



**Jetzt mit
Augmented
Reality!**

**PFLEGE-UPDATE
1.0 DGKP / BA**

**Die Fortbildung für Gesundheits-
und Sozialbetreuungsberufe**

AK NIEDER
ÖSTERREICH

1.	PFLEGERISCHE KERNKOMPETENZEN	4
1.1.	Pflegewissenschaft, Pflegeforschung und evidenzbasierte Pflegepraxis	4
1.2.	Pflegeprozess und Dokumentation	6
1.3.	Pflegetechniken / Prophylaxen	8
1.3.1	Delirprävention / Delirerkennung	8
1.3.2	Sturzprophylaxen	9
1.3.3	Absaugen	10
1.3.4	Katheterisierung	11
1.3.5	Periphervenöse Verweilkanüle	16
1.3.6	Kompetenzen bei Notfällen	17
2.	PSYCHOLOGISCHE ASPEKTE	21
2.1.	Gewalt & Deeskalation	19
2.2.	Selbstsicher und achtsam Veränderungen meistern	28
2.3.	Heben & Tragen in der Pflege	35
3.	RECHTLICHES	43
3.1.	Das Gesundheitsberuferegister	43
3.2.	GuKG – Novelle 2016	45
3.2.1	Pflegeassistentenberufe	46
3.2.2.	Das Berufsbild des gehobenen Dienstes	49

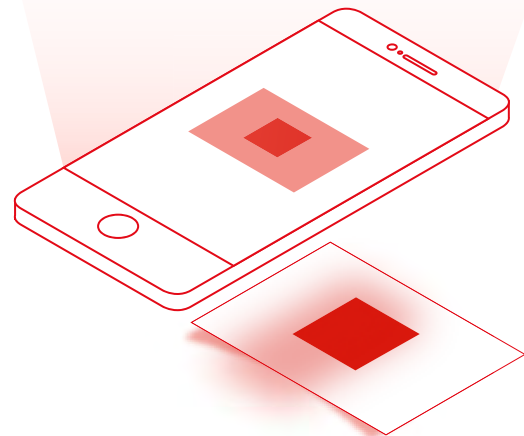
EDITORIAL

Pflegeberufe haben – wie alle Gesundheitsberufe – eine gesetzliche Fortbildungspflicht. Es ist oftmals schwierig, die eigene Lebens- und Karriereplanung mit der Fortbildungspflicht in Einklang zu bringen, viele Pflegekräften können etwa nach ihrer Baby-Karenz ein Lied davon singen. Überall dort, wo ArbeitgeberInnen nicht entsprechende Angebote organisieren, wo keine Bildungseinrichtungen bestehen oder wo Kurse zu kaum leistbaren Preisen angeboten werden, entstehen Probleme für die Berufsangehörigen, ihre Berufspflichten auch einhalten zu können.

Die Arbeiterkammer NÖ hat deshalb gemeinsam mit ExpertInnen der Fachhochschule St. Pölten und dem Arbeitsmedizinischen Zentrum Mödling Fortbildungsangebote für WiedereinsteigerInnen oder UmsteigerInnen in Pflegeberufen entwickelt, die ein modernes, leistbares und bedarfsgerechtes *Auffrischen* von theoretischem Wissen und praktischen Kompetenzen ermöglichen.

Möge Ihnen das Skriptum (Pflege-Update 1.0 DGKP / BA), das Sie gerade in Händen halten, dabei helfen, den fachlichen Herausforderungen Ihrer Berufsalltags auch weiterhin kompetent begegnen zu können!

Ihr Bernhard Rupp



AUGMENTED REALITY

plusApp installieren und Handy über die Felder mit dem  halten

1. PFLEGERISCHE KERNKOMPETENZEN

1.1. Pflegewissenschaft, Pflegeforschung und evidenzbasierte Pflegepraxis

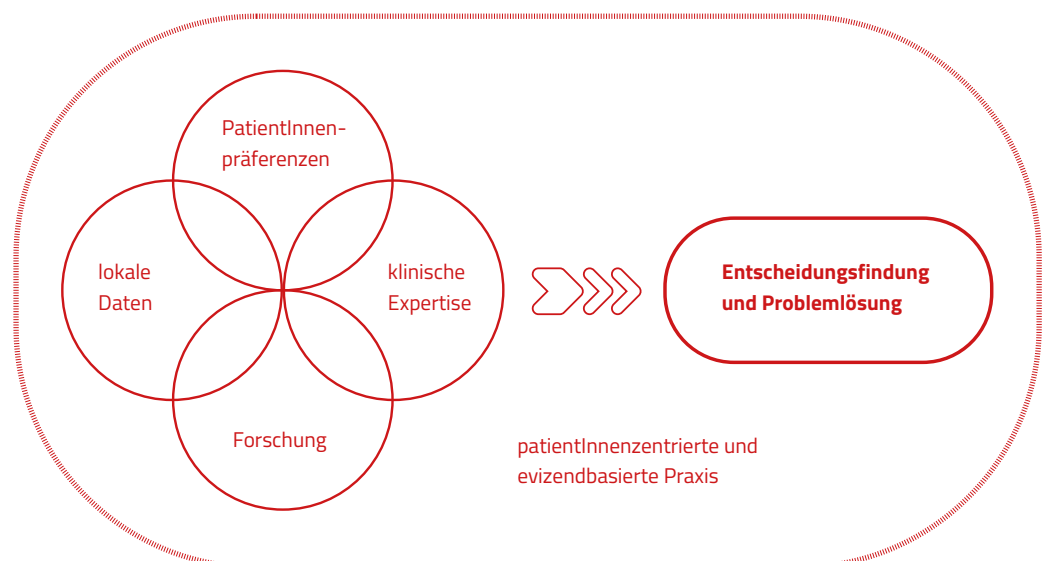
Heutzutage besteht in unserer Gesellschaft und unserem Gesundheitssystem ein steigender Bedarf an hochqualifiziertem klinischem Personal und an einer evidenzbasierten Patientinnen- und Patientenversorgung. Diese Notwendigkeit begründet sich einerseits in demografischen Entwicklungen der Gesellschaft, in steigender Lebenserwartung der Bevölkerung und somit in einer wachsenden Anzahl an alten und hochaltrigen Menschen. Andererseits ist dies auf einen epidemiologischen Wandel zurückzuführen, denn vor allem chronische Erkrankungen nehmen immer mehr zu und dies geht mit einem erhöhten Pflegebedarf der Betroffenen einher.¹

Auch die Gesundheits- und Krankenpflege hat in diesem Zusammenhang den Anspruch ihr Handeln nicht rein auf unstrukturierte Wissensquellen wie Intuition, Tradition und Erfahrung zu stützen, sondern bezieht sich auch auf empirisches Wissen, welches vor allem durch Forschen generiert wird². Darüber hinaus ist im österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz sowie auch im Gesundheitsqualitätsgesetz festgehalten, dass sich die Pflegepraxis auf fachliche und wissenschaftliche Erkenntnisse stützen und die Patientinnen- und Patientenversorgung auf aktuellstem wissenschaftlichem Stand geleistet werden muss^{3,4}.

Evidenzbasiertes Wissen in der Gesundheits- und Krankenpflege wird aus Bezugswissenschaften (z. B. Medizin, Psychologie, Soziologie), aber vor allem aus der eigenen Wissenschaft gewonnen. Die Pflegewissenschaft ist vor allem im deutschsprachigen Raum noch recht jung, leistet aber einen wichtigen Beitrag für eine qualitativ hochwertige und evidenzbasierte Pflegepraxis (synonym: Evidence-based Nursing, EBN)⁵.

Dieses evidenzbasierte Wissen löst jedoch keineswegs die oberhalb erwähnten, „alt bekannten“ Wissensquellen ab, sondern soll sie lediglich ergänzen². Denn in eine evidenzbasierte

Abb. 1 evidenzbasierte Pflegepraxis (eigene Darstellung)



Pflegepraxis fließen neben wissenschaftlichen Forschungsergebnissen auch klinische Expertise (u.a. Praxis-, Erfahrungs-, Expertenwissen, Expertenstandards, Guidelines), sowie die individuellen Werte und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und lokale Daten der individuellen Institutionen (z. B. Daten aus institutionsinternen Statistiken, dem Qualitätsmanagement, Projektevaluationen und der Pflegedokumentation) mit ein. Alle diese vier zentralen Wissensquellen der evidenzbasierten Pflegepraxis sind essentiell, um Patientinnen und Patienten individuell zu betreuen, in individuellen (Pflege-)Situationen Entscheidungen zu treffen, vorliegende Probleme zu lösen und eine optimale Gesundheitsversorgung zu leisten⁵.

Worum handelt es sich aber nun bei der Wissensquelle „Forschung“? Pflegewissenschaft und -forschung stellen, auch wenn es Pflegenden nicht immer bewusst ist, einen integralen Bestandteil der Pflegepraxis dar². Denn laut Kirkevoold besteht „der gesellschaftliche Auftrag der Pflegewissenschaft [...] darin, Wissen bereitzustellen, das die Pflegepraxis unterstützt und verbessert.“ Pflegeforschung ist das „Instrument“ der Pflegewissenschaft, um Fragestellungen aus der Praxis aufzugreifen und in weiterer Folge zu beantworten. Dabei bedient sie sich an diversen Methoden der qualitativen und quantitativen Forschung. Pflegewissenschaft beschäftigt sich also unter anderem damit mittels Pflegeforschung neues Wissen zu schaffen, aber auch Annahmen sowie Gewohnheiten aus der Pflegepraxis systematisch zu überprüfen, zu beweisen oder zu widerlegen. Dabei ist der Gegenstandsbereich der Pflegewissenschaft das Handlungsfeld der Pflege⁶. Dies bedeutet, dass sich die Pflegewissenschaft beispielsweise damit beschäftigt, wie sich bestimmte Erkrankungen auf die Lebensqualität der Betroffenen auswirkt oder aber auch wie bestimmte pflegerische Interventionen wirken.

Besonders wichtig zu erwähnen ist, dass es nicht die Aufgabe einer jeden Pflegeperson ist zu forschen – dies wäre weder realistisch noch praktikabel. Vordergründig ist es, dass Pflegepersonen ein Verständnis und gewisse Grundkenntnisse der Pflegewissenschaft, Pflegeforschung und evidenzbasierter Pflegepraxis bzw. Evidence-based Nursing besitzen und den Zusammenhang mit der Pflegepraxis erkennen. Denn so kann jede und jeder einzelne die ersten wichtigen Schritte gehen – nämlich Pflegeprobleme erkennen und diesbezüglich kritische Fragen stellen, welche dann in weiterer Folge beantwortet werden und einen wichtigen Beitrag in der Patientinnen- und Patientenversorgung leisten.

Folgende Fragen werden uns im Seminar begleiten

- ⇒ Was ist Pflegewissenschaft und was ist Pflegeforschung?
- ⇒ Was ist evidenzbasierte Pflegepraxis bzw. Evidence-based Nursing?
- ⇒ Warum ist eine evidenzbasierte Pflegepraxis wichtig?
- ⇒ Wodurch wird deren Umsetzung in der Praxis beeinflusst?
- ⇒ Welche Kompetenzen brauche ich als Pflegeperson für die Umsetzung evidenzbasierter Pflegepraxis?

1.2. Pflegeprozess und Dokumentation

Der Pflegeprozess begleitet uns tagtäglich im Pflegealltag, denn der Pflegeprozess bildet all das ab, was wir Pflegenden tun, um unsere Patientinnen und Patienten zu versorgen. Er gilt einerseits als systematischer, zielgerichteter Problemlösungsprozess, um aktuelle oder potentielle Gesundheitsprobleme zu identifizieren, zu vermeiden, zu behandeln und um das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten zu steigern. Andererseits handelt es sich dabei um einen Beziehungsprozess, denn Pflegenden und Patientinnen bzw. Patienten treten zueinander in Beziehung, um ein gemeinsames Ziel zu erarbeiten und zu erreichen. Pflegenden gehen möglichst offen und unvoreingenommen in dieses Miteinander, aktivieren die Stärken und Ressourcen der Patientinnen und Patienten und beziehen ebenso deren soziales Umfeld mit ein⁸.

Darüber hinaus ist der Pflegeprozess im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz verankert und überträgt den Pflegepersonen die Gesamtverantwortung für den Pflegeprozess: „Die pflegerischen Kernkompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfassen die **eigenverantwortliche Erhebung des Pflegebedarfes sowie Beurteilung der Pflegeabhängigkeit, die Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung, Kontrolle und Evaluation aller pflegerischen Maßnahmen (Pflegeprozess)** in allen Versorgungsformen und Versorgungsstufen, die Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung im Rahmen der Pflege sowie die Pflegeforschung.“³

Der Pflegeprozess dient somit dazu, um...⁹

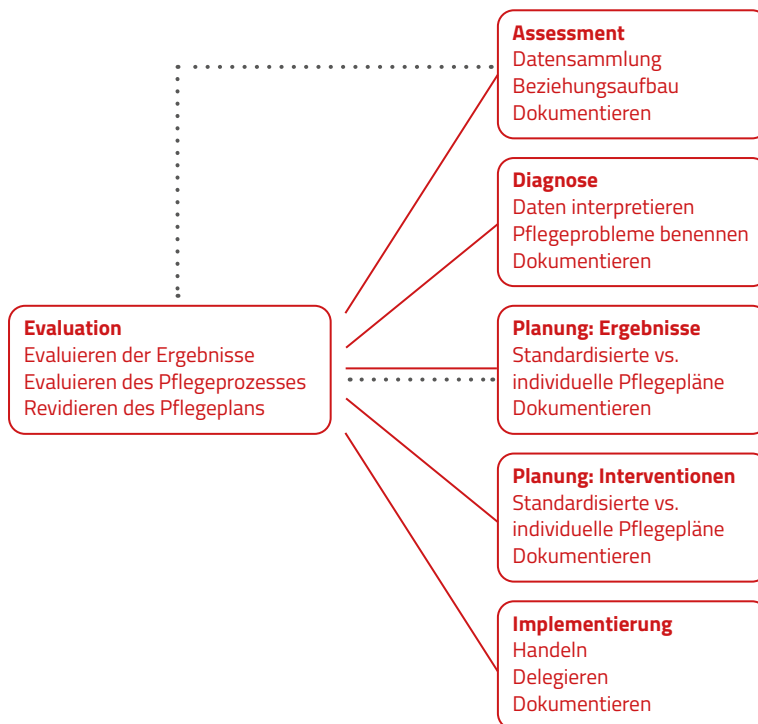
- eine **Kontinuität** der Pflege zu gewährleisten.
- eine **hohe Qualität** der Pflege zu gewährleisten.
- **erbrachte Pflegeleistungen** nachvollziehbar abzubilden.
- **aktuelle Patientinnen- und Patientenprobleme** zu erkennen, die Pflegenden behandeln können.
- **potentielle Patientinnen- und Patientenprobleme** zu erkennen, die Pflegenden verhüten können.
- **Ressourcen und Gesundheitsförderungspotentiale** von Patientinnen und Patienten zu erkennen, die Pflegenden fördern können.
- einen **Plan** zu entwickeln, der die aktuellen und potentiellen Probleme der Patientinnen und Patienten lösen oder lindern hilft.
- festzustellen, **welche Art von Hilfe** Patientinnen und Patienten brauchen und wer diese am besten gewährleisten kann.
- gemeinsam mit Patientinnen und Patienten **Ziele** zu setzen und festzustellen, ob sie erreicht wurden.

Der Pflegeprozess dient jedoch nicht dazu, um pauschal eine „richtige“ Pflege vorzuschreiben. Denn als Methode macht der Pflegeprozess keine konkreten Angaben darüber, wie Pflegenden im Einzelfall richtig handeln bzw. wie sie ihre Pflege ausführen sollen. Der Pflegeprozess muss somit während des praktischen Handelns von den Pflegepersonen mit „Inhalt“ gefüllt werden.

Der Pflegeprozess besteht aus mehreren Phasen. Zu Beginn steht das Pflegeassessment, welches das Fundament des Pflegeprozesses darstellt, denn alle weiteren Schritte basieren auf dem hier stattfindenden Beziehungsaufbau und der Informationssammlung mittels eines Interviews/„Anamnesegesprächs“, der pflegerischen Beobachtung und einer körperlichen Untersuchung. Anschließend erkennt die Pflegeperson mittels Anwendung ihres Pflegewissens, kritischen Denkens und Schlussfolgern ein bestehendes bzw. potentielles Pflegeproblem und benennt dieses mit einer Pflegediagnose. Nachdem die Pflegediagnose feststeht, wird ein Ziel festgelegt. Dabei handelt es sich um ein Ergebnis, welches die Pflegeperson gemeinsam mit der Patientin bzw. dem Patienten erreichen möchte. Dieses Ziel gibt

die Richtung des Pflegeplans vor, denn von diesem werden die Pflegeinterventionen abgeleitet, welche zu dessen Erreichung führen sollen. Bei der Planung der Ziele und Interventionen ist es wichtig die Stärken und Ressourcen der Patientinnen und Patienten miteinzubeziehen. In weiterer Folge werden die Interventionen und somit der Pflegeplan umgesetzt. Der letzte Schritt des Pflegeprozesses ist die Evaluation. Hier evaluiert die Pflegeperson, ob das formulierte Ergebnis erreicht werden konnte. Wichtig zu erwähnen ist, dass nicht nur am Ende, sondern streng genommen fortlaufend während des gesamten Prozesses eine Evaluation stattfindet (siehe auch Abb.2). Nur so kann der Pflegeplan ehestmöglich an aktuelle Situationen angepasst werden^{7,8}.

Abb. 2: Pflegeprozess⁷



Wie in der Abb.2 gut erkennbar ist, stellt die (Pflege-)Dokumentation einen wichtigen Bestandteil im Pflegeprozess dar. Nicht nur, dass die Dokumentation gesetzlich vorgeschrieben ist⁹, sie dient unter anderem der transparenten Abbildung des pflegerischen Handelns, den Wirkungen der gesetzten Interventionen, aber auch der Beweissicherung und Rechenschaftslegung. Somit handelt es sich bei der Pflegedokumentation um ein Instrument der Qualitätssicherung. Um bei einer zielgerichteten, nachvollziehbaren Dokumentation zu unterstützen, stellt die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) Pflegepersonen eine Arbeitshilfe zur Verfügung, welche allgemeine Empfehlungen zur Pflegedokumentation, insbesondere zu den einzelnen Schritten des Pflegeprozesses, beinhaltet¹⁰.

Folgende Fragen werden uns im Seminar begleiten

- ⇒ Was ist der Pflegeprozess und wie kommt er zur Anwendung?
- ⇒ In welchem Zusammenhang können hier die NNN-Taxonomie und das Pflegeklassifikationssystem NANDA-I zur Anwendung kommen?
- ⇒ Wie dokumentiere ich (v.a. eigenverantwortliche Pflegeinterventionen) „richtig“?
- ⇒ Wie kann der Pflegeprozess anhand von Fallbeispielen angewendet werden?

1.3. Pflegetechniken / Prophylaxen

1.3.1 Delirprävention / Delirerkennung

Ein Zustand, in dem es zum plötzlichen Einsetzen eines Clusters umfassender fluktuierender Störungen des Bewusstseins, der Aufmerksamkeit und Wahrnehmung, des Gedächtnisses und der Orientierung, des Denkens und des Schlaf-Wach-Zyklus sowie des psychomotorischen Verhaltens kommt. Es dauert gewöhnlich weniger als 5 Tage, wenn die zugrundeliegende Störung behandelt wird → daher ist die Verwirrtheit im Rahmen eines Delirs grundsätzlich reversibel. Eine zeitnahe Diagnostik des Delirs ist nicht einfach, weil das klinische Erscheinungsbild und die Symptome sehr variabel sind. Die Ursachen eines Delirs können sehr unterschiedlich sein, die häufigste Ursache ist jedoch die akut dekompensierte Demenz. Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko. Alkohol- und Substanzassoziertes sowie postoperatives Delir treten auch relativ häufig auf.

Folgende diagnostische Hilfsbefunde sollen in multidisziplinärer Zusammenarbeit erwo-gen und interpretiert werden: Blutdruck, Temperatur, Labor, Urinuntersuchung (Glucose, Keton), Elektrokardiographie (EKG), Blutgase, Laktat, Thorax-Röntgen

Wichtige Instrumente zur Erkennung eines Delirs sind folgende Scores/Assessments (da hohe Sensitivität und Spezifität): für Intensivstationen: CAM-ICU oder ICDSC (für beatmete PatientInnen, sehr schnell durchführbar) Für Normalstationen: CAM-S (erhebt auch Schweregrad des Delirs))

Subtypen des Delirs

- Hyperaktive Delir
- Hypoaktive Delir

Wichtigste Risikofaktoren für ein Delir sind u. a.

- Alter (hohes Alter, ab 70 Jahren), mitunter aufgrund gehäuften Komorbiditäten, sensorischen Beeinträchtigungen
- Neurokognitive Störungen
- Infektionen (damit einhergehend Fieber oder Gabe von Antibiotika) vor allem: Harnwegsinfekt
- Dehydration / Mangelernährung
- Allgemeinanästhesie → postoperatives „Durchgangssyndrom“
- Invasive Behandlungsprozesse (Herzoperation, Massive postoperative Infusionen und Bluttransfusionen, etc.)
- Polypharmazie aufgrund der Medikamenteninteraktion
- Entzug von Medikamenten / toxischen Substanzen / Alkoholentzugsdelir (Delirium tremens)

Drei therapeutische Ziele

1. Behandlung der organischen Ursache, multiprofessionelle Zusammenarbeit (z. B.: Pflege-Medizin), interdisziplinäre Behandlung (z. B.: InternistInnen, PsychiaterInnen)
2. Nicht pharmakologische Interventionen: Optimierung der Umgebungsreize, Verminderung der sensorischen Einschränkungen, kognitiv-emotionale Unterstützung, Integration von Angehörigen, intensive Pflege wegen der Selbstfürsorgedefizite, etwaige Beschränkungen im Rahmen des Unterbringungsgesetzes oder des Heimaufenthaltsgesetzes zur Abwendung von Gefährdungen
3. Pharmakologische Behandlung: In erster Linie mit Antipsychotika (= Neuroleptika) z. B.: Quetiapin (Seroquel), Amisuprid und Aripiprazol – gute Evidenz, auch in der Delirprävention bei Operationen. Benzodiazepine werden in der Fachliteratur zur Delirbehandlung allenfalls in möglichst niedriger Dosis empfohlen (abgesehen von Alkohol- und Benzodiazepin-Entzugsdelirien) und nur dann, wenn trotz Antipsychotika weiterhin eine starke Agitation vorliegt – da Benzodiazepine „delirförderliche“ Substanzen sind.

In Intensivmedizin empfiehlt sich: Der Alpha2-Agonist Dexmedetomidin (Dexdor®). Die Substanz wird intravenös im Perfusor appliziert und erfordert ein Monitoring von Puls und Blutdruck. Mit Dexmedetomidin können Benzodiazepine oder Propofol eingespart werden.

Delir-Prävention

- Durchführen von Screenings
- Schulen für PP und Angehörige
- Tägliche Beobachtung auf Veränderungen und Durchsicht der Dokumentation
- Konkrete Maßnahmen je nach Risikofaktoren: z. B. Frühmobilisation, Schmerz Anpassung, Anpassung der Pharmakotherapie etc.

Delir-Management

1. Ursache des Delirs behandeln
2. Kommunikation mit der betroffenen Person und ihren Angehörigen optimal gestalten
3. Pflegerische Maßnahmen setzen, die das Erleben eines Delirs erleichtern (z. B.: Orientierung, Einbezug von Angehörigen)
4. Protokolle zur Prävention entwickeln
5. Sicheren Rahmen / Umgebung schaffen (Gefahrenquellen, Stolperstellen reduzieren, ausreichende Beleuchtung)

1.3.2 Sturzprophylaxen

Sturz = jedes Ereignis in Folge dessen eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder einer tieferen Ebene zu liegen kommt. Ein Sturz ist immer ein komplexes, multifaktorielles Geschehen. Ein Sturzrisiko besteht bei jedem Menschen und es lässt sich nie komplett vermeiden. Beim alten Menschen ereignen sich Stürze häufig bei alltäglichen Aktivitäten, denn es gibt reduzierte körperliche Gehfähigkeiten und der Herausforderung der Haltung der Balance.

