

# Der Pflegebrief

Das Online Magazin für die Pflege

## EDITORIAL

Kaum ein Thema hat die Presse in der letzten Zeit so beschäftigt, wie der Rechtsradikalismus. Auch wenn dies kein neues Thema ist, die Brisanz ist da. Die "taz" aus Berlin hat dazu die Initiative "Z steht für Zivilcourage" begründet. Dabei frage ich mich, ob Rassismus und Fremdenfeindlichkeit auch im Pflegebereich auftauchen. Die Antwort kann wohl nur ein Ja sein, schließlich pflegen wir Menschen der ganzen Gesellschaft. Auch wir Pflegenden selbst haben die unterschiedlichsten sozialen Hintergründe. Deshalb kann und darf der Pflegebrief nicht wegschauen. Haben Sie an Ihrem Arbeitsplatz Erfahrungen mit menschenverachtenden, rassistisch motivierten Situationen gemacht? Wie wurde damit umgegangen? Was konnten Sie tun, wie fühlten Sie sich? Lassen Sie uns dieses Magazin nutzen, um auf verheimlichtes und still geduldetes Verhalten hinzuweisen, das missachtet, was Grundlage unseres Berufsethos sein sollte - die Achtung jedes Menschen mit seiner Individualität. Lassen Sie uns berichten und diskutieren. Ich freue mich auf Ihre Zuschriften.

Ihr **Roland Brühe**



## „Fähigkeiten und existenzielle Erfahrungen des Lebens“

**Barbara Messer** entwickelte ein neues Pflegemodell

Das Pflegemodell „Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens“ von Monika Krohwinkel ist sicherlich eines der bekanntesten innerhalb der bundesdeutschen Pflege. Barbara Messer, Altenpflegerin und Dozentin, hat daraus viele Ideen für ihre Pflegearbeit bekommen. Durch die Pflegeversiche-

rung und die Situation, dass es in der ambulanten und stationären Altenpflege immer mehr altersverwirrte Menschen gibt, war es für sie nun schlüssig dieses Modell weiter zu verändern. Sie entwickelte die „Fähigkeiten und existenziellen Erfahrungen des Lebens“. Hier nun ein Werkstattbericht.

*[weiter auf Seite 2]*

### Wunden gibt es immer wieder

Ein Erfahrungsbericht von **Petra B.**

„Wunden gibt es immer wieder“ .....vor allem, wenn sie nicht richtig versorgt werden: Wer einen Abszess in der Brust hat, hat ohnehin schon genug zu leiden. Nach Schmerzen und OP ist gute Pflege gefragt und höchste Sauberkeit. Sollte man meinen. Was allerdings PFLEGE BRIEF-Leserin Petra B. erlebte, hatte zunächst mit guter Pflege nichts zu tun. Doch lesen Sie selbst.

*[weiter auf Seite 3]*

### Nur zu zweit Pflege-Prosa

Wie fühlt man sich denn so im Altenheim? Satt, sauber und gepflegt - so erhofft man sich das.

In dem Gedicht „Nur zu zweit“ schildert ein Bewohner seine Sicht der Dinge.

Wir danken **Oliver Block** für die Einsendung dieses Gedichts, dessen Verfasser anonym bleiben wollen. Schade eigentlich, denn wer so schreiben kann, sollte eigentlich einen ganzen Gedichtband herausbringen.

Doch lesen Sie selbst!

*[weiter auf Seite 4]*

### Gedanken zum Altenpflegegesetz

von **Uwe Dubbels**

Im August nächsten Jahres soll - nach vielen Jahren der Planung - das Altenpflegegesetz in Kraft treten.

Ziel des Gesetzes ist die Sicherstellung eines bundeseinheitlichen Ausbildungsniveaus. Auch das Berufsbild soll attraktiver werden und der Beruf soll ein klares Profil bekommen. Uwe Dubbels schildert die wesentlichen Folgen für die Altenpflegeausbildung und zeigt mögliche Probleme, aber auch die Chancen des neuen Gesetzentwurfes auf.

*[weiter auf Seite 5]*

### schwuler pflegen: Dienstkleidung

Von **Ben Robe** [robe@topmail.de]

Auch wenn ich mich nicht als Modehusche bezeichnen möchte, liebe ich doch eine attraktiv sitzende Kleidung am Mann. Das Auge will schließlich was zum Schauen haben und attraktive Körper ansprechend umflort sehen.

Umso besser, wenn dies nicht nur beim Sitzen im Café möglich ist, sondern auch am Arbeitsplatz. Doch was beleidigt dort die Augen: Schlabberig sitzende Hosen, die zwar bequem sein können, die anatomischen Rundungen jedoch verstecken. Und hängende Kasaks, die eher an ein abgeschnittenes Putzkleid

denken lassen, als an den wohlgeformten Oberkörper.

Nun mag dies ja Absicht der Arbeitgeber sein, um den Betriebsfrieden nicht zu stören. Schließlich soll der uneingeschränkte Blick dem Patienten gelten. Mehr Spaß macht es trotzdem. Und ausserdem: Warum soll ich selbst nicht den Kollegen und Patienten das präsentieren können, was ich habe? Es wäre auch mal eine Abwechslung für den Kranken zu den bademantel- und jogginganzugdominierten Krankenhaushäusern. Lasst Dienstkleider sprechen!



**Multimedia**  
in der **Pflege**

---

**Fachtagung**  
**9. März 2001**  
**Düsseldorf**

## ONLINE-KIOSK

## Facharbeiten im Netz

Bei pflegen-online.de gibt es sie unter „F“ wie „Facharbeiten“ und hier holt sich mancher gern Anregungen für die eigene Arbeit. Inzwischen gibt es sogar ganze Bücher, die online erscheinen. Hier ein paar Adressen für alle Interessierten:

**Campus für  
Alten- und Krankenpflege**  
<http://pflege.klinikum-grosshadern.de/campus/>

Diese Seiten des Klinikums Großhadern haben es in sich: Hier findet sich das erste Online-Buch (Praxisleitfaden: Stationsleitung im Krankenhaus von Wolfgang Schäfer) und hier finden sich auch viele Facharbeiten zu Pflegethemen:

*Alter:*

Ausgewählte Aspekte der Altersbilder hauptberuflich Pflegenden

Eine qualitative sozioempirische Studie in Alten- und Pflegeheimen

Autor: Josef Gaida, Aus dem Fachbereich Sozialwesen der Gesamthochschule Kassel - Universität

*Geriatric:*

- Facharbeit mit einer umfangreichen Analyse der Altersheilkunde/ Altersforschung nach Erwin Böhm und der Auswertung einer Umfrage unter Pflegenden zum Thema. Darüber hinaus bietet die Autorin „Trainingsvorschläge“ zur Mobilisierung und ein Plädoyer zur Anerkennung der individuellen Biographie alter Menschen.

Autorin: Kristin Stabel, Krankenpflegeschule Reutte, 1998

*Berufskunde:*

- Berufsbild in der Pflege  
Dieses Referat beschäftigt sich mit dem beruflichen Selbstverständnis der Krankenpflege und fordert eine

[weiter auf Seite 3]

## „Fähigkeiten und existenzielle Erfahrungen des Lebens“

Barbara Messer entwickelte ein neues Pflegemodell

## FEeL's nach Barbara Messer

„Als erstes begann ich über den Begriff Aktivität neu nachzudenken. Er scheint mir bei vielen, teilweise sehr schwer pflegebedürftigen und eingeschränkten, alten Menschen nicht immer treffend. So ersetzte ich ihn gegen den Begriff der **Fähigkeiten**. Eine Fähigkeit kann vorhanden sein, auch wenn sie durch Alter, Krankheit oder ähnliches eingeschränkt ist. Sie wurde früh erlernt oder ist angeboren.

