



Christine Sowinski, Sabine Kirchen-Peters, Volker Hielscher

Praxiserfahrungen zum Technikeinsatz in der Altenpflege

(Stand November 2013)

Welche Chancen, Voraussetzungen und Risiken sich aus einer künftig verstärkten Rolle der Technik für die Pflegearbeit ergeben, ist Gegenstand des von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Projekts „Technologisierung der Pflegearbeit? Bestandsaufnahme und Perspektiven einer neuen Schlüsselbranche?“. Die Praxisfeldanalyse stützt sich in erster Linie auf die vielfältigen Arbeits- und Beratungskontakte des KDA zu (teil-)stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen. Die Federführung für die inhaltlichen Auswertungen und den Textentwurf zur Praxisfeldanalyse lag beim KDA, während eine inhaltliche und redaktionelle Überarbeitung des Berichtes durch das iso-Institut geleistet wurde.

Kooperationspartner

Dr. Volker Hielscher (Projektleitung)
Dr. Sabine Kirchen-Peters
Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (iso)
Trillerweg 68, 66117 Saarbrücken
Email: hielscher@iso-institut.de

Christine Sowinski
Petra Germund (Assistenz)
Kuratorium Deutsche Altershilfe Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V.
An der Pauluskirche 3, 50677 Köln
Email: christine.sowinski@kda.de

Dr. Dorothea Voss
Hans-Böckler-Stiftung Abt. Forschungsförderung
Zukunft des Sozialstaates/Sozialpolitik
Hans-Böckler-Str. 39, 40476 Düsseldorf
Email: dorothea-voss@boeckler.de

Gliederung

1. Ziele der Praxisfeldanalyse und methodisches Vorgehen	3
2. Begriffsbestimmung und aktuelle Herausforderungen	4
2.1 Definition und Gegenstand der Pflege	4
2.2 Neue Anforderungen an die Pflegearbeit	9
3. Aktuelle Trends des Technikeinsatzes in der Altenpflege	11
3.1 EDV-gestützte Pflegeprozesssteuerung und Dokumentation	12
Entwicklung erster Dokumentationssysteme	12
Der Pflegeprozess als Treiber einer Digitalisierung der Dokumentation.....	16
Aktueller Stand und Erfahrungen bei der Einführung digitaler Pflegedokumentation.....	20
Chancen und Risiken der EDV-gestützten Pflegedokumentation.....	26
3.2 Außerklinische Intensivpflege in der ambulanten und stationären Versorgung ...	29
Fachliche Anforderungen an das Pflegepersonal	33
Chancen und Risiken der Zunahme außerklinischer Intensivpflege	34
3.3 Monitoring	35
Personenortungssysteme	36
Monitoring als neue Anforderung an Pflegende	40
Chancen und Risiken von Monitoring-Systemen	41
3.4 Technische Hilfen für das Heben und Tragen	42
Der Lifter: Ein nur wenig akzeptiertes Hilfsmittel	43
Kinästhetik als Alternative?	45
Chancen und Risiken technischer Hebevorrichtungen	46
3.5 Technische Unterstützung von Aktivitäten	46
Elektronische Bewegungsspiele	47
Emotionale Roboter	48
Chancen und Risiken technisch gestützter Aktivitäten	50
4. Resümee und Perspektiven.....	51
5. Literatur	57
6. Anhang	73

1. Ziele der Praxisfeldanalyse und methodisches Vorgehen

Angesichts der demografischen Entwicklung und des schon heute spürbaren Fachkräftemangels ist die Situation in der Pflege in Deutschland bereits seit längerem Gegenstand der sozialpolitischen Diskussion. Unter anderem wird Technik eine wichtige Rolle zur Abfederung des sich abzeichnenden „Pflegenotstands“ zugeschrieben. Technik soll dabei im besten Falle zugleich die Lebensqualität der Pflegebedürftigen verbessern und die Arbeit der Pflegekräfte erleichtern.

Welche Chancen, Voraussetzungen und Risiken sich aus einer künftig verstärkten Rolle der Technik für die Pflegearbeit ergeben, ist Gegenstand des von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Projekts „Technologisierung der Pflegearbeit? Bestandsaufnahme und Perspektiven einer neuen Schlüsselbranche?“. Aus Sicht der Pflegekräfte, der Einrichtungen und Dienste wie auch der Technikentwicklung soll eine Bestandsaufnahme zu den Rahmenbedingungen, den Potenzialen und den Grenzen eines sinnvollen Technikeinsatzes in der Pflege geleistet werden.

Die hier vorgelegte Praxisfeldanalyse soll in einem ersten Schritt einen Überblick darüber verschaffen, wie verbreitet der Technikeinsatz in der deutschen Pflege Landschaft bereits ist. Dabei geht es in erster Linie um diejenigen Technologien, die das Stadium der Entwicklung und Modellerprobung bereits verlassen haben und somit den Arbeitsalltag der Beschäftigten von vielen stationären und ambulanten Altenhilfeeinrichtungen prägen. Im Fokus stehen zudem solche Technologien, die an der Schwelle zu einer breiteren Anwendung stehen, bzw. von denen begründet erwartet werden kann, dass sie in der Zukunft im Pflegealltag eine wichtige Rolle spielen werden. Ausgeklammert werden hingegen Technikarten, die derzeit ausschließlich in Modellprojekten zum Einsatz kommen sowie solche, die nur für die Krankenhauspflege relevant sind.

