wär doch schön, wenn sich jemand meldet.

Beste Grüße, Roland Brühe

[mehr Leser-Mail auf Seite 5]

Sexualität im Krankenhaus

von Roland Brühe [bruehe@gmx.de]ⁱ

Die Sexualität...

Sexualität ist in den verschiedenen Gesellschaften und zu verschiedenen Zeiten unterschiedlichen Moralvorstellungen unterworfen. Galt die Ehe lange Zeit als der einzige Ort für das Leben von sexuellen Bedürfnissen, ist diese Ansicht heute nur eine von vielen. Mehrere Modelle des Zusammenlebens von sich liebenden Menschen bestehen nebeneinander bzw. konkurrieren teilweise miteinander. Moderne Begriffe versuchen, die Differenziertheit im Begehren der Geschlechter zueinander zu beschreiben. Heterosexualität bildet dabei die von den meisten Menschen erlebte Form, Homosexualität bildet gesamtgesellschaftlich eine Minderheitenposition. Auch Zwischenpositionen werden benannt mit Bisexualität und Transsexualität. Kinseyⁱⁱ und Mitarbeiter stellten übrigens schon 1964 fest, dass 4 % aller erwachsenen weißen Männer ausschließlich homosexuelle Kontakte und ca. 37 % nach der Pubertät mindestens eine homosexuelle Beziehung hatten. Diese Vorstellungen beziehen sich allesamt auf ein Gegenüber. Jedoch gibt es auch viele Menschen, die ihre Sexualität alleine leben, also keine Beziehung aufbauen möchten oder keine dauerhafte Bindung eingehen möchten. Ihr Selbstbild scheint zu sein, dass sie mit sich selbst am besten zufrieden sind.

Wird Sexualität auf die sexuelle Befriedigung sprachlich reduziert, hat dies Folgen. Es geht dann nur darum, wie jemand den Geschlechtsakt betreibt. Und über diese Formen werden Werturteile ausgesprochen. Heterosexualität als akzeptiertes Verhalten innerhalb von stabilen Beziehungen, Homosexualität als Abart von Männern betrieben (an Frauen wird hierbei meist gar nicht gedacht) und Bisexualität als noch schlimmere Sexualform, da häufig nicht verstanden. Autosexualität wird als Onanie diskreditierend gar nicht als Sexualität verstanden. Dies sind noch immer wahrzunehmende Ansichten - obwohl ich nicht verkennen möchte, dass die Absolutheit dieser Einstellungen längst gebrochen ist und Lebensformen, die einem persönlich eher fremd sind, größere Akzeptanz und auch Respekt erfahren. Trotz allem bleibt, wenn wir uns mit Sexualität beschäftigen, ein Problem markant: Die Sprachlosigkeit. Es ist nach wie vor schwierig, hierüber in ein offenes Gespräch zu kommen. Nicht nur im beruflichen Umfeld, auch in Partnerschaften. Ich kann mir dies nur so erklären, dass damit ein Bereich verbalisiert würde, der ein solch existentieller und persönlicher ist, dass es peinlich oder verletzend wäre, würde der Gesprächspartner aus dem Gesagten falsche Schlüsse ziehen oder würde er das Gesagte als Unmöglichkeit oder Perversität abkanzeln. Damit würde die eigene Person abgekanzelt werden.

Das Krankenhaus

Das Unvermögen, über Sexualität zu sprechen, leitet mich zum zweiten Begriff des Themas: die Institution Krankenhaus. Ein Gebilde, an dem in einzigartiger Art und Weise alle Strömungen der Zeit abprallen oder nur langsam Einlass finden. So wird erst in jüngster Zeit der Patient nicht mehr nur als Objekt von Diagnostik und Therapie be-

griffen, sondern als Individuum mit eigenen, zu berücksichtigenden Bedürfnissen.

Wie sieht nun die Situation des Kranken an diesem Ort von Akutmedizin und -pflege aus? Patienten und Pflegenden haben Erwartungen, die nicht unbedingt ausgesprochen werden. Bezogen auf Sexualität gilt häufig, dass Patienten davon ausgehen, dafür sei kein Raum im Krankenhaus. Vermeintlich müssten sie diese an der Pforte zurücklassen. Pflegenden erwarten diesbezüglich ein unauffälliges Verhalten bzw. dass dies gar nicht erst zum Thema wird. Da sich nun aber, wie oben angeführt, Sexualität auf den gesamten Menschen bezieht, dürfte dies ein nicht erfüllbarer Wunsch sein. Simple Beobachtungen können dies verdeutlichen:

