

**EDITORIAL**

Heutzutage wird gerne vom Wertewandel in unserer Gesellschaft gesprochen.



Dabei ist zu fragen, welche Werte es denn genau sind, die sich da wandeln. Und wohin wandeln sie sich? Wenn Solidarität ein Wert ist, dann scheint sich dieser auf gesellschaftlicher Ebene nicht zu verändern sondern aufzulösen.

Zumindest erwecken die Diskussionen über die sozialen Sicherungssysteme in Deutschland einen solchen Eindruck. Die auf Solidarität begründete Krankenversicherung verzichtet nach und nach auf diesen Wert. Die Äußerungen, die Politiker in den Medien dazu von sich geben, scheinen mehr einem Prinzip der Individualisierung zu folgen.

Die Krankenkassenbeiträge sollen durch Leistungskürzungen reduziert werden, das fehlende Geld soll jeder nun bei Inanspruchnahme hinlegen. Die gesetzliche Krankenversicherung wird m.E. mehr und mehr zu einer privaten Versicherung im eigentlichen Sinne. Dies muss nicht das Schlimmste sein, es müsste nur deutlich benannt werden. Und dazu muss über Inhalte gesprochen werden, über ethische Auswirkungen. Thema ist jedoch das Geld. Die wirklich wichtigen Diskussionen werden so vermieden.

Ihr **Roland Brühe**

Das Online Magazin für die Pflege

Ausgabe 04/2003 - Nr. 75 - 19. Mai 2003

## Zukunftsfähige Konzepte für die Pflegeausbildung

(cr) Die Robert Bosch Stiftung verleiht im September die Preise des Ideenwettbewerbs „Pflege neu denken - zukunftsfähige Ausbildungskonzepte“. Die erstmalige Ausschreibung des Wettbewerbs ist auf eine gute Resonanz gestoßen. Das Ziel war, Ideen und Konzepte für eine zukunftsweisende Qualifizierung in der Pflege zu sammeln, auszuwerten und zu veröffentlichen. Am 20. September 2003 werden im Maternushaus in Köln die fünf Preisträger und ihre prämierten Konzepte vorgestellt.

Die Veranstaltung bietet u. a. im Rahmen einer begleitenden Ausstellung die Gelegenheit, mit Preisträgern und Experten ins Gespräch zu kommen. Zusätzlich werden die Bundesministerien zur aktuellen und zukünftigen Situation in der Alten- und Krankenpflegeausbildung in Referaten Stellung nehmen. Zu der Veranstaltung sind Interessierte aus Schulen, Hochschulen und Praxis herzlich eingeladen.

*[mehr auf [pflegen-online.de](http://pflegen-online.de)]*

### Selbstbestimmt Wohnen im Alter

(cr) Neue Kultur des Lebens und Wohnens im Alter: Anfang Mai war offizieller Baubeginn des Modellprojekts "Selbst bestimmt Wohnen im Alter" in Nürnberg. Vorbildliche Architektur und Möglichkeiten zur Selbstorganisation und Selbsthilfe der Bewohnerinnen und Bewohner. Diese wollen erst auf Hilfe von außen zurückgreifen, wenn der Grad der Betreuungsbedürftigkeit dies wirklich gebietet.

*[mehr auf [pflegen-online.de](http://pflegen-online.de)]*

### NRW: Tag der Krankenpflege

(cr) Nordrhein-Westfalens Gesundheitsministerin Fischer wirbt für den Pflegeberuf:

Neben der Krankenhausversorgung werde künftig vor allem die qualifizierte Krankenpflege bei alten und kranken Menschen zu Hause oder in Pflegeheimen eine wichtige Rolle spielen. Die Beschäftigungsmöglichkeiten in der Krankenpflege seien gut, eine Teilzeitbeschäftigung kein Problem.

*[mehr auf [pflegen-online.de](http://pflegen-online.de)]*

### In dieser Ausgabe

**Der Beratungsbesuch SGB XI - Chance und Herausforderung**

v. Martin Schieron *[Seite 2]*

**Das ABC der Pflege – Instrumente**

von Roland Brühe *[Seite 5]*

**Pflegestudiengänge und die Organisation Studierender in Pflege u. Gesundheitsw.**

von L. Ohrnberger *[Seite 7]*

**Neue Bücher für die Pflege**

*[Seite 8]*

### Klamkes gepflegte Welt

von **Bastian Klamke** [[KlamkeJB@t-online.de](mailto:KlamkeJB@t-online.de)]



-Anzeige-

Sie können im **Buchshop von [pflegen-online.de](http://pflegen-online.de)** neben den Büchern der **Schlüterschen** auch über fünfzig Pflegebücher des **Verlages Hans Huber** und das komplette Programm des **Brigitte Kunz Verlages** online bestellen!



## ONLINE-KIOSK

## Reload

(rb) Es gibt Websites von Pflegenden, die schon sehr lange im Internet zugänglich sind. Sie werden mit viel persönlichem Engagement betreut. Damit sie in der Schnelllebigkeit dieses Mediums nicht in Vergessenheit geraten, sei hier erneut darauf hingewiesen.

## Die Drehscheibe

Seit 1996 pflegt Christian Kaufmann diese Website, auf der er private Homepages von Pflegenden auflistet. Die sehr umfangreiche Liste führt den Besucher durch die Vielfalt von personendarstellenden und informationsunterbreitenden Internetseiten mit pflegerischem Fokus.

[www.die-drehscheibe.net](http://www.die-drehscheibe.net)

## YGs Home

Wiegand Erdmann bietet dem interessierten Besucher Müll mit der Goldkante. Seine bitterbösen Texte und Zeichnungen rund um die Pflege benötigen teilweise starke Lachmuskeln, um nicht zum Arzt gehen zu müssen.

In seiner „Kleinen Krankenpflege“ führt er die Absurditäten des pflegerischen Alltags vor Augen. „Herberts Seiten“ zeigen uns einen Krankenpfleger, den wir gerne ins Herz schließen. Humor mit Tradition für Pflegenden, die über sich noch lachen können.