Sturz-Risiken

Ältere Menschen stürzen aufgrund verschiedenster Ursachen, es gibt aber identifizierbare Risikofaktoren:

- Extrinsische Faktoren
- Intrinsische Faktoren
- Behaviorale und situative Ursachen

Assessment-Instrumente

- Morse-Sturzrisikoskala
- Stratify-Fall-Risk-Assessment Tool
- Timed-Up & Go Test

Wichtig

Pflegerische Expertise und Einschätzung ist zur Sturzrisikoeinschätzung genauso wichtig wie die Assessments.

Interventionen zur Sturzprophylaxe umfassen Personenadaptierte Interventionen, umgebungsadaptierende Interventionen, elektronische Überwachungssysteme, bewegungseinschränkende Maßnahmen und Information/Beratung. Insbesondere Motorisches Training ist auch wichtig, um die Stabilität und Balance zu erhalten.

1.3.3 Absaugen

Das Absaugen von Sekret aus den oberen und unteren Atemwegen kommt immer dann zur Anwendung, wenn die Patientin/der Patient selbständig nicht mehr dazu in der Lage ist, produziertes Sekret effektiv auszuhusten. Die Gründe dafür können mannigfaltig sein wie z. B.: allgemeine Schwäche, neurologische Erkrankungen wie ALS oder nach einem Insult. Aber auch der Aufenthalt auf einer Intensivstation im künstlichen Tiefschlaf erfordert die Übernahme dieser Tätigkeit durch das Pflegepersonal.

Absaugmethoden



ABSAUGEN

Endotracheales Absaugen

erfolgt über einen Tubus oder über eine Trachealkanüle. Meist im Rahmen einer intensivmedizinischen Behandlung

Orales & nasales Absaugen

sind obligate Maßnahmen zum Freihalten der Atemwege bei Menschen mit ungenügendem Hustenstoß.

Im Speziellen werden wir uns nachfolgend ausschließlich mit der Technik des endotrachealen Absaugens beschäftigen. Das endotracheale Absaugen kann auf zwei verschiedene Arten durchgeführt werden. Entweder offen oder geschlossen mit einem eigenen Absaugsystem. Die Unterschiede werden im weiteren Verlauf dieser Schulungsunterlage noch genauer erklärt. Vorausgeschickt werden muss, dass der Mensch während des Absaugvorganges in seiner Atmung beeinträchtigt wird. Die auftretende Atemnot- und Erstickungsgefühle verlangen von der Pflegeperson einen schonenden und einführenden Absaugvorgang.

Folgende allgemeine Regeln sollten beim Absaugen eingehalten werden

- Der gesamte Absaugvorgang sollte nicht länger als 10–15 Sekunden dauern
- Die Pflegeperson kann die Zeit leichter einschätzen, wenn sie selbst für die Zeit des Absaugens die Luft anhält.
- Während des Absaugens sollen zwei Pflegepersonen anwesend sein, um bei auftretenden Komplikationen schnell eingreifen zu können.
- Eine gezielte Beobachtung des Pflegebedürftigen während des Absaugvorganges ist notwendig, um Veränderungen der Herzfrequenz, der peripheren Sauerstoffsättigung, des Blutdruckes oder der Hautfarbe frühzeitig detektieren zu können.
- Der Absaugvorgang erfolgt unter sterilen Bedingungen.

Das routinemäßige Absaugen gehört glücklicherweise der Vergangenheit an und ist wegen der möglichen Komplikationen wie z. B.: Verletzungsgefahr der Schleimhäute oder einem auftretenden Erstickungsgefühl, obsolet. Vermeidbare Diskonnektionen zwischen dem Beatmungsschlauch und dem Endotrachealtubus / der Kanüle müssen aus hygienischer Sicht auf ein notwendiges Maß reduziert werden. Jede Diskonnektion birgt die Gefahr einer Kontamination des Beatmungssystems und in weiterer Folge eine Zunahme der ventilatorassoziierten Pneumonierate (VAP). Weiters reizt jeder Absaugvorgang die Schleimhäute und regt diese wieder zur vermehrten Produktion von respiratorischem Sekret an.

Wie häufig soll abgesaugt werden?

Als Faustregel für das endotracheale Absaugen gilt: „So wenig wie möglich, so oft wie nötig.“

Indikationen zum endotrachealen Absaugen

- Rasselnde und brodelnde Atemgeräusche. Diese geben einen Hinweis auf eine atemvorgangsbeeinträchtigende Sekretansammlung.
- Nach Mobilisation von Atemwegssekret durch Inhalation, Lagerungsdrainage, Perkussions- oder Vibrationsmassage um das mobilisierte Sekret aus dem Atemweg zu entfernen.
- Sichtbares Sekret im Tubus / im Beatmungssystem
- Typisches „Sägezahnmuster“ in der Volumen-Flow-Kurve am Display des Respirators
- Abfall der peripheren Sauerstoffsättigung paO₂
- Der Pflegebedürftige hustet und läuft rot an
- Gewinnung von Bronchial- oder Trachealsekret zu diagnostischen Zwecken
- Auf Wunsch des Pflegebedürftigen.

Geschlossenes versus offenes endotracheales Absaugen

Beim offenen Absaugen wird der Beatmungsschlauch vom Tubus diskonnektiert und ein steriler Absaugkatheter in den Endotrachealtubus eingeführt. Beim geschlossenen Absaugen wird mit einem – mit Beatmungssystem und Tubus fix verbundenem Absaugkatheter – abgesaugt. Studien zu diesem Thema belegen, dass es aus infektiologischer Sicht kein überlegenes Verfahren gibt.

Sieh dazu

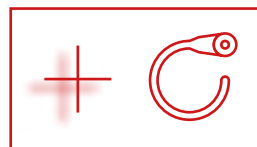
- Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut: Prävention der nosokomialen beatmungsassoziierten Pneumonie¹¹
- Klompas, M. et al: Strategies to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia in Acute Care Hospitals¹²
- Schwanda, M. Offene und geschlossene Absaugsysteme im Vergleich – Eine Literaturübersicht¹³.

Überlegungen darüber, welches System angewandt werden soll, sollen vor dem Hintergrund der Grunderkrankung des Pflinglings angestellt werden. Eine ausdrückliche Empfehlung zur Verwendung geschlossener Absaugsysteme gilt bei PatientInnen die

- an Erkrankungen leiden, die über Tröpfchen oder die Luft übertragen werden
 - Tuberkulose
 - Windpockenpneumonie
 - Influenza
- Kolonisation der Atemwege mit multiresistenten Keimen
- Hoher PEEP (>10 cm H₂O)
- Bauchlagerung der Patientin/des Patienten
- NO- oder Hochfrequenzbeatmung

1.3.4 Katheterisierung

Katheterisierung beim Mann



KATHETERISIERUNG BEIM MANN

Lokalisation

transurethral (über die Harnröhre) oder perkutan (durch die Haut; meist suprapubisch sprich oberhalb des Schambeins)

Die Katheterisierung bedarf strenger, medizinisch begründete Indikation & ärztlicher Anordnung! Sie kann an das Pflegepersonal delegiert werden (CAVE: Legung des Harnkatheters beim Mann NUR durch DGKP)

Indikation
Katheterarten

- **Material** PVC, Latex, Silikon & spezielle Beschichtungen Biostabilität & Biokompatibilität Liegedauer bzw. Allergie entscheidet
- **Länge & Durchmesser** je nach Harnröhrenlänge (Harnröhrenlänge 3–5 cm Katheterlänge 20 cm; ca. 24 cm Katheterlänge 40 cm bei Dauerkatheter kommt bei beiden Geschlechtern i.R. ein 40 cm messender Katheter zur Anwendung) siehe Abb. 3
- Standarddurchmesser für Erwachsene beträgt 12–14 Charrière¹⁴
- **Katheterspitze** gerade und/oder flexible Spitze (Nelaton, Kugelkopf, Ergothen) oder bei urethralen Passagestörungen auch mit gebogener Spitze (Tiemann)¹⁴
- **Blockung** Dauerkatheter müssen um in der Blase zu bleiben, mit einer sterilen Flüssigkeit geblockt werden; meist steriles Aqua, vorzugsweise mit einem 8–10%ige Glycerin-Wasserlösung. NaCl sollte wegen Kristallisation vermieden werden; Menge entsprechend der Angaben am Katheter (siehe Abb. 4)
- **Urinaireitungssystem** geschlossen versus offen

Geschlechtsspezifische Unterschiede beim Transurethrale Katheter (TUK)

Abb. 3: Transurethraler Katheter beim Mann und bei der Frau

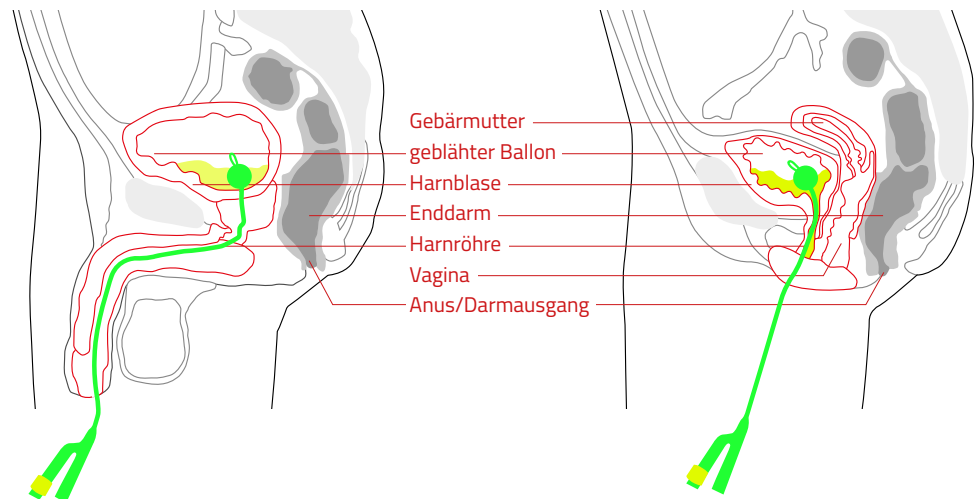


Abb. 4: Katheterende mit zwei Anschlussstellen



Material

- Steriles Katheterisierungsset (Schlitztuch, Tupfer, Pinzette, sterile Handschuhe – CAVE: meist Größe L → passende Größe mitnehmen, Auffangtasse od. Bettschutz)
- Schleimhautdesinfektionsmittel (z. B. Octenisept®)
- Sterile Spritze & sterile Blockflüssigkeit (8–10%ige Glycerin-Wasserlösung od. Aqua)
- Steriles Gleitmittel mit oder ohne Wirkstoff z. B. Cathejell Mono (ohne Zusatz) oder Instillagel® – anästhesierend & desinfizierend)
- Steriles Harnableitungssystem
- Steriler Katheter (2 Stück)
- Pflaster zur zusätzlichen Fixierung des Katheters an der Oberschenkelinnenseite
- Vorbereitung (Material & Methodik)
- Umfassende Information
- Wahrung der Intimsphäre
- Ermöglichung der Intimtoilette & Positionierung
- Hygienische Händedesinfektion & Flächendesinfektion der Arbeitsfläche
- Öffnen des Katheter-Sets & Präparation des Materials
- Bettschutz einbringen

Schlüsselmomente der Katheterisierung beim Mann¹⁵

- Sterile Handschuhe anziehen
- Lochtuch positionieren (Schlitz nabelwärts)
- Vorhaut mit nichtführender Hand (Rechtshänder*innen greifen mit der linken Hand) zurückschieben
- **Desinfektion der Glans** mit Pinzette(!) – 3-fach von Harnröhrenöffnung nach außen oder von Harnröhrenöffnung in Richtung Peniswurzel – **Einwirkzeit** von 1–2 Minuten bzw. je nach Herstellerangabe einhalten!
- Penis vorsichtig zur Decke strecken um Schleimhautfalten der Harnröhre zu glätten
- Gleitmittel um die Harnröhrenöffnung und in die Harnröhre einbringen – bei Gleitgelen mit Wirkstoffen Einwirkzeit beachten (siehe Herstellerangaben)!
- Katheter mit steriler rechten Hand – bei gebogener Spitze, mit Spitze zum Kopf des Patienten zeigend, entsprechend dem anatomischen Verlauf der Harnröhre – unter ständigem Nachfassen bis leichter Widerstand bzw. ca. 15 cm einführen
- Dann Penis in Richtung Fuß absenken um Harnröhrenkrümmung am Beginn der prostatistischen Harnröhre bzw. den äußeren Blasenschließmuskel zu überwinden
- Katheter bis zur Gabelung des Systems (siehe Abb. 2) vorschieben & mit Harnableitungssystem konnektieren
- Blocken mit steriler Flüssigkeit entsprechend Herstellerangaben blocken (siehe Abb. 2) und Katheter vorsichtig zurückziehen, bis leichter Widerstand spürbar
- Vorhaut wieder über die Glans ziehen
- Urinabfluss nach ca. 500 ml für ca. 30 Minuten mit Klemme unterbrechen
- Katheter fixieren (z. B. Transafix®) um Irritation der Blasenschleimhaut durch Manipulation zu reduzieren
- Restliches Gleitmittel & Material entfernen
- Patienten wieder in komfortable Position bringen ggf. beim Ankleiden unterstützen
- Über Verhaltensregeln (erhöhte Trinkmenge von 2–3l/tgl. soweit keine Kontraindikationen bestehen, korrekte Intimtoilette etc. informieren)
- Entsorgen des Materials & Hygienische Händedesinfektion
- Dokumentation

Restharn versus Blasenfüllung

Restharn ist jener Harn der nach Entleerung der Blase in der Blase zurückbleibt! Normalerweise besteht nach der Miktion kein Restharn, von signifikant pathologische Werte spricht man beim Erwachsenen über 100ml Restharn, bei Kindern ist ein Restharn über 10% der Harnblasenkapazität pathologisch.¹⁶ Sowohl der Restharn als auch die Blasenfüllmenge (ihr geht die Miktion nicht voraus) können nichtinvasiv transabdominal sonografisch Ultraschallgerät – z. B. Bladder Scan® – gemessen werden.¹⁷

Transabdominale Restharnbestimmung¹⁸

- Die Bestimmung des Restharnes erfolgt **unmittelbar** nach der Miktion.
- Hierzu soll der*die Patient*in eine komfortable Rücklage einnehmen
- Einstellen des Gerätes auf das richtige Alter & Geschlecht (bitte beachten Sie hierzu die Herstellerangaben!)
- Auftragen von Ultraschallgel suprapubisch; Wäscheschutz bereitstellen; CAVE: Gel wird von Patient*innen meist als kalt empfunden
- Je nach Herstellerangaben sind die Position der Pflegeperson und des Ultraschallkopfes unterschiedlich → dies im Vorfeld, nicht erst am Patienten prüfen!
- Aufsetzen des Ultraschall-Schallkopfes mit leichtem Druck oberhalb der Symphyse und Ausrichtung des Schallkopfes in erwarteter Lage der Blase → Aktivierung der Aufnahme
- Bei modernen Geräten wird nicht nur die Menge, sondern auch die Position der Blase mittels Fadenkreuzes angezeigt und kann ggf. korrigiert werden → ideal für aussagekräftige Ergebnisse ist eine zentrierte Darstellung der Blase am Darstellungsmonitor; ggf. können 1–2 weitere Aufnahmen erfolgen
- Information an den Patienten und Unterstützung bei der Nachsorge bzw. Entfernen des Gels
- Nachsorge (hygienisches Aufbereiten des Gerätes) inkl. Dokumentation

Weitere Möglichkeiten zur Restharnbestimmung

- Mittels 1x Katheterisierung – siehe Katheterlegen beim Mann, jedoch ohne Blockung
- Bei liegendem suprapubischem Katheter durch Abklemmen des Katheters, Sammlung des Urins bis Harndrang, Entleeren auf physiologischem Weg und dann Kontrolle möglicher Restharmenge durch Öffnen des Ableitungssystems

Legen einer nasogastralen Sonde

Sonde: Röhrenförmiges, starres oder flexibles Instrument für diagnostische und/oder therapeutische Zwecke die in Hohlorgane eingeführt wird; künstliche Verbindung ins Körperinnere → **invasiv** → Legung & Entfernung nur nach ärztlicher Anordnung!

Cave: Fremdkörper, natürliche Barriere des Körpers wird durchbrochen

→ Körperliche Verletzlichkeit, reduziertes **Wohlbefinden/Bewegungsfreiheit/Selbstständigkeit** und Ekel werden hierbei als Herausforderung oft vergessen!

Indikationen

- Enterale Ernährung (gastral-, duodenal, jejunal- kurzzeitig oder perkutan/PEG für längere Dauer) wenn oral nicht ausreichend möglich → Ernährungssonde
- Entlastung des Magens durch Ableiten von Magensaft → Entlastungssonde
- Kompression bei Ösophagus- oder Fundusvarizen (Sengstaken-Blakemore- od. Linton-Nachlas-Sonde) → Kompetenzbereich des Arztes

Legung der gastralen Sonde kann durch Ärztin/Arzt an DGKP und PFA delegiert werden!

Material

- **PVC** sehr starr → großes Fremdkörpergefühl & Gefahr von Drucknekrosen → für enterale Ernährung nicht einsetzen
- **Silikonkautschuk** sehr weich jedoch dickwandig → kleinerer Innendurchmesser
- **PU** weich daher reduziertes Fremdkörpergefühl & dünnwandig → größerer Innendurchmesser

Lumen

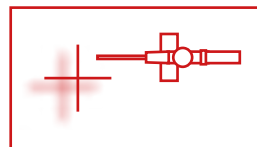
- Einlumig (Levin-Sonde) Ernährungssonde, nicht aber zum Ableiten von Magensaft gedacht
- Doppellumig (zweites, etwas kleineres Lumen dient der Belüftung während des optionalen Ableitens von Magensaft → Positionierung des Ablaufbeutels je nach Zweck über Magenniveau um unbeabsichtigtes Abfließen von Sekreten zu vermeiden oder bei beabsichtigter Ableitung

Schlüsselmomente beim Legen einer nasogastralen Sonde

- **Information** → Mobilität trotz Sonde besonders wichtig, Ängste reduzieren!
- Vereinbaren eines Signals für möglichen Abbruch durch den*die Patient*in während der Legung nimmt Angst und Gefühl des Ausgeliefertseins
- Wahrung der **Intimsphäre** & Vorbereiten des Materials
- (Unterstützen bei) Mund- & Nasenpflege sowie entfernen von Zahnprothesen
- **Positionierung** in halbsitzende Position
- Wahl des durchgängigeren Nasenlochs
- **Abmessen der Sonde** Strecke von Nasenspitze bis Ohrläppchen (ca. 10 cm beim Erwachsenen) dann bis epigastrischen Winkel (unterhalb des Brustbeins; ca. 40 cm beim Erwachsenen) Länge mit Permanentstift markieren
- RR & Pulskontrolle vor Start
- **Gleitfähigkeit** Sonde mit Gleitmittel präparieren (anästhesierende Wirkstoffe sollten vermieden werden, da sie das Schlucken beeinträchtigen können)
- Waagrechtes **Einführen** Sonde 10 cm vor Spitze fassen & waagrecht am Boden des unteren Nasengangs bis Rachenhinterwand einführen
- **Kopfbeugung** nun soll die betroffene Person den Kopf nach vorne beugen – dies begünstigt den Glottisschluss; zusätzlich kann die Person mit Hilfe eines Strohhalmes Wasser trinken
- **Schlucksynchroner Vorschub der Sonde bis zur Markierung** Achten Sie darauf, dass die Sonde sich nicht in der Mundhöhle aufrollt (nicht vorgekühlte Sonden oder solche mit Mandrinführung neigen weniger zum Zusammenrollen); inspizieren Sie Mundhöhle ggf. mit Spatel & Taschenlampe

- CAVE: während des Legens können starker Würge- und/oder Brechreiz provoziert werden! Schlucken von Flüssigkeit hilft! Zellstoff & Nierentasse bereithalten!
- **Lagekontrolle** entweder auskultatorisch, mittels pH-Wert-Bestimmung od. röntgenologisch → einfachste Methode mittels Blasenspritze ca. 20 ml Luft in die Sonde einbringen und gleichzeitig mittels Stethoskops im epigastrischen Winkel ein „blubberndes“ Geräusch auskultieren!
- **Fixierung** möglichst „frei“ im Nasenlumen um Druckulcerationen zu vermeiden; Hin- & Herrutschen der Sonde muss vermieden werden. Fixierung mit dafür vorgesehenem hautschützendem Pflaster & ggf. Positionierung des Beutels – bei ausschließlichem Aspirationsschutz 50 cm oberhalb des Magenniveaus oder bei gewünschter Ableitung bzw. Entlastung unter Bettkantenniveau → CAVE: genaue Dokumentation der abgeleiteten Sekretmenge!
- **Wohlbefinden** Mundpflege unmittelbar im Anschluss ermöglichen um Gleitmittel oder evtl. Erbrochenes zu entfernen, Fixierung so vornehmen das so wenig wie möglich Beeinträchtigung vorhanden
- **Prophylaxen** bei liegender Magensonde: Integrität der Mund- & Nasenschleimhaut durch reduzierte Speichelproduktion und vermehrter Mundatmung gefährdet (ggf. Parotitis), Pneumonie aufgrund Mundatmung, Gefahr von Druckulcerationen bei unprofessioneller Fixierung bzw. Materialauswahl und

1.3.5 Periphervenöse Verweilkanüle



VENFLON LEGEN

Starre und flexible Kanülen

Der Zweck einer peripheren Venenverweilkanüle (PVK) besteht darin Arzneimittel und Infusionen zu verabreichen sowie Blut abzunehmen. Dazu wird eine Kanüle in oberflächliche Venen eingelegt. Die Venenverweilkanülen werden in flexible und starre Systeme unterteilt.¹⁹

Der sogenannte Butterfly bzw. die Flügelkanüle zählt zu den starren Kanülen. An die starre Hohl- oder Nadel mit den Kunststoffflügeln ist ein knickstabiler Schlauch angeschlossen, welcher am Ende einen Luer-Lock-Anschluss hat. Dieses System sollte nur bei kurzer Liegedauer bzw. zur Blutentnahme verwendet werden. Flexible Venenverweilkanülen setzen sich aus einer inneren Hohl- oder Nadel und einem Kunststoffschlauch zusammen, welcher die Hohl- oder Nadel umhüllt. Die Größe der Venenverweilkanüle wird in Gauge angegeben. Zusätzlich gibt es eine Farbkodierung zur besseren Differenzierung. Die Größenauswahl ergibt sich aus dem Venenverhältnis, der Liegedauer und der Durchflussrate. Um schnell Flüssigkeit oder Blut zu verabreichen ist es notwendig eine möglichst große Venenverweilkanüle zu wählen.¹⁹

Punktionsort

Wenn eine mehrtägige Liegedauer vorgesehen ist, sollte ein PVK beim Erwachsenen bevorzugt am Handrücken oder am Unterarm angelegt werden. Die Anlage in der Ellenbeuge, am Oberarm oder an den unteren Extremitäten sollte nach Möglichkeit vermieden werden.²⁰

- Patient*inneninformation
- Händedesinfektion
- Staubbinde 10 cm oberhalb der Punktionsstelle anlegen
- Venen suchen und palpieren
- Hautdesinfektion
- Handschuhe anziehen
- Einstechwinkel ca. 30 Grad
- Durchstechen der Gefäßwand

- Kanüle platzieren
- Staubinde lösen
- PVK spülen und verschließen
- sterilen Wundverband anbringen^{21,22}

Erhaltungspflege

Mindestens einmal täglich sollte die Indikation für einen PVK im Zuge der Visite geprüft werden. Ebenso sollte der Verband eines PVK einmal pro Tag überprüft. Außerdem ist eine sofortige Überprüfung notwendig wenn der/die Patient*in subjektive Beschwerden angibt. Wenn der Verband verschmutzt ist, durchfeuchtet ist, sich ablöst oder der Verdacht einer Infektion vorliegt, muss der Verband sofort gewechselt werden.