Die Praxisfeldanalyse stützt sich in erster Linie auf die vielfältigen Arbeits- und Beratungskontakte des KDA zu (teil-)stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen. Aufgrund der Beratungstätigkeiten zur Arbeitsgestaltung und zum Organisationsmanagement verfügt das KDA über einen Erfahrungs- und Netzwerkfundus, der in besonderer Weise genutzt werden kann, um auch informell mitgeteilte Praxiserfahrungen aus den Einrichtungen verarbeiten zu können. So bestanden in den vergangenen vier Jahren intensive Praxiskontakte zu über 100 Einrichtungen der ambulanten

und (teil-)stationären Altenhilfe. Die Beratungsprotokolle und Erfahrungsberichte zur Technikanwendung wurden für die Praxisfeldanalyse ausgewertet. Zudem wurde ergänzend Fachliteratur einbezogen. Dennoch geht es in diesem Bericht weniger um eine wissenschaftlich abgesicherte Genauigkeit und Vollständigkeit der Darstellung, sondern eher um eine Einschätzung zu den Entwicklungen und Zukunftstrends des Technikeinsatzes, die die Akteure in den Einrichtungen gegenwärtig beschäftigen. Die Federführung für die inhaltlichen Auswertungen und den Textentwurf zur Praxisfeldanalyse lag beim KDA, während eine inhaltliche und redaktionelle Überarbeitung des Berichtes durch das iso-Institut geleistet wurde.

Die folgende Darstellung beginnt mit einer Präzisierung der Begrifflichkeiten und der aktuellen Herausforderungen in der Pflege und stellt in der Folge die Trends des Technikeinsatzes dar. Aus den Auswertungen geht hervor, dass derzeit vor allem die Umstellung auf eine EDV-gestützte Dokumentation von herausragender Bedeutung für den Arbeitsalltag der Pflegekräfte ist, weil sie auch Einfluss auf die Prozesssteuerung nimmt. Zur Erläuterung der weit reichenden Konsequenzen dieser technischen Neuerung ist ein Rückblick auf die historische Entwicklung von Dokumentationsarbeiten in der Pflege notwendig. Weitere Schwerpunkte der Darstellung bilden zudem der Technikeinsatz in der außerklinischen Intensivpflege, das Monitoring über Personenortungssysteme sowie technische Hilfen für das Heben und Tragen sowie für die Unterstützung von Aktivitäten älterer Menschen.

2. Begriffsbestimmung und aktuelle Herausforderungen

2.1 Definition und Gegenstand der Pflege

Um Aussagen über die Rolle von Technik in der Pflege treffen zu können, ist es zunächst von großer Bedeutung, wie Pflege und pflegerische Aufgaben definiert und verstanden werden. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass Pflegearbeit kontextabhängig ist. Denn je nachdem, ob sie z. B. unter bestimmten personellen Rahmenbedingungen in einem Pflegeheim oder in der häuslichen Situation erbracht wird, können sich die Aufgaben sehr unterschiedlich darstellen. Unabhängig vom institutionellen Setting ist zu beobachten, dass pflegerische Arbeit grundsätzlich Gefahr läuft, als „Restkategorie“ verstanden zu werden (Robert Bosch Stiftung 2001) und für alle Tätigkeiten als zuständig erklärt wird, die von anderen Berufsgruppen aus unterschiedlichen Gründen nicht geleistet werden, so z. B. medizinische Assistenzarbeiten wie

Blutabnahme oder Hol- und Bring-Dienste für die Hauswirtschaft (vgl. auch Bayerisches Staatsministerium 2000; Sowinski 1994; Barth et al. 1994).

Ursprünglich bedeutet das Wort „Pfleger“, mittelhochdeutsch „phleg“, sinngemäß liebende Besorgung, Fürsorge, Obhut. Eine der älteren Definitionen, auf die sich Pflege bezieht, geht auf das Jahr 1953 zurück. Damals wurde vom Weltbund der professionell Pflegenden, dem International Council of Nurses (ICN), ein internationaler Ethik-Kodex entwickelt, der fünf Aufgaben für beruflich Pflegenden definiert:

- Gesundheit zu fördern;
- Krankheit zu verhüten;
- Gesundheit wieder herzustellen;
- Leiden zu lindern und
- Leben und Würde des Menschen zu achten.

Virginia Henderson prägte 1968 ein Pflegeverständnis, das Generationen von Lehrbüchern, so z. B. auch Juchli (1998) beeinflusst hat. Darin wird die pflegerische Arbeit wie folgt beschrieben:

„[Die Pflegeperson soll] dem kranken oder auch gesunden Menschen bei der Verrichtung von Aktivitäten [helfen], die seiner Gesundheit oder Wiederherstellung (oder auch einem friedlichen Sterben) förderlich sind und die er ohne Beistand selbst ausüben würde, wenn er über die dazu erforderliche Stärke, Willenskraft oder Kenntnis verfügen würde. [Die Pflegeperson] leistet ihre Hilfe auf eine Weise, dass der Gepflegte seine Selbständigkeit so rasch wie möglich wiedergewinnt“. Aus dieser Definition geht hervor, dass die Pflegekraft die Interessen und Bedürfnisse der Patient/innen stellvertretend wahrnimmt. Zudem wird als Ziel formuliert, dass die Pflege sich durch eine Aktivierung der Selbständigkeitspotentiale gleichsam selbst überflüssig machen soll.