- Als Patient hat man nur selten die Gelegenheit, für sich allein zu sein. Dieses ganz normale Bedürfnis wird durch Mehrbettzimmer bis hin zu Krankensälen deutlich erschwert. Die Privat- und auch Intimsphäre erlebt eine massive Einschränkung. Stets steht man unter Beobachtung. Kommt nun die Partnerin oder der Partner zu Besuch, sind selbst Annäherungen wie Streicheln oder Küssen der Öffentlichkeit ausgesetzt. Das Erleben des eigenen menschlichen Wertes im Rahmen einer Beziehung kann so beeinträchtigt sein.
- Für Menschen, die eine lange Zeit im Krankenhaus verbringen müssen, wird das verständliche Bedürfnis nach sexueller Befriedigung zum Problem. Denn dafür ist zum einen kein Raum vorhanden, außerdem ist dies ein so intimer Akt, dass alleine bei Thematisierung des Bedürfnisses mit unangenehmen Reaktionen des Krankenhauspersonals zu rechnen ist.

Solcherlei Einschränkungen können Folgen für den Patienten haben. Wie oft ist es mir dabei begegnet, dass sie sich in zotigen und sexuell eindeutigen Bemerkungen gegenüber der Pflege äußern.

Sexualität und Pflege

Was kann nun Aufgabe von Pflege im Umgang mit Sexualität sein? So unkonkret dieses Thema ist, so schwammig und vielfältig sind die Meinungen dazu. Betrachten wir zunächst, was Pflegenden selbst über das Thema denken. Im Rahmen einer unveröffentlichten Hausarbeit berichtet Sönke Asmus über die Ergebnisse einer Befragung von 106 Krankenschwestern und -pflegern in einem norddeutschen Universitätskrankenhausⁱⁱⁱ. Dies ist natürlich keineswegs repräsentativ, zeigt jedoch Tendenzen auf.

[weiter auf Seite 5]

ⁱ Gekürzte Fassung eines Vortrages, den der Autor auf dem 3. österreichischen HIV- und Aidspflegesymposium am 10.11.2000 in Innsbruck hielt.

ⁱⁱ Kinsey, A.C.: Das sexuelle Verhalten des Mannes. Frankfurt a.M., 1964

ⁱⁱⁱ Asmus, Sönke: Das Problem der Sexualität in der Krankenpflege. Unveröffentlichte Hausarbeit. Universität Hamburg, Fachbereich Chemie/Gesundheit. Hamburg, 1995

LESER-MAIL

Anfragen**Fortbildung
per Lehrbrief**

Michael Konrad
[m.konrad@web.de] fragt:

Wer hat Erfahrungen mit Fortbildung von Pflegepersonal auf der Basis von Lehrbriefen und / oder computergestützten Systemen und kann mir ein paar Infos dazu geben? Erstellung, Durchführung, Evaluierung, Akzeptanz...

**Literatur zur
Pflegeanamnese**

I. Kuhn [i.kuhn@web.de] fragt an:

Ich suche Literatur und Unterlagen über das Thema "Pflegeanamnese" / "Eintrittsgespräch". Z.B. zu den Fragen: "Voraussetzungen für Pflegende, um effektiv mit Pflegeanamnese arbeiten zu können"; "Erfahrungen mit Pflegeanamnese"; "Historische Entwicklung". Speziell für die Psychiatrie.

Infos für Patienten

Gabriele Henneken [gabi-henneken@gmx.de] fragt

Im Rahmen meiner Weiterbildung zur Stationsleitung arbeite ich an einem Konzept, Patienten Informationen zugänglich zu machen. Zum Beispiel mittels einer Patienteninformationsbroschüre über bestimmte Untersuchungen. Ich suche zu diesem Thema Hintergrundmaterial (Qualitätssicherungskonzepte, Statistiken, Umfragen oder Literaturhinweise). Ich würde mich über Tipps sehr freuen.

Sexualität im Krankenhaus

von **Roland Brühe** [bruehe@gmx.de]

[Fortsetzung]