Bei einem/einer wachen Patient*in sollte die Punktionsstelle, sofern mit einem Gazeverband versorgt, einmal täglich nach sorgfältiger Händedesinfektion die Punktionsstelle durch den Verband palpirt werden. Bei Palpationsschmerz ist dies als Zeichen einer Phlebitis zu werten.

Bei einem transparenten Verband ist eine Palpation nicht notwendig, da die Punktionsstelle inspiziert werden kann. Sollten die Patient*innen nicht in der Lage sein einen Palpationsschmerz anzugeben, muss ein Gazeverband täglich gewechselt werden. Daher empfiehlt sich hier der Einsatz eines transparenten Folienverbandes.

Eine hygienische Händedesinfektion ist vor- und nach jedem Verbandswechsel durchzuführen. Der Verband muss im Bereich der Punktionsstelle steril sein. Beim Verbandswechsel wird die Punktionsstelle daher weder mit unsterilem Material noch mit den Fingern berührt. Sollte eine Berührung notwendig sein, so sind sterile Handschuhe zu tragen.

Der Verbandswechsel erfolgt:

- frühestens nach 72 Stunden, sofern kein Verdacht auf eine lokale Komplikation besteht bzw. bei Verwendung eines Folienverbandes verbleibt dieser 7 Tage (Herstellerangaben beachten)
- sofort bei Verschmutzung, Durchfeuchtung oder Ablösung des Verbandes
- sofort bei Blut- oder Feuchtigkeitsansammlung unter dem Verband²³

Kanülenwechsel

Auf Grund unterschiedlichster Studien ist ein routinemäßiger Wechsel der PVK nicht empfohlen, wenn die Präventionsmaßnahmen gegen Infektionen entsprechend durchgeführt werden.²⁰

1.3.6 Kompetenzen bei Notfällen

Abb. 5: Wiederbelebung Erwachsene*r²⁴



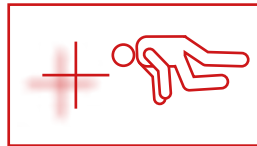
Reaktion prüfen

Lautes Ansprechen „Ist alles in Ordnung?“ & schütteln



Atemwegkontrolle

Patient*in auf den Rücken drehen
Überstrecken Sie den Kopf leicht um so die Atemwege frei zu machen

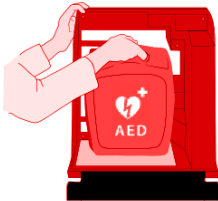


STABILE SEITENLAGE



Atmung durch Sehen, Hören und Fühlen kontrollieren (10 sec)

Sollten Sie Zweifel, ob der/die Patient*in normal atmet, beginnen Sie mit CPR



Reagiert der/die Patient*in nicht und es ist keine normale Atmung zu vernehmen

Alarmieren Sie den Rettungsdienst (144)



AED: Lassen Sie einen AED bringen

Schicken Sie eine andere Person los, um den AED zu holen. Sind Sie alleine, lassen Sie den/die Patient*in nicht allein, beginnen Sie mit CPR



Beginnen Sie mit Thoraxkompressionen

Knien Sie neben dem/der Patient*in

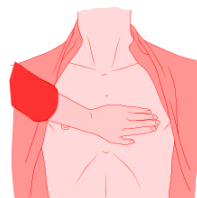
Legen Sie den Ballen der Hand auf die Brust-Mitte (untere Hälfte des Sternum)

Legen Sie den Ballen der anderen Hand auch die erste Hand

Die Finger ineinander verschränken, so dass diese nicht auf die Rippen des/der Patient*in drücken

Arme gerade halten.

Keinen Druck auf den Oberbauch oder das untere Ende des Brustbeins ausüben



Schultern senkrecht über den Brustkorb des/der Patient*in.

Das Brustbein mind. 5 cm (jedoch nicht mehr als 6 cm) nach unten drücken.

Nach jeder Kompression den Brustkorb zur Gänze entlasten – ohne den Kontakt zwischen ihren Händen und dem Brustkorb zu verlieren

Wiederholungen mit einer Frequenz von 100–120/min



Kombinieren Sie Thoraxkompression mit Atemspende (30:2)

Nach 30 Kompressionen – Atemwege freimachen durch Überstrecken des Halses und Anheben des Kinns.

Mit Daumen und Zeigefinger die Nase durch Zusammendrücken verschließen

Der Mund soll sich öffnen

Atmen Sie normal ein, und legen Sie Ihre Lippen gut abgeschlossen, auf den Munde des/der Patient*in

Beatmen Sie den/die Patient*in gleichmäßig, kontrollieren Sie ob sich der Brustkorb hebt.

Lösen Sie Ihren Mund von der/die Patient*in und beobachten das Senken des Brustkorbs, beim Entweichen der Luft.

Wiederholen Sie die Beatmung um insgesamt 2 effektive Beatmungen zu erzielen.

Für diese zwei Beatmungen soll die Thoraxkompression nicht für mehr als 10 sek. unterbrochen werden.

Führen Sie weitere 30 Kompressionen durch.



Sollten Sie körperlich nicht in der Lage sein zu beatmen: führen Sie nur Herzdruckmassage fort (100 – 120/min)



Wenn AED vor Ort: Schalten Sie den AED ein, kleben Sie die Elektroden.

Sollten mehrere Personen vor Ort sein, unterbrechen sie die CRP nicht während dem Aufkleben der Patches.



Folgen Sie den Anweisungen des AEDs



Wird ein Schock empfohlen – lösen Sie ihn aus

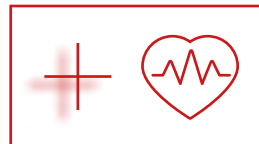
Stellen Sie sicher, dass keiner der Helfer*innen den/die Patient*in berührt.

Nach dem Schock: unverzüglich CPR 30:2 fortführen.

Folgen Sie den Anweisungen des AEDs.



Wird kein Schock empfohlen: Führen Sie die CPR weiter



WIEDERBELEBUNG UND DEFI



Kein AED Verfügbar: Fahren Sie CPR 30:2 fort bis:

Bis ein professionelle*r Helfer*in Sie anweist, aufzuhören.

Der/Die Patient*in aufwacht.

Sie erschöpft sind.

Wenn der/die Patient*in nicht reagiert aber normal atmet

Wenn Sie sicher sind, dass der/die Patient*in normal atmet, aber dennoch keine Reaktion zeigt, drehen Sie ihn in die stabile Seitenlage.

Selten wird der Kreislauf durch CPR alleine wiederhergestellt. Wenn Sie nicht sicher sind, führen Sie CPR bis der/die Patient*in

- aufwacht
- bewegt
- die Augen öffnet
- normale Atmung einsetzt



Bei Verschlechterung des Zustands, beginnen Sie wieder mit CPR 30:2

2. PSYCHOLOGISCHE ASPEKTE

2.1. Gewalt & Deeskalation

„Neuere Forschungsergebnisse zeigen ein überraschend hohes Ausmaß an Aggression und Gewalt gegen im Krankenhaus Tätige. Gewalt gegen Pflegende war bis vor wenigen Jahren ein nahezu tabuisiertes Thema. Obwohl in vieler Hinsicht von hoher Relevanz, wurde darüber kaum gesprochen, wenig geforscht sowie Auswirkungen und Folgen kaum diskutiert“²⁵.

Da die Begriffe „Aggression“ und „Gewalt“ umgangssprachlich oft synonym verwendet werden, sind hier die Ergebnisse der Zusammenführung unterschiedlicher Quellen und Definitionsversuche von Johannes Nau u. a. mit Blick auf das Gesundheits- und Sozialwesen dargestellt²⁶:

- Angelehnt an Anderson (2002) wird Gewalt als Untertyp der Aggression gesehen: Gewalttätiges Verhalten ist die ausgeprägte Form von aggressivem Verhalten.²⁷
- Ob etwas die Bedeutung von Gewalt oder Aggression hat, hängt nicht nur von Absichten und erkennbaren Äußerlichkeiten ab, sondern auch vom Erleben der betroffenen Person; dies ist ein Bestimmungsfaktor für den weiteren Umgang mit der Situation.
- Aggressives Verhalten hat die Schadenserzeugung zum Ziel (es handelt sich also nicht um ein Versehen), die Schädigungsabsicht muss dem Aggressor jedoch nicht bewusst sein.
- Schadenserzeugung ist nicht nur vom Tun abhängig, sondern auch durch Unterlassung möglich.
- Schaden ist alles, was geschädigt worden ist (psychisches Wohlbefinden, körperliche Unversehrtheit, Gegenstände).

Im Gesundheitsbereich wird von „Zwang“ im Zusammenhang mit Aggression und Gewalt gesprochen, wenn vom Aggressor ein Tun oder Unterlassen erzwungen werden muss, um Unglück für ihn selbst und/oder seine Zielperson(en) abzuwenden. Auch wenn Zwangsmaßnahmen dann notwendig sind, haben sie sowohl auf die Betroffenen als auch auf die MitarbeiterInnen starke Auswirkungen. Ziel professionellen Handelns müssen daher die besondere Aufmerksamkeit und Sorgfalt sein, um Zwangsmaßnahmen so entbehrlich wie möglich zu machen und – falls sie doch einmal notwendig sind – ohne jegliche aggressiven Impulse seitens des Personals.

Aggression und Gewalt gegen Pflegepersonen

Laut Schirmer et al. (2012) kann im pflegerischen Alltag zwischen den nachfolgenden vier Arten von Aggression und Gewalt unterschieden werden²⁸:

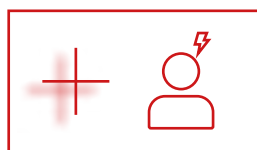
- Verbal aggressives Verhalten: Patienten oder Bewohner, die vor sich hin fluchen, andere beschimpfen oder gar Gewalt androhen.
- Nonverbale Gewaltandrohungen wie z. B. „mit dem Fuß aufstampfen“, spucken oder mit dem Gehstock drohen.
- Tätlich aggressives Verhalten beinhaltet sowohl eine beabsichtigte Zerstörung von Gegenständen als auch die Anwendung von körperlicher Gewalt.
- Selbstgerichtete Aggression, die sich zum Beispiel in Selbstverletzungen oder auch in Suizidhandlungen äußert.

Verschiedene empirische Untersuchungen zeigen, dass das Risiko eines Übergriffs durch psychiatrische Patienten (und hier insbesondere in akuten Krankheitsphasen, z. B. während einer akuten schizophrenen Psychose) und Menschen mit schwerer geistiger Behinderung um das 5-Fache erhöht ist*. In psychiatrischen Kliniken sind gewaltsame Übergriffe durch Patienten die häufigsten Arbeitsunfälle (ca. 40% nach einer Statistik des Gemeindeunfallversicherungsverbands Westfalen-Lippe). Bei Menschen mit geistiger Behinderung treten aggressive Verhaltensweisen umso häufiger auf, je retardierter bzw. kognitiv beeinträchtigt sie sind. Um ihre aggressiven Impulse auszuleben, stehen ihnen oft nur elementare, sozial wenig akzeptierten Reaktionsformen (z. B. Wutanfälle) zur Verfügung. Durch aggressive Verhaltensweisen können Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung etwas mehr Kontrolle über ihr eigenes Leben bekommen. Das aggressive Verhalten kann als Bewältigungsstrategie verstanden werden, welche oft aufrecht erhalten bleibt, wenn keine Alternativen angeboten oder wirkungsvoll eingesetzt werden können. Aggressionen bei schwer behinderten Menschen erscheinen häufig vorhersehbar, weil sie in ähnlichen Situationen wiederkehren²⁹.

Aber auch Personen mit Substanzmittelgebrauch, insbesondere bei Alkohol bzw. Komorbidität mit Psychosen und Persönlichkeitsstörungen, sowie Menschen mit einer hirnorganischen Störung haben ein deutlich erhöhtes Risiko²⁸. Männliche Patienten neigen eher zu aggressivem Verhalten als weibliche. Oft sind diese zwischen 20 und 40 Jahre alt, haben eine mehrjähriger Krankheitserfahrung und oft liegt Alkoholmissbrauch vor³⁰. Betroffen von Übergriffen sind nach Richter und Berger (2001) vor allem jüngere berufsunerfahrene Mitarbeiter im pflegerischen Bereich³¹.

Risikoeinschätzung

Theoretisches Wissen über Risikofaktoren und das Erkennen, wann die Wahrscheinlichkeit für Gewalt steigt, ist wesentlich, um so früh wie möglich deeskalierend einwirken zu können.

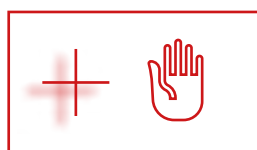


RISIKOFAKTOREN

Präventionsstufen zur Gewalt nach Ketelsen et al. ³²

- Primäre Prävention: Vorbeugen von aggressivem Verhalten durch Erkennen und Berücksichtigen von Risikofaktoren (z. B. Wartezeiten)
- Sekundäre Prävention: Vorbeugen einer stärkeren Eskalation durch gezielte deeskalierende Maßnahmen bei aggressivem Verhalten
- Tertiäre Prävention: Nachbereiten eines aggressiven Vorfalls, Analysieren der aggressiven Eskalation, Besprechen des Vorgehens bei sich zukünftig anbahnendem aggressivem Verhalten

Die North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) beschreibt wesentliche Risikofaktoren für Gewalttätigkeit in der Vorgeschichte des Patienten (z. B. Gewalt gegen Andere, Drohungen, antisoziales Verhalten, Konfrontation mit Gewalt in der Familie und Alkohol) und in der aktuellen Situation (zum Beispiel neurologische Störungen, kognitive Störungen, psychotische Symptomatik, Impulsivität, Körpersprache). Für die kurzfristige Vorhersage von gewalttätigen Übergriffen sind Anzeichen wie feindselige Stimmung, Zeichen ungewöhnlicher Aufregung oder Passivität, psychomotorische Erregung oder Anspannung, gewalttätige Gestik, geringer Körperkontakt oder Sachbeschädigung, rasche Stimmungsschwankungen, übersensible Reaktionen auf Kontaktangebote oder Kritik, sowie (in stationären Einrichtungen) erhöhtes Gewaltrisiko am Tag der Aufnahme und in der ersten Woche wichtige Indikatoren³³.

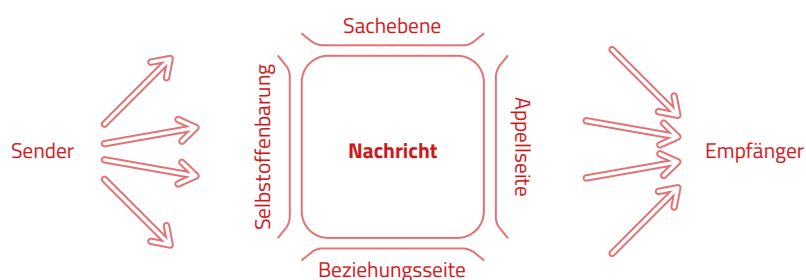


SEKUNDÄRPRÄVENTION

Für die Einschätzung des Gewalttrisikos im stationären Rahmen eignet sich die modifizierte Brøset-Gewalt-Checkliste (BVC-CH)³⁴. Dabei werden die Bewohner/Patienten in den Bereichen „Verwirrung“, „Reizbarkeit“, „Lärmen“, „körperliches Drohen“, „verbales Drohen“ und „Angriff auf Gegenstände“ eingeschätzt. Gemeinsam mit der subjektiven Einschätzung ergibt sich eine Risikovorhersage auf deren Grundlage schnell interveniert werden kann.

Kommunikation: die vier Seiten einer Nachricht

Um Eskalationen vorzubeugen ist das Grundverständnis von Kommunikation hilfreich. Es ist nicht möglich rein sachlich zu kommunizieren, zwischenmenschliche Kommunikation hat mehrere Seiten. In dem Modell von Friedemann Schulz von Thun (1981) werden zusätzlich zum „Sachinhalt“ einer Nachricht noch drei weitere Seiten beleuchtet.³⁵



In seinem Buch „Miteinander Reden 1: Störungen und Klärungen“ illustriert Schulz von Thun dies mit einem Beispiel aus dem Alltag, in dem ein Mann (Beifahrer) und eine Frau (am Steuer) gemeinsam im Auto fahren. Der Mann sagt zu der Frau: „Du, da vorne ist Grün!“

1. Sachinhalt – Worüber ich informiere

Hier geht es nur um die Sache. In dem Beispiel um den Zustand der Ampel – sie zeigt Grün an. Der Sachinhalt wird nur selten angezweifelt und kann meist verifiziert werden.

2. Selbstoffenbarung – Was ich von mir selbst kundgebe

In jeder Kommunikation gibt der Sender auch etwas über sich selbst preis. Schulz von Thun wählte den Begriff bewusst um „damit sowohl die gewollte Selbstdarstellung als auch die unfreiwillige Selbstenthüllung einzuschließen“. In dem Beispiel könnte dies z. B. sein, dass der Beifahrer es eilig hat. Bei der Selbstoffenbarung handelt es sich meist um Ich-Botschaften.

3. Beziehung – Was ich von Dir halte und wie wir zu einander stehen

Die Beziehungsebene umfasst zwei Arten von Botschaften.

- Du-Botschaften: Was hält die/der SenderIn von der/dem EmpfängerIn?
- Wir-Botschaften: Wie sieht die/der SenderIn die Beziehung zwischen sich und der/dem EmpfängerIn?

In dem Beispiel könnte diese sein:

- „Du kannst nicht Auto fahren.“
- „Ich bin der bessere Autofahrer von uns beiden, lass mir dir sagen, wenn du zu langsam fährst.“

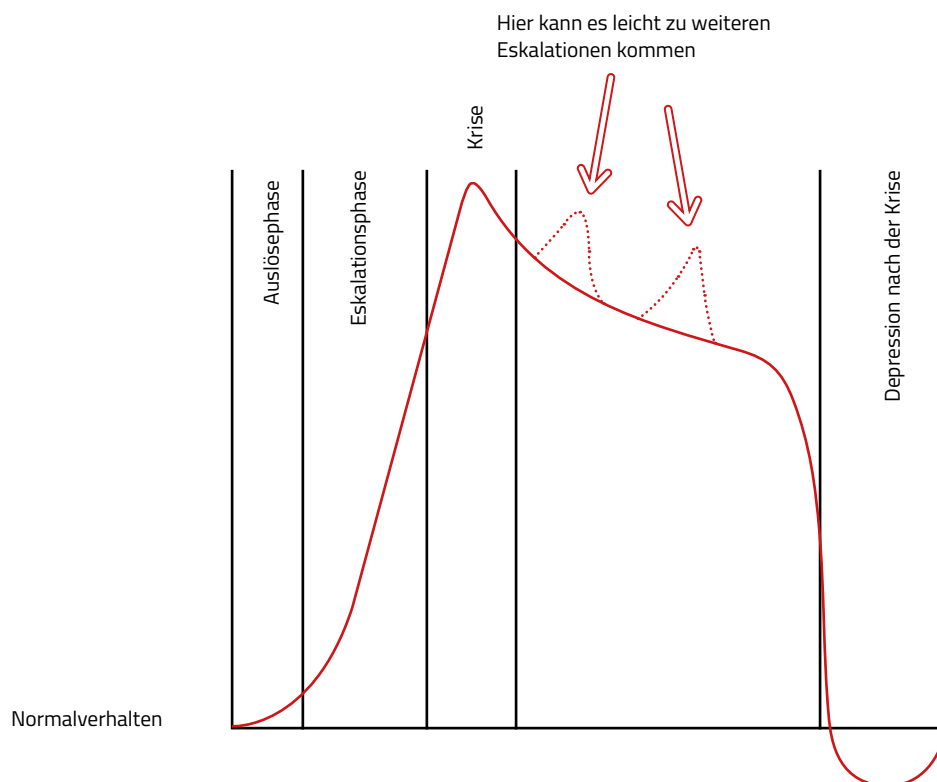
4. Appell – Wozu ich dich veranlassen möchte

Fast jede Nachricht hat auch den Zweck, die/den EmpfängerIn zu etwas zu bewegen. Dies kann offen oder versteckt (manipulativ) passieren. Im Beispiel möchte der Beifahrer die Fahrerin mit dem Appell vielleicht dazu bringen schneller zu fahren, um noch bei Grün über die Ampel zu kommen.

Für die Praxis im beruflichen Alltag bedeutet dies, möglichst klar und bewusst zu kommunizieren. Bezugnehmend auf die vier Seiten der Kommunikation bedeutet dies:

- Sachebene: „Wie kann ich den Sachinhalt möglichst klar und verständlich kommunizieren?“
- Selbstoffenbarung: „Was möchte ich über mich selbst aussagen?“
- Beziehungsseite: „Wie möchte ich Menschen durch die Art meiner Kommunikation behandeln?“
- Appellseite: „Was möchte ich erreichen? Wie teile ich dies möglichst klar und verständlich mit?“

Abb. 6: Interventionsmöglichkeiten anhand der Eskalationsphasen

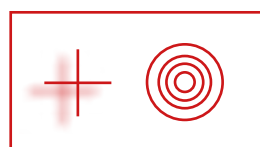


Die Interventionsmöglichkeiten werden anhand des Eskalationsmodells von Glynis Breakwell (1998) dargestellt³⁶. Sie hat Eskalationen in Kliniken, Schulen und der Sozialarbeit wissenschaftlich untersucht und festgestellt, dass die meisten Gewaltausbrüche nach einer bestimmten Reihenfolge ablaufen.

In der Auslösephase beginnt die Person sich von ihrem Grund- oder Normalverhalten zu entfernen. Solche Veränderungen können sich sowohl im verbalen (schimpfen, ...) als auch im nonverbalen (Vermeiden des Augenkontakts, ...) Verhalten zeigen. Die Auslöser dafür sind nicht immer beobachtbar und können z. B. Zeitdruck, Überschreitung der Privatsphäre oder psychotisches Geschehen sein.

Deeskalation

Versuchen Sie alles, was zu unnötigem Stress führt, zu minimieren. Das können zum Beispiel lange Wartezeiten oder strukturelle Gewalt (Du musst das anziehen!) sein. In dieser Phase ist es sinnvoll die Bedürfnisse und Gefühle des Gegenübers zu erfragen. Um dafür die richtigen Worte zu finden, eignet sich das Modell der „Gewaltfreien Kommunikation“³⁷.



DEESKALATION

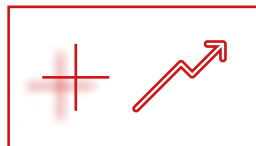
Modell der Gewaltfreien Kommunikation

Ziel der gewaltfreien Kommunikation ist es Konflikte aufzulösen und dabei die Anliegen und Bedürfnisse der Beteiligten aufzuspüren und konstruktive Lösungen zu ermöglichen. Durch Anwendung seiner Methode kann Verständniszugewinn (Empathie) für sich selbst (Selbstbehauptung) als auch für das Gegenüber (Einfühlung) erreicht werden, wodurch Abwehr oder Aggression unnötig werden. Beobachtungen, Gefühle und Bedürfnisse werden dabei benannt und mit einer konkreten Bitte abgeschlossen.