40 Jahre nach der ICN-Definition beschrieb die Welt-Gesundheits-Organisation (WHO) den Begriff „Pfleger“ deutlich umfassender:

„Der gesellschaftliche Auftrag der Pflege ist es, dem einzelnen Menschen, der Familie und ganzen Gruppen dabei zu helfen, ihr physisches, psychisches und soziales Potential zu bestimmen und zu verwirklichen, und zwar in dem für die Arbeit anspruchsvollen Kontext ihrer Lebens und Arbeitsumwelt. Deshalb müssen die Pfl-

genden Funktionen aufbauen und erfüllen, welche die Gesundheit fördern, erhalten und Krankheit verhindern. Zur Pflege gehört auch die Planung und Betreuung bei Krankheit und während der Rehabilitation, und sie umfasst zudem die physischen, psychischen und sozialen Aspekte des Lebens in ihrer Auswirkung auf Gesundheit, Krankheit, Behinderung und Sterben. Pflegende gewährleisten, dass der einzelne und die Familie, seine Freunde, die soziale Bezugsgruppe und die Gemeinschaft gegebenenfalls in alle Aspekte der Gesundheitsversorgung einbezogen werden, und unterstützen damit Selbstvertrauen und Selbstbestimmung. Pflegende arbeiten auch partnerschaftlich mit Angehörigen anderer an der Erbringung gesundheitlicher und ähnlicher Dienstleistungen beteiligten Gruppen zusammen“ (WHO 1993).

Mit dieser Definition betonte die WHO erstmals die sozialpflegerischen Ziele der beruflichen Pflege. Der Aktionsradius wurde zudem auf das Umfeld der Patient/innen ausgeweitet und eine Vernetzung mit anderen Berufsgruppen eingefordert.

Im Bereich der patientennahen Tätigkeiten wurde das Verständnis von Pflege in Deutschland lange Zeit durch die Einteilung in Grund- und Behandlungspflege geprägt, die durch einen Fehler in der Übersetzung eines mehrbändigen englischsprachigen Werkes zur Krankenhausbetriebslehre (Eichhorn 1967) hervorgerufen wurde (Müller 2001; Nauert 2000; Schwarzmann 1999; Müller 1998a,b; Klie 1998; Müller 1996). Dabei wurden die patientennahen Aufgabenbereiche („basic nursing“) mit dem Begriff „Grundpflege“ und Pflorgetechniken, bei denen die Anordnungsverantwortung bei der Medizin lag („technical nursing“), mit dem Begriff „Behandlungspflege“ übersetzt. Die Wahl dieser Begrifflichkeiten führte dazu, dass die so genannte „Behandlungspflege“ als hochwertigere Arbeit betrachtet wurde, während die eigentliche Pflege als „Grundpflege“ eine Abwertung erfuhr.

Die Grundpflege wurde sehr lange im Sinne einer „Grundreinigung“ verstanden. Diese Haltung zeigte sich in der Pflegeorganisationsform „Funktionspflege“. Dabei werden Aufgaben wie Betten machen, Gläser verteilen, Essen anreichen, Toilettengänge usw. einzelnen Beschäftigten zugeordnet, die ausschließlich diese Tätigkeiten verrichten. Kritisiert wurde an der hochgradig arbeitsteiligen Funktionspflege insbesondere, dass der ganzheitliche Bezug zum Gepflegten verloren geht und die Pflege in eine Art Fließbandarbeit überführt wird. Neben ethischen Vorbehalten gegen eine solche Arbeitsweise wurden in Zusammenhang mit der Funktionspflege auch Risiken für Patient/innen und Beschäftigte identifiziert (Rennen-Allhoff; Schaeffer 2000):

- Mit der Arbeitsteilung gehe ein erheblicher Informationsverlust und unklare Verantwortlichkeiten einher, was sich negativ auf die Einschätzung der Patientenbedürfnisse auswirke und zu Pflegefehlern führen könne.
- Die durch das Fließbandsystem ausgelöste Monotonie im Arbeitsprozess führe zu einer Sinnentleerung der Pflege und zu einer Demotivierung der Beschäftigten.

Seit circa 15 Jahren gibt es eine verstärkte Rückbesinnung auf die bedürfnisorientierte Pflege. Die Funktionspflege wird weitgehend durch die als geeignetere Pflegeorganisationsform bewertete Bezugspflege abgelöst, bei der die Pflegekraft einer Gruppe von Patient/innen zugeordnet wird und bei diesen für den gesamte Pflegeablauf zuständig ist (Sowinski et. al 1999). Als das Herzstück der pflegerischen Arbeit wurde der Pflegeprozess (vgl. 3.1.2) definiert, dessen Elemente von verschiedenen Autor/innen unterschiedlich unterteilt werden (BMFSFJ/KDA 2002). Nach Rutenkröger et al. (2004) stellt sich die Steuerung des Pflegeprozesses z. B. wie folgt dar:

- Potenzialerkennung und Pflegediagnostik;
- Planung;
- Durchführung der Pflegeinterventionen;
- Auswertung (Evaluation);
- Dokumentation;
- Supervision der am Pflegeprozess Beteiligten.

Auf der Basis des Pflegeprozessmodells wurden nun die oben beschriebenen eher globalen Definitionen von Pflege weiter in Arbeitsbereiche gegliedert, ohne die mit Wertungen belegten Begriffe Grundpflege und Behandlungspflege zu verwenden. Es wurden dazu pflegewissenschaftliche Arbeiten zu Grunde gelegt, die es ermöglichen, die pflegerischen Tätigkeiten differenziert zu beschreiben, so z. B. im Rahmen des ersten deutschen Pflegeforschungsprojekt mit dem Titel „Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexiekranke“ (Krohwinkel 1993, 2008). Die pflegerischen Aufgabenbereiche werden danach in direkte (in Sichtkontakt der zu Pflegenden) sowie in indirekte (außerhalb des Sichtkontakts der zu Pflegenden) Arbeiten unterteilt. Die direkten Aufgaben werden zudem anhand von Lebensbereichen der Gepflegten aufgeführt (Sowinski et al. 2004):