Weiterhin stand für mich u.a. die individuelle Zufriedenheit der Bewohner oder Patienten im Mittelpunkt meiner bisherigen pflegerischen Arbeit. Dabei konnte ich beobachten, dass viele, selbst schwer pflegebedürftige Menschen, Zufriedenheit empfinden können. Andere wiederum tun sich trotz evtl. guter bis sehr guter Rahmenbedingungen schwer. Die Zufriedenheit der Bewohner und Patienten ist aber ein zentrales Qualitätsmerkmal von Pflege und Betreuung, deshalb möchte ich es auch in dem Pflegemodell der „Fähigkeiten und existenziellen Erfahrungen des Lebens“ (FEeL) neu benennen.

Als Validationsanwenderin durfte ich die Gefühlswelt alter, verwirrter Menschen erahnen und berühren. Ich spürte, dass der Ausdruck ihrer Gefühle eine zentrale Aufgabe von alten Menschen ist. Sie wollen ihre Empfindungen ausdrücken; sei es durch Zärtlichkeit oder auch Aggression. Da dieses Bedürfnis, diese Fähigkeit eng mit individueller Zufriedenheit zusammenhängt, ist sie integriert in der FEeL „Zufrieden sein zu können und sein Empfinden auszudrücken“.

Der Problematik der Altersverwirrtheit habe ich in der FEeL „Sich orientieren können“ Raum gegeben. Sie ist somit anders als bei Krohwinkel nicht in der Kommunikation integriert. Verwirrtheit und Demenz ist mehr: Es ist die Suche nach alten, gelebten Rollen, Integrität und Identität, der Befriedigung grundlegender Bedürfnisse wie produktiv zu sein; gebraucht zu werden, geliebt zu werden, Status und Prestige zu haben. Aus diesem Grunde sehe ich in dieser Situation eine klarere Betrachtungsweise, wenn die „Fähigkeit sich zu orientieren“ aus der AEDL Kommunikation herausgenommen wird.

Pflegeplanung ist ein zentrales Instrument der Qualitätssicherung geworden. Viele tun sich schwer mit der Formulierung, aber auch mit dem Zuordnen der Ressourcen oder Pflegeprobleme. Als praktische Grundlage für eine Pflegeplanung oder Pflegeanamnese entwickelte ich die FEeL „Sich aktivieren zu können“. Damit ist das Bedürfnis, die Einsicht oder das Interesse sich zu aktivieren gemeint. D. h. konkret, aktivierende Pflege kann integriert und beschrieben werden. Die AEDL „Sich als Mann/Frau fühlen“ halte ich für unbedingt sinnvoll. Sie erscheint in der „Fähigkeit, zufrieden sein zu können und sein Empfinden auszudrücken“.

Mir liegt sehr viel daran, diese neue Betrachtungsweise, nämlich einen alten Menschen über die individuelle Ausprägung seiner Fähigkeiten zu betrachten, der pflegerischen Öffentlichkeit vorzustellen. **Über Diskussion und Rückmeldung über dieses Modell würde ich mich sehr freuen.**

1. Die **Fähigkeit zu kommunizieren**, verbal und nonverbal, der Umgang mit Hilfsmitteln für die Bereiche Sehen, Hören, Sprechen, Wahrnehmen, sowie das Interesse zu kommunizieren.
2. Die **Fähigkeit orientiert zu sein**, zur Person, zur Situation, zu Zeit und Raum; sowie die Fähigkeit, das Gedächtnis zu aktivieren und die Fähigkeit, sich zu konzentrieren.
3. Die **Fähigkeit sich zu bewegen**, eine gewünschte oder notwendige Veränderung der Körperhaltung einzunehmen, die Fähigkeit mit evtl. Hilfsmitteln umzugehen sowie evtl. Gefahren durch zu wenig Bewegung/Mobilität.
4. Die **Fähigkeit, die vitalen Funktionen ausreichend aufrechtzuerhalten**; Atmung, Blutdruck, Temperatur...
5. Die **Fähigkeit, sich zu pflegen und zu kleiden**, den Grad der selbstständigen Ausführung, Gebrauch von Hilfsmitteln, die Fähigkeit, Kleidung auszuwählen, das Bedürfnis nach Sauberkeit, Gepflegtheit und Erscheinungsbild.
6. Die **Fähigkeit, zu essen und zu trinken**, das Bedürfnis danach, der Grad der selbstständigen Nahrungs- bzw. Flüssigkeitsaufnahme, der Umgang mit Hilfsmitteln, Vorlieben, Abneigungen.
7. Die **Fähigkeit auszuschneiden**, kontinent zu sein, Umgang und Notwendigkeit von Hilfsmitteln, sowie der selbstständige Umgang bzgl. Ausscheiden.
8. Die **Fähigkeit, zu ruhen und zu schlafen**: Die Fähigkeit, seinen individuellen Schlafgewohnheiten und -Bedürfnissen nachzugehen; Schlaf-Wachrhythmus, Schlafqualität, -dauer, -zeiten, -Unterstützung z.B. d. Medikamente.
9. Die **Fähigkeit, sich zu aktivieren**: Die Fähigkeit, das Bedürfnis, die Einsicht und das Interesse, sich zu aktivieren. Möglichkeiten und Ausprägung der Aktivierung.
10. Die **Fähigkeit, für Sicherheit zu sorgen**: Die Fähigkeit, für die eigene Sicherheit oder die anderer sorgen zu können, Gefahren- und Risikoeinschätzung, Umgang mit Hilfsmitteln, bei Bedarf die hauswirtschaftliche Versorgung.
11. Die **Fähigkeit, sich sinnvoll zu beschäftigen**, eigenen Vorlieben und Interessen nachzugehen, Umgang mit Hilfsmitteln, Fähigkeit zu sinnvollen Tagesstrukturierung.
12. Die **Fähigkeit, zufrieden sein zu können und sein Empfinden auszudrücken**: Die Fähigkeit, zufrieden zu sein, Ausdruck von Gefühlen, Behagen, Unbehagen; die Möglichkeiten, ein zufriedenes Gefühl zu empfinden oder Mißbehagen ausdrücken zu können.
13. Die **Fähigkeit, ausreichend soziale Beziehungen zu gestalten und aufrechtzuerhalten**: Die Fähigkeit, selbständig oder mit Unterstützung soziale Beziehungen aufzunehmen, zu halten oder auch anzunehmen; Ausprägung der Integrität in die Gemeinschaft, in ein notwendiges soziales Umfeld.
14. **Existenzielle Erfahrungen des Lebens** (nach Krohwinkel)

## ONLINE-KIOSK

## Facharbeiten (Fortsetzung)

Neudefinition dieses Begriffes. Autorin: Roswitha Horschik, Hans-Weinberger-Akademie, München, 1996;

- Psychohygiene während der Alten- und Krankenpflegeausbildung  
Die „Erhaltung und Förderung der seelischen und geistigen Gesundheit“ ist das Ziel der Psychohygiene. Stressbewältigung ist nur ein Nutzen davon. Weitere Definitionen und warum die Psychohygiene als eigenständiges Fach gelehrt werden sollte finden sich in dieser Arbeit.