[www.surf2000.de/user/w\\_erdmann](http://www.surf2000.de/user/w_erdmann)

## Der Beratungsbesuch SGB XI – Chance und Herausforderung für die Pflege

von **Martin Schieron\*** [[Ma-Schi@t-online.de](mailto:Ma-Schi@t-online.de)]

Am 01.01.2002 trat das Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistung-Ergänzungsgesetz – PflEG) in Kraft. Als Ergänzung des SGB XI (Pflegeversicherungsgesetz) zielt es in erster Linie auf eine Verbesserung der Versorgungsstrukturen für die Pflegebedürftigen, die neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung einen erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung haben z.B. demenzkranke<sup>1</sup> Mitbürger. Diese Aspekte des PflEG fanden bisher in der (Pflege)-Öffentlichkeit die meiste Beachtung. Dass jedoch im Zuge dieser Neuorientierung auch andere Bereiche des SGB XI verändert wurden, die der Beratung durch professionell Pflegenden eine neue Wertigkeit, aber auch neue Herausforderungen bringen, ist weitaus weniger bekannt.

Mit in Kraft treten des SGB XI zum 01.01.1995 wurde Beratung vom Gesetzgeber erstmals<sup>2</sup> explizit als pflegerische Aufgabe benannt. Nach § 37 Abs. 3 war von Pflegebedürftigen, die ausschließlich Geldleistungen von Seiten der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen, ein so genannter Pflegeeinsatz durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung in der häuslichen Umgebung abzurufen. Dieser Pflegeeinsatz diente zur „Sicherung der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und Beratung der häuslich Pflegenden“ und sollte somit einer Überforderung der häuslich Pflegenden vorbeugen und die Qualität ihrer Pflege sichern.

Dass dieser Einsatz notwendigerweise durch eine Pflegefachkraft durchgeführt werden musste, war im ursprünglichen Gesetzestext nicht zu lesen, wurde jedoch primär so gedeutet (vgl. Klie 1999, S. 189). Die Frequenz dieser Pflichteinsätze wurde allein durch die Pflegestufe des Pflegebedürftigen bestimmt. Kamen die Pflegebedürftigen ihrer Pflicht, den Einsatz abzurufen, nicht nach, konnte die Pflegekasse das Pflegegeld kürzen oder sogar entziehen. Diese Regelung gilt auch weiterhin. Auf die im Gesetz impliziten strukturellen Widersprüche (vgl. Schubert-Hadeler 2002) – einerseits die Verknüpfung von Beratung und Kontrolle, andererseits die Verpflichtung zur Beratung – kann an dieser Stelle nur hingewiesen, nicht jedoch eingegangen werden<sup>3</sup>.

Doch was hat sich mit in Kraft treten des Pflegeleistung-Ergänzungsgesetzes für den Aspekt der Beratung durch Pflegefachkräfte geändert?

- Im Gegensatz zur ehemaligen Formulierung ist nun nicht mehr der Pflegeeinsatz durch den Pflegebedürftigen abzurufen, sondern „eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit“. Diese Beratung soll der „Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden“ (§ 37 Abs. 3 SGB XI) dienen. Durch die stärkere Betonung des Beratungscharakters der Pflegeeinsätze soll der immer noch vorhandene Kontrollaspekt sowohl sprachlich als auch inhaltlich minimiert werden.
- Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung festgestellt wurde, können diesen Beratungseinsatz jetzt doppelt so häufig nutzen wie andere Pflegebedürftige (§ 37 Abs. 3). Inhaltlich schließt hier die Ergänzung des § 45 Abs. 1 SGB XI an. Hier werden die Pflegekassen aufgefordert,

*[weiter auf Seite 3]*

### Anmerkungen

<sup>1</sup>) Wenn im weiteren Verlauf dieses Textes von an Demenz erkrankten Menschen gesprochen wird, schließt dies alle anderen Personen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (Menschen mit psychischer Erkrankung oder geistiger Behinderung) ein und dient ausschließlich der besseren Lesbarkeit des Textes.

<sup>2</sup>) Die Pflegepersonalregelung (PPR), die als 13. Artikel des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) zum 01.01.1993 in Kraft gesetzt wurde, führte diesen Aspekt pflegerischer Arbeit (im Anhang) ebenfalls an. Sie wurde jedoch bereits zum 01.01.1997 wieder außer Kraft gesetzt und soll an dieser Stelle somit unbeachtet bleiben.

<sup>3</sup>) Beratung ist immer als ein freiwillig einzuholendes Hilfsangebot zu betrachten. Eine grundlegende Betrachtung dessen, was Beratung, insbesondere durch Pflegekräfte, bedeuten sollte, kann an dieser Stelle nicht erfolgen. Es wird jedoch auf die Veröffentlichung „Beratung in der Pflege“ von Prof. Dr. Ursula Koch-Straube (2001) verwiesen.

\*) Martin Schieron ist Diplom-Pflegewissenschaftler (FH) mit dem Schwerpunkt Beratung.

## ONLINE-KIOSK

Nahrungsverweigerung  
bei Demenzkranken

(rb) Christian Kolb ist Krankenpfleger, Praxisanleiter und Student des Pflegemanagements. Er informiert auf seinen Internet-Seiten über die Dimensionen des Problemthemas Nahrungsverweigerung, mit dem er sich auch in seinem Buch „Nahrungsverweigerung bei Demenzkranken“ (erschienen im Mabuse-Verlag) beschäftigt.

Sehr umfassend werden Ursachen und mögliche Problemlösungen beschrieben. Es wird deutlich, wie sehr es gerade bei Demenzkranken und Sterbenden um die Ermittlung des mutmaßlichen Willens geht.

Zum tieferen Einstieg in die Materie werden Betreuungskonzepte, juristische Aspekte, Stellungnahmen der Bundesärztekammer sowie Informationen zur palliativen Ernährung bereitgestellt.

Die PEG-Sonde wird ausführlich vorgestellt und diskutiert. Hilfestellungen zur Entscheidungsfindung werden gegeben. Erfahrungsberichte führen die individuelle Dimension vor Augen.

Die Website ist nicht nur für Fachpersonal (Pflegende, Ärzte) konzipiert, sondern gerade auch für Betroffene und Betreuer.