Beispiel

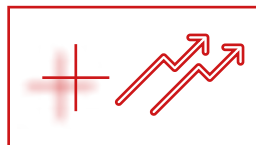
Anstatt: „Beruhigen Sie sich, so kann man sich nicht benehmen, ich kann es auch nicht ändern!“, kann deeskalierend wirken: „Ich merke, wie wütend Sie gerade sind. Ich verstehe das. Was kann Ihnen jetzt helfen?“ Wenn die Person selbst nicht weiß, was ihr guttut, machen Sie ihr ein Angebot. Sie können zum Beispiel fragen: „Möchten Sie ein Glas Wasser?“

Rosenberg bezeichnet die gewaltfreie Kommunikation auch „language of the heart“.



ESKALATIONSPHASE 1

In der Eskalationsphase wird die Abweichung vom Grund- oder Normalverhalten immer offensichtlicher, ohne Deeskalationsmaßnahmen kommt es zu gewaltsamem Verhalten. Es kann in dieser Phase bereits zu ansteigender Lautstärke beim Sprechen oder motorischer Unruhe kommen. Ein normales Gespräch ist nicht mehr möglich.



ESKALATIONSPHASE 2 / TIPP

Deeskalation

Da Menschen in diesem emotionalen Zustand nur sehr beschränkt aufnahmefähig sind, muss die sogenannte „Krisenkommunikation“ eingesetzt werden²⁸. Sie ist kurz und simpel. Das Gegenüber soll mit Namen angesprochen werden und eine sehr prägnante Anweisung folgen. Zum Beispiel „Stopp, Andreas“ oder „Frau Huber, setzen Sie sich“. Belehrungen sind in dieser Phase kontraproduktiv.

In dieser Situation kann es bereits Sinn machen Kollegen dazu zu holen. Allerdings nicht um gemeinsam „gegen“ den Patienten oder Bewohner vorzugehen, sondern zur Beruhigung der Situation, alleine durch die physische Anwesenheit. In der Phase der Krise wird die betroffene Person zunehmend körperlich und psychisch erregt. Hierbei verringert sich ihre Kontrolle über aggressive Impulse.

Intervention

Wenn es zu einer Eskalation kommt, ist das vorrangige Ziel, Sicherheit herzustellen und Schaden zu vermeiden. Falls andere Personen in der Nähe sind, sollten Sie diese sofort in Sicherheit und aus dem Raum bringen. Sie selbst müssen jetzt einschätzen, ob sie ebenfalls der Situation entfliehen oder ob Zwangsmaßnahmen zu ergreifen sind.

Wichtig: Im Stationsalltag wird die eigene Sicherheit oft vernachlässigt. Im Eifer des Geschehens wird häufig nur noch daran gedacht das aggressive Verhalten des Gegenübers zu beenden. Damit wird in der Phase der Krise jedoch oft das Gegenteil erreicht. Setzen Sie Zwangsmaßnahmen daher nur ein, wenn dies unbedingt nötig ist und Sie es sich in der konkreten Situation zutrauen. Nach der Krise findet die Person in der Erholungsphase in der Regel wieder zu ihrem Normalverhalten zurück, sie bleibt jedoch noch während einer gewissen Zeitspanne erregt und es kann vorkommen, dass es zu einem erneuten Gewaltausbruch kommt.

In dieser Zeit, ungefähr bis 1,5 Stunden nach der Eskalation, sollte die betroffene Person daher keinen weiteren Auslösern ausgesetzt werden. Achten Sie darauf, dass die Person sich in einer stillen und geschützten Umgebung beruhigen kann. Falls mehrere Personen involviert sind, die aneinandergeraten sind, trennen Sie diese räumlich.

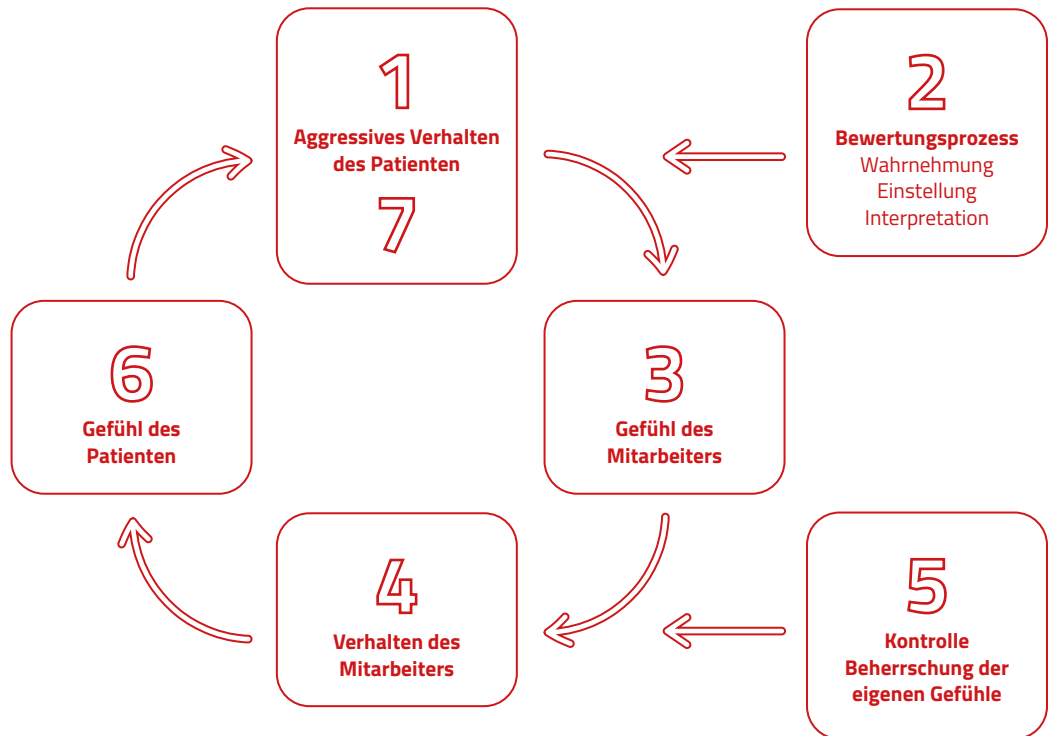
Die letzte Phase wird als Depression nach der Krise bezeichnet. Die Person ist sowohl psychisch als auch physisch erschöpft. In dieser Phase sinkt das Erregungsniveau deutlich unter den Normalzustand ab. Es kommen Gefühle wie Trauer, Scham oder auch Verleugnung auf. Ziel in dieser Phase ist es Beziehungssicherheit herzustellen und die betroffene Person dabei zu unterstützen, wieder zum Normalzustand zurückzukehren. Oftmals lohnt sich eine Nachbesprechung im Team, wobei der Verlauf besprochen wird, Früherkennungszeichen festgehalten werden sowie die ergriffenen Maßnahmen zur Deeskalation ausgewertet werden. Damit diese gesammelten Erkenntnisse für das nächste Mal genutzt werden können, ist es von Vorteil, die Ereignisse und Schlussfolgerungen gut zu dokumentieren.



Der Einfluss von persönlichen Bewertungsprozessen

Nicht zu vernachlässigen ist der eigene Anteil an einem möglichen Eskalationsprozess. Wie wir auf herausfordernde Situationen im Berufsalltag reagieren hängt von Faktoren wie Berufserfahrung, Tagesverfassung, Persönlichkeitsmerkmalen usw. ab. Der Einfluss von Bewertungsprozessen wird im ProDeMa-Konzept, das den Fokus auf Gewalt in Pflegeberufen gerichtet hat dargestellt³⁸:

Abb. 7: ProDeMa-Konzept

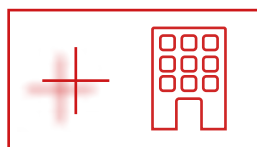


Wie ein Mensch auf aggressive Verhaltensweisen (1) reagiert, hängt davon ab, wie er sie wahrnimmt, erlebt und interpretiert (2). Dieser Bewertungsprozess entscheidet darüber, welches Gefühl (3) entsteht und dies beeinflusst das Verhalten (4), also die Reaktion. Der größte „Fehler“ im Umgang mit einer aggressiven Person ist, die Aggression gegen sich persönlich zu interpretieren. Dies kann auch unbewusst geschehen und führt dazu, dass man auf die Aggression mit den entsprechenden persönlichen Gefühlen reagiert und damit in seiner Verhaltensreaktion auf die Aggression einsteigt.

Ein professioneller Umgang mit Aggressionen von Bewohnern und Patienten ist nur durch die Beherrschung und Kontrolle (5) der eigenen Gefühle möglich. Durch eine konstruktive und deeskalierende Reaktion kann das Gefühl des Gegenübers (6) positiv beeinflusst und Eskalationen im Vorfeld vermieden werden.

Organisationskultur

Aggression und Gewalt im Beruf dürfen nicht einfach hingenommen werden. Gerade in Bereichen mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit von Eskalationsereignissen ist es notwendig eine Kultur des konstruktiven Umgangs mit Konflikten zu entwickeln. Dazu gehören verpflichtende Schulungen für alle betroffenen MitarbeiterInnen und Teamsupervisionen in denen erarbeitet wird, welches Verhalten akzeptiert wird und welche Maßnahmen bei inakzeptablem Verhalten getroffen werden. Wichtig ist, dass alle Teammitglieder möglichst einheitlich agieren. Zusätzlich soll es in diesem Rahmen oder in Einzelsupervisionen möglich sein, tatsächlich eingetretene Fälle nach zu besprechen.



UNTERNEHMENSKULTUR

2.2. Selbstsicher und achtsam Veränderungen meistern

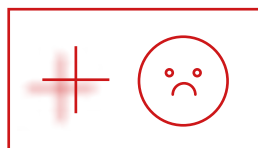
Obwohl Veränderungen uns unser gesamtes Leben begleiten, ist es dennoch oft schwer, diese zu bewältigen. Insbesondere die Karenzzeit und die damit verbundenen Wechsel bzw. Übergänge von Arbeit in die Kinderbetreuung und wieder zurück in den Beruf stellen eine einschneidende Veränderung dar³⁹.

Steiner et al. (2013) beschreiben, dass diese Übergänge oft auch mit – teilweise irrationalen – Ängsten besetzt sind. Diese sollen nicht ignoriert oder gewaltsam übergangen, sondern in ihrer wichtigen Funktion wahrgenommen und dementsprechend gut integriert und gemeistert werden. Auf Basis von Achtsamkeit und Selbstsicherheit lassen sich berufliche wie private Veränderungen und die damit verbundenen Aufgaben und Herausforderungen menschengerechter, effektiver und gesünder bewältigen³⁹.

Veränderungen im Leben und Wiedereinstieg in den Beruf – wie gehen wir damit um?

Grundsätzlich kann man sagen, dass das Leben in sich Veränderung ist. „Nichts ist beständiger als der Wandel!“ werden bereits die alten Philosophen zitiert. Entwicklung und Veränderung sind Wesensmerkmale des Lebens. Einige Veränderungen sind so selbstverständlich, dass wir sie kaum wahrnehmen, andere gilt es bewusst zu steuern und in die Wege zu leiten, gerade wenn sich die äußeren Rahmenbedingungen ändern. Wie stehen Menschen grundsätzlich zu Veränderungen? Menschen lieben, wie die Natur, das Gleichgewicht, und verändern sich von Haus aus nicht gerne, zumindest nicht ohne Not und Notwendigkeit. Auch wenn ein Zustand beklagt und als nicht wünschenswert wahrgenommen wird, ist man noch lange nicht bereit, einen aktiven Beitrag zur Änderung zu leisten. Für eine Veränderung benötigt der Mensch Antriebsenergie. Dabei wirken zwei Kräfte auf den Menschen ein: Lust und Angst. Beides ist in einer balancierten Dosierung nötig und letztendlich entscheidet die Kosten-Nut-

zen-Rechnung über die Veränderungsbereitschaft⁴⁰. Da Personen beim Wiedereinstieg in den Beruf zwangsläufig mit einer gravierenden Veränderung der Lebenssituation konfrontiert werden, kann in diesem Zusammenhang im Extremfall sogar von einer Veränderungskrise gesprochen werden.



BELASTUNGSSITUATIONEN

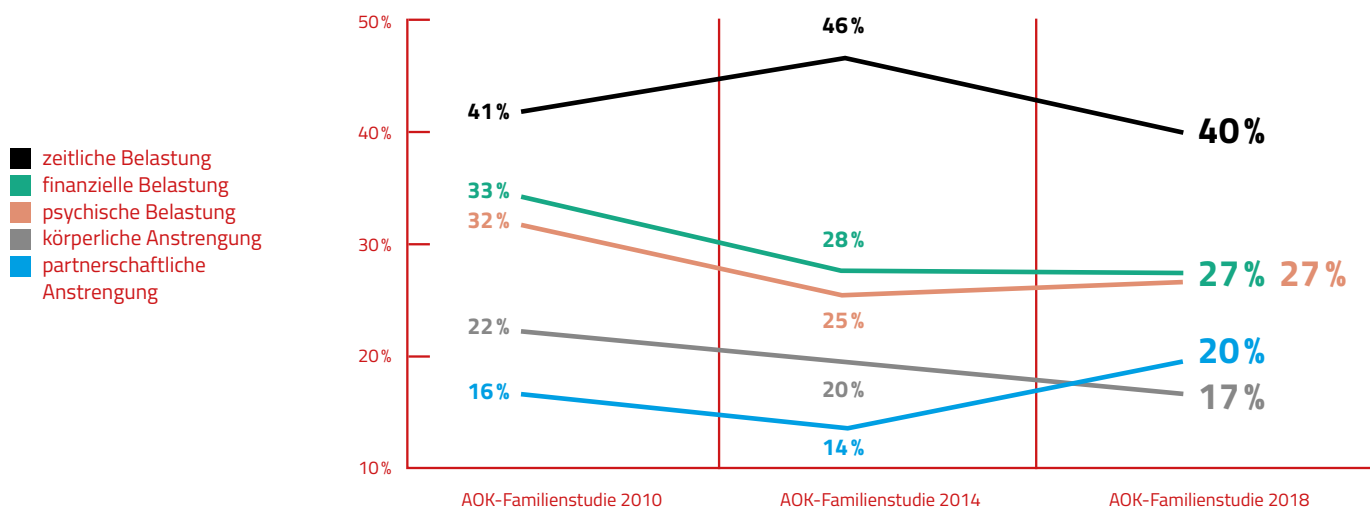
Neben der Belastung durch die Veränderung in Form des Wiedereinstiegs ist generell zu beachten, dass es durch die neue Lebenssituation, sprich Kombination von Arbeit und Familie, zu einer erhöhten Belastungssituation auf verschiedensten Ebenen kommt. Die zeitlichen und finanziellen Ressourcen gilt es neu zu verteilen, was sich wiederum in einer erhöhten psychischen und körperlichen sowie partnerschaftlichen Belastung äußern kann. Eine Studie die diese Veränderungen illustriert ist die AOK Familienstudie aus dem Jahr 2018⁴¹.



BELASTUNGEN IM PFLEGEBERUF

Folgende Abbildung veranschaulicht dies:

Abb. 8: AOK-Familienstudie, 2018

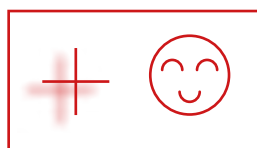


Steiner et al. betonen, dass insbesondere Frauen nach einer längeren Abwesenheit vom Erwerbsarbeitsmarkt oft vor einer völlig neuen Situation stehen. Es gilt die Qualifikationen auf den neuesten Stand zu bringen, beruflichen Kontakte und Netzwerke sind nicht mehr vorhanden, ihre Prioritäten haben sich in Richtung Familie und Haushalt verschoben.³⁹ Die Organisation von Familie und Beruf stellt sich als erheblich aufwendiger heraus als gedacht und/oder sie müssen mit wesentlich weniger Einkommen rechnen als vor der Unterbrechung der Erwerbsarbeit. Hier gilt es, die neuen Herausforderungen zu identifizieren und einen individuellen Umgang mit ihnen zu finden. Eine Standortbestimmung, beispielsweise mittels Selbstreflexion der eigenen Stärken und Schwächen, der Bewusstmachung der eigenen Lebensrolle(n), der Entwicklung von Perspektiven für die berufliche und private Zukunft kann ein erster Schritt dazu sein.

Selbstsicherheit, Selbstvertrauen und Selbstwert im beruflichen wie im privaten Umfeld

„Ich bin im Einklang mit mir und der Welt. Ich fühle mich wohl in meiner Haut. Ich bin zufrieden mit mir, mit dem wie ich bin und was ich mache. Ich blicke optimistisch und vertrauensvoll in die Zukunft. Ich bin zuversichtlich und guten Mutes, Schwierigkeiten überwinden und Probleme lösen zu können. Meine Umgebung macht einen freundlichen und wohlwollenden Eindruck. Die Begegnungen mit anderen Menschen erlebe ich angenehm und befriedigend. Ich bin im Einklang mit mir und der Welt.“⁴²

Entsprechend diesem Vorstellungsbild für ein ideales positives Selbstwertgefühl nach Schachinger⁴², stellt die berufliche Tätigkeit einen zentralen Faktor im Selbstbild eines erwachsenen Menschen dar. Sie übt einen zentralen Einfluss auf unser Selbstwertgefühl aus⁴².



SELBSTWERT

Im Rahmen einer Neuorientierung und eines Neubeginns können sich dementsprechend neue Möglichkeiten der Selbst(wert)bestätigung eröffnen.

Grundsätzlich braucht der Mensch beides, sowohl Veränderbarkeit, Variabilität und Entwicklung als auch Stabilität, Kontinuität und Sicherheit. Allerdings ist das jeweils subjektiv richtige Verhältnis von Mensch zu Mensch verschieden, je nach Erfahrungshintergrund und Bedürfnissen. Jeder Mensch muss seine individuelle Balance zwischen diesen Gegensätzlichkeiten finden. Generell kann also festgehalten werden, dass „...für einen ausgewogenen inneren Seelenhaushalt, für die Ausschöpfung des eigenen Entwicklungspotenzials sowie für eine optimale Anpassung an die Umgebung die Ausbalancierung beider Pole (in welchem Verhältnis auch immer) unumgänglich ist“⁴².

Auch das psychologische Konzept der Selbstwirksamkeit spielt in diesem Zusammenhang eine entscheidende Rolle. Selbstwirksamkeit bedeutet, selbst etwas bewirken können bzw. das eigene Leben in die Hand zu nehmen und aktiv zu gestalten. Ein Mensch mit einem starken Selbstwirksamkeitsglauben ist davon überzeugt, Probleme lösen, Hindernisse überwinden und Ziele erreichen zu können⁴². Gerade in Phasen der Veränderung kann diese Überzeugung ein entscheidender Baustein zum Erfolg, im Sinne der Erreichung der eigenen Ziele, sein.

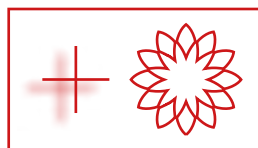
Schachinger (2005) gibt zusammenfassend folgende Empfehlungen für ein intaktes, angemessenes Selbstwertgefühl, das zu einem allgemeinen Wohlbefinden und Zufriedenheit beitragen kann. Intakt bedeutet dabei, dass der Selbstwert positiv, aber nicht übertrieben hoch ist, im Sinne von: „Ich mag mich so wie ich bin – auch mit meinem Schwächen und Fehlern“:

- Aufbau von Kompetenzen: der Aufbau von Kompetenzen ist langfristig ein sehr wirksames Mittel zur Selbstwerterhöhung
- Ein ausgewogener „Mix“ an positiven und konstruktiv-kritischen Selbstbewertungen
- Realismus mit einem Schuss positiver Illusion, d.h. ein den tatsächlichen Fähigkeiten und Möglichkeiten angemessenes Entscheidungsverhalten kombiniert mit dem psychischen Wohlbefinden und dem Gefühl der Selbstwirksamkeit, das durch die leichte Verzerrung der Wahrnehmung in die positive Richtung entstehen kann
- Selbstakzeptanz, also sich einfach so gern zu haben, wie man ist, an eigenen Fehlern und Schwächen arbeiten bzw. das Unveränderliche mit dem Wissen zu akzeptieren, dass man eben – wie alle anderen auch – nicht perfekt ist.

Umgang mit Veränderungen mit Hilfe von Achtsamkeit

Im Alltag jedes Menschen gibt es zahlreiche Herausforderungen und Anlässe, wie auch beispielsweise eben eine Veränderung der Lebenssituation, die in Dauerstress münden können. Derartige Belastungen müssen nicht immer als negativ empfunden werden, sondern können

motivierend und anspornend wirken. Um diese Wendung herbeizuführen, können einfache Achtsamkeitsübungen durchgeführt werden, die sich gut in die Alltagsroutine integrieren lassen. Grundlage aller Übungen zur Achtsamkeit ist das „Zur-Ruhe-kommen“, „Abschalten und Beobachten“ und das bewusste Nachdenken über den Alltag. Diese Techniken können gut trainiert werden, um die Gedanken bewusst in positive Bahnen zu lenken.⁴³



ACHTSAMKEIT

Achtsamkeit ganz allgemein – was ist damit gemeint?

Das Konzept der Achtsamkeit ist ursprünglich im Rahmen des Buddhismus entstanden und entwickelt worden. Es geht aber in unserem Zusammenhang nicht um religiöse oder spirituelle Inhalte, sondern um die Vermittlung von Prinzipien und Werkzeugen zur Stressreduktion im weitesten Sinne, auch im Zusammenhang mit veränderten Lebensbedingungen. Das Konzept der Achtsamkeit basiert auf einem wissenschaftlich fundierten Hintergrund und bietet eine Reihe von alltagsbezogenen und gut erlernbaren Übungen zur täglichen Umsetzung.⁴⁴

Hintergrund: Die Acht Prinzipien der Achtsamkeit

Wertneutralität

Offene Haltung, ohne die Geschehnisse sofort in eine Schublade zu stecken. Durch diese Haltung wird es uns möglich, das wahrzunehmen, was gerade ist.

Anfängergeist

Das Motto dazu lautet: jeder Moment ist neu. Der Anfängergeist lädt uns ein, „Schubladen-denken“ zu verhindern. Wir erleben die Welt oft abgeklärt und routiniert. Der Anfängergeist geht einher mit Neugier und Offenheit.

Geduld

Wir versuchen Prozesse zu optimieren, damit wir uns Zeit sparen und verlieren die Geduld sobald etwas unserer Vorstellungen von Zeit und Raum widerspricht. Es geht darum zu erkennen, welche Situationen ich verändern kann und welche Situationen nicht. Bei unveränderlichen Situationen ist Geduld gefragt, die Situation auszuhalten.

Vertrauen

Signale des Körpers wahrnehmen, vor allem, wenn es um das Stresserleben geht. Körperliche Symptome als Befindlichkeitsparameter wahrnehmen. Oft ärgert man sich, dass der Körper nicht so tut, wie man will und arbeitet gegen ihn, z. B. mittels Einnahme von Schmerzmittel, Kaffee und anderen Mitteln. Body Scan und Yoga sind gute Übungen, um das Wahrnehmen des Körpers wieder zu stärken.

Akzeptanz

Akzeptanz bedeutet, die Dinge so anzuerkennen wie sie sind – und sie auf der Faktenebene so stehen zu lassen. Dies heißt aber nicht, dass man die Situation gutheißen oder damit einverstanden sein muss. Durch die Akzeptanz erhält man einen Überblick und überlegt dann, wie es weitergehen soll. Man sieht, welche Möglichkeiten einem geboten werden, ohne blind loszustürmen oder den Sand in den Kopf zu stecken. Akzeptanz gibt mir die Fakten für eine aktive Gestaltung des Lebens. Akzeptanz heißt nicht hinnehmen.