Tab. 1: Anforderungen aus der direkten und indirekten Pflege

Direkte Pflege	Indirekte Pflege
1) Kommunizieren können	1) nach Leitbild und Konzept handeln
2) Sich bewegen können	2) Management
3) Sich pflegen können	3) Qualitätsentwicklung
4) Vitale Funktionen aufrechterhalten können	4) Pflegeorganisation (Aufbau- und Ablauforganisation)
5) Essen und Trinken können	5) Praxisanleitung und Begleitung
6) Ausscheiden können	6) Kooperation mit anderen Berufsgruppen (z. B. ärztliche Mitarbeitsaufgaben)
7) Sich kleiden können	7) Schaffung fördernder Rahmenbedingungen für die Pflege (Erstkontakt in der ambulanten Pflege, Einzugssituationen in ambulanten und stationären Wohnformen)
8) Ruhen, Schlafen und sich entspannen können	
9) Sich beschäftigen, lernen und sich entwickeln können	
10) Sich als Frau oder Mann fühlen und sich verhalten können	
11) Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen können	
12) Soziale Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten können	
13) Mit existenziellen Erfahrungen umgehen können	

Das Pflegeverständnis der einzelnen Beschäftigten hängt in entscheidender Weise von solchen Strukturierungsmodellen ab. Durch Veröffentlichungen im Rahmen des „Modellprogramms zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger“ des damaligen Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS 2004) wurde die Strukturierung der pflegerischen Arbeit weiter vorangetrieben. Dadurch erfolgte zudem eine Aufwertung der Pflegearbeit, die durch die Veröffentlichung des 1. Expertenstandards „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP 2000) zusätzlich forciert wurde. Auch die Akademisierung der Pflege in Form einer Vielzahl von Studiengängen an Fachhochschulen und Hochschulen führte zu einer steigenden Aufwertung und Professionalisierung des Pflegeberufes.

2.2 Neue Anforderungen an die Pflegearbeit

Im Folgenden werden neue Anforderungen an die Pflegearbeit beschrieben, bei denen Technik helfen kann, die Situation der Gepflegten und ihrer Angehörigen sowie die der Pflegenden zu verbessern. Die pflegerische Arbeit hat sich in den letzten Jahren stark verändert, denn u. a. können immer mehr Menschen mit chronischen Erkrankungen in der eigenen Häuslichkeit gepflegt werden. Dadurch wächst die Bedeutung einer familienorientierten Pflege (Wagner/Schnepp 2010; Schnepp 2002; Friedemann 1996). In diesem Zusammenhang wird auch die **Koproduktion** der Pflege stärker in den Fokus gerückt.

Vorreiterin dieser Sichtweise ist die Pflegewissenschaftlerin Dorothea Orem (2001) mit ihren Definitionen zu „self care“, „dependent care“ und „professional care“: *„Selbstpflege ist die freiwillige Produktion und Ausübung von Handlungen, die auf die eigene Person oder die eigene Umgebung gerichtet sind, um die eigene Funktion und Entwicklung zu regulieren und um Leben, Gesundheit und Wohlbefinden anzustreben. Selbstpflege ist die Gesamtheit aller Handlungen, um für sich selbst sorgen zu können. Ein Selbstpflegedefizit entsteht, wenn die Selbstpflegefähigkeit eines Menschen geringer ist als sein Pflegebedarf.“* Neben der Selbstpflege unterscheidet Orem die Aufgabe der Förderung der Angehörigenpflege (dependent care) und die Übernahme der Pflege durch Professionelle (professional care). Damit wird stärker als in der Vergangenheit das Selbstmanagement der zu pflegenden Personen in den Blick genommen.

Aus verschiedenen Quellen geht hervor, dass beruflich Pflegende sich insgesamt stärker dafür öffnen (sollten), die Gepflegten in ihren Selbstpflegefähigkeiten zu unterstützen. Auch die Deutung und Situationseinschätzung der Gepflegten gewinnt mehr Raum. So ist es als Novum zu bewerten, dass die Pflege-Expert/innen des Standards (DNQP 2009) „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ der Selbsteinschätzung der Betroffenen zu ihrer Wundsituation größeren Raum als früher üblich einräumten.

Dieses veränderte Pflegeverständnis spielt auch im Konzept des „Ambient Assisted Living“ (AAL) eine herausgehobene Rolle. Es geht um die Entwicklung technischer Lösungen, die die Unterstützung einer selbstständigen Lebensführung zum Ziel ha-

ben. Ein modernes Verständnis von beruflicher Pflege erschöpft sich nicht in der Übernahme von pflegerischen Tätigkeiten, sondern hat die Ermöglichung einer langen selbstständigen Lebensführung in Kooperation mit beruflich Pflegenden im Blick.

Eine weitere Herausforderung besteht in den **gestiegenen Ansprüchen** an die Pflegearbeit. Die heute Achtzigjährigen wurden um 1930 geboren und gehören damit zu der kriegstraumatisierten „vergessenen Generation“ (Bode 2004), die viel Leid erfahren und durchlebt hat. Die Vertreter/innen der nach 1945 geborenen Generation werden im Jahre 2025 achtzig Jahre alt sein. Diese Personen wurden in eine andere Welt hinein geboren und sind weniger bereit, schlechte Rahmenbedingungen in der Begleitung pflegebedürftiger Menschen hinzunehmen. Zudem gibt es bereits heute vermehrt Publikationen, die sich mit dem Älter-Werden der Babyboomer-Generation auseinandersetzen (DIW Berlin 2012; Nowossadeck 2010). Das Kölner Marktforschungsinstitut Rheingold (2012) stellte einen Mentalitätswandel hinsichtlich des eigenen Alterns fest: Die aktuell jüngeren Senior/innen um die 60 Jahre wünschen sich, beeinflusst vom Geiste der 1968iger Bewegung, eine anhaltende Unabhängigkeit. Deshalb muss sich die Pflege weiter von einem Fürsorgeverständnis hin zu einem Empowerment entwickeln. Hier kann der Einsatz von technischen Hilfen wie AAL hilfreich sein, um einen solchen Ansatz zu unterstützen.