Autoren: H. Argumedo, Ch. Fesselmar, Ch. Helmer, M. Wutz

Bildungszentrum für Pflegeberufe, München

## Management:

- Qualitätssicherung durch Praxiserfahrungen: Das Zwischengespräch  
Das Zwischengespräch bietet Möglichkeiten, um Mitarbeiter besser einzuschätzen, zu motivieren, zu bewerten, zu loben und auf ihre Wünsche einzugehen. Eine Anleitung zum Umgang mit diesem Führungsinstrument.

Autor: W. Schäfer, Klinikum Großhadern, München.

**Internetserver für Pflege**  
<http://www.pflegenet.com>

Natürlich gibt es auch hier die Rubrik „Facharbeiten und mehr“. Die „ältesten“ Facharbeiten stammen von 1997, ständig kommen neue hinzu. Wir präsentieren eine Auswahl der Neuerscheinungen 2000:

- Spezielle pflegerische Aspekte der Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit bei Frauen und die sich daraus ergebende Bedeutung für den pflegerischen Umgang.  
Von Angelika Schneider. (27.07.00)

[weiter auf Seite 4]

## Wunden gibt es immer wieder

Ein Erfahrungsbericht von **Petra B.**

„September 2000. Nun ist meine linke Brust zum dritten Mal operiert und endlich ist das Ergebnis wie gewünscht: Der Chirurg entfernte abszediertes Gewebe, das voller Bakterien war, nähte ein Schwämmchen samt Antibiotikum ein und verschloss das Ganze mit einer primären Naht. Operation gelungen! Dass der Abszess im Februar 2000 auftrat und zunächst als „steriler Abszess“ begann, ist eine ganz andere Geschichte...

Ich war im ersten Beruf 12 Jahre lang Krankenschwester (Intensiv) und dachte, als ich im Februar 2000 einen Abszess der linken Brust bekam: „Das kriegen die schon hin“. Weit gefehlt. Keiner bekam irgendetwas hin. Erste OP: Lasche eingesetzt, mit Octenisept gespült. Zur Wundabdeckung werden unsterile Platten benutzt. Drei Tage später: Die Brust ist schlimmer als je zuvor entzündet. Erneute OP, Robinson-Drain gelegt, zweimal täglich gespült. Entzündung verschlimmert sich. Der Robinson-Drain liegt so unglücklich, dass sich eine große Blase bildet. Als ich um Abhilfe bitte, werden mir im Schwesternzimmer Heftpflaster und mehrere unsterile Platten in die Hand gedrückt. Mit Hilfe einer Freundin schaffe ich den Verbandswechsel dann auch tatsächlich selber. Der Drain wird drei Tage später zur Entlassung gezogen.

Besuch bei der Gynäkologin, die einen Blick auf die beiden offenen Wunden in meiner Brust wirft: „Das sieht ja verheerend aus!“ Ein ambulanter Pflegedienst soll es nun richten. Man hat sich bereits im Krankenhaus vorgestellt und übernimmt nunmehr die Wundversorgung. Es wird mit Octenisept gespült und anschließend mit Jodtamponeade gestopft. Die Knopfkanüle ist nicht steril, doch die Wunde sei ja ohnehin „schmutzig“, sagt der Pflegedienst (im Krankenhaus war man übrigens auch

dieser Meinung). Unsterile Instrumente werden mehrfach wiederbenutzt. Fast jeden Tag kommt ein anderer Bediensteter des ambulanten Pflegedienstes; Zeitabsprachen werden nicht eingehalten, doch da ich ohnehin vor Schmerzen kaum laufen kann, verbringe ich die Warterei wenigstens sitzend oder liegend.

Ansonsten aber hat der Pflegedienst Zeit im Überfluss. Da vergeht schon mal eine gute Stunde mit Erzählungen, warum man im Pflegedienst arbeitet, was man eigentlich viel lieber tun würde und ob ich nicht mal raten könne, wie man aus dem ganzen Pflegedienst rauskäme – ich sei doch selbst ausgestiegen.

Nach vier Wochen erneute Vorstellung beim Oberarzt in der Klinik. Fazit des Besuchs: Die Wundversorgung könne eingestellt werden. Es nütze ja ohnehin nichts. Ehrlich gesagt, habe ich mich darüber gefreut. Nun konnte die Wunde sich beruhigen und mit einer großen Fistel und einem zusätzlichen Loch „eintrocknen“.

Ein halbes Jahr später wurde dann – in einer anderen Klinik – erneut operiert. Da gab es von Anfang an sterile Wundaufgaben, täglich mehrfaches Besichtigen der OP-Naht durch Pflegepersonal und Ärzte und überhaupt eine aufmerksame und fachlich hochwertige Betreuung. Hut ab! Ich habe mein Vertrauen in Pflegepersonal und Ärzte wieder gewonnen.

Warum ich die ganze Behandlung überhaupt so widerspruchslos über mich ergehen ließ? Ich war Patientin! Soll heißen: Ich hatte Schmerzen, ich war erschöpft, fühlte mich (auch psychisch!) überfordert und jeglicher Wunsch um eine sterile Behandlung wurde von den Pflegekräften und Ärzten abgelehnt. „Nicht notwendig!“ Unsteril ist natürlich billiger.“

### Die Deutsche Gesellschaft für Kinästhetik und Kommunikation e.V. stellt sich vor (ingesandt von **Elke Nowak [ENowak@gmx.de]**):

Die Deutsche Gesellschaft für Kinästhetik e. V. (DG Kinästhetik) ist ein **nichtkommerzieller** Zusammenschluß von Personen, die an der Verbreitung und Weiterentwicklung von Kinästhetik in Bezug auf das menschliche Bewegungs- und Kommunikationsverhalten interessiert sind und dies aktiv unterstützen.

Eine Interessengemeinschaft von Trainerinnen und Trainern aus der Erwachsenenbildung initiierte 1996 nach einer Phase des Austausches über gemeinsame Interessen, Ziele, und mögliche Innovationen die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Kinästhetik und Kommunikation. Die Eintragung in das Vereinsregister erfolgte 1997.

Als geschäftsführender Vorstand wurde Ina Citron, Dipl. Soz. päd., Kinästhetik-Lehrtrainerin und NLP-Lehrtrainerin, gewählt. Die DG strebt die Anerkennung der Gemeinnützigkeit für die Förderung der beruflichen Bildung an. Eine Webseite ist in Vorbereitung.

**Fort- und Weiterbildungsangebote:**

- Kinästhetik für Pflegenden,
- Kinästhetik in der Frühförderung (Infant Handling)

- Kinästhetik in der Behindertenarbeit
- Kinästhetik - Körper, Bewegung, Kreativität (Körperprozess-Arbeit)

Weitere Informationen zur Mitgliedschaft und die Vermittlung von TrainerInnen:

**Deutsche Gesellschaft für Kinästhetik und Kommunikation e.V.**

**Ausbildungsressort – Ina Citron**

**Althoffstr. 20, 12169 Berlin**

**Fon/Fax: 030/7931182**

**Noch ein ganz wichtiger Nachtrag:**

Genau wie Heidi Bauder-Mißbach gehörte auch Ina Citron früher zum IfK. Die DG Kinästhetik ist aber, s.o. ein eingetragener Verein und keine Aktiengesellschaft. Selbstverständlich wird deswegen auch keine Lizenzgebühr von DM 50,- pro Teilnehmer, pro Seminar, an die Urheber fällig. Der Streit um die angeblich „Originale Kinästhetik“ ist kein Streit um Qualität, sondern um viel Geld, und das finde ich persönlich sehr schade.