Teflon-Geist

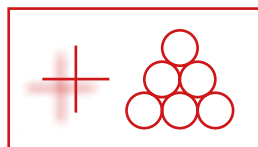
Das Ziel des „Teflon-Geistes“ ist es, auf aufkommende Reize nicht mehr aufspringen beziehungsweise sich besser von ihnen lösen zu können. Ein Beispiel dafür: die Grübelfalle. Die Achtsamkeitspraxis soll uns helfen, Eindrücke vorbeiziehen zu lassen, ohne an ihnen kleben zu bleiben und Situationen nicht hundertmal durchzudenken.

Loslassen

Loslassen als bewusste Entscheidung und lösen des Klammergriffes. Doch vorher müssen wir wissen und erkennen, dass wir etwas festhalten. Ziel des Loslassens ist es, nicht in der Zukunft oder der Vergangenheit zu verharren, sonst verliert man möglicherweise den Gestaltungsspielraum.

Wertschätzung

Wertschätzung gegenüber einem selbst: vor allem auch dann wenn etwas nicht so gut läuft.



RUHE

Zielsetzung des alltagsbezogenen Trainings der Achtsamkeit

Schneider beschreibt die Zielsetzung der Übungen und Trainingsbausteine des Programms zur Stressbewältigung durch Achtsamkeit folgendermaßen: Die Teilnehmenden sollen befähigt werden, das eigene Leben langfristig zufriedener, gesünder, entspannter und sinnerfüllter zu gestalten. Menschen sollen wieder mit sich selbst in Kontakt kommen, emotionale Stabilität, Konzentration und Präsenz entwickeln. Persönliche Stress-Reaktionsmuster und -symptome sollen erkannt werden und die nötigen Fähigkeiten angeeignet, um mit den Herausforderungen des Lebens durch die Entdeckung von neuen Perspektiven, Erkenntnissen und Handlungsalternativen angemessen umzugehen.⁴⁴

Praxisteil

Eine reflektierte Rückschau auf den bisherigen (beruflichen) Lebensweg ist eine essenzielle Basis für die Gestaltung und Umsetzung der zukünftigen Lebensziele. Dabei kann die bewußte Fokussierung auf die bisherigen Erfolge und Leistungen den (beruflichen) Selbstwert stärken, um damit den Wiedereinstieg oder die berufliche Neuorientierung zu erleichtern. Dafür sind Tools und Methoden aus dem systemischen Coaching/ der systemischen Familientherapie gut geeignet, deren Wirksamkeit in zahlreichen Publikationen wissenschaftlich nachgewiesen ist. Die Standortbestimmung steht am Beginn und beinhaltet beispielsweise folgende Reflexionsthemen, die auch sehr anschaulich in Form einer Visualisierung mit einer Bildercollage dargestellt werden können:⁴⁵

Standort- und Zielbestimmung – „Das bin ich und da will ich hin!“

- den bisherigen Werdegang, wie Schulbildung, Weiterbildung, privates Lernen, sonstige Fähigkeiten
- die Sammlung der persönlichen Werte, wie Fairness, Freude, Humor, Ehrlichkeit etc.
- eine Reflexionsübung anhand der Frage „Wer bin ich?“ mit den fünf Bereichen, Stärken & Talente, Hobbies, Themen, die mich bewegen, was treibt mich an und wie schaut mein perfekter Tag aus.

Am Weg zum gelungenen Wiedereinstieg gilt es gleichzeitig eine Reihe von Hürden zu überwinden.⁴⁶

- Neben der Rolle als Mutter gilt es auch wieder die Rolle als Kollegin, der Mitarbeiterin, oder auch der Vorgesetzten einzunehmen.
- Zeitliche Vereinbarkeit zwischen Beruf, Familie und anderen Lebensbereichen.
- Organisation der Kinderbetreuung
- Vertrauen in die Kinderbetreuung und „gedankliches“ Loslassen für diese Zeit von der Mutter-Rolle aber auch von den Haushaltsverpflichtungen
- Vertrauen, die Partnerschaft nicht durch den Wiedereinstieg zu gefährden, indem abseits der häuslichen Verpflichtungen und dem klassischen Rollenmodell ein für die ganze Familie funktionierendes und passendes Modell etabliert wird.

Nach der Standortbestimmung wird eine Zielbestimmung vorgenommen. Einige Beispiele für Fragen zur Ziel- und Werteklä rung sind nach Kanfer⁴⁷:

„Wenn ich Sie in 3 Jahren (5 etc.) besuchen würde und ihr Leben wäre bis dahin ideal nach ihren Wünschen und Vorstellung verlaufen – wie würde ihr Leben dann aussehen?“

„Wie müsste Ihr Leben sein, wenn es „ideal“ wäre (oder: Was genau müsste anders sein, damit Sie kein Problem mehr hätten?)“

Die Beantwortung dieser Fragen hilft dabei, eine klare Vorstellung von zukünftigen Lebenssituationen zu entwickeln sowie motivationale Anreize für sich selbst zu finden. In einem nächsten Schritt gilt es, die einzelnen Ziele zu durchdenken und auf ihre realistische Umsetzbarkeit zu prüfen, um draufhin erste Schritte zur Zielerreichung setzen zu können. Hintergrund jeder Zielbestimmung ist da jeweilige zugrund liegende Wertesystem einer Person. Werte sind lt. Kanfer folgendermaßen definiert:

„...sind persönliche (kognitive) Präferenzen. Sie besitzen allerdings noch keine verbindlichen Charakter hinsichtlich Verhaltenssteuerung.“⁴⁷

Werte sind demnach zwar möglicherweise Anstoss **für ein Verhalten, manchmal bleibt es allerdings auch beim reinen sog. „Lippenbekenntnis“.** Eine Klarheit über das eigene Wertesystem ist jedenfalls eine gute Grundlage für eine erfolgreiche Zielerreichung und Lebensgestaltung.

In einer Studie aus dem Jahr 2014 wurden Personen nach ihren persönlichen Lebenswünschen befragt und zwar mit folgendem Ergebnis:⁴⁶

- Gesundheit (60%)
- Partnerschaft/ Liebe (53%)
- Kinder/ Enkel (34%)
- Finanzielle Unabhängigkeit (30%)
- Familie (Eltern, Geschwister) (29%)
- Selbstbestimmung/ Selbstverwirklichung (23%)
- Arbeit/ Job (17%)
- Hobbies (13%)
- Eigentum/ Materieller Besitz (5%)

Diese Prioritätenliste zeigt umso mehr die Wichtigkeit der Vereinbarung der verschiedenen Lebensbereiche, in denen die Arbeit neben den anderen Säulen eine untergeordnete Rolle spielt. Wenn es gelingt, die verschiedenen Faktoren entsprechend „unter einen Hut zu bringen“, steigt die Zufriedenheit im Sinne des Wertesystems beträchtlich.

Mit diesem Fokus ergibt sich im nächsten Schritt die konkrete Frage nach der Umsatzbarkeit im Alltag. Folgende Reflexionsfragen helfen dabei, „ins Tun“ zu kommen und sich auch auf mögliche Erwartungen und Fragen des Arbeitgebers vorzubereiten:⁴⁶

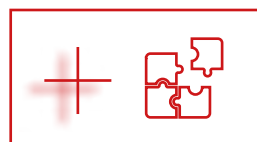
- Wie werden Sie ihre Betreuung der Kinder organisieren?
- Wenn das Kind krank ist, wer betreut es?
- Trauen Sie sich zu, die angebotene Position voll auszufüllen?
- Bleibt noch neben Familie und Kinder genug Motivation für die Arbeit?
- Benötigen Sie eine Einarbeitungszeit und wenn ja, welche Unterstützung benötigen Sie hierzu?
- Wie sieht ihre weitere Karriere- und Lebensplanung aus?

Nach (Selbst-)Klärung dieser Fragen und idealerweise einer Vereinbarung mit dem Arbeitgeber gilt es diese Vereinbarungen im Berufsalltag zu berücksichtigen und ggf. auch zu verteidigen.

Meine Ziele selbstsicher und achtsam vertreten

Aufbauend auf Basis eines gesunden Selbstwertgefühls ist es von Vorteil, bestimmt, selbstsicher und positiv gegenüber dem ArbeitgeberIn, den KundInnen, den PatientInnen aufzutreten. Dazu gehört auch eine dementsprechende klare und angemessene Wortwahl.

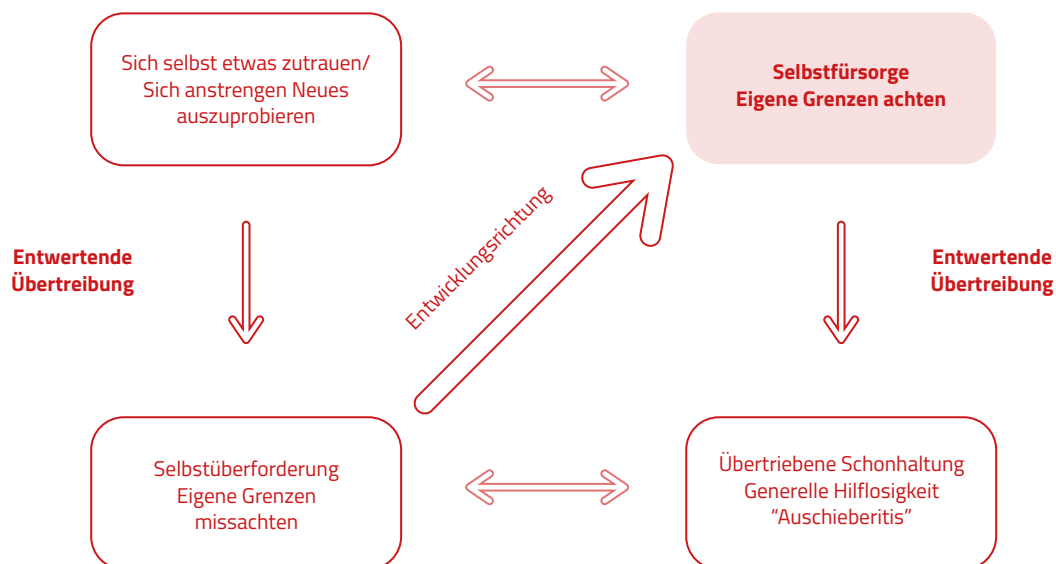
Beispielsweise empfiehlt Bringmann (2018), gewisse Weichmacher („Ich arbeite nur Teilzeit und bin daher leider bloß vormittags da...“) durch klare und prägnante Formulierungen, wie „Ich arbeite Teilzeit, deswegen bin ich von Dienstag bis Donnerstag vormittags erreichbar“, zu ersetzen. Oder noch deutlicher wird es durch die Formulierung „Von Dienstag bis Donnerstag bin ich im Hause und unterstütze Sie gern darin“. „An den anderen Tag ist Kollege XY für Sie da.“ „Zur Zeit teile ich mir die Aufgabe mit meiner Kollegin und zusammen sind wir mehr als 100%“⁴⁵



TEILZEIT

Ein weiterer Teil eines gesundheitsförderlichen Selbstmanagements ist es, auf die eigenen Grenzen zu achten und sich in der Selbstbehauptung zu üben. Es geht also darum, die eigenen Grenzen und Interessen sozialkompetent zu vertreten ohne in das andere Extrem des rücksichtslosen Egoismus zu verfallen. Dies bedeutet auch es auszuhalten, andere zu enttäuschen – mit dem Gewinn, die eigenen Kräfte entsprechend der eigenen Vorstellungen einzuteilen. Eine Anleitung dazu findet sich im Werte- und Entwicklungsquadrat von Schulz von Thun.⁴⁸

Abb. 9:
Stressbewältigung Kaluza (c)
2018, Springer-Verlag GmbH
Deutschland



Im alltäglichen Leben hilft neben einer optimistischen und selbstsicheren Grundhaltung auch eine achtsame Herangehensweise. Diese kann durch unterschiedliche Übungen geübt und immer wieder hergestellt werden.



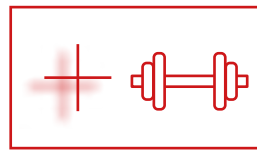
Eine Übung zur Stressbewältigung ist das „STOP Prinzip“, mit dem Sie den Stresskreislauf durchbrechen können. Diese soll hier beispielhaft dargestellt werden. Jeder Buchstabe des Wortes STOP steht für eine Handlung.

- S** „STOP“ Halten Sie bewusst inne und durchbrechen Sie den Stresskreislauf.
- T** „Take a breath“ Nehmen Sie bewusst einen Atemzug.
- O** „Opening“ Nehmen Sie bewusst wahr, was in diesem Moment geschieht. Achten Sie besonders auf eigene Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen.
- P** „Proceed“ Machen Sie weiter mit dem was Ihnen wichtig und richtig erscheint. Sie können Situationen akzeptieren, verändern oder verlassen.

Zu beachten ist, dass das regelmäßige und wiederholte praktizieren der Übungen entscheidend für das Achtsamkeitsgefühl ist, das nicht nur über den Verstand erfasst bzw. erlebt werden kann.

2.3. Heben & Tragen in der Pflege

In Pflege & Gesundheitsberufen stehen häufig die Belange der Patientinnen und Patienten im Vordergrund. Studien zeigen, dass gerade hier die Gesundheit der Mitarbeiter – eine wichtige Ressource – nur unzureichend geschützt wird. Erst langsam dringt ins Bewusstsein, wie wichtig betriebliche Gesundheitsförderung für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist. Die Zunahme arbeitsbedingter Erkrankungen, die Verdichtung der Aufgaben am Arbeitsplatz, die Herausforderungen des demografischen Wandels bei Fachkräften: Dies sind nur einige Beispiele, mit denen sich Gesundheitseinrichtungen heute auseinandersetzen müssen. In diesem Zusammenhang suchen sowohl Management als auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach Lösungen, um den gestiegenen Zahlen der Berufsaussteiger in den Pflegeberufen entgegenzuwirken.⁴⁹

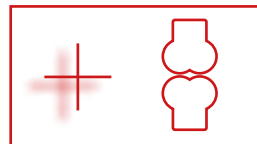


HEBEN UND TRAGEN

Bedeutung von Ergonomie für Gesundheitseinrichtungen und Pflegeberufe

Ergonomie hat sich bisher – trotz einiger Verbesserungen in den letzten Jahren – weder im umfassenden Sinn als Bestandteil der Berufs- und Unternehmenskultur in Gesundheitseinrichtungen gut etabliert, noch im engeren Sinn als körpergerechte ergonomische Arbeitsgestaltung bemerkbar und für den Einzelnen spürbar gemacht. Das führt dazu, dass in Gesundheitseinrichtungen vielerorts mit vollem Körpereinsatz gearbeitet werden muss und körperliche Belastung als erforderlich angesehen wird.

Für die sogenannte Pflegearbeit ist dabei von besonderer Bedeutung, dass eine Vielzahl unterschiedlicher statischer und dynamischer, teilweise hoher physischer Beanspruchungen zusammenkommen können, die in einer Pressemitteilung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) in Deutschland mit dem einprägsamen Satz „Pflegekräfte schleppen mehr als Bauarbeiter“ zusammengefasst wurden*.



ERGONOMIE

Studienergebnisse weisen zunehmend auf den großen Bedarf an Senkung physischer und psychischer Belastungen hin.⁵¹⁻⁵³ Deren Wechselwirkungen können sich im Pflegealltag ungünstig verstärken und sich somit die Entstehung von Muskel- und Skeletterkrankungen sowie Rückenproblemen begünstigen⁵⁴⁻⁵⁵ – was von Pflegenden auch deutlich so wahrgenommen wird.

Auch nehmen aufgrund chronischer Überlastung chronifizierende Rückenschmerzen und/oder bandscheibenbedingte Rückenerkrankungen wegen des ansteigenden und bereits relativ hohen Durchschnittsalters in Pflegeberufen zu, sodass der dringende Handlungsbedarf inzwischen auch im Pflegemanagement gesehen wird.⁵⁷⁻⁵⁹

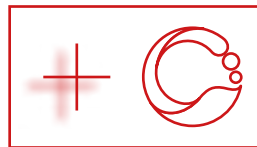
Die Aufgaben heutigen Pflegepersonals stellt die Berufsschaffenden täglich vor viele Herausforderungen. Verschiedene Tätigkeiten sollen bearbeitet und gleichzeitig einige Zusatzbelastungen aufgenommen werden. Von einer intensiven Patientenversorgung über das Schreiben von Dokumentationen bis hin zu Schichtübernahmen von Kollegen und Überstunden – und das sind nicht abschließend alle Aufgaben, die im Laufe eines Arbeitstages abzuarbeiten sind.⁶⁰ Ein Forschungsprojekt des Kompetenzzentrums Epidemiologie und Versorgungsforschung bei Pflegeberufen 2017 zum Thema Rückenbeschwerden ergab, dass Pflegekräfte im Vergleich zu anderen Berufsgruppen besonders häufig an Rückenbeschwerden leiden. Muskel- und Skeletterkrankungen rangieren in dieser Berufsgruppe als Hauptursache für Arbeitsunfähigkeit zu finden sind.⁶¹

Pflegekräfte schleppen mehr als Bauarbeiter!

Dennoch hat sich Ergonomie bisher in Gesundheitseinrichtungen noch nicht ausreichend etabliert. In der Pflegearbeit kommen eine Vielzahl unterschiedlicher statischer und dynamischer, teilweise hoher physischer Beanspruchungen zusammen.

Pflegende müssen standfest sein, schließlich verrichtet fast jeder Beschäftigte (93,8%) seine Arbeit häufig oder immer im Stehen. Doch auch das Heben schwerer Lasten – für Frauen mehr als 10 kg, für Männer mehr als 20 kg – gehört für zwei von drei Pflegenden (68,2%) zum Berufsalltag. Hinsichtlich dieser Belastung übertreffen die Beschäftigten in den Pflegeberufen sogar ihre Kollegen im Baugewerbe: Hier muss nur etwa jeder zweite Beschäftigte (54,0%) nach eigenen Angaben häufig schwer heben. Unter der Last leiden drei von vier Betroffenen in Pflegeberufen (74,4%). Deutlich mehr als auf dem Bau: hier empfindet nicht einmal jeder Zweite (42,8%) das schwere Heben als belastend.

Das Arbeiten in gebückter, hockender, kniender oder liegender Position, kommt in Pflegebe-



ERGONOMISCHES ARBEITEN IN DER PFLEGE

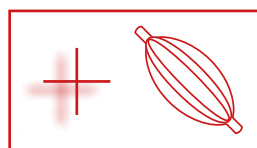
rufen zwar nicht häufiger vor als im Baugewerbe, wesentlich seltener ist es aber auch nicht: 35,8% der Erwerbstätigen in Pflegeberufen und 41,5% der im Baugewerbe arbeiten häufig in Zwangshaltungen. Auch hier empfinden mehr Betroffene in Pflegeberufen (63,8%) diese Arbeitssituation als belastend als Betroffene, die im Baubereich arbeiten (53,4%).

Sicher gefährdende Tätigkeiten

Häufig herrscht eine große Unsicherheit, wie die Gefährdungen beim Bewegen von Menschen beurteilt werden können. Die sogenannten „sicher gefährdenden Tätigkeiten“ bieten hier eine Hilfestellung zur Gefährdungsbeurteilung.⁶²

Beim Bewegen von Menschen wurden elf Tätigkeiten (Siehe Abb. 3) identifiziert, deren Belastung so hoch ist, dass es mit Sicherheit zu einer zu hohen Belastung der Lendenwirbelsäule (LWS) der Pflegekraft kommt. Von einer zu hohen Belastung ist auszugehen, wenn die Druckkraft an der Bandscheibe L5/S1 den Wert von 2500 Newton bei Frauen und 3200 Newton bei Männern überschreitet. Dies entspricht dem Anheben einer Last von zehn Kilogramm bei Frauen und 20 Kilogramm bei Männern. Tatsächlich zeigen die Forschungsergebnisse, dass bei den folgenden Tätigkeiten je nach Ausführung Druckkräfte erzeugt werden, die einem Anheben einer Last von 25 Kilogramm und mehr entsprechen.

Diese Daten wurden mit einem Messsystem erfasst welches die Grundlegenden Analysen für die gefährdende Tätigkeiten lieferte. Das Messsystem CUELA (Computer-Unterstützte Erfassung und Langzeit-Analyse von Belastungen des Muskel-Skelett-Systems) wurde im IFA entwickelt,^{63,64} um Belastungen des Muskel-Skelett-Systems, messen zu können. Es handelt sich um ein personengebundenes Messsystem, das aus moderner Sensorik besteht und auf der Arbeitskleidung getragen werden kann. Die zugehörige Software WIDAAN erlaubt eine Auswertung der Messdaten nach arbeitswissenschaftlichen und biomechanischen Bewertungskriterien.⁶⁵



MUSKELN

Folgende Zahlen und Vergleichsbeispiele sind der Grundausswertung der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2018. Vergleich zur Grundausswertung 2006 und 2012 entnommen, und zeigen die Daten der Untersuchung mit dem Schwerpunkt Muskel- und Skelettsystem mit dem CUELA-System zur Ermittlung von Wirbelsäulenbelastungen in der Pflege und der Muskel-Skelett-Erkrankungen und Beschwerden bei Beschäftigten in Gesundheits- und Pflegeberufen

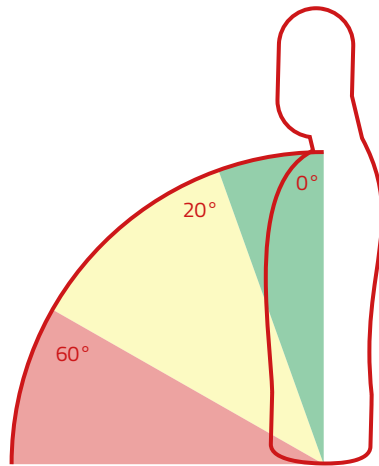


Abb. 10



Abb. 11



Abb. 12

Untersucht wurden 24 Arbeitsschichten auf insgesamt 8 Krankenhaus-Stationen.⁶⁶ Ermittelt wurden dabei Ausmaß, Frequenz und Dauer von speziellen Körperhaltungen, die nach den Normen (DIN EN 1005-1, DIN EN 1005-4, ISO 1126) als ungünstig bewertet werden können.

Die Messungen zeigen, dass die Lendenwirbelsäulenbelastungen der Pflegekräfte weit höher sind, als jahrelang angenommen wurde. Das Maß der Belastung lässt sich durch eine ergonomische Körperhaltung und ergonomische Bewegungsabläufe kombiniert mit der Nutzung der Ressourcen der Pflegebedürftigen reduzieren – also durch eine optimierte Arbeitsweise. Der ganz entscheidende Faktor ist jedoch die Kombination der optimierten Arbeitsweise mit der Verwendung von kleinen Hilfsmitteln. Die Umsetzung solch einer ganzheitlichen Herangehensweise kann die Druckbelastungen im Bereich der Lendenwirbelsäule um bis zu zwei Drittel reduzieren. Und: Nur mit dieser Kombination ist es überhaupt möglich, Belastungswerte zu erreichen, bei denen man von einer Gefährdung für das Muskel-Skelett-System nicht mehr zwangsläufig ausgehen muss.⁶²

Abbildung 16 zeigt, dass bei den drei sehr häufig praktizierten Aktivitäten „Bewegen Richtung Kopfende“, „Verlagern an die Bettkante“ und „Umsetzen von der Bettkante in den Stuhl“ erst durch die Kombination von optimierter Arbeitsweise und dem Einsatz von kleinen Hilfsmitteln bei eher aktiven Pflegebedürftigen die Dortmunder Richtwerte unterschritten werden können.