Ein weiteres Phänomen ist die **Wissensexplosion** (Gruber/Kastner 2005) durch die Verwissenschaftlichung und Professionalisierung des Berufsfeldes Pflege. Immer mehr Zeit muss aufgewandt werden, um Forschungsergebnisse und Evaluationen zu sichten. Ein besonderes Gewicht kommt in diesem Zusammenhang der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Expertenstandards zu. Während es im Jahre 1993 (Sowinski et al. 1993) kaum auf pflegewissenschaftlichen Grundlagen basierende Artikel und damit auch Wissen zur Pflegepraxis gab, basierte allein die erste Aktualisierung zum „Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege“ (DNQP 2013) auf weit über 1.000 Seiten Literaturanalysen. Neben den bisher veröffentlichten Expertenstandards (DNQP 2013; 2011; 2010ab; 2009a, b, 2007) sind weitere Standards nach § 113 SGB XI entwickelt worden, die nach Auffassung von Juristen als gleichwertig verbindlich angesehen werden (so z. B. Theuerkauf 2011). Die Pflegenden geraten durch diese Vorgaben unter einen zunehmenden Druck, auch Haftungsdruck, denn die Standards sind rechtlich verbindlich und müssen umgesetzt werden. Zukünftig ist mit der Veröffentlichung von weiteren ein bis zwei Standards bzw. Aktualisierungen

pro Jahr zu rechnen. Es stellt sich die Frage, inwieweit die Pflegenden mit Hilfe von EDV-Programmen dabei unterstützt werden können, die diesbezüglichen Neuerungen in ihren Arbeitsalltag einfließen zu lassen.

Laut Bundesministerium für Gesundheit leiden zurzeit 1,4 Millionen Menschen an einer **Demenz**. Schätzungen gehen davon aus, dass bis zum Jahre 2030 2,2 Millionen Menschen an einer Demenz erkrankt sein werden. Bereits heute sind circa 70 Prozent der Bewohner/innen von stationären Einrichtungen psychisch erkrankt, darunter der Großteil an einer Demenz (Statistisches Bundesamt 2011). Aus Studien geht hervor, dass der Umgang mit dieser besonders betreuungsintensiven Zielgruppe auf breiter Ebene zu hohen Belastungen des Pflegepersonals führt. Es bedarf demnach neuer Konzepte in der ambulanten und (teil-)stationären Pflege, um der Zunahme Demenzkranker gerecht zu werden. Auch hier kann der Einsatz von technischen Hilfen im Bereich Monitoring und zur Unterstützung von Aktivitäten entlastend für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen sowie für die Beschäftigten sein.

3. Aktuelle Trends des Technikeinsatzes in der Altenpflege

In vielen Arbeitsbereichen der Pflege findet eine umfangreiche Anwendung von Technik statt. Dies belegt z. B. der Ausstellerkatalog der Altenpflegemesse 2013 in Nürnberg, die als eine der größten Veranstaltungen in diesem Bereich gilt. Die zurzeit auf dem Markt angebotenen Produkte¹ veranschaulichen, wie sehr die Technik in der Pflegearbeit immer mehr Bedeutung gewinnt. Die folgende Darstellung der aktuellen Trends umfasst diejenigen Bereiche technischer Hilfen, denen entweder bereits ein hoher Stellenwert in der täglichen Pflegearbeit zukommt oder die an der Schwelle zu einer breiteren Anwendung stehen. Im Einzelnen handelt es sich um

- die EDV-gestützte Pflegeprozesssteuerung und Dokumentation;
- die außerklinische Intensivpflege in der ambulanten und stationären Versorgung;
- das Monitoring der Ortsveränderung von Menschen mit Demenz im Raum über Personenortungssysteme;

¹ Im Anhang werden in Anlage 1, orientiert an dem zuvor beschriebenen Strukturierungsmodell der Pflegearbeit (vgl. 2.1), mögliche technische Hilfen aufgelistet, darunter u.a. Personenrufanlagen, Trage- und Transferhilfsmittel (z. B. Lifter), Mobilitätshilfen (z. B. Rollstühle, Pflegebadewannen usw.).

- technische Hilfen für das Heben und Tragen wie unterschiedliche Arten von Liftern und
- technische Unterstützung von Aktivitäten wie elektronische Bewegungsspiele und emotionale Roboter.

3.1 EDV-gestützte Pflegeprozesssteuerung und Dokumentation

Kennzeichen einer professionellen Pflege ist die planvolle, Klienten-zentrierte und nach dem aktuellen (pflegewissenschaftlichen) Erkenntnisstand durchgeführte Unterstützung. Bei der Begleitung von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen wird von den Pflegenden eine Vielzahl wichtiger Informationen gesammelt. Während sich Familienangehörige diese Informationen in alltäglichen Situationen merken oder anhand von Dokumenten, wie ärztlichen Rezepten, rekonstruieren können, stellt die Sicherung von Informationen im Falle der professionellen Unterstützung schon allein deshalb eine Herausforderung dar, weil eine größere Gruppe von pflegebedürftigen Menschen parallel von in der Regel wechselnden Pflegekräften versorgt wird. Sich die Informationen zu merken, funktioniert bei einer beruflichen Pflege im Gegensatz zur Pflege von Familienangehörigen demnach nicht. Folgerichtig wurde für die professionelle Pflege ein Aufzeichnungssystem entwickelt, um einen Informationsverlust zu vermeiden und den Pflegenden eine schnelle Orientierung zu ermöglichen.