[www.nahrungsverweigerung.de](http://www.nahrungsverweigerung.de)

## Der Beratungsbesuch SGB XI – Chance und Herausforderung für die Pflege

von **Martin Schieron** [[Ma-Schi@t-online.de](mailto:Ma-Schi@t-online.de)]

[Fortsetzung]

- ihr Engagement im Bereich der von ihnen anzubietenden Pflegekurse zu verstärken und diese auch gezielt im häuslichen Umfeld durchzuführen. Hiermit wird ein verstärkter Beratungsbedarf pflegender Angehöriger von Demenzkranken angenommen und es wird mit den genannten Angeboten darauf reagiert. Einige Pflegekassen (z.B. AOK Rheinland) setzen bereits seit einiger Zeit Pflegefachkräfte für die Beratung ihrer Versicherten in der häuslichen Umgebung ein.
- Der mit dem Beratungsbesuch beauftragte Pflegedienst hat dafür Sorge zu tragen, dass die Beratungsbesuche im häuslichen Bereich von Pflegekräften durchgeführt werden, „die spezifisches Wissen zu dem Krankheits- und Behinderungsbild sowie des sich daraus ergebenden Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen mitbringen und über besondere Beratungskompetenz verfügen“ (§ 37 Abs. 4 SGB XI). Darüber hinaus soll eine Kontinuität der Beratung durch möglichst immer dieselbe Pflegekraft sichergestellt werden. An dieser Stelle wird explizit erwähnt, dass die vom Gesetzgeber gewünschte Beratung der pflegenden Angehörigen durch Pflegekräfte durchgeführt werden soll (§ 37 Abs. 4). Darüber hinaus sollen die mit dem Beratungsbesuch beauftragten Pflegekräfte über spezielles Wissen und eine besondere Beratungskompetenz verfügen. Zudem sollen durch die Kontinuität des Beratungsverhältnisses erste Strukturen eines umfassenden Case-Managements aufgebaut werden.
- Die Spitzenverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. sollen gemeinsam mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche entwickeln (§ 37 Abs. 5 SGB XI). Durch die Vorgabe eines bundeseinheitlichen Standards soll eine Qualifizierung des Beratungsbesuches erreicht werden.

Diese Aspekte scheinen nicht nur von elementarer Bedeutung für den Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI zu sein, sondern sie weisen auch auf ein professionelles Verständnis pflegerischer Beratung hin.

Aber wie sieht es mit der Umsetzung dieses Verständnisses aus? Obwohl das PflEG bereits seit über einem Jahr in Kraft ist, liegen die Empfehlungen der Spitzenverbände noch nicht vor. Nach telefonischer Auskunft des VdaK (April 2003) sind die Spitzenverbände der Pflegekassen, des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und der Pflegeleistungserbringer derzeit dabei, diese Empfehlungen zu entwerfen. Wann diese vorliegen werden, ist jedoch zur Zeit nicht absehbar. Viele Einrichtungen der ambulanten Pflege haben zudem die Bedeutung der Gesetzesänderung für die Qualifikation der beratenden Pflegekraft noch nicht erkannt.

Der Gesetzgeber erhofft sich durch das formulierte Qualifikationsprofil eine Qualifizierung des gesamten Beratungseinsatzes. Das spezifische Wissen der beratend tätigen Pflegekräfte über Krankheits- und Behinderungsbilder und des sich daraus ergebenden Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen wird als besonders qualitätssichernd betrachtet. Zusätzlich wird die „besondere Beratungskompetenz“ der Pflegekräfte gefordert, aber nicht weiter konkretisiert. Es wird jedoch an dieser Stelle bereits deutlich, dass der Gesetzgeber einen deutlichen Unterschied zwischen dem Erwerb und der Vermittlung fachspezifischen Wissens einerseits und Beratung andererseits sieht.

Die Geschäftsstelle der Pflegekonferenz des Kreises Soest, Arbeitsgruppe „Ambulante Pflege“ hat bereits im Januar 2002 einen „Qualitätsstandard Beratungseinsatz nach § 37.3 SGB XI“ vorgelegt. Dieser Qualitätsstandard orientiert sich in seiner Gestaltung formal am „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ des Deutschen Netzwerkes für Qualitätssicherung in der Pflege. Er bezieht beide Komponenten – fachspezifisches Wissen und spezifische Beratungskompetenzen – ein. Er bleibt allerdings recht wage, wenn es um die genaue Kennzeichnung „spezifischer Beratungskompetenzen“ sowie den Weg zu diesen Kompetenzen geht.

Es bleibt dennoch zu hoffen, dass die Verbände, die an den bundeseinheitlichen Empfehlungen zur Durchführung des Beratungsbesuchs nach § 37 Abs. 3 SGB XI arbeiten, diesen Beratungsstandard als Grundlage für die Entwicklung der bundeseinheitlichen Empfehlungen zu Rate ziehen. Weitere Aspekte, die bei der Entwicklung der Richtlinien nicht unberücksichtigt bleiben sollten, sind:

[weiter auf Seite 4]

## TERMINE

**Deutscher  
Pflegekongress**

25.-27. Juni 2003, Berlin

Der im Rahmen des Hauptstadtkongresses Medizin und Gesundheit 2003 stattfindende Deutsche Pflegekongress bietet Vorträge und Diskussion zu politischen und pflegfachlichen Themen. Das Programm wurde unter der wissenschaftlichen Beratung des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung (Köln) erstellt und bietet namhafte Referenten. Hier einige Auszüge:

- Zum Verhältnis von Pflege und Gesellschaft (Prof. Dr. Thomas Klie),
- Die MDK-Prüfung und Leistungs- und Qualitätsnachweise, Chancen und Hürden für Produktinnovationen in der Pflege, Messung von Pflegeergebnissen - Herausforderung und Chance für die Pflege (Dirk Hunstein),
- „Tun Pflegekräfte das, wofür sie ausgebildet wurden? Aktuelle Ergebnisse verschiedener Tätigkeitsanalysen im Pflegebereich“ (Winfried Zinn),
- Pflegethermometer 2003 Befragung zur Pflegepersonalsituation in der stationären Altenhilfe (Michael Isfort),
- Podiumsdiskussionen zur rationalen Personalbemessung in Pflegeheimen und zur Zukunft der Pflegeversicherung, Innovation und Entwicklung in der beruflichen Pflegebildung.