## ONLINE-KIOSK

**Facharbeiten (Fortsetzung)****Internet-Server für Pflege**

- Einsatz und Auswirkungen des Humors in der Gesundheit. Eine Facharbeit im Rahmen der Ausbildung zur Pflegedienstleitung.  
Von Elke Asheuer.  
(20.03.00)

- Der medizinische Blutegel.  
Von Gerhard Bieber.  
(23.02.00)

- Einführung eines EDV-Kommunikationsprogrammes im Klinikum St Marien Amberg.  
Von Axel Bachmann.  
(02.06.00)

- Ekel in der Krankenpflege. Eine Hausarbeit im Rahmen der Weiterbildung zur Pflegefachkraft als Praxisanleiter.  
Von Klaus-Peter Dützmann.  
(18.03.00)

- Einrichtung von regionalen Pflegekonferenzen zur Sicherung und qualitativen Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur.  
Von Ulrike Oldemeier.  
(08.08.00)

**Pflegestandards**

Immer wieder gebraucht, immer wieder diskutiert und abgewandelt werden die Pflegestandards: Hier finden sich eine ganze Reihe von Standards:

- [www.pflegenet.com/praxis/pflegestandarts.html](http://www.pflegenet.com/praxis/pflegestandarts.html)
- [home.t-online.de/home/0896375206/pflstand.htm](http://home.t-online.de/home/0896375206/pflstand.htm)
- [www.kssg.ch/fachbereiche/pflege/leitung/staliste.htm](http://www.kssg.ch/fachbereiche/pflege/leitung/staliste.htm)
- [www.dhzb.de/Pflegestandard.htm](http://www.dhzb.de/Pflegestandard.htm)
- [www.hps.ch/pmpp/paed4982.htm](http://www.hps.ch/pmpp/paed4982.htm)
- [www.meducation.de/lnk\\_standards.html](http://www.meducation.de/lnk_standards.html)
- [www.medicus.de/wundmanagement/pfwechsel.htm](http://www.medicus.de/wundmanagement/pfwechsel.htm)
- [www.pflege.med.tu-muenchen.de/mripdd/psych/Standards.htm](http://www.pflege.med.tu-muenchen.de/mripdd/psych/Standards.htm)
- [home.rhein-zeitung.de/~hilde/pflstand.htm](http://home.rhein-zeitung.de/~hilde/pflstand.htm)

**Nur zu zweit  
Pflege-Prosa**

Wie fühlt man sich denn so im Altenheim? In dem Gedicht „Nur zu zweit“ schildert ein Bewohner seine Sicht der Dinge. Wir danken **Oliver Block** für die Einsendung dieses Gedichts, dessen Verfasser anonym bleiben wollen. Schade eigentlich, denn wer so schreiben kann, sollte eigentlich einen ganzen Gedichtband herausbringen. Doch lesen Sie selbst:

Früh am Morgen, hoppla, hopp,  
kommt die Schwester im Galopp  
und setzt mich erst mal auf den Topp.  
Sie ruft: „Schnell, schnell jetzt in die Socken,  
Sie können da ja nicht ewig hocken,  
ich habe schließlich wenig Zeit,  
Denn wir sind nur zu zweit!“

Hoch vom Topp und fix ans Becken.  
Beim Waschen alle Glieder recken,  
schnell in den Mund das Gebiss,  
auch wenn es das vom Nachbarn ist.  
Der Rock, die Bluse, der Schlüpfer,  
ich bewege mich wie ein junger Hüpf.  
Das Haar wird heute nicht gekämmt?  
Wieso? Ach, ich weiß Bescheid:  
Sie sind heute nur zu zweit!! Keine Zeit!!

Ab zum Frühstück, ach wie gut  
so ein kalter Kaffee tut.  
Sehr gesund so ein flüssig Ei,  
vermischt mit Morgenbrei.  
Diät steht auf der Marmelade drauf,  
ist mir egal, ich krieg sie eh nicht auf.  
Hart wie Stein ist die Butter  
und bei meinen Körnerfutter  
hat schon jemand nachgeschaut  
und die Rosinen draus geklaut.  
Hätte man die Säge nicht vergessen,  
könnte ich wenigstens mein Brötchen essen!!

Also schlürf ich meinen Tee, ach nee,  
Ich glaub, es ist Kaffee oder Saft?  
Das hat mich jetzt alles geschafft -  
ich möchte gerne in mein Bett und ruf die  
Schwester, frage nett:  
„Ob Sie so freundlich wäre, und ....“  
Sie ruft: „Ach halten Sie den Mund!!  
Ich habe keine Zeit -  
wir sind heute nur zu zweit!!“

Also, nix mit Bett - was kann ich machen?  
Jetzt weiß ich - ich kann basteln, ein paar  
schöne Sachen!  
Das ist eine gute Idee.  
Ich steh auf und geh  
in den Bereich dafür  
und steh vor geschlossener Tür.  
Auf den Schild da kann ich lesen:  
„Wir basteln, wir malen, sind allzeit bereit -  
Aber nicht heute, denn heute sind wir nur zu  
zweit - Keine Zeit tut uns leid!!“

Der nette Mann vom Nachbartisch  
bot mir an, ganz fürsorglich,  
mich zu fahren in mein Bett.

Ich find', das war furchtbar nett  
und nach 15 Runden  
hatten wir es dann endlich gefunden.  
Für mich hat es sich gelohnt,  
weiß ich doch jetzt, wie man hier so wohnt.

Ins Bett und schnell eingepennt,  
bis jemand durch mein Zimmer rennt.  
Die Schwester ruft: „Nun stehen Sie auf, es  
gibt Abendessen!“  
Ich frag: „Und mein Mittagessen?“  
„Ach, da hab ich sie leider vergessen.  
Tut mir leid, wir waren heute nur zu zweit.“

Der Tag geht zu Ende, ich begab mich ins  
Bett.  
Da war ich zwar den ganzen Tag schon,  
aber hier ist es richtig nett.

Jetzt werde ich etwas ausruhen.  
Hab meinen Nachtschrank etwas geordnet,  
man muss ja was tun.  
Und freu mich schon auf Morgen,  
denn es gibt da ja einen Mann,  
der hat mir heute schon viel Gutes getan.  
Ich werde ihn bitten, mit mir morgen noch  
mal zu gehen,  
denn so manches Zimmer habe ich ja noch  
nicht gesehen!  
Hinein in meinen schönsten Gedanken,  
sehe ich die Nachtschwester wanken.

Sie fragt halb tot vor Müdigkeit:  
Ob für die Nacht sei alles bereit?  
Und torkelt müd' aus dem Zimmer.  
Keinen wundert, denn es ist wie immer.  
Ich ruf: „Ich hätte bitte, bitte noch etwas zu  
trinken!“  
Versuch es mit Winken.  
Und das Licht aus,  
trüb schauen mich zwei gerötete Augen an,  
eine Stimme dringt ohne Klang an mein Ohr:  
„Tut mir leid, keine Zeit, vielleicht morgen,  
da sind wir zu zweit!!“

So liege ich nun mit meinen Sorgen,  
Licht an und allein.  
Aber man soll ja nicht undankbar sein.  
Es gibt Menschen, die haben nicht mal ein  
Bett  
und eigentlich sind ja alle sehr nett.  
Sie haben leider nicht viel Zeit,  
denn sie sind immer nur zu zweit.  
Ich werde in meinen nächsten Leben  
mehr in den Klingelbeutel geben,  
damit der Herrgott an mich denkt  
und mir mehr Pflegekräfte schenkt.