Interessant ist, dass die Begriffe „Partnerschaft“ und „Zärtlichkeit“ von den meisten mit Sexualität in Verbindung gebracht werden. Über die Hälfte nannten auch die Begriffe „Berührungen“, „Intimsphäre“ und „Intimtoilette“. Ein Zeichen dafür, dass hier nicht der sexuelle Akt im Vordergrund steht. Es ist den Pflegenden bewusst, dass selten genügend Rücksicht auf die Intimsphäre von Patienten genommen wird (61 %). Die überwiegende Mehrzahl der Befragten glaubt, dass Patienten extra Situationen schaffen, die zweideutig auszulegen sind und manche Patienten ihre Pflegebedürftigkeit einsetzen, um es zu sexuellen Situationen kommen zu lassen. Da die Patienten ihre Sexualität durch einen Krankenhausaufenthalt längere Zeit nicht gewohnt ausüben können, glauben auch die meisten, dass sie sich durch das Pflegepersonal erotisch animiert fühlen könnten. Pflegende sind sich also der Situation eines Patienten mit seiner Sexualität im Krankenhaus schon bewusst. Gleichzeitig meinte die Hälfte der Befragten, dass das Thema im Krankenhaus genauso behandelt wird wie in anderen Lebensbereichen. Vierzig Prozent sehen es allerdings eher tabuisiert. Die eigene Sexualität als Pflegepersonal oder von Patienten war allerdings nur bei 46 % der Befragten ein Thema auf der Station gewesen. Spannend ist es auch, sich anzuschauen, inwieweit Pflegende der Meinung sind, dass es für einen Patienten wichtig ist, seine Sexualität im Krankenhaus zu leben. Dies bejahten immerhin 74 % der befragten Pflegenden, und nahezu alle sind sich darüber einig, dass das Krankenhaus dafür keinen Raum bietet. Die Befragung zeigt m.E. deutlich, dass sich Pflegende schon der Problematik sehr bewusst sind und auch die individuellen Bedürfnisse des Patienten sehen und anerkennen. Ein Blick in die alltägliche Praxis lässt allerdings kaum Strategien erkennen, Sexualität bewusst zum Thema zu machen und Patienten Freiräume zu ermöglichen bzw. diese auch zu definieren. Denn eines ist klar: Regeln des Miteinanders muss es geben, wo keine Grenzen gesetzt werden, ist eine professionelle Beziehung nicht mehr möglich. Schließlich hat auch jede/r Pflegende eine eigene Sexualität, die genauso respektiert werden sollte von Seiten des Patienten.

Aufgaben der Pflege

- 1) Aus meiner Sicht sollten sich Pflegende bewusster mit Sexualität auseinandersetzen. Zum einen mit ihrer eigenen. Schließlich üben wir einen Beruf aus, der Grenzen überschreitet durch den körpernahen Kontakt zu Patienten. Verschiedene Fragen könnten sich selbst gestellt werden:
 - Wo machen sich die Einflüsse der Sexualität in meinem eigenen Leben bemerkbar?
 - Wo sind meine persönlichen Grenzen? D.h. sich anzuschauen, welche Regionen meines Körpers empfinde ich als öffentlich, halb-öffentlich und welche als privat bzw. intim? Wo lasse ich welche Personen in welcher Art und Weise heran?

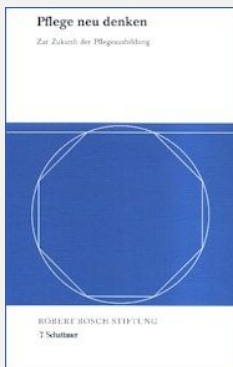
- Daraus folgt, dass es leichter ist festzustellen, welche Berührungen von mir selbst akzeptiert werden können und welche nicht.
- 2) Eine Auseinandersetzung muss auch mit der Bedeutung der Sexualität für den Patienten geführt werden. Da dies individuell sehr unterschiedlich sein kann, sollte dem Bereich der Intimsphäre, die verallgemeinert werden kann, die Aufmerksamkeit gewidmet werden. Denn dafür lässt sich organisatorisch ein Rahmen schaffen, der den Bedürfnissen von Patienten entspricht.
 - Sichtschutz in den Patientenzimmern
Eine Einrichtung, die vor allem in Deutschland scheinbar nahezu unbekannt ist. Die alt-ehrwürdige „Spanische Wand“ ist kaum noch zu finden. Vorhänge findet man zumeist im Waschbeckenbereich, aber zwischen den einzelnen Betten ist dies eher ungewöhnlich. Dabei könnte so für Patienten ein Raum geschaffen werden, wo er sich unbeobachtet fühlt. Die Geräusche im Zimmer werden jedoch nicht abzuschalten sein.
 - Anklopfen an den Türen
In unserer Zeit sollte dies eigentlich eine Selbstverständlichkeit sein. Schließlich kann kein Patient ahnen, wann jemand das Zimmer betreten möchte. Das Eintreten in ein Zimmer ohne Anklopfen bedeutet immer einen Überraschungsvorstoß und zeigt kein wertschätzendes Verhalten gegenüber den Bedürfnissen von Patienten.
 - Die Möglichkeit zum „Leben“ der Sexualität
Dies mag ein strittiger Punkt sein. Sexualität benötigt auch – bei den meisten Menschen – eine sexuelle Handlung von Zeit zu Zeit. Dies kann autosexueller Natur sein (wie sagte Woody Allen: Sex mit einem Menschen, den ich besonders gern habe). Oder aber auch Sex zwischen dem Patienten und seinem Partner/seiner Partnerin. Dies dürfte der komplizierteste Punkt sein, widerspricht er doch stark den allgemeinen, bereits erwähnten Einstellungen über Sexualität im Krankenhaus. Wie die genannte Befragung jedoch ergab, sehen Pflegende, dass sich Patienten durch die Pflege erotisch animiert fühlen können. Sollte es nicht möglich sein, die sexuelle Handlung beim Patienten und nicht auf das Pflegepersonal übergreifen zu lassen?