[www.hauptstadtkongress.de](http://www.hauptstadtkongress.de)

## Der Beratungsbesuch SGB XI – Chance und Herausforderung für die Pflege

von **Martin Schieron** [[Ma-Schi@t-online.de](mailto:Ma-Schi@t-online.de)]

[Fortsetzung]

- die deutliche Kennzeichnung der Unterschiede zwischen Anleitung, Schulung und Beratung (vgl. u.a. Abt-Zegelin 2003),
- die genaue Beschreibung der notwendigen Kompetenzen für die genannten Formen pflegerischer Hilfeleistungen,
- Hinweise zum Erwerb und zur Evaluation dieser Kompetenzen, sowohl auf formaler als auch auf inhaltlicher Ebene.

Darüber hinaus erwartet der Gesetzgeber, dass alle in der ambulanten Pflege eingesetzten Mitarbeiter im Rahmen ihres Pflegeeinsatzes im konkreten Einzelfall den Anleitungs-, Unterstützungs- und Beratungsbedarf der Pflegebedürftigen oder der pflegenden Angehörigen erkennen und entsprechend berücksichtigen. So wird begründet, dass Pflegebedürftige, die Sachleistungen nach SGB XI in Anspruch nehmen, keinen Anspruch auf einen Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI haben. Insofern wird erwartet, dass die für diesen Bereich eingesetzten Mitarbeiter ebenfalls über Beratungskompetenzen verfügen. Diese werden jedoch im Rahmen der unterschiedlichen Pflegeausbildungen nur rudimentär vermittelt (vgl. Knelange/Schieron 2000). Hier sollten die zu entwickelnden Richtlinien zusätzlich Impulse zur Intensivierung dieser Aspekte der Pflegeausbildungen setzen.

Insgesamt ist Pflege durch diese von gesetzgebender Seite neue Wertung der beraterischen Pflege Tätigkeiten vor eine große Herausforderung, aber auch vor eine große Chance gestellt. Die Herausforderung liegt darin, sich einem professionellen Verständnis von Beratung zu stellen und diesen professionellen Anspruch auch zu erfüllen. Die Chance liegt darin, über einen spezifischen Aspekt pflegerischer Betreuungsarbeit – die Beratung durch Pflegekräfte – ein professionelles Selbstverständnis zu entwickeln und auch zu behaupten.

Beratung wird seit jeher als ein die Pflege durchdringendes Handeln betrachtet, das als spezielle pflegerische Leistung jedoch erstmals durch das SGB XI auch spezifisch vergütet wird und somit als professionsdefinierend betrachtet werden kann. Wobei hier kritisch anzumerken verbleibt, dass eine hochqualifizierte Beratung, wie sie vom Ge-

setzgeber im Rahmen des Beratungsbesuches nach § 37 Abs. 3 SGB XI gefordert wird, durch den derzeit gültigen Satz von 16 bis 26 Euro je Besuch weder trag- noch leistbar ist.

### Literatur

- Abt-Zegelin, A. (2003): Patienten- und Familienedukation in der Pflege. In: Deutscher Verein für Pflegewissenschaft e.V. (2003). Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen, Frankfurt am Main, S. 103-115
- Bundesministerium für Gesundheit (2002): Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) zuletzt geändert durch das Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsaufwand (Pflegeleistungsergänzungsgesetz – PflEG) vom 14.12.2001 (BGB I. I 2001, S. 3728), [http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/gesetze/index\\_aus\\_gesetze.cfm?bereich=Pflege](http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/gesetze/index_aus_gesetze.cfm?bereich=Pflege)
- Geschäftsstelle der Pflegekonferenz des Kreises Soest, Arbeitsgruppe „Ambulante Pflege“ (2002): Qualitätsstandard Beratungseinsatz nach § 37.3 SGB XI, Eigenverlag
- Klie, T. (1999): Pflegeversicherung, Hannover
- Knelange, C./Schieron M. (2000): Beratung in der Pflege – als Aufgabe erkannt und professionell ausgeübt? In Pflege & Gesellschaft 01 / 2000, S. 4-11
- Koch-Straube, Ursula (2001): Beratung in der Pflege, Bern
- Nestmann, Frank (Hrsg.) (1997): Beratung – Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis, Tübingen
- Schubert-Hadeler, B. (2002): Beratung pflegender Angehöriger – ein Strukturmodell. In: BKK Landesverband Hessen (Hrsg.) (2002): Innovation (in) der Pflege, Frankfurt am Main, S. 67-120
- Vincentz-Verlag (2002): Entwurf eines Gesetzes zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungsergänzungsgesetz – PflEG) mit Begründung, [www.vincentz.net/download/pflegeleistungsergaenzung.htm](http://www.vincentz.net/download/pflegeleistungsergaenzung.htm)

## TERMINE

**Begegnungen in einer verrückten Welt**

4. Juni 2003, Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin (ASFH)

Finanzielle und ganzheitlich-pflegerische Aspekte bei der bei der Betreuung von Menschen mit Demenz: Beiden Themen haben sich Studierende während ihres Pflegemanagementstudiums an der Alice-Salomon-Hochschule intensiv gewidmet. Einige Ergebnisse dieser Arbeiten werden präsentiert. Infos: [www.asfh-berlin.de/01/1\\_tagungen.phtml?action=einzel&id=15](http://www.asfh-berlin.de/01/1_tagungen.phtml?action=einzel&id=15)

**Forum Stationsleitung Führen im Dialog**

18. 06. 03 in Oldenburg  
10. 09.03 in Gießen

Stationsleitungen müssen heute mehr denn je mehrere Rollen zugleich ausfüllen: Sie sind Vorgesetzte und Teammitglied, Pflegeexperte für Patienten und ihre Angehörige sowie zentraler Ansprechpartner für Mitarbeiter anderer Berufsgruppen und externer Dienste. Kurzum, bei ihnen laufen (fast) alle Fäden zusammen.

Schlüsselstellungen erfordern Schlüsselqualifikationen. Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), die Agnes Karll Gesellschaft für Gesundheitsförderung und Pflegeforschung sowie die *Pflegezeitschrift* veranstalten daher gemeinsam das Forum Stationsleitung.