Entwicklung erster Dokumentationssysteme

Bis in die siebziger Jahre handelte es sich bei den ersten Dokumentations“systemen“ um eine Vielzahl von Kladden, Notizbüchern und in Klarsichtfolien verpackten Zetteln, die an unterschiedlichen Orten im Pflegebereich aufbewahrt wurden. Insbesondere folgende Dokumentationselemente kamen sowohl im Krankenhaus als auch in der ambulanten und stationären Pflege zum Einsatz:

- Übergabebuch (Informationen zwischen den Schichtdiensttätigen);
- Aufzeichnungen im Auftrag von Mediziner/innen wie Fieberkurven im Krankenhaus;
- Visitenbücher mit ärztlichen Anordnungen;
- Medikamentenbücher;

- Badebuch;
- Bettenbeziehbücher;
- Reparaturbedarfsbücher.

Ferner wurden an bestimmten funktionalen Orten Informationen hinterlegt, wie z. B. im Pflegearbeitsraum (Informationen zu Ausscheidungen), in der Küche (Essensgewohnheiten der Gepflegten) und am Bett (z. B. Vermerke wie „Achtung Jodallergie!“). Aus der Art der Strukturierung und der Aufbewahrung der Informationen kann auf eine tayloristische, an Hand von Teilschritten organisierte Arbeitsweise geschlossen werden, der allerdings eine nachvollziehbare, alltagsnahe Bedeutung zukam, indem die Pflegenden sich schnell orientieren konnten, wo welche Informationen zu finden waren.

Von entscheidender Bedeutung war darüber hinaus die symbolische Bedeutung dieser Bücher und Zettel, an die besondere formale Ansprüche gestellt wurden, wie eine schöne Handschrift, akkurate Unterstreichungen mit dem Lineal, saubere Blätter usw. Für die Ritualisierung der frühen Dokumentationen werden in der Literatur verschiedene Erklärungen gegeben. Solche Routinen entlasten in einer rationalen Welt den „kognitiven Apparat“, so Abt-Zegelin (2000 a). Rituale integrieren, stabilisieren und stiften gemeinsam Sinn in menschlichen Gemeinschaften. Die starke Ritualisierung von Pflegeabläufen wird durch seelische Abwehrmechanismen gegen ein Zuviel von Tod und Leid erklärt, nach dem Motto: *„Egal, was auf der Station und auf dem Wohnbereich ist, Hauptsache die Bücher sehen gut aus.“* (Sowinski 2005, 2006).

Zu beobachten war sogar, dass solche ritualisierten, auf Traditionen beruhenden Handlungen aus heutiger Sicht teilweise als unsinnig zu betrachten sind. In Zeiten, in denen es keine Antibiotika gab, war es z. B. sinnvoll, bei den Gepflegten anhand von regelmäßigen Fiebertermessrunden genau zu beobachten, ob sie nach medizinischen Eingriffen Fieber entwickelten. Doch hielt sich dieses Ritual lange im Krankenhaus und zum Teil in der Altenpflege auch bei offensichtlich nicht fiebernden Menschen. Ähnliche Ritualisierungen zeigen auch die Untersuchungen von Neander (1989) für das „Eisen und Fönen“ zur Dekubitusprophylaxe und -therapie. Dieses Verfahren wird mittlerweile nicht mehr verwendet, weil Forschungsarbeiten nachweisen konnten, dass es nicht nur unwirksam, sondern auch schädlich ist. Solche Beispiele veranschaulichen, dass eine ritualisierte, technologisch organisierte Arbeitsauffassung

vorherrschte, die sich im Wesentlichen auf Eintragungen und auf die Durchführung ärztlicher Verordnungen sowie auf die Datensammlung für die Mediziner/innen beschränkte (Abt-Zegelin 2009).

Der Umgang mit dieser Art von Dokumentation wurde aus unterschiedlichen Gründen als sinnentleertes Pflegeritual gewertet (Walsh/Ford 2000), da

- der Aufwand (besondere Schönschrift in Büchern) in keinem Verhältnis zum Nutzen stand;
- die aufgewandte Zeit den Gepflegten an anderer Stelle fehlte;
- die dokumentierten Themen wie Bettenbezugstage als weniger wichtig zu betrachten sind als z. B. wichtige patientenbezogene Daten wie Trinkverhalten, Schmerzen, Unverträglichkeiten, psychische Belastungen, die zu dieser Zeit nicht dokumentiert wurden;
- die Informationen nicht an einer Stelle zusammengeführt wurden;
- Mitarbeitende sich nach dem Wochenende oder dem Urlaub durch die unterschiedlichen Standorte der Informationen keinen schnellen Überblick über die Situation zu Pflegenden verschaffen konnten;
- Informationen verloren gingen, weil nur bestimmte Mitarbeitende die Dokumentation vornahmen.