Die Sprachlosigkeit zu diesem Thema sollte überwunden werden. Nicht, dass ich für eine indiskrete und die Intimität des Patienten verletzende Befragung plädiere. Vielmehr geht es mir um Sensibilität für diesen Bereich des Menschen, der nicht ohne Grund in Ropers Pflegemodell als eigenständige Aktivität des Lebens benannt wird als „seine Sexualität ausdrücken“. Auch dieser Lebensbereich ist verknüpft mit den anderen Lebensaktivitäten. Treten Beeinträchtigungen in anderen Lebensaktivitäten auf, kann sich dies auch auf die Sexualität auswirken, umgekehrt gilt das gleiche. Wir sollten also unser Augenmerk in angemessener Art und

[weiter auf Seite 6]

PRODUKTE

„Pflege neu denken“
gelesen von **Roland Brühe**
[bruehe@gmx.de]



Mit ihrer neuen Denkschrift legt die Robert Bosch-Stiftung eine Vision für die Entwicklung der Pflegeausbildung in Deutschland vor. In einer mit zehn unabhängigen Fachleuten besetzten „Zukunftswerkstatt“ wurden zehn Empfehlungen erarbeitet und diskutiert zur Zukunft der Pflegeausbildung und -qualifikation. Ein generalistisch ausgerichtetes Ausbildungsmodell mit verschiedenen Qualifikationsstufen wurde entworfen, das vorgestellt und diskutiert wird.

Ausgerichtet an Strukturen der Vergangenheit sowie der Gegenwart werden mögliche neue Wege aufgezeigt, die dem Titel des Werks Rechnung tragen, nämlich ohne Schere im Kopf über Pflege nachzudenken. Das Buch kann allen an der Weiterentwicklung des Berufes Interessierten empfohlen werden. Die Wirkung ihres Werkes für die nächsten 10 – 15 Jahre schätzen die Autorenrealistisch ein, wenn sie schreiben, dass es „in der Realität (...) ein prozesshaftes Geschehen mit wechselnden Tempi sein (wird), mal rasch bis sprunghaft, mal retardierend im Verlauf.“

Robert Bosch Stiftung:
Pflege neu denken.
Zur Zukunft der Pflegeausbildung
Verlag Schattauer, 2000,
DM 69,-
ISBN 3-7945-2094-7

Sexualität im Krankenhaus

von **Roland Brühe** [bruehe@gmx.de]

[Fortsetzung]

auch auf diesen Aspekt richten und uns nicht scheuen, unsere Eindrücke und Beobachtungen mit dem Patienten zu besprechen.

- 3) Ein weiterer Punkt ist die Verbesserung der Beratungsqualifikation von Pflegenden. Der Bereich der Sexualität beinhaltet auch die Dimension von negativen Einflüssen durch Infektionen mit Geschlechtskrankheiten und HIV oder auch die Vermeidung von ungewollten Schwangerschaften. Die Benutzung eines Kondoms als eine grundlegende Methode zur Prävention hat sich zwar herumgesprochen und das Kondom ist inzwischen auch vielfach zum selbstverständlichen Bestandteil des Geschlechtsaktes geworden. Dennoch kann die Anwendung da zum Problem werden, wo Einsichten fehlen oder Schwierigkeiten beim Handling auftauchen. Sollten Pflegenden im Kontakt mit dem Patienten von solchen Schwierigkeiten erfahren, ist eine sachliche Beratung angebracht. Dazu benötigt man allerdings Kompetenzen, die in unserer Berufsgruppe noch nicht sehr ausgeprägt sind. Wahrscheinlich deshalb, weil nach meiner Beobachtung die Beratung und Anleitung oft nicht als eigentliche Pflegeaufgabe wahrgenommen wird.