Infos beim DbfK:  
[www.dbfk.de/bv/dialog/](http://www.dbfk.de/bv/dialog/)

**Das ABC der Pflege - I wie Instrumente**

von **Roland Brühe** [[bruehe@gmx.de](mailto:bruehe@gmx.de)]



Kennen Sie noch das Teekesselchen aus der Kindheit, wo ein Wort mit zwei Bedeutungen gesucht wird? Hier mein Teekesselchen: Es kann greifen oder schneiden und einen Zustand messen. Während die eine Bedeutung des Begriffes „Instrument“ sehr eindeutig nachvollziehbar und oft gebraucht ist, nämlich in Form von Scheren und Pinzetten, kommt die zweite eher abstrakt daher. Mit dem Einzug wissenschaftlicher Denkweisen in die Pflege begann auch die Diskussion über Instrumente, die Dekubitusgefährdung oder Sturzgefahr messen. Skalen, die dazu entsprechende Kriterien auflisten und die von Pflegenden auf einen Patienten bezogen eingeschätzt werden, bezeichnet man als Instrumente. Sie können ein wichtiges Handwerkszeug darstellen bei der Ermittlung von notwendigen Pflegemaßnahmen.

Die virtuose Verwendung solcher Instrumente ermöglicht es im Idealfall, eine optimale Pflege individuell zu planen. Andere Instrumente werden in der Pflegewissenschaft selbst gebraucht, die sind in der Regel Methoden zur Durchführung von empirischen Untersuchungen oder zur Analyse von Texten. Doch davon soll an dieser Stelle nicht die Rede sein. Vielmehr wird im folgenden der Versuch unternommen, Instrumente für die Pflegepraxis näher zu betrachten.

Die Anwendung von Skalen ist in der Pflege schon lange bekannt, führt jedoch vielerorts ein Schattendasein. Das mag damit zusammenhängen, dass es nur wenige Skalen mit breitem Bekanntheitsgrad gibt. Sie wurden vor allem durch Pflegeschulen in die Praxisfelder hinein getragen. Damit verbunden ist natürlich auch eine gewisse Ambivalenz der Praktiker, denn das, was damit gemessen werden soll, wird alltäglich „aus dem Bauch heraus“ oder auch intuitiv erfasst – also ohne besondere schriftliche Fixierung. Hinlänglich bekannt ist hierbei die sogenannte Norton-Skala, die eine Dekubitusgefährdung messen soll. Auszubildende in der Krankenpflege werden seit Jahrzehnten mit diesem Instrument bekannt gemacht. Die Skala hat mittlerweile ihren Platz in den Dokumentationssystemen der Pflege gefunden. Natürlich gibt es für den gleichen Zweck auch alternative Instrumente, wie zum Beispiel die Braden-Skala. Auch für andere Zwecke wurden bereits Skalen entwickelt.

So will die Atemskala nach Bienstein (auch Bienstein-Skala genannt) die Pneumoniegefährdung messen. Spezielle Instrumente zur Ab-

bildung der Sturzgefahr sind ebenfalls entwickelt worden, haben sich im Alltag aber noch nicht sonderlich durchgesetzt. Die Selbstständigkeit bzw. Abhängigkeit von Patienten messen Skalen, die sich „Funktionale Unabhängigkeitsskala“ (FIM) oder Braden-Skala nennen. Ihr Einsatz ist im allgemeinen bislang auf geriatrische oder rehabilitative Bereiche beschränkt. Pflegenden auf Intensivstationen oder neurochirurgischen Stationen sind darüber hinaus noch andere, medizinische Skalen bekannt, die den Bewusstseinszustand von Patienten messen. Diese kleine, unvollständige Auflistung zeigt, dass es schon eine Reihe von Instrumenten zur Einschätzung von Patienten gibt, die eine pflegerische Perspektive einnehmen. Auf einem anderen Blatt steht jedoch, inwieweit sie tatsächlich Anwendung finden. Um die Verwendbarkeit von pflegerischen Instrumenten zur Einschätzung von Patienten zu analysieren, können diese einigen Fragen unterzogen werden.

**a) Ist das Instrument handhabbar?**

Da eine Skala kein Selbstzweck sein darf, muss sie auf die Anwender zugeschnitten sein. Sie soll ja angewendet werden können. Das bedeutet, dass zunächst besondere Anforderungen an die Übersichtlichkeit gestellt werden müssen. Die einzelnen Kriterien oder Fragen müssen so aufgelistet werden, dass sie schnell erfasst werden können und in sinnvolle Abschnitte unterteilt sind. Gleichzeitig muss es sofort ersichtlich sein, wo was eingetragen werden muss und wie die endgültige Score-Berechnung zustande kommt. Weit wichtiger jedoch als diese Strukturaspekte ist die Sprache, die eine Skala verwendet. Sie soll einerseits pflegfachlich orientiert sein und gleichzeitig möglichst wenig Deutungsspielraum bieten. Dies ist natürlich besonders schwierig, da es in der deutschsprachigen Pflege bislang wenig Einheitlichkeit bei der sprachlichen Beschreibung von Zuständen oder Handlungen gibt.

Werfen wir dazu einen Blick auf die modifizierte Norton-Skala, die eine Dekubitusgefährdung messen soll.

Dort gibt es ein Kriterium, das als „Körperlicher Zustand“ bezeichnet wird. Die Unterteilungen, für die sich die Pflegeperson entscheiden muss, lauten gut, leidlich, schlecht und sehr schlecht. Es ist nun zu fragen, was denn ein guter körperlicher Zustand überhaupt ist. Und wie ist ein leidlicher Zustand definiert?

[weiter auf Seite 6]

## BUCHTIPP

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



Dekubitus ist ein Dauerbrenner unter den pflegerischen Themen.

Der Einsatz von Risikoskalen zur Einschätzung des Dekubitusrisikos ist weit verbreitet, aber nicht ohne Brisanz. Nicht jede Skala ist geeignet; manche Skala basiert zwar auf den international anerkannten Braden- oder Norton-Skalen, ist aber durch eigene Hinzufügungen „verschlimmbessert“ worden. Hier werden die gängigsten Skalen miteinander verglichen:

- Wie sind sie entstanden?
- Was messen sie wirklich?
- Wie werden sie konkret eingesetzt?