Die Führung dieser Bücher wurde derjenigen Person übertragen, die in der Organisationseinheit den höchsten formalen und sozialen Status hatte. Im Krankenhaus betraf dies die „Stationsschwester“ oder den „Stationspfleger“, in der Altenpflege wurde die die Dokumentation führende Person respektvoll „Schwester“ genannt. Bei allen Nachteilen hatte dieses System auch Annehmlichkeiten für die anderen Mitarbeitenden:

- die leichte optische Erfassung der Dokumentationsinhalte durch das Schönschreiben;
- der funktionale Zuschnitt (z. B. Verdauungspläne im Ausgussraum);
- Entlastung von beruflicher Verantwortung durch die reduzierte Rolle als Zulieferer von Informationen.

Ausweitung der Pflegedokumentation auf alle Pflegekräfte

In den siebziger Jahren wurde auch der Pflegebereich von den Bestrebungen zur Humanisierung der Arbeitswelt erfasst. Es wurden nicht nur Hierarchien innerhalb der Pflgeteams hinterfragt, sondern auch die für die Gepflegten ungünstigen Arbeitsroutinen (Schwarzenau 1987) kritisiert, wie frühes Wecken und nächtliches Waschen. Auch die zum Teil sinnentleerten und autoritäre Strukturen stützenden Dokumentationsroutinen sollten überwunden werden. Stattdessen wurde eine an den Bedürfnissen der Gepflegten ausgerichtete Dokumentation gefordert, in die alle Teammitglieder Eintragungen vornehmen können. Hier sind insbesondere die Arbeiten und das Engagement der Krankenschwester, Gewerkschafterin und deutschen Gesundheitspolitikerin Annette Schwarzenau zu erwähnen, die nicht nur den „Haubenzwang“ in der Krankenpflege bekämpfte, sondern sich auch für eine veränderte Dokumentationspraxis einsetzte (siehe Kätzel 2002; Birk 2009; Ratt 2009). Die Dokumentation, früher das Herrschaftsinstrument einzelner Führungskräfte, sollte nun allen beruflich Pflegenden, insbesondere allen Fachkräften, offenstehen. Jede Pflegekraft, die wichtige Informationen erhielt, sollte diese unverzüglich in das Dokumentationssystem eintragen können.

Diese neue Art der Dokumentation wurde vielerorts in Zusammenarbeit mit Papierformulare herstellenden Unternehmen entwickelt. Das Prinzip lautete: weg von den einzelnen Kladden und Zetteln hin zu Dokumentationen, deren Ordnungsprinzip die Arbeitsinhalte der Pflegenden im Krankenhaus oder in der Altenpflege war. Schnell zeigten sich jedoch die Nachteile der früheren überhöhten Symbolik der Dokumentation in erheblichen Hemmschwellen der Beschäftigten, die Dokumentation eigenständig vorzunehmen. In einer kleinen Expertenbefragung des KDA (Sowinski 1995) wurden die Probleme des Dokumentierens auf den Mythos zurückgeführt, dass Pflege ein rein handwerklich-emotionaler Beruf sei. *„Man schreibt nicht, man redet wenig. Man fühlt und hilft.“* Die Expert/innen führten ihre Erfahrungen aus Einstellungsgesprächen aus, nach denen der Pflegeberuf *„schulmüde Menschen“* anziehe, die froh seien, nach der Ausbildung nichts *„Theoretisches mehr machen zu müssen“*. Die Pflegeplanung und Dokumentation werde häufig als lästiges Übel betrachtet. Wenn- gleich solche Widerstände auf individueller Ebene nach wie vor Bestand haben, ist die Sinnhaftigkeit der Dokumentation mittlerweile unumstritten (Abt-Zegelin et al. 2004 b):

- Sie sichert die Information für das Team;
- Sie macht Behandlungs- und Pflegefortschritte sichtbar und nachvollziehbar;
- Sie dokumentiert die pflegerische Leistungserbringung;
- Sie dient der Absicherung gegenüber (unbegründeten) Haftungsansprüchen der Gepflegten.

Der Pflegeprozesses als Treiber einer Digitalisierung der Dokumentation

Im Zuge der Professionalisierung der Pflege wurden zunehmend auch internationale Erfahrungen in den deutschen Pflegediskurs eingebracht. So wurde z. B. aus angelsächsischen Ländern das Konstrukt „Pflegeprozess“ übernommen, das das Berufsverständnis der deutschen Pflege bis heute entscheidend geprägt hat. Der Pflegeprozess wird zum ersten Mal bei Hall (1955) beschrieben. Wilkinson (2012) zitiert Johnson (1959), Orlando (1961) und Wiedenbach (1963), die zu den ersten Autor/innen gehören, die den Begriff „Pflegeprozess“ verwenden, um eine Reihe von Schritten zu benennen, die den Ablauf des Pflegens ausmachen. In den 1970er Jahre entwickelte sich der Pflegeprozess von einem dreischrittigen zu einer fünf- und sechsschrittigen Ablaufstruktur wie bei Vitale et al. (1974). Dabei lässt sich der Pflegeprozess unabhängig vom Pflegemodell anwenden. So betont Allfaro-Lefevre (2013), dass der Pflegeprozess – in Übereinstimmung mit den Praxisstandards der American Nurses Association (ANA) – nahezu alle Pflegemodelle stützt, die Grundlage der pflegerischen Entscheidungsfindung bildet und als Modell für kritisches Denken dient, um eine Pflege auf kompetentem Niveau zu fördern.

Die einzelnen Schritte des Pflegeprozess werden in der Literatur etwas unterschiedlich beschrieben (vgl. BMFSFJ 2007). Nach dem Modell des Kuratoriums Deutsche Altershilfe besteht er aus folgenden Teilschritten (Rutenkröger et al. 2004):

- a) Potenzialerkennung und Pflegediagnostik;
- b) Planung;
- c) Durchführung der Pflegeinterventionen;
- d) Auswertung (Evaluation);
- e) Dokumentation und

f) Supervision der am Pflegeprozess Beteiligten.