Sexualität in der Ausbildung

Auseinandersetzung mit dem Thema ist allerdings schon an einem anderen Ort notwendig, nämlich in der Ausbildung. In der genannten Befragung gaben dreiviertel der Pflegenden an, sich durch ihre Ausbildung nicht in die Lage versetzt zu fühlen, mit sexuellen Situationen im Krankenhaus adäquat umzugehen. Woran kann dies liegen? Die Pflegeausbildung ist bekanntermaßen überall unterschiedlich konzipiert. Jedes Bundesland bzw. jede Schule strickt da ihr eigenes Konzept oder präferiert ein bestimmtes Curriculum und setzt eigene Schwerpunkte. Hinzu kommt die Vielfalt an Krankenhausträgern, die auf die Thematisie-

rung von Sexualität ebenso Einfluss nimmt. Das ist leicht nachvollziehbar, schaut man sich mögliche unterschiedliche Pflegephilosophien z.B. an einem Universitätskrankenhaus gegenüber einem konfessionellen Krankenhaus an. Eigentlich überall taucht das Thema Sexualität in Form biologischer Tatsachen oder psychologischer Aspekte im Zusammenhang mit Krankheiten auf. Inwieweit allerdings eine thematische und methodische Tiefe erreicht wird, ist fraglich. Hier muss die Pflegeausbildung konkreter werden. Die Auszubildenden sollten ihre eigene Sexualität und ihre Einstellungen zu den verschiedenen individuellen Formen von Sexualität reflektieren. Es geht um eine breit gefächerte Definition des Begriffes Sexualität. Nur in der intensiven Auseinandersetzung in einer offenen Atmosphäre wird es den zukünftigen examinierten Pflegenden möglich sein, dieses Thema anzusprechen, sei es gegenüber Patienten oder Kollegen. Die Kompetenzen des Sicheinfühlens, situationsadäquaten Verhaltens und der Beratung und Anleitung sind von großer Bedeutung insgesamt für die Pflege, dies muss auch für den Bereich der Sexualität geschult und geübt werden.

Zum Schluss...

Wünschenswertes Ziel pflegerischer Bemühungen sollte also das Erlangen einer – professionellen – Selbstverständlichkeit im Umgang mit Sexualität im Krankenhaus sein. Notwendig ist hierfür, mit der Thematik in eine intensivere Auseinandersetzung im stationären Bereich als auch in der Ausbildung einzutreten, indem die Pflege ihre Werte und Aufgaben im Umgang mit der Sexualität definiert. So kann ein professioneller Standpunkt gewonnen werden, der sich abhebt von einer moralbetonten Sichtweise. Und: Pflege findet nicht nur im Krankenhaus statt sondern genauso in den einzelnen Haushalten, in Tagesstätten, in Heimen und Hospizen. Institutionsspezifische Überlegungen tun not. ■

LESER-MAIL

Leserbriefe

Zur Rezension von Claus-Peter Ammann in der letzten Ausgabe schrieb **Peter Strosche** [Peter@strosche.de]

Sehr geehrte Herr Ammann, ich habe gerade Ihren Artikel im Pflegebrief gelesen über das Handbuch zur Begutachtung ambulanter Patienten. Könnten Sie mir näheres über den "Katz-Index der Unabhängigkeit in den ADL" und "Short-Portable-Mental-Status-Questionnaire", den Fragebogen und die Auswertung darüber mailen oder die Internet-Seiten benennen. Mit freundlichen Grüßen
Peter Strosche

Claus-Henning Ammann [cammann@djh-freeweb.de] antwortet:

Sehr geehrter Herr Strosche, zu Ihrer ersten Frage: Der Katz-Index (Index of ADL) ist bereits in den sechziger Jahren des letz-

ten Jahrhunderts entwickelt worden. Es ging dabei um die Abschätzung des Pflegebedarfs in stationären Einrichtungen von Personen mit Hüftfrakturen. Wenige basale Alltagsaktivitäten sollen die pflegerische Selbstkompetenz des Patienten im Behandlungsverlauf belegen. In der Reihenfolge ihrer Komplexität werden die Funktionen in Bezug auf das Baden, das An- und Ausziehen, den Toilettenzugang, den Transfer, die Kontinenz und die Nahrungsaufnahme ermittelt. Ein entsprechendes ADL-Profil entsteht, indem der Grad notwendiger Assistenz ermittelt wird. Unter dem Namen Katz-Index kaum bekannt, wird dieses Konzept jedoch in Deutschland umfassend angewandt! Der Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ermittelt die Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegeversicherungsgesetz mit Hilfe dieser Kriterien. Der Begutachtung werden also nicht die umfassenden ATL (n. Juchli seit 1983) zu Grunde gelegt, son-