## GELESEN

„Ulrike Bachner,  
Qualitätsmanagement  
im Krankenhaus“

Praxisbuch zur  
Einführung eines Qualitäts-  
managementsystems  
gelesen von

**Roman Ferreau**  
[roman@ferreau.de]

Die Autorin Ulrike Bachner erläutert zu Beginn die theoretischen Aspekte eines Qualitätsmanagements (QM) und geht hier auch auf einzelne Systeme wie QM nach DIN ISO 9000 ein. Sie beschreibt im weiteren die Grundvoraussetzung zur Einführung eines QM in einem Krankenhaus und erklärt den Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems (QMS). Hierauf folgt nun eine sehr ausführliche, praxisbezogene Ablaufbeschreibung zur Einführung eines QMS. So wird z.B. die Erstellung von Verfahrensanleitungen und Arbeitsabläufen für einzelne Arbeitsbereiche beispielhaft beschrieben.

Unter dem Punkt Problemfindung / Problemlösung folgt nun die mit Fallbeispielen versehene Einführung in die Arbeit von Qualitätszirkeln. Sie beschreibt hier auch die Möglichkeiten der kontinuierlichen Verbesserung an einzelnen Teilaspekten wie z.B. der Einführung eines Beschwerdewesens.

Nach einer kurzen Übersicht zur Rolle der Arbeitnehmervertretung bei der Einführung eines QMS geht sie zum Abschluss noch auf die Durchführung einer Zertifizierung ein.

Die Autorin ist selbst Qualitätsbeauftragte einer Klinik, dies wird durch die sehr praxisnahe Gestaltung des Buches auch sehr deutlich und macht es für jeden Klinikmitarbeiter, nicht nur aus der Pflege, sehr lesenswert.

(Schlütersche, Hannover,  
1999, ISBN 3-87706-537-6)

## Gedanken zum Altenpflegegesetz

Von **Uwe Dubbels** [uwe-dubbels@nord-com.net]

Das Gesetz schreibt eine dreijährige Ausbildung vor, wobei der Anteil der praktischen Ausbildung überwiegt.

Die praktische Ausbildung erfolgt in Altenpflegeheimen und ambulanten Diensten. Diese sind Träger der gesamten Ausbildung. Sie schließen mit den Auszubildenden einen Ausbildungsvertrag und zahlen eine Ausbildungsvergütung für die gesamte Ausbildungszeit, die in den Pflegesatz eingerechnet werden darf. Diese Ausbildungsvergütung entfällt, wenn Ansprüche auf Unterhalts- oder Übergangsgeld bestehen. Der Träger ist auch verantwortlich für die Durchführung der praktischen Ausbildung.

Die Gesamtverantwortung für die Ausbildung trägt allerdings die Altenpflegeschule. Mit ihr hat der Träger einen Kooperationsvertrag zu schließen. Sie muß einem Ausbildungsvertrag zustimmen.

Die hauptberufliche Leitung der Altenpflegeschule muß durch eine pädagogisch qualifizierte Fachkraft mit abgeschlossener Berufsausbildung im sozialen oder pflegerischen Bereich oder aber durch eine Fachkraft mit abgeschlossenem pflegepädagogischen Studium sichergestellt sein.

Zugangsvoraussetzung zur Ausbildung ist nun endlich die Realschulreife.

Das Berufsbildungsgesetz findet keine Anwendung.

Im Altenpflege-, wie auch im Krankenpflegegesetz wird eine Experimentierklausel aufgenommen, die es erlaubt, integrierte Ausbildungsmodelle zu entwickeln.

Grundsätzlich wird z. B. von der CDU infrage gestellt, ob der Bund überhaupt für die Altenpflege zuständig sei. Mit einer etwas

stärkeren medizinisch-pflegerischen Ausrichtung der Ausbildung wird diese Zuständigkeit dann aber begründet.

Zu bemängeln an diesem Gesetz ist die theoretisch-inhaltliche Verkürzung, die meines Erachtens den Anforderungen an die Pflege nicht entsprechen kann.

Schwierig wird es sicher auch für Erstauszubildende, einen Ausbildungsplatz zu erhalten, da sie mit den für den Arbeitgeber kostenlosen Umschülern um die Ausbildungsplätze konkurrieren müssen.

Auch könnte die Situation entstehen, dass Auszubildende zwar einen Ausbildungsplatz aber keinen Schulplatz bekommen. Oder umgekehrt.

Auch fehlt mir die generelle Erlangung der Fachhochschulreife mit dem Abschluß der Ausbildung.

Lobenswert ist die Öffnungsklausel, die endlich den Versuch einer integrierten Pflegeausbildung zuläßt.

Trotz aller genannten Probleme, die mit Sicherheit auftauchen werden, begrüße ich dieses Gesetz, da es in eine bundeseinheitlich richtige Richtung führt.

Die Probleme, die in der Praxis auftauchen, können sicher auf der Ebene von Landesverordnungen gemildert werden. Ich sehe dieses Gesetz als einen ersten guten Schritt in die Richtung einer einheitlichen integrierten Pflegeausbildung, die für die Bundesrepublik Deutschland im europäischen Rahmen bitter nötig ist.

Uwe Dubbels

Diplom Berufspädagoge – Pflegewissen-  
schaften ■

## LESER-MAIL

## Anfragen und Antworten

Zum Thema der Ausstattung von Kliniken mit technischem Gerät schickte uns schickte uns **M. Konrad** [m\_konrad@t-online.de] folgende Anfrage:

bedingt durch einen Arbeitsplatzwechsel fällt mir gerade die immens unterschiedliche Ausstattung von Kliniken mit technischem Gerät auf. In der Anästhesieabteilung in der ich gerade arbeite gibt es z.B. nur einen Defibrillator für 7 OP-Säle, die auf drei Etagen verteilt sind; es sind neben nagelneuen High-End-Narkosegeräten auch "uralte Schätzchen" aus den Anfängen der Anästhesie vertreten, ...

Nun meine Frage: Gibt es gesetzliche Vorschriften über die Mindestausstattung von Kliniken? Wenn ja, wer überwacht sie und wenn nein, warum ist es so? Wie kann es sein, daß ein Patient in der einen Klinik mit High-End-Material behandelt wird und in der anderen Klinik mit Uralt-Geräten bearbeitet wird?

Über Antworten würde ich mich sehr freuen!

## PRODUKTE



### Jutta König, **Der MDK - Mit dem Gutachter eine Sprache sprechen**

Alles über die Einstufungspraktiken und die Qualitätsprüfung nach § 80 SGB XI

Ob Einstufung oder Qualitätsprüfung - bislang wurde darüber nur in Zahlen berichtet. Dieses Buch stellt die Themen jetzt aus der Sicht der Einrichtungen und der Pflegekräfte dar. Beispiel Einstufung: Hier werden zum ersten Mal die Richtlinien zur Einstufung ausführlich behandelt und kommentiert. Jeder, der sich mit dem MDK zusammensetzt, kann sich jetzt ganz auch das nötige Wissen für die Verhandlung anlesen. Beispiel Qualitätssicherung: Was der MDK will, ist bekannt, aber welche Strategie ist für die Erfüllung des MDK-Konzepts zur Qualitätssicherung die beste? Dieses Buch verrät es.