Zusammenfassend können somit verschiedenen Winkelstellungen des Oberkörpers für ein vermehrtes Auftreten von MSE ermittelt werden. (Abb.3) somit sind die Anforderungen an ergonomische (z. B. höhenverstellbare Betten bzw. Arbeitsflächen) nicht notwendiger Zeitbedarf, sondern essentielle Grundlage

Betrachtet man die gemessenen Zeitanteile eines Arbeitstages so ergeben sich folgende Werte: Die wesentlichsten ergonomischen Gestaltungsbereiche, die i. d. R. mit einer vermeidbaren körperlichen Belastung verbunden sind, beziehen sich auf die Optimierung der Lastenhandhabung, die Vermeidung extrem belastender, langandauernder Körperhaltungen, das Schaffen optimaler räumlicher Gegebenheiten sowie die Vermeidung von Sturzunfällen. Zusammenfassend besteht bei Pflege Tätigkeiten ein signifikanter Zusammenhang zwischen der bei der Durchführung ausgewählter Basispflege Tätigkeiten am Bett. Wenn Sie das Bett auf Hüfthöhe bringen lässt, erhöht sich der Zeitanteil, in dem das Pflegepersonal in aufrechter Position arbeitet, erheblich. Diese Arbeitsmethoden werden als am wenigsten anstrengend empfunden. Der Zeitbedarf von unter einer Minute, der in das Aufrichten der Betten auf Hüfthöhe investiert werden, ermöglichen es das Pflegepersonal, den größten Teil ihrer Schicht in einer ergonomisch optimierten Haltung zu arbeiten. Die Reduzierung dieser Risiken für Rückenverletzungen erfordert sowohl die institutionelle Bereitstellung von Möbeln als auch das fachliche Wissen über biomechanischen und anatomischen teils individuellen Gegebenheiten.

Vom Idealen ergonomischen Arbeitsplatz zum individuellen Wohlbefinden.

Pflegeberufe gelten allgemein als stark rückenbelastend. Allerdings sind es nicht nur die Transfers von Klienten, welche zu Rückenbeschwerden führen, sondern eine generalisierte Belastung des Bewegungsapparates.

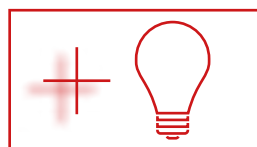
Wenngleich die „Kinästhetik“ sich als federführende Methode bei Transfers von Klienten etabliert hat und die Transfers gemäß den Prinzipien der „Kinästhetik“ bereits in vielen Institutionen durchgeführt werden, hat sich die Häufigkeit des Vorkommens von Rücken- und Muskelskeletterkrankungen bei Beschäftigten in der Pflege nicht wesentlich reduziert.^{67,68}

Bewegung ist eine Grundlage des Lebens. Die Sensibilisierung der Bewegungswahrnehmung und die Entwicklung der Bewegungskompetenz können bei Menschen jeden Alters einen nachhaltigen Beitrag zur Gesundheits-, Entwicklungs- und Lernförderung leisten. Kinaesthetik kann helfen, neue Bewegungsmöglichkeiten zu entdecken und arbeitsbedingte Rückenschmerzen, Verspannungen oder andere körperliche Beschwerden anzugehen, im Alter beweglich und selbständig zu bleiben, oder auch sich mit der eigenen Kreativität und Flexibilität (z. B. im Umgang mit Stress) auseinanderzusetzen.⁶⁹ Bei der Begleitung und Pflege von Neugeborenen, alten Menschen, Behinderten, Patienten zeigt sich die Wirkung von Kinaesthetik stets in einem doppelten Sinn: Pflegende und gepflegte Menschen profitieren gleichermaßen von einer größeren Bewegungskompetenz. Gestaltet man Pflegeinterventionen als Interaktionen auf der Grundlage von Kinaesthetik, führt dies nicht nur zu erstaunlichen Fortschritten bei den pflegebedürftigen Menschen, sondern fördert auch die Gesundheit der pflegenden Personen.

Die basale Idee des kinästhetischen – in dem die Wahrnehmung der eigenen Bewegung als zentraler Weg zur ganzheitlichen Gesundheitsförderung betrachtet wird ist daher die Grundlage zum Seminar „Heben und Tragen in der Pflege“

Es gibt eine Vielzahl von Faktoren welche, neben den Belastungen durch Patiententransfers, zu Rückenbeschwerden und Bewegungseinschränkungen führen können; häufiges Bücken, häufiges arbeiten in vorgeneigter Haltung, Zeitdruck, und letztendlich ein Ungleichgewicht in der sogenannten Work-Life-Balance spielen alle eine Rolle im Auftreten und letztendlich der Chronifizierung von Muskelskelettbeschwerden.

Wir sind von Natur als bewegungsorientierte Wesen geschaffen. Unsere Gesundheit hängt von unserer Fähigkeit ab, uns kontinuierlich zu bewegen und an die Umwelt anzupassen. Pflegende benötigen die Fähigkeit, individuelle Bewegungsressourcen zu erkennen. Dies ermöglicht, den Gewichtsverlauf und den Bewegungsraum den Möglichkeiten des betroffenen Menschen anzupassen.⁷⁰



NEUE MÖGLICHKEITEN

Abb. 13: Bewertung der Wirbelsäulenbelastung (Auswahl)

Dortmunder Richtwerte (alters- und geschlechtsspezifisch)
Empfehlung zur maximalen Druckkraft auf die unterste Bandscheibe der Lendenwirbelsäule (L5-S1)

MDD (BK) Erhebungsschwelle

Alter	20	30	40	50	>60	Jahre	Frauen (F)	–	2,5	kN
Männer	6,0	5,0	4,1	3,2	2,3	kN	Männer (M)	–	3,2	kN
Frauen	4,4	3,8	3,2	2,5	1,8	kN				

■ konventionell
■ optimiert
■ optimiert mit kleinen Hilfsmitteln

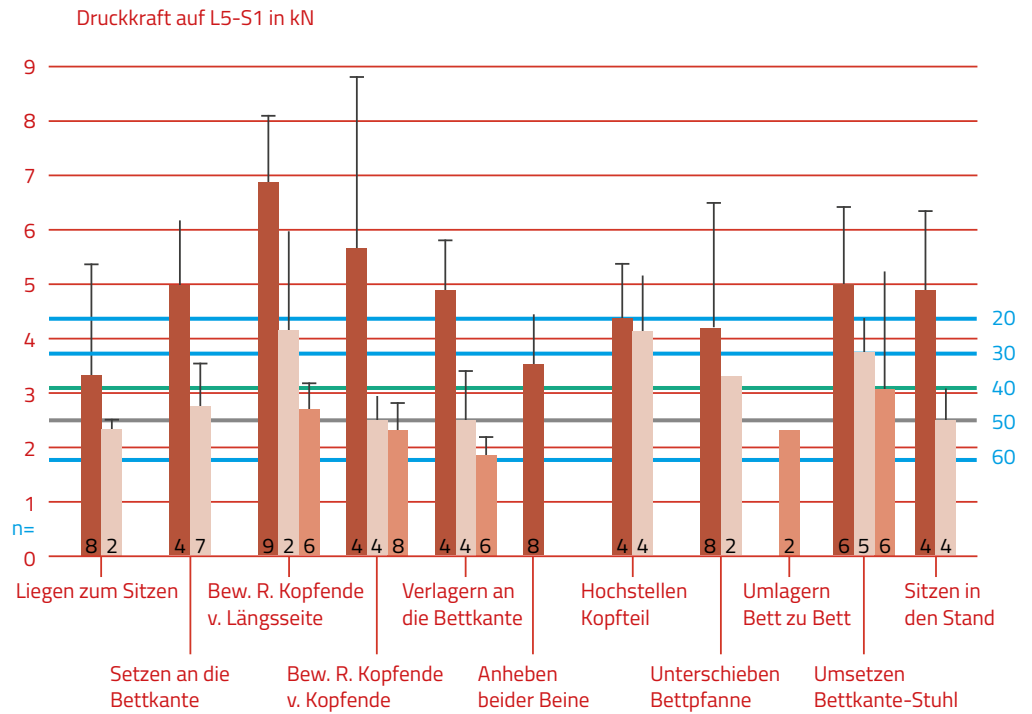
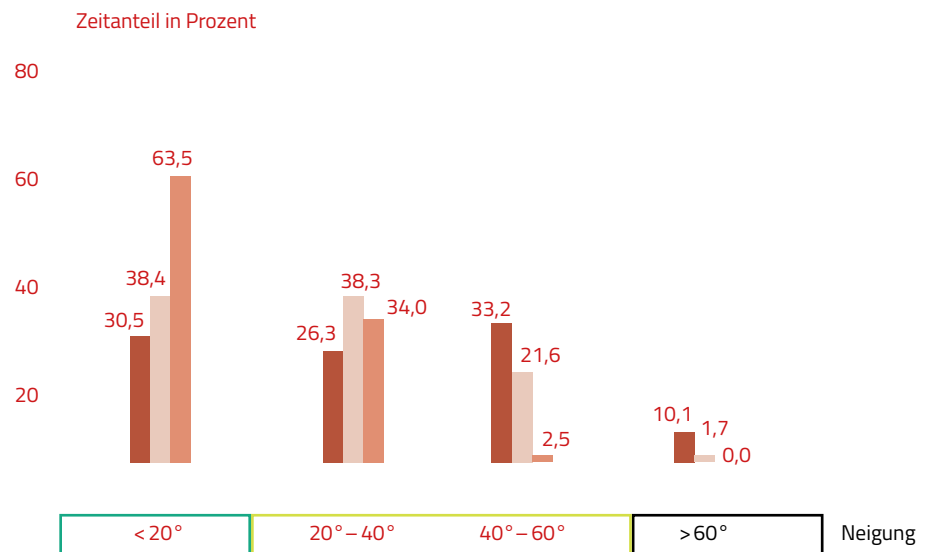


Abb. 14

Bethöhe
■ niedrig
■ mittel
■ hoch



Das Konzeptsystem ist ein Werkzeug, mit dem die Bewegung jeder Aktivität systematisch beachtet, erfahren, verstanden und angepasst werden kann.

Abb. 15

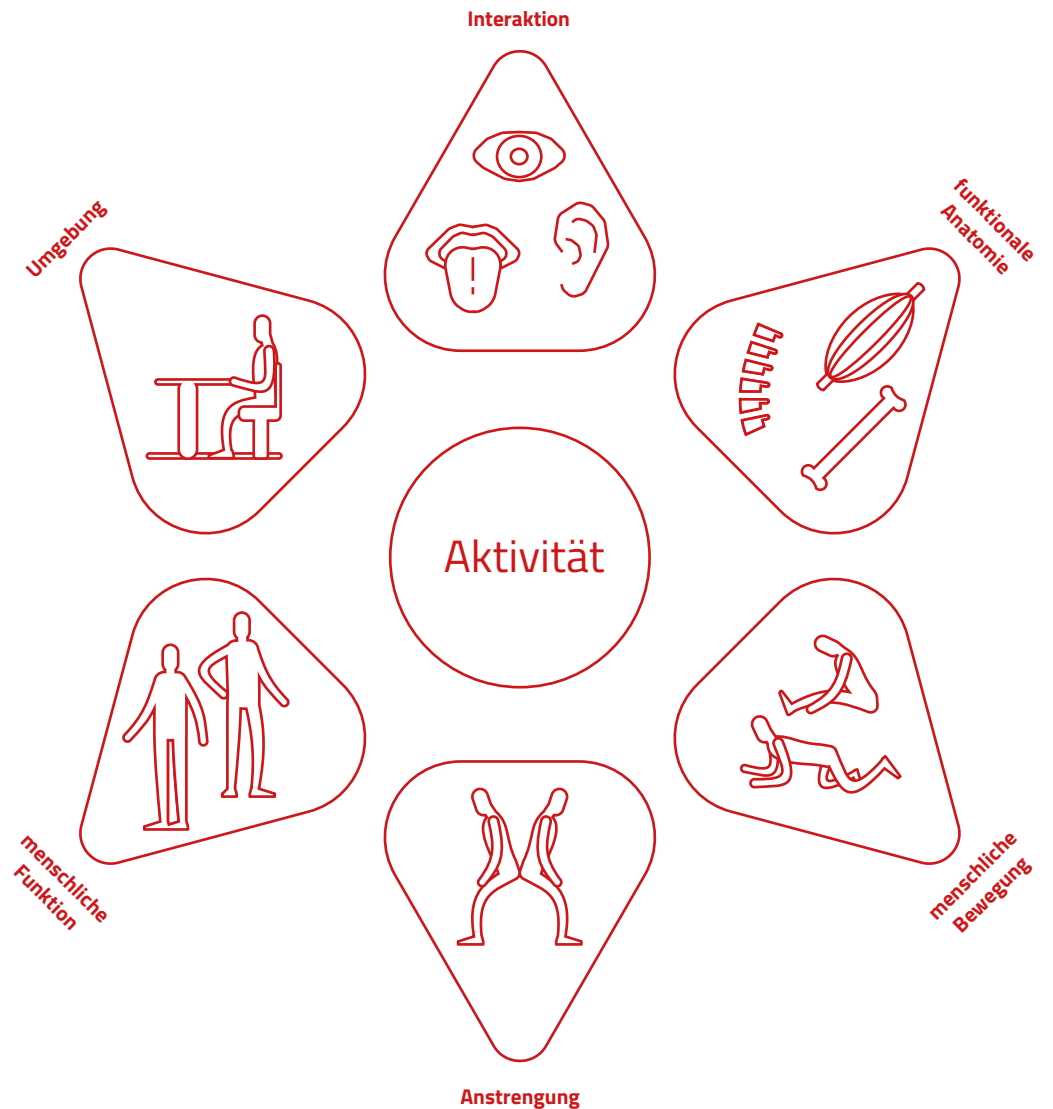
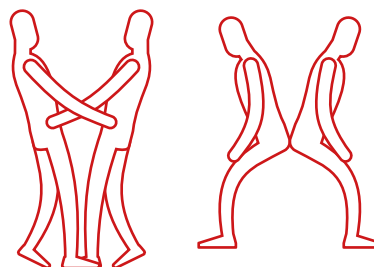


Abb. 16



Konzept Interaktion

Pflegepersonen interagieren mit Patient*innen, deren Fähigkeiten teilweise erheblichen Schwankungen unterliegen.

Konzept Funktionale Anatomie

Das Verständnis, dass Knochen hervorragend geeignet sind um Gewicht zu tragen, und dass Muskeln dies nur kurzfristig und limitiert leisten können, stellt eine hilfreiche Voraussetzung zur Entlastung der strapazierten Muskulatur dar.

Konzept menschliche Bewegung

Die Belastung für Pflegepersonen wird bereits deutlich reduziert, wenn Patient*innen in der Lage sind, mittels sogenannter Haltungsbewegungen Gewicht von einer Masse auf eine andere Masse oder zur Unterstützungsfläche zu leiten.

Konzept Anstrengung

Körperliche Anstrengung wird in der Kinästhetik anhand der beiden Qualitäten Ziehen und Drücken bearbeitet. Die Kombination von Ziehen und Drücken ermöglicht es, Anstrengung zu dosieren.

Konzept Menschliche Funktion

Um Alltagsaktivitäten ausführen zu können, ist es wichtig, eine geeignete Position einzunehmen. Eine Position ist dann gut geeignet, wenn man sie beweglich gestalten und auch längere Zeit beibehalten kann.

Konzept Umgebung

In der Pflege lassen sich zahlreiche Belastungen für den Stütz- und Haltungsapparat durch Umgebungsanpassung reduzieren.

Insbesondere werden die Konzepte funktionale Anatomie und menschliche Bewegung genauer betrachtet.

Die beeinträchtigte Bewegungsfähigkeit von Patient*innen wird häufig durch hohen Kraftaufwand der Pflegepersonen kompensiert. Kinästhetik vermittelt ein Verständnis der menschlichen Anatomie, das Pflegenden Alternativen zu gängigen „Hauruck“-Abläufen eröffnet. Pflegenden lernen, dass Menschen aus eigener Kraft nicht alle Massen auf einmal (en bloc), sondern sich ausschließlich Masse für Masse bewegen können⁶⁶: Körperteile folgen einander. PatientInnen über längere Zeit immer wieder en-bloc zu bewegen, erhöht das Risiko, dass alte Bewegungsmuster verlernt und durch solche ersetzt werden, die man alleine nicht tun kann.

Die Annahmen, wohin das Gewicht bei Bewegungsabläufen de facto verlagert wird, sind häufig falsch. In der Kinästhetik wird dieser Aspekt von Bewegung als Orientierung bezeichnet. Mit einem diesbezüglich geschulten Verständnis können Pflegepersonen wirksame Impulse setzen, kleine Lernprozesse ermöglichen, und/oder ihre Unterstützung besser in Einklang mit der Absicht der PatientInnen bringen. Beispielsweise wird nach längerem Liegen vor dem Aufstehen deutlich, wohin das Gewicht verlagert werden soll, indem man im Sitzen einen Druckimpuls am Knie ausübt. Dies bewirkt, dass PatientInnen wahrnehmen können, wie der Impuls durch das Bein Richtung Boden fließt.

Abb. 17



Die Belastung für Pflegepersonen wird bereits deutlich reduziert, wenn Patient*innen in der Lage sind, mittels sogenannter Haltungsbewegungen Gewicht von einer Masse auf eine andere Masse oder zur Unterstützungsfläche zu leiten. Dies ist z. B. dann der Fall, wenn PatientInnen in Rückenlage bei angewinkelten Beinen Gewicht vom Becken zum Oberkörper und zu den Fußsohlen leiten können⁶⁹. Das Becken lässt sich nun mit weniger Anstrengung mobilisieren.

Um Bewegung beschreibbar zu machen, werden in der Kinästhetik zwei Bewegungsqualitäten unterschieden: Haltungsbewegungen und Transportbewegungen. Die bereits erwähnten Haltungsbewegungen sind nach außen hin kaum sichtbar. Die offensichtlichen Bewegungen, die Massen im umgebenden Raum bewegen, werden als Transportbewegungen bezeichnet.

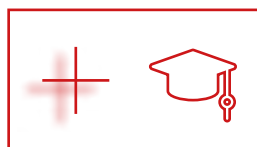
Weil sich ihre körperlichen Voraussetzungen mit jedem Lebensabschnitt wandeln, sind Menschen ein Leben lang angehalten, ihre Bewegungsfähigkeiten zu entwickeln. Wenn Pflegepersonen gezielt beobachten, welche Bewegungsstrategien Patient*innen sich bereits angeeignet haben, können sie diese im Krankheitsfall effektiver unterstützen, indem sie an die alten Bewegungsgewohnheiten anknüpfen.

Wiederkehrende Bewegungsabläufe werden als Bewegungsmuster bezeichnet. Von parallelen Bewegungsmustern spricht man, wenn die Bewegungskoordination symmetrisch erfolgt, also beide Körperhälften hinsichtlich Koordination dasselbe tun. Der Einfachheit halber nutzen Patient*innen und Pflegepersonen häufig parallele Bewegungsmuster. Diese Bewegungsmuster bedürfen jedoch eines höheren Kraftaufwandes. Wenn die Muskelkraft der Patient*innen dafür nicht mehr ausreicht, steigt die Belastung für Pflegepersonen.

Asymmetrische, spiralförmige Bewegungsmuster sind hinsichtlich Koordination anspruchsvoller und müssen oftmals erst erlernt werden, haben aber den Vorteil, dass Patient*innen auch mit wenig Muskelkraft solche Bewegungsabläufe (sich beispielsweise im Bett spiralförmig kopfwärts bewegen) noch selbst durchführen können. Mit diesem Verständnis lassen sich beispielsweise bereits präoperativ Lernprozesse initiieren, die Patient*innen und Pflegepersonen postoperativ gleichermaßen entlasten. Wie Bewegungslernen im Zuge der Durchführung der Alltagsaktivitäten gestaltet werden kann, ist ebenfalls Gegenstand der Kinästhetik.

Schrittweise und ganzheitlich werden diese zentralen ergonomischen Verhaltensweisen des Berufslebens und des Alltags analysiert und ergonomisch korrekte Abläufe erarbeitet. Verhaltens- und Verhältnisergonomie, individuelle Analysen spezifischer Arbeitssituationen, Verbesserungsmaßnahmen aus ergonomischer Sicht und auch Präventivmaßnahmen werden vermittelt.

Die Seminarteilnehmer*innen werden auf ihre eigenen Verhaltens- und Bewegungsmuster im Berufsleben und Alltag sensibilisiert und werden auch persönliche Verbesserungen vornehmen können.



SEMINARE DES AMZ

3. RECHTLICHES

3.1. Das Gesundheitsberuferegister

Im Jahr 2016 wurde von Nationalrat und Bundesrat das Gesundheitsberuferegister für die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sowie die gehobenen medizinisch-technischen Dienste beschlossen. Damit ging ein viele Jahre andauernder Gesetzwerdungsprozess zu Ende. Österreich folgt damit dem europäischen Trend, denn mehr als die Hälfte der EU-Mitgliedsstaaten verfügen bereits über ein solches Register. Per Gesetz wurden die Bundesarbeitskammer und die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) mit der Registrierung betraut; am 1. Juli 2018 fand die erste Registrierung statt.

Wer und wo wird registriert?

Registrierungspflichtig sind folgende Berufsgruppen:

- Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege
- PflegefachassistentenInnen
- PflegeassistentenInnen (auch jene Sozialbetreuungsberufe, die die Pflegeassistenz in ihrer Ausbildung inkludiert haben!)
- PhysiotherapeutenInnen
- OrthoptistenInnen
- DiätologenInnen
- Biomedizinische AnalytikerInnen
- ErgotherapeuthenInnen
- LogopädenInnen
- RadiologietechnologenInnen



REGISTRIERUNGSPFLICHT

Die Arbeiterkammer registriert durch ihre 9 Länderkammern bundesweit ihre Mitglieder, dh. alle angestellten Berufsangehörigen, AbsolventInnen der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen und Personen mit einem Anerkennungs- bzw. Nostrifikationsbescheid für die Ausübung der Pflegeassistentenberufe (PflegeassistentenInnen und PflegefachassistentenInnen). Darüber hinaus ist die Arbeiterkammer unter bestimmten Voraussetzungen auch für arbeitssuchende Berufsangehörige die zuständige Registrierungsbehörde. Demgegenüber fallen in die Zuständigkeit der Gesundheit Österreich GmbH (überwiegend) freiberuflich bzw. ehrenamtlich tätige Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bzw. MTD-Berufe, Absolventen/-innen der Fachhochschulen sowie Berufsangehörige mit einem Anerkennungs- bzw. Nostrifikationsbescheid für die gehobene Pflege oder einen MTD-Beruf.

Die Bestandregistrierung, das heißt, die Registrierung all jener Personen, die zum Stichtag 1. Juli 2018 bereits in ihrem Beruf tätig waren, ist mit 30. Juni 2019 abgeschlossen worden. Seit 1. Juli 2019 gibt es somit nur Neuregistrierungen.

Wozu all das?

Die Registrierung bedeutet unterm Strich mehr Anerkennung für die betroffenen Berufsangehörigen. Denn eingetragen wird nur, wer die entsprechende Qualifikation mitbringt und nur diese Personen sind zur Ausübung des Berufs berechtigt. Ein eigener Berufsausweis weist die Berufsangehörigen als berufsberechtigt aus.

Bisher waren keine Daten über die Anzahl der aktiven, in einem dieser Gesundheitsberufe tätigen Berufsangehörigen vorhanden; nun ist dies für die zuständigen Stellen per Mausklick möglich. Damit ist endlich eine seriöse Bedarfsplanung im Gesundheitsbereich machbar. Der öffentliche Teil des Registers ist für alle Interessierten einsehbar. Somit können alle Patienten/-innen nachsehen, welche Ausbildungen, Zusatzqualifikationen etc. die Person, die sie behandelt, haben.

Auch ein Arbeitsplatzwechsel innerhalb von Europa wird durch die Angleichung an die europäischen Standards wesentlich erleichtert. Und zu guter Letzt vereinfacht das Register den Arbeitgeberwechsel dadurch, dass alle für die Berufsausübung notwendigen Dokumente im Register abrufbar sind. Der Arbeitgeber kann sich darauf verlassen, dass jede/r, der/die im Register eingetragen ist, auch zur Ausübung des Berufs berechtigt ist.