[weiter auf Seite 7]

PFEGE-PROSA

Einmal mehr

von **Matthias Martin**
[kontakt@pro-pflege.de]

Einmal mehr
in diesen Tagen
zum Stift gegriffen
und geschrieben

Einmal mehr
in diesen Tagen
sich hingesetzt
Gedanken treiben lassen

Einmal mehr
in diesen Tagen
gespürt
was mich bedroht

Einmal mehr
in diesen Tagen
sich nicht besiegen lassen
von der Angst

Einmal mehr
in diesen Tagen
aufgewacht
und Lust am Leben

LESER-CHAT

Ein kurzer technischer Hinweis: Sollten Sie keine Chat-Software besitzen oder sich mit dem IRC-Chat nicht auskennen, können Sie sich über www.chatzentrale.de informieren.

Dort können Sie auch ohne Software „chatten“, indem Sie im unteren Fensterbereich auf „Sofort zum IRC-Chat“ klicken. Wählen Sie aus dem Auswahlmü der neuen Seite irgendein Gebiet aus, geben Sie im sich nun öffnenden Fenster einen Namen für sich ein und klicken Sie auf die Schaltfläche „Chat starten“.

Im unteren Bereich des Fensters finden Sie eine Eingabezeile, in der Sie den Befehl `/join #pflegebrief` eingeben. Sie befinden sich nun im Chatraum und können alle Beiträge lesen und über die Eingabezeile selbst Beiträge verfassen.

Wir hoffen auf eine rege Teilnahme.

LESER-MAIL

Leserbriefe

[Fortsetzung]

dieses sehr reduzierte Modell. Folgende Quellenangaben sind zu nennen:

- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenversicherung (Hrsg.): Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach XI. Buch des SGB; Adresse: MDS, Lützowstr. 53, 45141 Essen, Tel. 0201 / 8327-0
- Lübbers, T. u.a. (1993). Erfassung von Alltagsaktivitäten mittels ADL/IADL-Skalen bei Patienten mit unilateralem zerebralem Insult. Forschungsbericht Nr. 4 zum Projekt Differentielle Intelligenzbeeinträchtigungen, Prognose und Indikation neuropsychologischen Trainings nach zerebralem Insult. Forschungsberichte aus dem Fachbereich Psychologie der Universität Osnabrück ; Nr. 91
- www.pflegegutachter.net
- allserv.rug.ac.be/~tdefloor/wv/vv/ab97dec1.htm

Zur zweiten Frage: Zwar liegen mir der 'Short-Portable-Mental-Status-Questionnaire' Fragebogen und eine entsprechende Auswertung nicht vor, folgende Quellen kann ich Ihnen aber dazu empfehlen:

- Welch, D. C. / West, R. L.: The Short Portable Mental Status Questionnaire. Assessing Cognitive Ability in Nursing Home Residents. In: Nursing Research, Nov/Dec. 1999, Vol 48, No 6, S. 329-323. Dort finden sie auch weitere Literaturangaben zum Thema. Siehe auch:
- www.nursingcenter.com
- www.keatinge.demon.co.uk/bcensus.htm

Ich hoffe, Ihnen damit gedient zu haben.
Mit freundlichen Grüßen,

Claus-Henning Ammann
(Dipl.-Päd./Lehrer für Pflegeberufe)

Nicht verzagen – Norton fragen Ein Buch über Dekubitus-Einschätzungsskalen

von **Roland Brühe** [bruehe@gmx.de]



Sie sind nicht beliebt, werden aber als notwendiges Übel inzwischen vielerorts anerkannt: Skalen zur Einschätzung des Dekubitusrisikos.

Durch Christel Biensteins Pflegefachseminar wurde Mitte der achtziger Jahre eine

in Deutschland bekannter: die Norton-Skala.

Heute finden mehrere Skalen Verwendung. Viele Pflegenden fragen sich, ob diese denn überhaupt etwas nutzen, könne man doch auch auf dem ersten Blick erkennen, bei wem ein Dekubitus droht. Birgit Jakobs, Dipl.-Pflegerin, geht in ihrem Buch dieser Frage nach und untersucht die Reliabilität und Validität der Norton- und Bradenskala. In ihrer Literaturrecherche fokussiert sie diese Skalen, weil die eine die weiteste Verbreitung hat und die andere als die zuverlässigste angesehen wird. Vor der Auseinandersetzung mit der Zuverlässigkeit und Gültigkeit der Instrumente beschreibt sie eingehend die Skalen sowie deren Abwandlungen. Es wird deutlich, dass die Skalen nicht – wie erst einmal angenommen werden kann – immer für die Praxis entwickelt wurden, sondern vielfach für eng umschriebene Forschungsvorhaben. Der Braden-Skala wird übrigens ein besonderes Augenmerk gewidmet, was allerdings verständlich ist bei der Vielzahl von Formen und (nicht immer professionellen) Übersetzungen, die sich im Umlauf befinden.