Jutta König ist examinierte Altenpflegerin, arbeitete in der Stations-, Pflegedienst- und Heimleitung. Sie ist Inhaberin eines ambulanten Dienstes in Rheinland-Pfalz, Gutachterin für ambulante Pflegedienste im Auftrag des TÜV Rheinland sowie Fachreferentin für den TÜV Rheinland, Berlin und Brandenburg sowie Dozentin an mehreren Fortbildungseinrichtungen.

#### pflege kolleg

Schlütersche, 2000.  
160 Seiten, 14,8 x 21,0 cm,  
BoD, kartoniert,  
ISBN 3-87706-610-0  
DM 29,80 / öS 218,- / sFr  
27,50 / EUR 15,24

## LESER-MAIL

**Betr.: Der Spritzschein - Ein Befähigungsnachweis?** Zum Artikel aus der letzten Ausgabe schickte uns **Sabine Aden** [[sabinar@germany.net.de](mailto:sabinar@germany.net.de)] folgende Anfrage:

Guten Tag,  
habe mit Interesse Ihren Bericht im Pflegebrief 4/2000 gelesen! Am Ende Ihres Berichtes erwähnten sie die nicht erfolgte Delegation von Tätigkeiten, wie Tabletten stellen, Katheter legen, Blutzucker messen usw. Ich mußte bei mir ein Grübeln feststellen, da ich immer davon ausgegangen bin, dass das meine Tätigkeiten u.a. sind. Vielleicht könnten Sie mir Literatur nennen, die die rechtliche Situation klar wiedergeben. Scheinbar habe ich da eine rechtliche Wissenslücke!

Zudem könnte in der Pflege Arbeit eingespart werden, wenn die Pflege gewisse Tätigkeiten nicht macht. In der MHH werden gerade radikale Personaleinsparungen durchgeführt, aber vielleicht sollte die Pflege mehr Tätigkeiten auch da lassen wo sie hingehören!

Denn eine schriftliche Delegation von Tätigkeiten kommt nach meiner Erfahrung nicht vor!

Wenn ich z.B. einen Arzt im Konfliktgespräch darauf hinweise, dass er die Möglichkeit hat, mir die Tätigkeit schriftlich zu übertragen! Da wird dann doch eher versucht sich aus der Situation zu stehlen! Ich bedanke mich im voraus für Ihre Mühe

mit freundlichen Grüßen  
Sabine Aden

Der Autor, **Gerhard Leschick**, antwortet hierauf:

Sehr geehrte Frau Aden,

es gibt einige Bücher in denen diese Thematik gestreift wird, so in dem Buch von Brenner; Recht in der Krankenpflege Teil 2; Haftungsrecht vom Kohlhammer-Verlag.

Die rechtliche Situation stellt sich folgendermaßen dar:

Eine Delegation ist „Die Übertragung einer Vollmacht“. Das bedeutet, daß der Handelnde eigene Entscheidungskompetenzen übertragen bekommt, die er nach seinen Fähigkeiten gewissenhaft nutzen darf.

Eine Anordnung (Order=Befehl) ist eine Anweisung eines (Fach-)Vorgesetzten, die keinerlei Entscheidung zulässt.

Dieser Unterschied bei der Entscheidungskompetenz ist der Schlüssel für die Haftung.

Während die Verantwortung über die konkrete Anordnung immer beim Anordnenden bleibt, hat der Handelnde bei einer Delegation die eigene Verantwortung im Rahmen seiner Entscheidungsbefugnis.

Hierzu ein Beispiel:

Der Stationsarzt hat sich von der Fähigkeit und Fertigkeit einer Krankenschwester im Bereich der subkutanen Injektion überzeugt und beauftragt sie, in Zukunft alle von ihm angeordneten subkutanen Injektionen für ihn durchzuführen (Delegation). Er bestätigt diesen Auftrag schriftlich.

Dann trägt der Stationsarzt die Verantwortung für die korrekte Anordnung des Arzneimittels

(schriftlich) und die Kontrollverantwortung über die beauftragte Krankenschwester. Ob und wie sich diese Kontrolle gestaltet, ist Sache des Arztes. Die Krankenschwester trägt in diesem Fall die Durchführungsverantwortung für die korrekte Spritztechnik, die damit verbundenen Sicherheitsprüfungen - richtiges Mittel, zur richtigen Zeit, dem richtigen Patienten...- .

Reagiert der Patient auf das injizierte Arzneimittel ist zu prüfen, was dazu geführt hat.

Ist das Arzneimittel ungeeignet, die Dosierung falsch oder wurden die Wechselwirkungen nicht beachtet, ist der anordnende Arzt dafür verantwortlich. Ist die Durchführung der Injektion fehlerhaft gewesen (unsteril aufgezogen, zu schnell injiziert, i.v.-Gabe...), handelt es sich um einen Fehler in der Durchführung und die handelnde Krankenschwester muss haften.

Bei einigen Vorgängen ist nicht offensichtlich, ob es sich um eine Anordnung oder um eine Delegation handelt. Hier hilft die Frage: „Habe ich einen eigenen Entscheidungsspielraum?“, wenn ja, dann ist es eine Delegation.

Auch dazu ein Beispiel:

In der Patientenkurve steht in dem Feld „Bedarfsmedikation“ der Eintrag: Bei Bedarf eine Ampulle Fortral s.c.

Dass es sich hier um keine wirkliche Anordnung handelt, wird klar, wenn die Frage nach der eigenen Entscheidung positiv ausfällt. Tatsächlich entscheidet die Krankenschwester, ob der fragliche Bedarf vorliegt oder nicht. Gibt die Krankenschwester dieses Mittel, handelt sie nicht nur auf eigene Gefahr, sondern auch noch gegen die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung, wonach jede Betäubungsmittelgabe vom Arzt angeordnet werden muss.

Die „Anordnung“ einer Bedarfsmedikation ist nur für den diensthabenden Arzt eine Orientierung und keine konkrete Anweisung für die Krankenschwester. Dass dieser Grundsatz von den meisten Ärzten anders gesehen wird, ist allgemein bekannt. Ein zweites Beispiel hierzu:

Im Feld der Bedarfsmedikation steht die Anordnung: Bei Blutdruckwerten über 200 mm Hg 1 Tablette Beloc. Diese Anordnung ist korrekt, da die Frage nach der eigenen Entscheidung negativ ist. Bei einem Patienten, der auffällig ist (rotes Gesicht...), dem deshalb der Blutdruck gemessen wird und der systolische Wert größer als 200 mm Hg ist, hat die Krankenschwester keine Entscheidung zu treffen, da es einen objektiven Umstand gibt, der die Anordnung hinreichend spezifiziert.

An diesen Beispielen soll deutlich werden, daß die Frage nach Anordnung oder Delegation von wenigen Worten oder Anweisungen abhängig sein kann.

Zur Zuweisung der Tätigkeitsfelder, die wir als ureigene Aufgaben der Krankenpflege sehen, muss ich nach der heutigen Rechtslage leider feststellen, daß es keine wirklich definierten und damit geschützten Aufgabebereiche gibt.

*[weiter auf der nächsten Seite]*

## TERMINE

**REHACare International**  
Pflege Rehabilitation Hilfen 18  
bis 21. Oktober 2000 in  
Düsseldorf

[www.messe-duesseldorf.de/de/2000/rehacare](http://www.messe-duesseldorf.de/de/2000/rehacare)

Die weltweit führende REHA-Messe zeigt jetzt auch den gesamten Bereich der Pflege, hat sich in „REHACare International“ umgetauft und ist eine „Internationale Fachmesse für Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf“.