Dem Buch liegt eine Diplomarbeit zugrunde, die 2000 an der Fachhochschule Frankfurt/Main vorgelegt wurde. Es war die erste Arbeit überhaupt, die sich diesem Thema widmet.

Birgit Jakobs ist Diplom-Pflegewirtin und Krankenhausberaterin bei einer Betriebskrankenkasse.

*Schlütersche, Hannover  
 pflege kolleg  
 2000. 96 Seiten,  
 ISBN 3-87706-614-3  
 € 13,90*

## Das ABC der Pflege - I wie Instrumente

von **Roland Brühe** [bruehe@gmx.de]



### [Fortsetzung]

Da es keine Legende mit Kriterien gibt, ist es also der Pflegeperson selbst überlassen, hier Einstufungen vorzunehmen. In der Fachsprache der Pflege gibt es nun auch keine Übereinkunft darüber, wie die unterschiedlichen körperlichen Zustände beschrieben und bezeichnet werden. Somit wird sich die bearbeitende Pflegeperson irgendwie, also intuitiv, für eine Ausprägung entscheiden, da sie letztlich alleine gelassen wird. Das Instrument ist in diesem Sinne schwerfällig und führt bei den Anwendern zu Unsicherheiten.

### b) Ist das Instrument sicher?

Mit der beschriebenen sprachlichen Problematik kommt gleichzeitig eine andere Schwierigkeit zur Tür herein. Wenn zwei Pflegenden die Skala ausfüllen ist das Risiko groß, dass sie zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen. Was Pflegende A über einen leidlichen Körperzustand denkt, muss Pflegende B noch lange nicht tun. Das Instrument – in diesem Falle die Modifizierte Norton-Skala – wäre also dann sicher, wenn es bei der Anwendung durch verschiedene Personen zu gleichen Ergebnissen kommt. In der Wissenschaft nennt man so etwas Reliabilität. Zur Sicherheit eines Instrumentes gehört noch ein anderer Aspekt. Es muss klar sein, dass auch wirklich das gemessen wird, was die Skala vorgibt zu messen. Der Fachbegriff hierfür heißt Validität.

Ein Instrument muss vor seiner breiten Anwendung darauf geprüft werden, ob die Kriterien, die darin abgefragt werden, überhaupt etwas mit dessen Zweck zu tun haben. Beim Beispiel der Modifizierten Norton-Skala heißt das, ob die sie tatsächlich Dekubitusgefährdung misst und nicht etwas ganz anderes. Hat also der oben erwähnte körperliche Zustand etwas mit Dekubitusgefahr zu tun? Diese Frage kann man an alle Kriterien stellen. Und: Warum sind bestimmte Aspekte, die zu einer Dekubitusgefahr führen, nicht aufgeführt, wie z.B. die Trinkmenge oder der Ernährungszustand. Diese Punkte sind übrigens bei anderen Modifizierungen der Norton-Skala vorhanden, die in anderen Ländern Verwendung finden. Letztlich ist noch zu hinterfragen, warum die Bepunktung so stattfindet wie sie stattfindet. Der sogenannte „Cut off point“ ist dabei besonders wichtig. Er bezeichnet die Marke, ab der ein zu ermittelnder Zustand eintritt. Warum ist bei der in Deutschland üblichen Modifizierten Norton-Skala die Dekubitusgefahr bei 26 Punkten er-

reicht? Wie sieht es aus, wenn 27 Punkte ermittelt werden? Was passiert, wenn eine Pflegeperson halbe Punkte vergibt, darf sie das? Auf diese Fragen müssten Antworten zu finden sein, um das Instrument sicher anwenden zu können. Schließlich geht es ja nicht darum, so etwas nur auszufüllen, damit der Dokumentenberg wächst.

Mittels statistischer Methoden lässt sich feststellen, ob ein Instrument valide und reliabel ist. Wenn dazu keine Aussagen gemacht werden können, muss die Sicherheit eines Instrumentes bezweifelt werden und damit die Notwendigkeit seiner Anwendung. Bei der Norton-Skala ist es im Übrigen so, dass es keine zuverlässigen Informationen über die Sicherheit der Skala gibt. Dennoch wird sie angewendet. Letztlich kann gesagt werden: Es ist besser, es findet eine Überprüfung der Dekubitusgefährdung nach nachvollziehbaren Kriterien schriftlich statt, als dass die Einschätzung unsichtbar bleibt bzw. gar nicht erst durchgeführt wird.

### c) Hat die Instrumentenanwendung Konsequenzen?

Ein drittes Prüfkriterium für pflegerische Instrumente ist die Frage, ob die Bearbeitung irgendwelche Folgen nach sich zieht. Die Beantwortung können allerdings nicht die Entwickler von Skalen vornehmen. Es geht dabei um einen strukturellen, organisatorischen Aspekt, der die Einrichtung betrifft, in der das Instrument angewendet wird. Wenn Pflegende Einschätzungen von Patienten vornehmen mittels Skalen, erwarten sie, dass etwas damit geschieht. Die Arbeit soll ernst genommen werden und sinnvoll sein. Wenn eine Norton-Skala ausgefüllt wird und eine Dekubitusgefährdung festgestellt wird, müssen prophylaktische Maßnahmen eingeleitet werden. Umgekehrt gilt auch: Wenn keine Gefährdung festgestellt wird, müssen unsinnige Prophylaxen unterlassen werden. Die Rahmenbedingungen hierfür muss das pflegerische Management gewährleisten. Ebenso muss es die Bedeutung des Instrumentes innerhalb der Dokumentation bestimmen und ermöglichen, dass andere Berufsgruppen Einsicht haben und Bezug darauf nehmen können. Die Pflegenden selbst sollten eine gemeinsame Linie verfolgen bei der Anwendung von Skalen. Nur dann werden sie auch genutzt und erfüllen ihren eigentlichen Zweck, der allen gemein ist: Die Verbesserung der pflegerischen Versorgungsqualität von kranken und pflegebedürftigen Menschen. ■

## BIOGRAFIEN (8)

**Amalie Wilhelmine Sieveking**

1794 – 1895

Die christliche Liebestätigkeit der Frau war für Amalie Sieveking das Leitmotiv für ihr vielfältiges Schaffen. Die Kaufmannstochter beschäftigte sich sehr lange mit dem Gedanken, eine evangelische Schwesternschaft zu begründen. Zwölf Jahre dauerte es, bis sie 1932 in Hamburg den "Weiblichen Verein für Armen- und Krankenpflege" gründete. Dort ist ihr Name noch heute durch ein nach ihr benanntes Krankenhaus lebendig.