Im Hauptteil des Buches widmet sich die Autorin relevanten Forschungsarbeiten, die zu den Skalen durchgeführt wurden. Nach einer Einleitung in die Begrifflichkeiten, die für die Bewertung der Literatur von Bedeutung ist, so wie die Benennung der Kriterien für die Auswahl der Literatur werden die

jeweiligen Studienergebnisse in einer tabellarischen Form für jede Skala dargestellt. Gerade dieser Teil zeigt, dass sich das Buch primär an Pflegenden wendet, die vor wissenschaftlichen und forschungsspezifischen Termini und einem entsprechenden Duktus der Sprache nicht zurückschrecken. Eine leichte Lesbarkeit kann jedenfalls nicht konstatiert werden, diese scheint jedoch auch nicht Ziel der Arbeit gewesen zu sein. In ihrer Bewertung der Literatur stellt Birgit Jakobs schlussendlich fest, dass sich die Skalen kaum vergleichen lassen, da sich die Umstände, unter denen die Studien durchgeführt wurden, zu sehr voneinander unterscheiden.

Jedoch behauptet sie, dass die Bradenskala die zuverlässigste der untersuchten Skalen sei, da ihr Maß der Validität den Ansprüchen entspreche, die in der heutigen Zeit an solche Risikoeinschätzungsinstrumente gestellt werden müsse. Auch ohne Vorhandensein einer tatsächlich abgesicherten Skala plädiert sie für die Anwendung in der Praxis, steigere dies doch das Bewusstsein für die Dekubitus-Risikofaktoren. Und sie appelliert, immer auch das gesamte pflegfachliche Wissen in die Einschätzung mit einfließen zu lassen.

Insgesamt betrachtet bietet das Buch einen guten Überblick über die häufig in Deutschland verwendeten Dekubitusrisiko-Einschätzungsskalen. In keinem mir bekannten Werk sind alle auf wenigen Seiten derart vereint. Es ist jedoch kein Buch für den Praktiker, der schnell einmal das Wesentliche erfassen will, eher eines für den Leser, der eine abstrakte und wissenschaftliche Sprache nicht scheut. So wird es gerade Studenten der Pflegewissenschaft eine hilfreiche Lektüre sein können.

Birgit Jakobs: Skalen zur Einschätzung des Dekubitusrisikos. Reliabilität und Validität der Norton- und Bradenskala

Schlütersche, Reihe pflegekolleg, Hannover 2000. ISBN 3-87706-614-3; DM 26,80

IMPRESSUM

Der Pflegebrief erscheint bei pflegen-online.de

Herausgeber:

Roland Brühe, Köln
[bruehe@gmx.de]

Verlag:

**schlütersche
GmbH & Co. KG**
Verlag und Druckerei
Hans-Böckler-Allee 7
30173 Hannover
[www.schlutersche.de]

Redaktion:

Claudia Flöer, Hannover
[floer@pflegen-online.de]

Technische Redaktion:

Dr. Henrik Crone-Münzebrock, Hannover
[crone@pflegen-online.de]

Mitarbeiter an dieser**Ausgabe:**

Angelika Amman,
Claus-Henning Amman,
Manuela Bellarosa,
Irmgard Häselner und
Matthias Martin

Die Rechte der einzelnen Artikel verbleiben bei den Autoren.

Aufgabe von Anzeigen:

webmaster@pflegen-online.de

Abonnement:

Sie können den Pflegebrief auf <http://pflegen-online.de/pflegebrief/> abonnieren. Oder schicken Sie eine eMail an:

crone@pflegen-online.de

Der Pflegebrief

Herausgeber und Verlag erklären ausdrücklich, dass sie keinerlei Einfluss auf die Gestaltung verlinkter Seiten haben und sich deren Inhalte nicht zu eigen machen.

"Praktische Anleitung in der Altenpflege"

gelesen von **Angelika Ammann** [angelika.ammann@talknet.de]



Dieses Buch, so der Autor, richtet sich vorrangig an Praktiker in Einrichtungen der Altenpflege, die die Aufgabe der Praxisanleitung und Einarbeitung neuer Mitarbeiter übernommen haben. Eine weitere Ziel-

gruppe sind die Leitungsverantwortlichen in den Altenpflegeeinrichtungen und deren Träger, sowie die Dozenten an den Schulen für Altenpflege. Das Buch ist gedacht als Lese- und Arbeitsbuch und soll Hilfestellung geben beim Theorie-Praxis-Transfer. Der Autor weist aber auch auf die Grenzen seines Buches hin und empfiehlt praktische Trainingsphasen als Fort- und Weiterbildung.