**Internationales  
Osnabrücker Symposium  
Pfle gewissenschaft**  
Welche Forschung braucht die Pflege?  
19. und 20. Oktober 2000

Geschäftsstelle Krankenpfl e-  
gemanagement (KPM)  
Dipl.- Kff. / Dipl.-Soz. An-  
gelika Lameyer  
Tel.: 0541 / 969 - 3001  
**Email: A.Lameyer@fh-  
osnabrueck.de**

**1. Norddeutsches Symposi-  
um für medizinische Do-  
kumentation und Pflegebe-  
rufe** Multiprofessionalität im  
Gesundheitswesen  
19. und 20. Oktober 2000 an  
Universität Hamburg

[www.uke.uni-hamburg.de  
/symp2000/orga.html](http://www.uke.uni-hamburg.de/symp2000/orga.html)

**Die Münchner Erklärung  
der WHO (2000)  
Konsequenzen für die  
deutsche Pflege**  
Diskussionsveranstaltung  
31. Oktober 2000 in Esch-  
born bei Frankfurt

Eine politische Erklärung  
speziell für die Entwicklung  
der Pflege ist einzigartig und  
hat weitreichende Konse-  
quenzen. Dem Pflegeberuf  
soll eine Schlüsselrolle im  
Bereich der Gesundheitsför-  
derung, der Prävention und  
der Stärkung und Entwick-  
lung der gesundheitlichen  
Ressourcen der Bevölkerung  
zugewiesen werden.  
Online-Anmeldung: [www.  
dbfk.de/bv/termine.htm](http://www.dbfk.de/bv/termine.htm)

## LESER-MAIL

## Leserbriefe

Fortsetzung der Antwort von **Gerhard Leschick**:

Die Therapie (Behandlung) und Diagnose (Krankheitserkennung) ist festgeschriebene Aufgabe des Arztes. Streng betrachtet ist bereits die Krankenbeobachtung Diagnostik und die konkrete Pflege Therapie. Diese Definition führt dazu, dass viele Juristen, die sich im Arzthaf- tungsrecht stark machen, immer wieder behaupten, dass es keinen arztfreien Raum im Kranken- haus gebe.

Konsequenz daraus kann nur sein, dass die Kran- kenpflege alle Tätigkeiten mit deutlichen thera- peutischen oder diagnostischen Inhalten an die Ärzte zurückgibt. Krankenpflege in Deutschland hat es noch nicht geschafft, ihre Positionen recht- lich soweit zu stärken, dass sowohl die Ärzte als auch die Juristen den Pflegepersonen einen eigen- ständigen Aufgabenkreis rechtlich zubilligen.

Die vermeintliche Stärke der Ärzte führt leider auch dazu, dass sich Pflegepersonen lieber unter- ordnen als ihr Recht durchzusetzen.

Ein stets beliebter Spruch „sonst leidet der Patient“ gilt natürlich für die Krankenpflege, aber in noch viel stärkerem Maß für die Ärzteschaft.

Aus diesem Dilemma kann die Krankenpflege nur gelangen, wenn sie sich selbstbewusst als „echter“ Partner neben die Ärzte stellt und nicht als ihr Fußvolk agiert.

Ihre Folgerungen, dass bei der fortschreitenden Einsparung im Pflegebereich Arbeiten wieder an die Ärzte zurückgegeben werden müssen, ist richtig, da Delegationen, egal ob korrekt erfolgt oder nicht, an den Auftraggeber mit einer sachli- chen Begründung zurückgegeben werden können (oder müssen). Wenn also für die sogenannte Grundpflege zu wenig Zeit bleibt, müssen übertra- gene Tätigkeiten hintenanstehen.

Ich hoffe, dass diese kurze Erläuterung über Dele- gation-Anordnung und deren Auswirkungen im Pflegealltag ausreichend Antworten beinhalten.

Mit freundlichen Grüßen  
Gerhard Leschick

**Betr.: Der Spritzenschein** - Eine zweite Anfrage erreichte uns von **Matthias Stolze** [[matthias.stolze@01019freenet.de](mailto:matthias.stolze@01019freenet.de)]:

Sehr geehrter Herr Leschick,  
mit größtem Interesse las ich Ihren Artikel im  
Pflegebrief 04/2000 zum Thema „Spritzenschein“

Auf unserer Station ist es grundsätzlich nicht  
üblich, dass durch Pflegepersonen iv-Injektionen  
(außer in Notfällen, bei liegendem Zugang  
und in Anwesenheit des Arztes (CPR)) erfolgen.

Gängige Praxis scheint es aber nicht nur bei uns  
zu sein, dass Kurzinfusionen, die entweder bereits  
als Fertigprodukte im richtigen Mischverhältnis  
(Ciprobay <R> oder Diflucan <R>) oder als  
Trockensubstanz, die erst zubereitet werden  
muss, durch Pflegepersonen verabreicht werden.  
Auf einigen Stationen unseres Hauses konnte ich  
erfahren, dass teilweise Mischinfusionen von bis  
zu 5 Medikamenten ebenfalls als Kurzinfusion  
durch Pflegepersonen, nach ärztlicher Anord-  
nung, verabreicht werden.

Mich interessieren vor allem die von Ihnen ange-  
sprochenen Bedingungen, unter denen das Pfl e-  
gepersonal entweder Monopräparate oder aber  
auch Mischinfusionen, als Kurzinfusionen verab-  
reichen kann und ob für die Pflege in dem Fall  
nur die Durchführungsverantwortung greift oder  
aber auch tiefere rechtliche Konsequenzen  
erwachsen können.

Mit freundlichen Grüßen  
Matthias Stolze

Der Autor, **Gerhard Leschick**, antwortet hierauf:

Sehr geehrter Herr Stolze,  
ihre praktischen Erfahrungen im Umgang mit  
Arzneimitteln kann ich aus eigener Anschauung  
leider nur bestätigen.  
Doch auch, wenn viele einen Fehler machen,  
bleibt es ein Fehler!

Zu ihren Fragen:

1. Der Abgabe oder Anwendung von Arzneimit-  
teln ist nicht originäre Aufgabe von Krankenpfl e-  
gepersonen. Das Krankenpflegegesetz und die  
Ausbildungs- und Prüfungsverordnung enthalten  
keine Vorgabe über die Verabreichung von Arz-  
neimitteln. Nun werden Sie zu Recht einwenden,  
dass die Gabe von Tabletten und Zäpfchen keine  
großen geistigen Anstrengungen erfordert,  
schließlich darf der Patient es zu Hause ja selbst.  
Bei diesem Vergleich ist aber Vorsicht geboten.  
Der Patient darf sich auch ungestraft das Leben  
nehmen; tun wir diese Handlung für ihn, trifft uns  
die ganze Härte des Gesetzes. Also gilt es zu  
differenzieren.

Was wir in der Pflege als professionelle Arbeit  
verrichten, wird von der Justiz sehr streng bewert-  
et und unter dieser Sicht schreibe ich auch die  
Hinweise für den Pflegebrief.