Die Eintragung in das Gesundheitsberuferegister ist von Verwaltungsgebühren befreit und damit für die Berufsangehörigen kostenlos.

Der Antrag auf Eintragung in das Gesundheitsberuferegister kann persönlich oder online eingebracht werden. Für eine Online-Registrierung benötigen Sie eine Handysignatur oder Bürgerkarte. Wählen Sie die persönliche Antragstellung, können Sie sich je nach Zuständigkeit entweder bei der Arbeiterkammer-Bezirksstelle Ihrer Wahl oder der Gesundheit Österreich GmbH einen Termin ausmachen.

Wie?

Neben einem wahrheitsgemäß ausgefüllten und unterfertigten Antragsformular (dieses füllen Sie bei der Online-Antragstellung online aus), Unterschriftenblatt und Beiblatt zur Vertrauenswürdigkeit benötigen Sie für die Eintragung in das Gesundheitsberuferegister folgende Dokumente bzw. Unterlagen im Original:

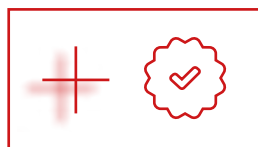
- Nachweis der Identität und Staatsangehörigkeit (z. B. Reisepass oder Staatsbürgerschaftsnachweis inklusive Führerschein)
- Qualifikationsnachweis
- Nachweis der Vertrauenswürdigkeit in Form einer Strafregisterbescheinigung. Sofern Sie sich in den letzten 5 Jahren mehr als 6 Monate durchgehend außerhalb von Österreich aufgehalten haben, ist auch ein Strafregisterauszug aus diesem Staat/ diesen Staaten erforderlich.
- Ärztliches Zeugnis über die gesundheitliche Eignung für die Ausübung des Berufs
- Nachweis über die Kenntnis der deutschen Sprache (grundsätzlich auf dem Niveau B2 mit Ausnahme von Logopäden/-innen, bei denen das Niveau C1 erforderlich ist), sofern sich diese nicht aus dem Lebenslauf ergibt
- Bei einer Namensänderung seit dem Erwerb des Qualifikationsnachweises ist auch ein Nachweis hierüber (z. B. Heirats- bzw. Scheidungsurkunde) erforderlich.
- Haben Sie in den letzten 5 Jahren mindestens 6 Monate außerhalb Österreichs im beantragten Gesundheitsberuf gearbeitet, muss darüber hinaus auch ein Disziplinarstrafregisterauszug aus diesem Staat vorgelegt werden.
- Passbild

Nicht deutschsprachige Dokumente sind durch eine*n gerichtlich beeidete*n Dolmetscher*in zu übersetzen. Nach positiver inhaltlicher Prüfung der Unterlagen, wird der/die AntragstellerIn in das öffentliche Register (gbr-public.ehealth.gv.at) eingetragen. In der Folge wird Ihnen ein Berufsausweis zugestellt.

Nach Ablauf von 5 Jahren muss die Eintragung in das Register erneuert werden – Sie werden

rechtzeitig über die Notwendigkeit von der Registrierungsbehörde informiert. Bitte bedenken Sie, dass Sie verpflichtet sind, Ihre Daten im Register aktuell zu halten und geben Sie allfällige Änderungen Ihrer Daten (z. B. Namensänderungen, neuer Wohnsitz) rasch bekannt.

Weitere Informationen zur Registrierung finden Sie unter www.gesundheit.gv.at/professional/gbr/oeffentliches-register



TEILNAHMEBESTÄTIGUNG

3.2. GuKG – Novelle 2016

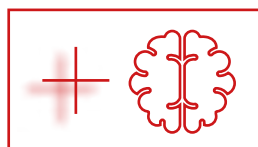
Grober Überblick über die Neuerungen:



FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG

Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege:

- Die GuKG – Novelle 2016 bringt eine einheitliche generelle Grundausbildung für den gehobenen Dienst. Die speziellen Grundausbildungen in der Kinder- und Jugendlichenpflege und in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege sind ausgelaufen. Diese Bereiche können nunmehr im Zuge einer Sonderausbildung (Dauer 1 Jahr, 1600 Stunden) gewählt werden.
- Ab 01.01.2024 wird die Gesundheits- und Krankenpflege nur noch in FH – Bachelorstudiengängen gelehrt, nicht mehr auf den Gesundheits- und Krankenpflegeschulen.
- Der gehobene Dienst erfährt eine Aktualisierung seines Berufsbildes, die Tätigkeitsbereiche werden durch neu gestaltete Kompetenzbereiche ersetzt.
- Hinzukommen weiterer Spezialisierungen
- Pflegeassistentenberufe:
- Einführung des neuen Berufsbildes der Pflegefachassistenz
- Beibehaltung der Pflegehilfe als nunmehrige Pflegeassistentin, einschließlich einer Aktualisierung des Tätigkeitsbereiches.
- Die Gesundheits- und Krankenpflegeschulen werden als Ausbildungseinrichtungen für die Pflegeassistentenberufe weitergeführt.



GUK-FORTBILDUNG

GuKG – Novelle 2016 im Detail

3.2.1 Pflegeassistentenberufe

Das Berufsbild der Pflegeassistenten

Pflegeassistenten § 83	Pflegefachassistenten § 83a
Mitwirkung an und Durchführung der ihnen vom gehobenen Dienst übertragenen Pflegemaßnahmen (Abs 2)	Eigenverantwortliche Durchführung der vom gehobenen Dienst oder Ärzten übertragenen Aufgaben der Pflegeassistenten
Handeln in Notfällen	Handeln in Notfällen
Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie	Eigenverantwortliche Durchführung der vom gehobenen Dienst oder Ärzten übertragenen weiteren Tätigkeiten im Rahmen der Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie wie bei PA um weitere Tätigkeiten erweitert.
	Anordnung und Unterweisung von Auszubildenden der Pflegeassistentenberufe
Anordnung UND Aufsicht	Anordnung OHNE Aufsicht

Ausbildung

1 Jahr, 1600 h, an Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege

Fortbildungspflicht

40 h innerhalb von 5 Jahren

Berufsausübung nur im Dienstverhältnis, also nicht selbständig, möglich
Pflicht zur Eintragung ins Gesundheitsberuferegister

Ab 01.01.2025

Auslaufen dieses Berufsbildes in Krankenanstalten.

Tätigkeitsbereich der Pflegeassistenten

Mitwirkung an und Durchführung der ihnen von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege übertragenen Pflegemaßnahmen und zwar nach Anordnung und Aufsicht (im extramuralen Bereich haben Anordnungen schriftlich zu ergehen):

- Mitwirkung beim Pflegeassessment
- Beobachtung des Gesundheitszustandes
- Durchführung von Pflegemaßnahmen, die vom gehobenen Dienst übertragen wurden: das Gesetz listet hier nunmehr nicht mehr einzelne pflegerische Tätigkeiten auf, sondern überlässt es dem gehobenen Dienst, nach persönlicher Pflegeanamnese und Pflegediagnose Tätigkeiten an Pflegeassistenten unter Berücksichtigung der Kenntnisse und Fähigkeiten zu übertragen. Hierzu gehören z. B auch: hautreinigende und -schützende, sowie stomarandreinigende und -schützende Pflegeinterventionen im Rahmen der lokalen Pflege von kolo- und Ileostoma.
- Information Kommunikation und Begleitung
- Mitwirkung an der praktischen Ausbildung in der Pflegeassistenten

Handeln in Notfällen

- Erkennen und Einschätzen von Notfällen und Setzen entsprechender Maßnahmen und eigenverantwortliche Durchführung lebensrettender Sofortmaßnahmen, solange und soweit ein*e Ärzt*in nicht zur Verfügung steht, insbesondere
 - Herzdruckmassage und Beatmung mit einfachen Beatmungshilfen, das sind insb. Mund-zu-Mund-Beatmung, Mund-zu-Nase-Beatmung und die Beutelmaskenbeatmung. Ausgeschlossen ist die Anwendung endotrachealer Tuben.
 - Durchführung der Defibrillation mit halbautomatischen Geräten oder Geräten im halbautomatischen Modus, sowie
 - Verabreichung von Sauerstoff

Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie

(abschließende Aufzählung) im Einzelfall (d. h. auf den*die Patient*in und die konkrete Behandlungssituation abgestimmt) nach schriftlicher ärztlicher Anordnung oder nach Anordnung durch eine/n Angehörigen des gehobenen Dienstes und unter Aufsicht von Ärzt*innen oder Angehörigen des gehobenen Dienstes:

- Verabreichung von lokal, transdermal sowie über Gastrointestinal- und/oder Respirationstrakt zu verabreichenden Arzneimitteln; Dies beinhaltet auch das Dispensieren entsprechend der ärztlichen Anordnung.
- Verabreichung von subkutanen Insulininjektionen (ohne zusätzliche praktische und theoretische Schulung!) und subkutanen Injektionen von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln; Dies umfasst auch die Einstellung der ärztlich angeordneten Insulineinheiten am Insulinpen.
- standardisierte Blut-, Harn- und Stuhluntersuchungen, sowie Blutentnahme aus der Kapillare im Rahmen der patientennahen Labordiagnostik und Durchführung von Schnelltestverfahren (Point-of-Care-Tests).
- Blutentnahme aus der Vene, ausgenommen bei Kindern
- Durchführung von Mikro- und Einmalklistieren
- Durchführung einfacher Wundversorgung, einschließlich Anlegen von Verbänden, Wickeln und Bandagen
- Durchführung von Sondenernährung bei liegenden Magensonden
- Absaugen aus den oberen Atemwegen sowie dem Tracheosoma ins stabilen Pflegesituationen
- Erhebung und Überwachung von medizinischen Basisdaten (Puls, Blutdruck, Atmung, Temperatur, Bewusstseinslage, Gewicht, Größe, Ausscheidungen), sowie
- Einfache Wärme-, Kälte und Lichtenwendungen

Personen, die noch vor der GuKG – Novelle 2016 eine Ausbildung in der Pflegehilfe absolviert haben, sind verpflichtet, sich die allenfalls fehlenden Fertigkeiten und Kenntnisse im Rahmen ihrer Fortbildungsverpflichtung anzueignen. Die „Aufsicht“ kann in Form einer begleitenden, in regelmäßigen Intervallen auszuübenden Kontrolle erfolgen. Dies trägt den besonderen Umständen der Hauskranken- und Langzeitpflege Rechnung.

Das Berufsbild der Pflegefachassistenz NEU

Ausbildung

2 Jahre, 3200 h, an Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege

Fortbildungspflicht

40 h in 5 Jahren

Zugang zur Berufsreifeprüfung steht offen.
Pflicht zur Eintragung ins Gesundheitsberuferegister.

Tätigkeitsbereich der Pflegeassistenz

Eigenverantwortliche Durchführung der von von Angehörigen des gehobenen Dienstes angeordneten Aufgaben der Pflegeassistenz (Pflegetmaßnahmen). Siehe oben. Im extramuralen Bereich haben die Anordnungen schriftlich zu erfolgen. Keine Aufsicht!

- Erkennen und Einschätzen von Notfällen und Setzen entsprechender Maßnahmen und
- Eigenverantwortliche Durchführung lebensrettender Sofortmaßnahmen, solange und soweit ein Arzt nicht zur Verfügung steht, insbesondere
 - Herzdruckmassage und Beatmung mit einfachen Beatmungshilfen
 - Durchführung der Defibrillation mit halbautomatischen Geräten oder Geräten im halbautomatischen Modus, sowie
 - Verabreichung von Sauerstoff

Eigenverantwortliche Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie

Therapie wie bei der Pflegeassistenz, erweitert um:

- Durchführung standardisierter diagnostischer Programme, wie EKG, EEG, BIA, Lungenfunktionstest
- Legen und Entfernen von transnasalen und transoralen Magensonden
- Setzen und Entfernen von transurethralen Kathetern bei der Frau, ausgenommen bei Kindern
- Ab- und Anschluss laufender Infusionen, ausgenommen Zytostatika und
- Transfusionen mit Vollblut und/oder Blutbestandteilen, bei liegendem
- periphervenösen Gefäßzugang, die Aufrechterhaltung dessen
- Durchgängigkeit sowie gegebenenfalls die Entfernung desselben,
- Anlegen von Miedern, Orthesen und elektrisch betriebenen Bewegungsschienen nach vorgegebener Einstellung.

Keine Aufsicht!

Im Einzelfall (d. h. auf den*die Patient*in und die konkrete Behandlungssituation abgestimmt) nach schriftlicher ärztlicher Anordnung oder nach Anordnung durch den gehobenen Dienst.

Anleitung & Unterweisung von Auszubildenden

der Pflegeassistenzberufe nach Anordnung des gehobenen Dienstes. Im extramuralen Bereich haben Anordnungen schriftlich zu erfolgen.

Exkurs Eigenverantwortlichkeit

Eigenverantwortliches Arbeiten bedeutet fachliche Weisungsfreiheit, die aber auch impliziert, dass der*die Berufsangehörige Schaden, den er aufgrund nicht fachgemäßer Behandlung verursacht hat, selbst zu tragen hat, also dafür haftet. Im Sinne der Einlassungs- oder Übernahmefahrlässigkeit muss jede Person, die eine Tätigkeit übernimmt, erkennen, ob die übernommene Aufgabe ihren Kenntnissen und Fähigkeiten entspricht oder nicht. Fahrlässig handelt ein Berufsangehöriger dann, wenn er*sie eine Tätigkeit übernimmt, obwohl er*sie weiß oder wissen müsste, dass er*sie diese nicht ordnungsgemäß ausführen kann. Sei dies aufgrund mangelnder Ausbildung oder auf Grund eines physischen oder psychischen Ausnahmezustandes. Er*Sie hat die Durchführung der Tätigkeit diesfalls abzulehnen und zu unterlassen. Sollte er*sie dies nicht tun und aufgrund dessen eine Person zu Schaden kommen, hat er*sie eventuell mit einer zivilrechtlichen und/oder strafrechtlichen Haftung und mit dienstrechtlichen Konsequenzen zu rechnen.

3.2.2. Das Berufsbild des gehobenen Dienstes

Ausbildung

3 Jahre, 4500 h, im Zuge eines Fachhochschul-Bachelorlehrgangs oder bis 31.12.2023 an einer Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege.

- verkürzte Ausbildung für Pflegeassistent*innen: 2 Jahre
- verkürzte Ausbildung für Sanitätsunteroffizier*innen: 1 Jahr
- verkürzte Ausbildung nach einer speziellen Grundausbildung in der Kinder- und Jugendlichenpflege oder in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege: 1 Jahr

- Verkürzte Ausbildung für Hebammen: 1 Jahr
- Verkürzte Ausbildung für Mediziner*innen: 1,5 Jahre

Fortbildungspflicht

60 h in 5 Jahren

Pflicht zur Eintragung ins Gesundheitsberuferegister.

Alt: Tätigkeitsbereiche	Neu: Kompetenzbereiche
§ 14 Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich	§ 14 Pflegerische Kernkompetenzen
§ 14a Lebensrettende Sofortmaßnahmen	§ 14a Kompetenz bei Notfällen
§ 15 Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich	§ 15 Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie
	§ 15a Weiterverordnung von Medizinprodukten
§ 16 Interdisziplinärer Tätigkeitsbereich	§ 16 Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam
§ 17 Erweiterte und spezielle Tätigkeitsbereiche	§ 17 Spezialisierungen (§§ 18–26)

Pflegerische Kernkompetenzen

Diese umfassen eigenverantwortliche Erhebung des Pflegebedarfs, Beurteilung der Pflegeabhängigkeit, Diagnostik, Planung Organisation, Durchführung, Kontrolle und Evaluation aller pflegerischer Maßnahmen (Pflegeprozess) in allen Versorgungsformen und Versorgungsstufen, Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung im Rahmen der Pflege, sowie die Pflegeforschung.

Das ist insbesondere (also nicht abschließend geregelt):

- Gesamtverantwortung für den Pflegeprozess
- Planung und Durchführung von Pflegeinterventionen bzw. -maßnahmen
- Unterstützung und Förderung der Aktivitäten des täglichen Lebens
- Beobachtung und Überwachung des Gesundheitszustandes
- Theorie- und konzeptgeleitete Gesprächsführung und Kommunikation
- Beratung zur Gesundheits- und Krankenpflege sowie Organisation und Durchführung von Schulungen
- Förderung der Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderung und Prävention
- Erstellen von Pflegegutachten
- Delegation, Subdelegation und Aufsicht entsprechend dem Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrad der Pflegesituation
- Anleitung und Überwachung von Unterstützungskräften sowie Anleitung, Unterweisung und begleitende Kontrolle von Personen zur Unterstützung in der Basisversorgung, Personenbetreuung, Persönliche Assistenz, sowie Pflegepraktikum für Studierende.
- Anleitung, Begleitung und Beurteilung von Auszubildenden
- ethisches, evidenz- und forschungsbasiertes Handeln einschließlich Wissensmanagement
- Weiterentwicklung der beruflichen Handlungskompetenz
- Mitwirkung an fachspezifischen Forschungsprojekten und Umsetzung von fachspezifischen Forschungsergebnissen

- Anwendung komplementärer Pflegemethoden, wie z. B. Aromapflege
- Mitwirkung im Rahmen von Qualitäts- und Risikomanagement
- Psychosoziale Betreuung in der Gesundheits- und Krankenpflege
- Das Erkennen und Einschätzen von Notfällen und Setzen entsprechender Maßnahmen und
- Eigenverantwortliche Durchführung lebensrettender Sofortmaßnahmen, solange und soweit ein Arzt nicht zur Verfügung steht, wobei die unverzügliche Verständigung eines Arztes zu veranlassen ist.
- Lebensrettende Sofortmaßnahmen umfassen insbesondere Herzdruckmassage, Beatmung, Durchführung der Defibrillation mit halbautomatischen Geräten oder Geräten im halbautomatischen Modus, sowie die Verabreichung von Sauerstoff.

Kompetenzen bei Notfällen

umfassen die eigenverantwortliche Durchführung medizinisch-diagnostischer und medizinisch-therapeutischer Maßnahmen und Tätigkeiten nach schriftlicher, ärztlicher Anordnung. Die Durchführung ist zu dokumentieren. Von der Schriftlichkeit der ärztlichen Anordnung kann abgesehen werden, wenn es die Dringlichkeit erfordert, oder der anordnende Arzt bei der Ausführung unmittelbar anwesend ist, sowie, wenn die Eindeutigkeit und Zweifelsfreiheit der Anordnung sichergestellt sind.

Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie

Die o. g. Kompetenzen umfassen insbesondere (beispielhaft angeführt):

- Verabreichung von Arzneimitteln, einschließlich Zytostatika und Kontrastmittel
- Vorbereitung und Verabreichung von Injektionen und Infusionen
- Punktion und Blutentnahme aus den Kapillaren, dem peripheren Gefäßsystem, der Arterie Radialis und der Arterie Dorsalis Pedis sowie Blutentnahme aus dem zentralvenösen Gefäßsystem bei liegendem Gefäßzugang
- Legen und Wechsel periphervenöser Verweilkanülen, einschließlich Aufrechterhaltung deren Durchgängigkeit sowie gegebenenfalls Entfernung derselben,
- Wechsel der Dialyselösung im Rahmen der Peritonealdialyse
- Verabreichung von Vollblut und/oder Blutbestandteilen, einschließlich Bed-Side-Tests
- Setzen von transurethralen Kathetern zur Harnableitung, Instillation und Spülung bei beiden Geschlechtern sowie Restharnbestimmung mittels Einmalkatheter
- Messung der Restharnmenge mittels nichtinvasiver sonographischer Methoden einschließlich der Entscheidung zur und Durchführung der Einmalkatheterisierung
- Vorbereitung, Assistenz und Nachsorge bei endoskopischen Eingriffen
- Assistenzleistungen bei chirurgischer Wundversorgung
- Entfernung von Drainagen, Nähten und Wundverschlussklammern sowie Anlegen und Wechsel von Verbänden und Bandagen
- Legen und Entfernen von transnasalen und transoralen Magensonden
- Durchführung von Klistieren, Darmeinläufen und -spülungen
- Absaugen aus den oberen Atemwegen sowie dem Tracheostoma
- Wechsel von suprapubischen Kathetern und perkutanen gastralen Austauschsystemen
- Anlegen von Miedern, Orthesen und elektrisch betriebenen Bewegungsschienen bei vorgegebener Einstellung des Bewegungsausmaßes
- Bedienung von zu- und ableitenden Systemen
- Durchführung des Monitorings mit medizinisch-technischen Überwachungsgeräten einschließlich Bedienung derselben
- Durchführung standardisierter diagnostischer Programme
- Durchführung medizinisch-therapeutischer Interventionen (z. B. Anpassung von Insulin-, Schmerz- und Antikoagulantientherapie), insbesondere nach Standard Operating Procedures (SOP)
- Anleitung und Unterweisung von Patienten sowie von Angehörigen des Patienten oder

von Personen, die zum Patienten in einem örtlichen und persönlichen Naheverhältnis stehen, in deren Obhut er sich befindet (Laien) bzw. von Personen, die unter den Anwendungsbereich des Hausbetreuungsgesetzes fallen oder Gewerbetreibende, die das Gewerbe der Personenbetreuung ausüben, nach Maßgabe der ärztlichen Anordnung.

- Weiterdelegation einzelner ärztlicher Tätigkeiten an Angehörige der Pflegeassistentenberufe, der Desinfektionsassistenten, der Ordinationsassistenten und der Operationsassistenten, sowie an in Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf stehende Personen, sofern und soweit diese Aufgaben vom Tätigkeitsbereich des entsprechenden Gesundheitsberufs umfasst sind. Unter Aufsicht!
- Weiterdelegation folgender Tätigkeiten im Einzelfall und nach Maßgabe der ärztlichen Anordnung an PersonenbetreuerInnen und Persönliche Assistenz:
 - Verabreichung von Arzneimitteln
 - Anlegen von Bandagen und Verbänden
 - Verabreichung von subkutanen Insulininjektionen und subkutanen Injektionen von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln
 - Blutentnahme aus der Kapillare zur Bestimmung des Blutzuckerspiegels mittels Teststreifens
 - Einfache Wärme- und Lichtanwendungen
- Weiterdelegation an Laien nach Maßgabe der ärztlichen Anordnung. Der Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege hat sich zu vergewissern, dass der/die DelegationsempfängerIn über die erforderlichen Fähigkeiten zur Durchführung verfügt. Auf die Möglichkeit der Ablehnung ist hinzuweisen.

Weiterverordnung von Medizinprodukten

Von der Ärztin bzw. dem Arzt verordnete Medizinprodukte in den Bereichen

- Nahrungsaufnahme
- Inkontinenzversorgung
- Mobilisations- und Gehhilfen
- Verbandsmaterialien
- Prophylaktische Hilfsmittel und Messgeräte
- Illeo-, Jejun-, Colon- und Uro-Stomas

dürfen vom gehobenen Dienst weiterverordnet werden, bis die sich ändernde Patientensituation die Einstellung der Weiterverordnung oder die Rückmeldung an die Ärztin bzw. den Arzt erforderlich machen oder der Arzt die Anordnung ändert.

Die Abänderung der ärztlich verordneten Medizinprodukte durch Angehörige des gehobenen Dienstes ist nicht zulässig.

Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam

Der multiprofessionelle Kompetenzbereich umfasst die pflegerische Expertise des gehobenen Dienstes als Teil des multiprofessionellen Versorgungsteams bei der Zusammenarbeit mit Gesundheits- und Sozialberufen, sowie anderen Berufen. Die Berufsangehörigen tragen in ihrem Bereich die Durchführungsverantwortung für alle von ihnen in diesen Bereichen gesetzten pflegerischen Maßnahmen.