Das Werk ist gegliedert in sieben Kapitel: Das erste Kapitel handelt allgemein von Anleitung und Einarbeitung. Es verdeutlicht die Ist-Situation anhand von Praxisbeispielen, Beiträge zur Berufszufriedenheit werden in Form von Studienergebnissen präsentiert. Anschließend geht es um die Anleitung und Einarbeitung als geplanten Prozess. Es werden grundlegende Konzepte, die eine Bedeutung für die Anleitung haben, besprochen. Die Grundhaltungen nach Carl Rogers, Wahrnehmung, Kommunikationsstrukturen, Planung von Lernprozessen und Konfliktmanagement sind wesentliche Inhalte.

Im dritten Teil werden das Aufgabenfeld der Praxisanleitung, die Standortbestimmung des Anleiters und der Auszubildenden des Fachseminars für Altenpflege exemplarisch am Beispiel Nordrhein-Westfalens erörtert. Abgeschlossen wird dieses Kapitel durch die Darstellung der Anleitungphasen, ergänzt durch Checklisten.

Über das Aufgabenfeld Einarbeitung wird im vierten Kapitel geschrieben, der Einarbeitungsprozess wird analog dem Anleitungprozess gegliedert und durch Gesprächsfäden vertieft. Im fünften und sechsten Kapitel wird kurz über den möglichen Rollenwechsels des Anleiters zum Berater gesprochen, sowie die Anleitung und Einarbeitung in besonderen Situationen thematisiert. Im letzten Kapitel gibt der Autor einen kurzen Ausblick über Möglichkeiten der Sicherung von Berufszufriedenheit und Qualität in der Pflege.

Dieses Buch gibt dem Anleiter eine geeignete Möglichkeit, sich mit der allgemeinen Problematik der Anleitung im täglichen Arbeitsablauf auseinander zu setzen und sein eigenes Tun zu reflektieren. Dies ist nicht zuletzt aufgrund der guten Praxisbeispiele möglich. Praxisrelevant sind ebenso die Checklisten, die sich ohne weiteres im eigenen Arbeitsbereich anwenden lassen. Diese Lektüre halte ich daher für hilfreich zur Unterstützung der gezielten Fort- und Weiterbildung. Dennoch geben einige Punkte Anlass zu kritischen Anmerkungen: Das Buch ist gedacht als Lese- und Arbeitsbuch, aber gerade die Handhabung als Lesebuch gestaltet sich aufgrund der vielen Zitate und Literaturverweise in den ersten Kapiteln als schwierig. Zum flüssigen Lesen des Textes wäre es gerade für Praktiker vorteilhafter gewesen, wenn der Autor mehr eigene Formulierungen gewählt hätte. Da die Zitate ebenso wie die eigenen Gedanken in Kursivschrift gedruckt sind, fällt es oft schwer, diese Textpassagen der richtigen Quelle zuzuordnen.

Ein weiterer Aspekt: Bei der gedanklichen Übertragung der Inhalte auf meine Tätigkeit als freigestellte Praxisanleiterin in der Krankenpflege wird mir deutlich, wie uneinheitlich die Begriffe, Praxisanleiter, Mentor, Anleiter, Einarbeiter und Praxisbegleiter in den Pflegeberufen verwendet werden. Leider trägt das Buch nicht zur Klärung bei, weil auch der Autor auf Definitionen dieser Begriffe verzichtet.

Eine weitere Anmerkung: Es hätte dem Buch gut getan, wenn der Autor bei den Literaturangaben genauer gearbeitet hätte; mehrere Quellenangaben sind auf Grund widersprüchlicher Jahreszahlen nicht nachvollziehbar.

Insgesamt kann das Buch dazu beitragen, die Anleitung und Einarbeitung in der Altenpflege zu verbessern. Es besteht die Möglichkeit für den Leser sich über einzelne Inhalte auf Grund der umfangreichen Literaturrecherche des Autors weiter zu informieren. Es weist ein gewisses Niveau auf, sodass die Grundgedanken auch auf andere Pflegeberufe zu übertragen sind.

Christian Lummer: Praxisanleitung und Einarbeitung in der Altenpflege Pflegequalität sichern - Berufszufriedenheit verstärken.

Schlütersche, Hannover 2001. 82 S., DM 39,80, ISBN 3-87706-604-6