2. Die Anwendung von Arzneimitteln ist Aufgabe  
des Arztes. Dieser darf die Durchführung delegie-  
ren, wenn er sich von der Sach- und Fachkunde  
der beauftragten Pflegeperson überzeugt hat.  
Allerdings darf er nicht jede seiner Aufgaben  
delegieren. Die erforderliche Sachkunde wird in  
der Ausbildung vermittelt. Das Fach Arzneimit-  
tellehre ist mit mindestens 60 Stunden im Lehrplan  
vorgesehen. Das reicht allerdings nicht aus, um die  
Sachkunde eines Apothekers zu erlangen. Ob der  
Arzt über die ausreichende Sachkenntnis verfügt,  
ist unerheblich. Entscheidend für die Übernahme  
der Arzneimittelanwendung ist die mögliche Ge-  
fährdung des Patienten bei versehentlicher Fehl-  
anwendung. Je größer und unüberschaubarer die  
potentielle Gefahr, desto weniger kann diese Auf-  
gabe delegiert werden.

Noch ein Wort zur Anordnung und Delegation.  
Eine Anordnung ist ein Befehl (Order), bei dem  
*[weiter auf der nächsten Seite]*

## 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.schluetersche.de]

**Redaktion:**

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

**Technische Redaktion:**

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

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

Uwe Dubbels,  
Roman Ferreau,  
Gerhard Leschik,  
Ben Robe

Die Rechte der einzelnen Artikel verbleiben bei den Autoren.

**Abonnement:**

Sie können den Pflegebrief auf <http://pflegen-online.de/pflegebrief/abo> abonnieren. Oder schicken Sie eine eMail an:  
[crone@pflegen-online.de](mailto: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.

## LESER-MAIL

## Leserbriefe

Fortsetzung der zweiten Antwort von  
Gerhard Leschik:

der Durchführende keinerlei Entscheidungsbezugnis hat. Die Verantwortung über diese Anordnung trifft in vollem Maße den Anordnenden. Die Delegation ist die Übertragung der Vollmacht (über eine bestimmte Handlung). Der Ausführende hat eigene Entscheidungskompetenzen. In dieser Entscheidung ist er auch voll haftbar. Ob eine Anordnung oder eine Delegation vorliegt, kann man mit der Frage prüfen, ob der Durchführende eigene Entscheidungskompetenzen hat oder nicht. Ist die Frage der eigenen Entscheidung positiv, handelt es sich um eine Delegation.

Die Durchführung einer subkutanen Injektion ist keineswegs in jedem Fall ungefährlich, doch bleibt bei Komplikationen in der Regel ein Zeitraum von 10 bis 15 Minuten, um in der Klinik einen Arzt oder das Notfallteam herbeizurufen.

Bei einer intramuskulären Injektion verbleibt ein Zeitraum von ca. 10 Minuten; bei einer intravenösen Injektion unter Umständen nur wenige Sekunden.

Da in einem Notfall z. B. einem anaphylaktischen Schock sofort Arzneimittel angeordnet werden müssen - was nur ein Arzt darf - bleibt die Zuständigkeit der intravenösen Injektion Ärztsache. Auch Pflegepersonen der Intensiv- und Anästhesiepflege sind nicht von sich aus berechtigt, intravenöse Injektionen zu verabreichen. Allerdings dürfen sie unter unmittelbarer Anwesenheit eines Arztes (in Rufweite) diese Arzneimittel geben, da auch im Gefahrenfall sofortige Anordnungen vom Arzt getroffen werden müssen.

Kurzinfusionen sind juristisch und pharmazeutisch nichts anderes als Arzneimittel, die intravenös verabreicht werden. Da alle Arzneimittelwirkstoffe potentielle Allergene sind, ist die Durchführung jeder Kurzinfusion Aufgabe des Arztes. Die Sache mit der ärztlichen Erstgabe von Antibiotika soll nur von den tatsächlichen Problemen ablenken. Wenige Patienten reagieren mit spontanen Allergien oder Überempfindlichkeiten. Gerade bei Eiweißpräparaten wie Antibiotika entwickelt sich oft erst auf Grund der Komplement-Bindung die Überempfindlichkeit nach mehreren Anwendungen. Diese werden dann jedoch vom Pflegepersonal durchgeführt, also mit vollem Risiko für Patienten und Pflegemitarbeiter.

Der liegende Zugang als Begründung für eine möglicherweise erlaubte intravenöse Injektion ist äußerst schwach, da jeder Drogenabhängige nach einiger Übung sicher in die Vene injiziert.

Außerdem ist da die Sache mit dem Notfall. Nach herrschender Meinung ist ein Notfall ein unvorhersehbares Ereignis. Die „Notfälle“ im Krankenhaus sind aber im strengen Sinne keine, da beinahezu allen Krankheiten mit solchen Komplikationen zu rechnen ist, auch wenn die

Wahrscheinlichkeit sehr gering ist.

3. Die Zubereitung von Arzneimitteln kann Herstellen im Sinne des Arzneimittelgesetzes § 4 Abs. 14 sein, welche auch das Umfüllen und Auflösen hinzurechnen. Das Herstellen ist aber nur einem Apotheker erlaubt.

Erlaubt ist dem Arzt allerdings die Vorbereitung zur Anwendung, welche aber an zwei Bedingungen gebunden ist.

- a. Das Arzneimittel muss für einen einzigen Patienten vorbereitet werden und
- b. das Arzneimittel muss unmittelbar nach der Vorbereitung angewendet werden.

Oft werden mehrere Kurzinfusionen gleichzeitig zubereitet und eine Weile stehen gelassen. Ein klarer Verstoß gegen das Arzneimittelgesetz, das die Sicherheit der Patienten in den Vordergrund stellt.

4. Eine Mischinfusion mit mehreren Zusätzen ist wie ein Hexenkessel. Letztlich weiß nicht einmal ein guter Pharmazeut oder Chemiker, was bei einem solchen Cocktail entsteht. Zu viele Faktoren spielen dabei eine Rolle wie Temperatur, chemische Eigenschaften der einzelnen Substanzen, Löslichkeiten, Lichteinflüsse u.v.a.m. Die Arbeitsgemeinschaft der deutschen Krankenhausapotheker hat daher eine Richtlinie herausgegeben, wonach nur ein Arzneimittel einer Infusion zugesetzt werden soll. In jedem Fall ist die Fachinformation gründlich zu lesen, da es Mittel gibt, die nicht mit jeder Trägerlösung kompatibel sind.

5. Die Durchführungsverantwortung hat immer die Person, die wirklich handelt; in diesem Fall die Pflegeperson. Sie muss unechte Anordnungen ablehnen und Delegationen zurückweisen, denen sie sich nicht gewachsen fühlt. Hier ist der objektive wie der subjektive Vorbehalt oder Zweifel der Pflegeperson entscheidend. Oft befindet sich der Pflegemitarbeiter im Befehlsnotstand. Führt er eine Sache aus, ist sie möglicherweise strafrechtlich falsch; doch führt er sie nicht aus, ist die Zusammenarbeit nachhaltig gestört. Dieses Dilemma wird stets auf dem Rücken der Pflegepersonen ausgetragen, da sie rechtlich auf der wesentlich schwächeren Seite stehen.

Eine mögliche Lösung: Das Pflegepersonal führt alle notwendigen und geplanten Pflegetätigkeiten in der gebotenen Sorgfalt durch und kann, wenn dann zeitliche Ressourcen verbleiben, auch für andere Mitarbeiter Tätigkeiten erledigen. Jedoch höre ich oft in Fortbildungen, dass zu wenig Zeit in der Pflege ist, weshalb zum Beispiel die nötigen Lagerungswechsel zur Dekubitusprophylaxe nicht vollständig durchgeführt werden können.

Ich hoffe, ihre Fragen ausreichend beantwortet zu haben.

Mit freundlichen Grüßen

Gerhard Leschik