Das Auftreten der Cholera in der Hansestadt, bei dem sie selbst praktische Pflege leistete, ließ sie ernst machen mit der Gründung ihres Vereins, der mit 13 Mitgliedern begann. Mehrere Angebote aus Kaiserswerth, in denen Theodor Fliedner ihr die Position einer Vorsteherin anbot, lehnte sie ab. Auch dem Angebot, Pflegedienstleitung im Hamburger Allgemeinen Krankenhaus zu werden, entsagte sie.

Stattdessen gründete sie 1847 ein Kinderhospital mit 30 Betten und eine Wohnstätte für Mittellose, das Amalienstift.

Doch nicht nur ihre praktischen Tätigkeiten machten sie bekannt. Bereits in den 1820er Jahren schrieb sie über ihre religiösen Auffassungen. In ihrer Schrift „Die Armenpflegerin“ berichtete sie über persönlichen Erfahrungen in der Wohlfahrtspflege. (rb)

(vgl.: Wolff, H.P.: *Biographisches Lexikon zur Pflegegeschichte*. Berlin, Wiesbaden 1997.S. 187f)

## Pflegestudiengänge und die Organisation Studierender in Pflege- und Gesundheitswissenschaften (OSTiPuG) von Lukas Ohrnberger\* [Lukas@ostipug.de]

Seit 1987 kann man in (West-)Deutschland im Pflegebereich studieren. Sehr schnell wurde einigen Studierenden bewusst, dass eine Vernetzung zwischen den Hochschulen sinnvoll wäre. Nach verschiedenen Vorgängermodellen wurde 1997 die Bundesfachschaft OSTiPuG gegründet. Sie ist der Zusammenschluss aller Studierenden in der Bundesrepublik, die sich im nichtmedizinischen Gesundheitssektor befinden. Besonders in der Zukunft werden die Studiengänge an Bedeutung für die direkte Pflege am Patienten gewinnen, daher ist die Entwicklung im Hochschulbereich für alle Pflegekräfte interessant. In diesem Artikel soll unter anderem ein Einblick in die Tätigkeit und den Aufgaben von OSTiPuG gegeben werden.

### Die Entwicklung an den Hochschulen (Bachelor-Diskussion)

Als die Pflegestudiengänge gegründet wurden, war das Studiensystem noch relativ einfach. Zuerst die Grundausbildung, dann mindestens ein Jahr arbeiten und danach ein Studium im Bereich der Pflegeleitung, -wissenschaft oder -pädagogik. Schon nach wenigen Jahren entwickelte sich ein Geflecht unterschiedlicher Studiengänge, die zwar von Titel her die selben Ausbildungen sind, inhaltlich jedoch große Unterschiede aufweisen. So gibt es Pflegeleitungsstudiengänge, die sehr viel Wert auf Betriebswirtschaftlehre legen, andere wiederum auf Forschung. OSTiPuG-Aktivisten begannen, die einzelnen Inhalte miteinander zu vergleichen, gaben es jedoch schnell auf, da immer mehr Studiengänge gegründet wurden und man gar nicht hinterher kam, diese zu analysieren. Hinzu kam eine einschneidende Veränderung in der Hochschulpolitik. Ab 2010 sollen alle Studiengänge international vergleichbar sein – das Diplom wird abgeschafft. An dessen Stelle tritt der Bachelor- oder Mastertitel. Und hier beginnt die tiefgreifende Veränderung auch für die normale Ausbildung.

Ein Bachelor ist als Grundausbildung mit mindestens 6 Semestern Studium, ein Master als Aufbaustudium mit 4 zusätzlichen Semestern definiert. Würde man also die Studiengänge so lassen, wie sie bisher sind, hätte man anstelle eines Diploms nur den Bachelor. Aber es soll international vergleichbar sein und dort wird die Pflegeausbildung in der Regel an Hochschulen gelehrt – die Grundausbildung ist also schon der Bachelor. Gegen diese Ungerechtigkeit arbeiten die Dekanekonferenz und

OSTiPuG schon seit Jahren, wenngleich mit sehr wenig Erfolg. Weder Presse noch Politik wollen wahr haben, dass die Reform an den Hochschulen zwangsläufig auch eine Reform der Pflegeausbildung mit sich führt.

Die ersten Schritte sind jedoch schon geplant. Eine Hochschule in Berlin hat in Kooperation mit einer Krankenpflegeschule eine dreieinhalbjährige Ausbildung (Examen und Bachelor) entwickelt und wartet auf die Genehmigung. Dann aber würde das bisherige System mit relativ viel ausgebildetem Personal zusammenbrechen. Das bedeutet, dass akademisch ausgebildete Pflegekräfte auch direkt am Krankenbett arbeiten. Ob diese dann schneller in die Stationsleitungsrolle hineinkommen als eine examinierte Pflegekraft muss hinterfragt werden.

Mehr Gehalt würden sie erst mal nicht bekommen, da der BAT an dieser Stelle so verkrustet ist, dass sich ein Studium grundsätzlich nicht lohnt. Aber es öffnet sich die Tür, dass es auch im deutschen Pflegealltag bald so aussieht wie in England: Wenig gut ausgebildetes Personal kontrolliert eine große Gruppe schlecht oder gar nicht ausgebildeter Kolleginnen. Der einzige Vorteil dieser Entwicklung ist, dass endlich unabhängige Mindeststandards entwickelt werden, die jede Hochschule in bestimmten Abständen nachzuweisen hat.