Exkurs

„Ärztliche Anordnung“: hierbei darf es sich nicht um eine generelle Delegation durch den behandelnden Arzt handeln. Die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sind vielmehr erst nach eingehender Untersuchung und Beurteilung des Gesamtzustandes des Patienten durch den Arzt durchzuführen. Anordnungsbefugt ist grundsätzlich jeder behandelnde Arzt, also auch Turnusärzte, Allgemeinmediziner, Zahnärzte usw. Da das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal dem Vertrauensgrundsatz unterliegt, ist es nicht verpflichtet, zu überprüfen, ob der anordnende Arzt anordnungsbefugt ist. Sollte aber die Fehlerhaftigkeit der Anordnung dem gehobenen Dienst aufgefallen sein, oder hätte sie aufgrund der eigenen beruflichen Kenntnisse und Fähigkeiten auffallen müssen, kann es hier im Schadensfall zu einer zivil- und strafrechtlichen Haftung für den diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger kommen.

Übersicht über die Subdelegationsmöglichkeiten des gehobenen Dienstes: DGKP Subdelegation bei Therapie und Diagnostik

<ul style="list-style-type: none"> ◦ Pflege(fach)assistenz ◦ Desinfektionsassistenz ◦ Ordinationsassistenz ◦ Operationsassistenz 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Personenbetreuer ◦ Persönliche 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Laien ◦ (Angehörige, Personen in Obhut, Personen mit Naheverhältnis)
<ul style="list-style-type: none"> ◦ Ärztliche Anordnung ◦ Einzelne Tätigkeiten ◦ Im Tätigkeitsbereich ◦ Aufsicht über deren Durchführung 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Ärztliche Anordnung ◦ Im Einzelfall ◦ Folgende Tätigkeiten: <ol style="list-style-type: none"> 1. Verabreichen von Arzneimitteln 2. Anlegen von Bandagen und Verbänden, 3. subkutane Injektionen von Insulin und blutgerinnungshemmende Arzneien 4. Blutabnahme aus Kapillare 5. einfache Wärme-/Lichtanwendungen 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Ärztliche Anordnung ◦ Einzelne ärztliche Tätigkeiten ◦ Anleitung ◦ Unterweisung ◦ Vergewisserung über Fähigkeiten ◦ Hinweis auf Möglichkeit der Ablehnung

Platzhalter für

evtl. Verschiebungen

1. Schrems B. Verstehende Pflege-diagnostik: Grundlagen zum angemessenen Pflegehandeln. Facultas Verlags- und Buchhandels AG; 2018.
2. Mayer H. Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für das Studium. Facultas Verlags- und Buchhandels AG; 2015.
3. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz BGBI. I Nr. 8 / 2016: 1. EU-Berufsanerkennungsgesetz Gesundheitsberufe 2016 [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.ris-bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026>
4. Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG). §3 2013.
5. Grove SK, Burns N, Gray J, Burns N. Understanding nursing research: building an evidence-based practice [Internet]. 2015 [zitiert 14. September 2020]. Verfügbar unter: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1167229>
6. Kirkevold M, Schneider L. Pflegewissenschaft als Praxisdisziplin. H. Huber; 2002.
7. Wilkinson JM, Hinrichs S, Georg J. Das Pflegeprozess-Lehrbuch. 1. Aufl. Bern: Huber; 2012. 629 S. (Pflegeprozess).
8. Hammer A, Kobbert E, Maurer B. Pflegeprozess und Pflegequalität. In: Lauber A, Herausgeber. Grundlagen beruflicher Pflege. 4., aktualisierte Auflage. Stuttgart New York: Georg Thieme Verlag; 2018. (Verstehen & pflegen).
9. Brobst RA, Coughlin AMC, Cunningham D, Feldman JM, Hess RG, Mason JE, u. a. Der Pflegeprozess in der Praxis. 2, vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Verl Hans Huber Hogrefe AG Bern. 2007;
10. Rappold E, Aistleithner R, Gesundheit Österreich GmbH. Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017 Dokumentation pflegerischer Kernkompetenzen. 2017.
11. Robert-Koch-Institut, Herausgeber. Prävention der nosokomialen beatmungsassoziierten Pneumonie: Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionssprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. November 2013;56(11):1578–90.
12. Klompas M, Branson R, Eichenwald EC, Greene LR, Howell MD, Lee G, u. a. Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia in acute care hospitals: 2014 update. Infect Control Hosp Epidemiol. 2014;35(52):S133–54.
13. Schwanda M. Offene und geschlossene Absaugsysteme im Vergleich – Eine Literaturübersicht. PflegenetzWissenschaft. 2013;(4):24–9.
14. AWMF, Herausgeber. Management und Durchführung des intermittierenden Katheterismus (IK) bei neurogener Dysfunktion des unteren Harntraktes [Internet]. 2012. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/043-0481_S2k_Management-Durchfuehrung-Intermittierender-Katheterismus-neurogene-Dysfunktion-unter-Harntrakt_2020-02_1_01.pdf
15. Lauber A, Heißenberg A, Kaster M, Kobbert E, Maurer B, Mayer H, u. a., Herausgeber. Grundlagen beruflicher Pflege: professionelle Pflege in allen Altersstufen. 3., überarbeitete Auflage. Stuttgart New York: Thieme; 2012. 344 S. (Verstehen & pflegen).
16. Manski D. Harnblase-Sonographie: Normalbefunde und Restharn [Internet]. <https://www.urologielehrbuch.de/>. [zitiert 15. September 2020]. Verfügbar unter: <https://www.urologielehrbuch.de/harnblase-sonographie.html>
17. Verathon, Herausgeber. Bladderscan BVI 9400. Bedienungs- und Wartungshandbuch [Internet]. 2017. Verfügbar unter: verathon.com/wp-content/uploads/product_docs/0900-4412-DEDE-xx-60.pdf
18. Lauber A, Schmalstieg P, Herausgeber. Pflegerische Interventionen. 4., aktualisierte Auflage. Stuttgart New York: Georg Thieme Verlag; 2018. 706 S. (Verstehen & pflegen).
19. Eißing E, Fickus P. Pflegerische Interventionen. 4., aktualisierte Auflage. Lauber A, Schmalstieg P, Herausgeber. Stuttgart New York: Georg Thieme Verlag; 2018. 706 S. (Verstehen & pflegen).
20. Robert-Koch-Institut, Herausgeber. Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen: Teil 2 – Periphervenöse Verweilkanülen und arterielle Katheter Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionssprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Februar 2017;60(2):207–15.
21. Fickus P. Pflegerische Interventionen im Zusammenhang mit der Arzneimittelverabreichung. In: Lauber A, Schmalstieg P, Herausgeber. Pflegerische Interventionen. 4., aktualisierte Auflage. Stuttgart New York: Georg Thieme Verlag; 2018. (Verstehen & pflegen).
22. Fischer R. Pflegerische Interventionen im Zusammenhang mit Punktionen. In: Lauber A, Schmalstieg P, Herausgeber. Pflegerische Interventionen. 4., aktualisierte Auflage. Stuttgart New York: Georg Thieme Verlag; 2018. S. 584–616. (Verstehen & pflegen).
23. Robert-Koch-Institut. Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen: Teil 2 – Periphervenöse Verweilkanülen und arterielle Katheter Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionssprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Februar 2017;60(2):207–15.
24. Perkins GD, Handley AJ, Koster RW, Castrén M, Smyth MA, Olasveengen T, u. a. Basismaßnahmen zur Wiederbelebung Erwachsener und Verwendung automatisierter externer Defibrillatoren: Kapitel 2 der Leitlinien zur Reanimation 2015 des European Resuscitation Council. Notf Rettungsmedizin. Dezember 2015;18(8):748–69.
25. Schrenk W. Aggression und Gewalt gegen Pflegende. 2010 [zitiert 15. September 2020]; Verfügbar unter: <https://othes.univie.ac.at/17257/>
26. Nau J, Walter G, Oud N, Verlag Hans Huber. Aggression, Gewalt und Aggressionsmanagement: Lehr- und Praxishandbuch zur Gewaltprävention für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. 2019.
27. Anderson CA, Bushman BJ. Human aggression. Annu Rev Psychol. 2002;53(1):27–51.
28. Schirmer UB, Herausgeber. Prävention von Aggression und Gewalt in der Pflege: Grundlagen und Praxis des Aggressionsmanagements für Psychiatrie und Gerontopsychiatrie. 3., aktualisierte Aufl. Hannover: Schlüter; 2012. 101 S. (Pflege).
29. Heinrich J, Beuers C, Beutenmüller T, Bradl C, Irblich D, Sax-Eckes I, u. a., Herausgeber. Akute Krise Aggression: Aspekte sicheren Handelns bei Menschen mit geistiger Behinderung. 4., durchgesehene Auflage. Marburg: Lebenshilfe-Verlag; 2016. 368 S.
30. Faust V, Steinert T, Scharfetter C. Aggressionen bei psychischen Störungen. Diagnose und Therapie. 1998. (Teil 2).
31. Richter D, Berger K. Gewaltsituationen in der psychiatrischen Pflege – Zusammenfassende Ergebnisse einer Studie über die Häufigkeit, körperliche und psychische Folgen sowie Präventionsmöglichkeiten – Psych Pflege Heute. Oktober 2001;7(5):242–7.
32. Ketelsen R, Schulz M, Zechert C. Seelische Krise und Aggressivität: der Umgang mit Deeskalation und Zwang. 1. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verl; 2004. 191 S.
33. North American Nursing Diagnosis Association. NANDA nursing diagnoses: definitions and classification, 1999–2000. Philadelphia, PA: North American Nursing Diagnosis Association; 1999.
34. Abderehalden C. Erweiterte Brøset-Gewalt-Checkliste (BVC-CH) [Internet]. 2008. Verfügbar unter: https://www.gesundheitsdienstportal.de/risiko-uebergreif/infoplus/6_4_3a.pdf
35. Schulz von Thun F. Miteinander reden: Störungen und Klärungen: Psychologie der zwischenmenschlichen Kommunikation. Originalausg. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt; 1981. 268 S. (Rororo Sachbuch).
36. Breakwell GM, Camenzind E. Aggression bewältigen: Umgang mit Gewalttätigkeit in Klinik, Schule und Sozialarbeit. 1. Aufl. Bern: Huber; 1998. 133 S.
37. Rosenberg MB, Rosenberg MB. Gewaltfreie Kommunikation: Eine Sprache des Lebens. 12., überarbeitete und erweiterte Auflage. Paderborn: Junfermann Verlag; 2015. 222 S. (Gewaltfreie Kommunikation).

38. Wesuls R, Heinzmann T, Brinker L. Professionelles Deeskalationsmanagement (ProDeMa). Praxisleitfaden zum Umgang mit Gewalt und Aggression in den Gesundheitsberufen. [Internet]. Unfallkasse Baden-Württemberg, Herausgeber. 2005. Verfügbar unter: https://www.bag-ped.de/sites/default/files/dateien/fachbeitrag_professionelles-deeskalationsmanagement.pdf
39. Steiner K, Mosberger B, Kasper R, Jelenko M, Fritsch C, Leuprecht E. Praxishandbuch: Praxishandbuch Methoden der Berufs- und Arbeitsmarktorientierung für Frauen. [Internet]. 2. aktualisierte und erweiterte Auflage. Communicatio – Kommunikations- und Publikations-gmbH, Herausgeber. Wien; 2013. Verfügbar unter: http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/AMS_PH_BO_Frauen.pdf
40. Doppler K. Der Change Manager: sich selbst und andere verändern. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Frankfurt New York: Campus Verlag; 2011. 326 S.
41. AOK-Bundesverband, Herausgeber. AOK-Familienstudie [Internet]. KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.; 2018. Verfügbar unter: <https://www.schau-hin.info/fileadmin/content/Downloads/Sonstiges/aok-familienstudie-2018.pdf>
42. Schachinger HE. Das Selbst, die Selbsterkenntnis und das Gefühl für den eigenen Wert: Einführung und Überblick. 2., überarb. und erg. Aufl. Bern: Huber; 2005. 290 S. (Psychologie-Sachbuch).
43. Schmidt S, Schmidt S. Achtsamkeit und Wahrnehmung in Gesundheitsfachberufen. Springer; 2012.
44. Schneider M. Stressfrei durch Meditation: das MBSR-Kursbuch nach der Methode von Jon Kabat-Zinn. München: Barth; 2012. 207 S.
45. Bringmann K, printsystem Medienverlag GdbR H. Harfensteller u. W. Petersdorf. Working Mom! 20 Power-Tools für den Wiedereinstieg in den Job. 2018.
46. Mekat S. Elternzeit, Elterngeld Plus und beruflicher Wiedereinstieg: Fachkräfte begleiten und binden. 1. Auflage. Freiburg München Stuttgart: Haufe Gruppe; 2016. 219 S.
47. Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D. Selbstmanagement-Therapie: ein Lehrbuch für die klinische Praxis. 5., korr.durchges. Aufl. Berlin: Springer Medizin; 2012. 552 S.
48. Kaluza G. Stressbewältigung: Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2018 [zitiert 15. September 2020]. (Psychotherapie: Praxis). Verfügbar unter: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-662-55638-2>
49. Simon M, Tackenberg P, Hasselhorn H-M, Kümmerling A, Büscher A, Müller BH. Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Univ Wupp. 2005;10.
50. Lück M, Hünefeld L, Brenscheidt S, Bödefeld M, Hünefeld A. Grundauswertung der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2018. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; 2019.
51. Bär S, Starystach S. Psychische Belastungen des Pflegepersonals im Krankenhaus. 2018;
52. Lincke HJ, Vomstein M, Nolle I, Lindner A, Haug A, Nübling M. Typisch Krankenhaus? Psychische Arbeitsbelastungen von Pflegekräften und Ärzten-/innen in Abhängigkeit vom Beruf und der Situation vor Ort. PPM-Psychother Psychosom Med Psychol. 2018;68(08):416.
53. Ehegartner V, Kirschnack M, Frisch D, Schuh A, Kus S. Arbeitsfähigkeit von Pflegekräften in Deutschland – welchen Präventionsbedarf hat das Pflegepersonal: Ergebnisse einer Expertenbefragung. Gesundheitswesen. 2020;82(05):422–30.
54. Baum F, Beck BB, Fischer B, Glüsing R, Graupner I. Prävention von Rückenbeschwerden; TOPAS_R – Konzept der BGW für Pflege und Betreuung. Hambg Ger Berufsgenoss Für Gesundheitsdienst Wohlfahrtspf. 2012;
55. Ludwig O. Schieben, Ziehen, Manövrieren: Belastung für die Pflegekraft? Pflegezeitschrift. 2018;71(1–2):72–72.
56. Brütting M, Hermanns I, Nienhaus A, Ellegast R. Muskel-Skelett-Belastungen beim Schieben und Ziehen von Krankenbetten und Rollstühlen. Zentralblatt Für Arbeitsmedizin Arbeitsschutz Ergon. 2017;67(2):64–77.
57. Drupp M, Meyer M. Belastungen und Arbeitsbedingungen bei Pflegeberufen – Arbeitsunfähigkeitsdaten und ihre Nutzung im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Pflege-Report 2019. Springer; 2020. S. 23–47.
58. von Reibnitz C, Sonntag K. Ältere und jüngere Mitarbeiter – der Mix macht's. Pflegezeitschrift. 2018;71(3):20–3.
59. Jäger M, Theilmeier A, Jordan C, Luttmann A. Dortmunder Lumbalbelastungsstudie 3-Ermittlung der Belastung der Lendenwirbelsäule bei ausgewählten Pflege Tätigkeiten mit Patiententransfer: Teil 2: Belastungsskennwerte von sicher gefährdenden Tätigkeiten im Sinne der Berufskrankheit 2108. Shaker; 2005.
60. Rappold E, Pfabigan D, Brauneis C. Fachkräftemangel in der Pflege: Mehr vom Gleichen wird nicht helfen. Pflege Prof. 2018;17:43–53.
61. Nienhaus A, Muth E. Forschungsbericht 2015–2016 [Internet]. Kompetenzzentrum Epidemiologie und Versorgungsforschung bei Pflegeberufen (CVcare), Herausgeber. 2017. Verfügbar unter: [https://www.uk.de/dateien/institute/versorgungsforschung-in-der-dermatologie-und-bei-pflegeberufen-\(ivdp\)/jahresberichte/cvcare-forschungsbericht_201516.pdf](https://www.uk.de/dateien/institute/versorgungsforschung-in-der-dermatologie-und-bei-pflegeberufen-(ivdp)/jahresberichte/cvcare-forschungsbericht_201516.pdf)
62. Arbeitskreis Muskel-Skelett-Erkrankungen (AK MSE), Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Herausgeber. Prävention von Rückenbeschwerden TOPAS_R®: Handlungsrahmen zum Bewegen von Menschen in Pflege und Betreuung [Internet]. 2018. Verfügbar unter: https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/Wissenschaft-Forschung/BGW07-00-001_Praevention-Rueckenbeschwerden-TOPAS-R-Konzept_Download.pdf?__blob=publicationFile
63. Freitag S, Ellegast R, Dulon M, Nienhaus A. Quantitative measurement of stressful trunk postures in nursing professions. Ann Occup Hyg. 2007;51(4):385–95.
64. Harling M, Schablon A, Peters C, Nienhaus A. Predictive values and other quality criteria of the German version of the Nurse-Work Instability Scale (Nurse-WIS)-follow-up survey findings of a prospective study of a cohort of geriatric care workers. J Occup Med Toxicol. 2014;9(1):30.
65. Ellegast R. Messung von Muskel-Skelett-Belastungen mit dem CUELA-Messsystem. Inst Für Arbeitsschutz Dtsch Gesetzlichen Unfallversicherung IFA [Internet]. 2013 [zitiert 15. September 2020];(2/2013). Verfügbar unter: <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/2123>
66. Jäger M, Jordan C. Dortmunder Lumbalbelastungsstudie 3 - Ermittlung der Belastung der Lendenwirbelsäule bei ausgewählten Pflegetätigkeiten mit Patiententransfer Teil 5: Tätigkeitsspezifische praktische Handlungsanleitungen für rückengerechtes Bewegen von Patienten [Internet]. 2016 [zitiert 15. September 2020]. Verfügbar unter: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:101:1-201601312014>
67. Ostermann T. MH Kinaesthetics® und Salutogenese Ein Beitrag zur ganzheitlichen Gesundheitsförderung [Internet]. 2016 [zitiert 15. September 2020]. Verfügbar unter: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:101:1-201607022800>
68. Asmussen-Clausen M. Praxishandbuch Kinaesthetics: Erfahrungen zur individuellen Bewegungsunterstützung auf Basis der Kinästhetik. 2. Aufl. München: Elsevier, Urban & Fischer; 2006. 199 S.
69. Edlinger A. Kinästhetik. Place of publication not identified: AV AKA-DEMIKERVERLAG; 2015.
70. Hatch F, Maietta L. Kinästhetik: Gesundheitsentwicklung und menschliche Aktivitäten. Elsevier, Urban&FischerVerlag; 2003.



Einsendeinformation

66% des Fragebogens müssen positiv absolviert werden.

Bitte geben Sie Ihre E-Mail-Adresse an, damit Ihnen nach positiv absolvierter Fortbildung Ihre Teilnahmebestätigung zugeschickt werden kann. Im Falle eines nicht bestandenen Kurses werden Sie ebenfalls benachrichtigt.

Vorname

Name

E-Mail

Registrierungsnummer

Geburtsdatum

Unterschrift

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen per Post, oder Scan an:



AK Niederösterreich
Abteilung Gesundheitspolitik/Fortbildungen
AK Platz 1
3100 St. Pölten



fortbildung@aknoe.at

Mit der Unterschrift stimmt der Einsender zu, dass persönliche Daten (Name, E-Mail-Adresse, Registrierungsnummer & Geburtsdatum) zum Zweck der DFP-Punktebuchung auf dem Fortbildungskonto der Firma teamworx mediamangement GmbH verarbeitet werden. Die ÖÄK-Nummer und die Fortbildungs-ID werden zum Zweck der Punkteanrechnung an die Akademie der Ärzte (Walchenstraße 11/23, 1020 Wien) weitergegeben.

Die Einwilligung kann jederzeit bei service@vielgesundheits.at widerrufen werden. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung zur Punktebuchung nicht berührt.

Frage 1:

Welcher Begriff gehört nicht zu den acht Prinzipien der Achtsamkeit nach Schneider?

- a) Loslassen
- b) Konzentrationsfähigkeit
- c) Entspannung
- d) Verdrängung
- e) Therapie

Frage 2:

Was heißt STOP im Sinne der Achtsamkeit?

- a) Sei toll ohne Pause
- b) STOP, Take a breath, opening and proceed
- c) Stop the other people
- d) Lass dir von anderen nichts sagen
- e) Halte deine Gedanken so lang wie möglich fest

Frage 3:

Worum geht es beim „Grenzen setzen“ im Sinne des gesundheitsförderlichen Selbstmanagements?

- a) Andere so oft es geht nicht zu unterstützen.
- b) Mit dem Satz „Bin ich die Caritas?“ zu reagieren.
- c) Um eine gesunde Form der Selbstbehauptung, also die eigenen Grenzen und Interesse sozial kompetent zu vertreten.
- d) Um jeden Preis die selbst definierten Grenzen wahren.
- e) Sich von anderen sozial zu isolieren.

Frage 4:

Wie gehen Menschen mit Veränderung um?

- a) Jeder Mensch liebt Veränderungen.
- b) Ein Leben ohne Veränderung ist möglich.
- c) Veränderungen zu meistern fällt jedem leicht.
- d) Veränderungen sind nicht bewusst steuerbar.
- e) Veränderungen sind ein immanenter Teil des Lebens und bewältigbar.

Frage 5:

Welche Berufe unterliegen nicht der Registrierung der Gesundheitsberufe?

- a) Physiotherapeuten/-innen
- b) Heilmasseur/innen
- c) Pflegefachassistenten/innen
- d) Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger/innen

Frage 6:

Wie lange ist die Registrierung gültig?

- a) 3 Jahre ab Antragstellung
- b) 3 Jahre ab Eintragung in das Register
- c) 5 Jahre ab Antragstellung
- d) 5 Jahre ab Eintragung in das Register

Frage 7:

Welche Dokumente sind für die Eintragung in das Register nicht erforderlich?

- a) Geburtsurkunde
- b) Identitätsnachweis
- c) Passfoto
- d) Qualifikationsnachweis

Frage 8:

Welche der 4 genannten Tätigkeiten darf ein/ PflegeassistentIn ausüben:

- a) An- und Abhängen von Infusionen
- b) Entfernen subkutaner Infusionsnadeln
- c) Verabreichen eines Adrenalin – Pens nach einem Wespenstich
- d) Verabreichung von Herparininjektionen

Frage 9:

Welche der 4 genannten Tätigkeiten darf ein/e PflegefachassistentIn nicht ausführen?

- a) Beutelmaskenbeatmung
- b) Applikation von Morphiumpflastern
- c) Durchführung der Pflegeplanung
- d) Aufrechterhalten der Durchgängigkeit und Entfernen des peripheren Zugangs

Frage 10:

Welche der 4 Aussagen ist falsch?

- a) Das Absaugen von (Tracheal-)Sekret aus Nase, Mund- und Rachenraum fällt in den Bereich der Eigenverantwortlichkeit des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege.
- b) Ein diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger darf Baldrian Tropfen, die als apothekeneigene oder homöopathische Arzneispezialität registriert ist, ohne ärztliche Anordnung verabreichen.
- c) Die Versorgung des Kolostomas fällt nicht unter die Tätigkeit des ärztlichen „Verbandswechslens“, sondern ist eine pflegerische Maßnahme.

ANZEIGEN



**Wissen, was
morgen zählt.**

/fh///
st.pölten

Gesundheits- und Krankenpflege^{PLUS}

- Bachelorstudium: 6 Semester
- Vollzeit
- PLUS: Akademischer Lehrgang
Präklinische Versorgung und
Pflege: 7. Semester
- 2.300h Praxis

Jetzt bewerben: fhstp.ac.at/bgk