Dieses Thema wird bisher fast ausschließlich in den Hochschulen diskutiert, da hier die Veränderungen direkt spürbar werden, der obige Bereich ist noch Zukunftsmusik. Aber schon alleine die verkrustete BAT-Struktur bietet sehr viele Hindernisse im Berufsalltag nach dem Studium. Da immer noch keine Stufe für Personen mit akademischen Grad eingeführt wurde, passiert es häufig, dass nach vier Jahren Studium der Gehaltszuwachs so hoch ist, als hätte man durchgehend weitergearbeitet (nicht zu vergessen der Gehaltsausfall während dieser vier Jahre und ggf. Schulden durch die Lebenshaltung – z.B. durch das BAföG).

[weiter auf Seite 8]

\*) Lukas Ohrnberger studiert Pflegeleitung (ISP) an der Hochschule Bremen und ist Vorsitzender von OSTiPuG

## IMPRESSUM

Der Pflegebrief erscheint bei [pflegen-online.de](http://pflegen-online.de)

**Herausgeber:**

**Roland Brühe, Köln (rb)**  
[bruehe@gmx.de]

**Verlag:**

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

**Redaktion:**

Claus-Henning Ammann (ca),  
Roman Ferreau (rf),  
Claudia Flöer (cf),  
Irmgard Häsel (ih),  
Matthias Martin (mm)  
Mario Scheer (ms)

**Technische Redaktion:**

Dr. Henrik Crone-Münze-  
brock, Hannover (cr)  
[crone@pflegen-online.de]

**Mitarbeiter an dieser****Ausgabe:**

Bastian Klamke  
Lukas Ohrnberger  
Martin Schieron

Die Rechte der einzelnen Artikel verbleiben bei den Autoren.

**Aufgabe von Anzeigen:**

[webmaster@pflegen-online.de](mailto:webmaster@pflegen-online.de)

**Abonnement:**

Sie können den Pflegebrief auf <http://pflegen-online.de/kontakt/maillingliste/> kostenlos abonnieren.

## 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.

## Pflegestudiengänge und die Organisation Studierender in Pflege- und Gesundheitswissenschaften (OSTiPuG)

von Lukas Ohrnberger [Lukas@ostipug.de]

[Fortsetzung]

### Aufgaben von OstiPuG

Grundsätzlich ist OSTiPuG das Sprachrohr aller Studierenden in Pflege- und Gesundheitswissenschaften. Das bedeutet, dass unabhängig von der Politik der vielen Berufsverbände die Meinung der Studenten artikuliert wird.

Ansprechpartner ist unter anderem die Dekanekonferenz Pflegewissenschaft, in der alle wichtigen Entscheidungen im betreffenden Hochschulbereich diskutiert werden. Dazu müssen natürlich Treffen im Vorfeld stattfinden. Vor Jahren wurde daher eine studentische Pflegefachtagung ins Leben gerufen, die am 28. und 29. März dieses Jahres in Würzburg stattfand ([www.pflegefachtagung.com](http://www.pflegefachtagung.com)). In der Zwischenzeit hat diese Fachtagung nur noch

sehr wenig mit OSTiPuG zu tun, aber es finden dort immer noch entsprechende Diskussionen statt. Hinzu kommen Arbeitstreffen, in denen verschiedene besondere Themen bearbeitet werden. Eines dieser Treffen fand beispielsweise am 6. Dezember 2002 in Ludwigshafen statt und hatte das Thema „Mindeststandards für Pflegepädagogik“. Diese Arbeitstreffen sind für alle Studierenden offen und bieten die Möglichkeit, Studierende von anderen Hochschulen kennenzulernen. Schon allein das ist für viele Studierende Grund genug, sich bei OSTiPuG zu engagieren. Es ist der wichtigste Schritt, die Hochschulen untereinander zu vernetzen

Dies ist nur ein kleiner Einblick in die vielfältigen Aufgaben der Bundesfachschaft. Mehr Informationen sind unter [www.ostipug.de](http://www.ostipug.de) zu bekommen. ■

## Neue Bücher für die Pflege



(cr) Mit drei neuen Büchern aus der Reihe **pflege kolleg** erweitert die Schlütersche ihr Angebot für die Pflege

### • Angela Paula Löser **Pflegekonzepte nach Monika Krohwinkel**

Pflegekonzepte in der stationären Altenpflege erstellen: Schnell, leicht und sicher

Das Pflege- und Betreuungskonzept - jede Einrichtung braucht es, der Gesetzgeber fordert es. Doch die Fragen sind vielfältig: Wie soll das Pflegekonzept aufgebaut sein? Welche Inhalte sind unbedingt, welche möglicherweise erforderlich? Was soll später mit dem Konzept geschehen, wie wird es in den Alltag integriert?

Angela Paula Löser gibt mit diesem Buch Hilfestellung: Ziele, Inhalte, Verknüpfungen, Fragestellungen und Schritte in der Konzeptionierung werden aufgezeigt. Basis des Handelns ist dabei ein Pflegekonzept nach dem Modell von Monika Krohwinkel.

[Mehr Informationen](#)

### • Hannelore Josuks

#### **Primary Nursing: Ein Konzept für die ambulante Pflege**

Implementierung eines neuen Pflegesystems

Pflege soll mit einem Höchstmaß an Qualität geleistet werden, auch wenn wenig Zeit und wenig Personal vorhanden sind. Ambulante Pflege-Einrichtungen brauchen entsprechende Organisationsformen, wenn sie diesen Spagat bestehen wollen. Primary Nursing ist eine solche Organisationsform.

[Mehr Informationen](#)

### • Gabriele S. Herberger

#### **Ganzheitlich beraten in der Pflege**

Einsatz von Naturheilkunde, Qualifikation, Wege in die Selbstständigkeit

Mit einem Geleitwort von Sr. Juliane Juchli

Immer mehr Einrichtungen des Gesundheitswesens nehmen Beratung durch Pflegefachkräfte und Naturheilverfahren in ihr Angebot auf. Durch diese Tätigkeitsfelder entsteht für Pflegefachkräfte ein Wissens- und Handlungsbedarf. Dieses Buch zeigt: Ganzheitliche Gesundheitspflege und Naturheilkunde setzen auf die Selbstverantwortung des Einzelnen.

[Mehr Informationen](#) ■