Kern des dokumentierten Pflegeprozesses ist das Pflegeplanungsblatt. Es enthält Informationen zu den Ressourcen und Problemen der zu Pflegenden, den Pflegezielen, den durchzuführenden Pflegemaßnahmen und zur Evaluation.

Durch die Orientierung am Pflegeprozessmodell mit seinen jeweiligen Teilschritten stieg die Komplexität der erforderlichen Dokumentationsarbeiten erheblich an. Demzufolge zeigten sich sehr schnell die Grenzen der Papierdokumentation, die wie folgt beschrieben werden können:

- schlechter Gesamtüberblick durch unterschiedliche, nun nicht mehr ausschließlich in Schönschrift ausgeführte Handschriften;
- Schreibhemmungen der Mitarbeitenden aufgrund ihrer Handschrift und Probleme im fachlichen Ausdruck;
- Unübersichtlichkeit der langen und vielen Pflegeplanungsblätter (z. B. was sind abgesetzte und was noch gültige Pflegemaßnahmen?). Eine schnelle Orientierung, welche Maßnahmen bei den zu Pflegenden durchzuführen sind, war so nicht möglich;
- mangelhafte Abbildung des Pflegeprozesses, was von einer Vielzahl von Autor/innen und Verbänden bemängelt wurde (u. a. MDS 2005; Johns 2004; Schrems 2003; Höhmann 1996).

Auch die Prüfbehörden stellten nun Anforderungen an eine angemessene Pflegedokumentation. Keitel (2002) beschreibt z. B. die Mindestausstattung einer Pflegedokumentation aus Sicht des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK). Danach sollte eine Dokumentation bestehen aus einem Stammbblatt, einer Pflegeanamnese, biografischen Angaben und Angaben zu Problemen und Fähigkeiten des Gepflegten, Angaben zu Zielen und geplanten Maßnahmen sowie zur Evaluation der Ergebnisse. Ergänzend werden Durchführungsnachweise, ein Vitalwerte-Blatt, ein ärztlicher Verordnungsbogen, ein Pflegebericht, ein Lagerungsplan, ein Trink- oder Bilanzierungsplan und ein Überleitungsbogen eingefordert.

Grauvogl (2001) beschreibt die vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen als Schwachstellen vieler Pflegeeinrichtungen identifizierten Mängel der Dokumentation. In vielen Prüfberichten finden sich Kommentare wie:

- „Pflegebedarf/Pflegeverlauf sind nicht nachzuvollziehen.“
- „Pflegeplanung nicht handlungsanleitend dokumentiert.“
- „Aus der Pflegedokumentation lässt sich die aktuelle Pflege und Entwicklung bei den Patienten nicht ableiten.“

Von Seiten der Pflegewissenschaft wurden weitere Schwachstellen der papiernen Pflegedokumentation aufgeführt. Aus einer Dokumentenanalyse gehen z. B. folgende Defizite hervor (Abt-Zegelin et al. 2003)

- fehlende Signaturen und Datumsangaben;
- Lücken im zeitlichen Ablauf (z. B. fehlende Eintragungen bei einzelnen Tagen oder am Wochenende);
- mangelnde Eintragungen zu spirituellen und geschlechtsspezifischen Aspekten, sozialem Hintergrund und familiären Beziehungen;
- mangelnde Patientenorientierung der Eintragungen und
- informationsarme Pflegeberichte.

Das Positionspapier der Assessmentgruppe an der Universität Witten/Herdecke zur Pflegedokumentation (Bartholomeyczik et al. 2007) listet weitere Dokumentationsmängel auf, wie Defizite hinsichtlich der inhaltlichen Vollständigkeit, des handlungsleitenden Informationsgehalts und hinsichtlich der konsistenten Darstellung des Pflegeprozesses. Als Ursachen dafür werden die falsche Implementierung, die fehlenden Instrumente, unzureichende Dokumentationssysteme und die Bürokratisierung gesehen.

Keitel (2009) beschreibt folgende Dokumentationsfehler in der ambulanten Pflege:

- Die W-Fragen finden kaum Anwendung (Was? Warum?, Wer?, Wann?, Wo?, Wie oft?, Womit?).
- Die Pflegeplanung für die Behandlungspflege wird zu umfangreich dokumentiert. Sie wird im Auftrag des Arztes erbracht, der selbst die Details der Verordnung zur häuslichen Pflege vorgibt.
- Ferner beinhaltet die Pflegeplanung keine Prophylaxen. Dies wäre aber notwendig im Hinblick auf die Nationalen Expertenstandards.

- Die Pflegeanamnese ist oft lückenhaft und muss immer wieder aktualisiert werden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die papierne Dokumentation mit erheblichen Problemen verbunden ist. Zu nennen sind zunächst Defizite, die mit einer mangelnden Sorgfalt der Eintragungen zusammenhängen sowie solche, die aus den Hemmnissen der Pflegekräfte, dieses Instrument aktiv zu nutzen, resultieren. Die Überführung in eine digitale Pflegedokumentation soll die beschriebenen Mängel der handschriftlichen Pflegedokumentation reduzieren. Dies ist auch aus arbeitsrechtlicher Sicht ein wichtiger Schritt, weil eine mangelhafte Pflegedokumentation im Zweifelsfall zur Kündigung des Arbeitsverhältnisses führen kann.

Als grundlegende und von vielen Seiten diskutierte Schwierigkeit ist jedoch die Frage hervorzuheben, wie der komplexe Pflegeprozess in der Dokumentation abgebildet werden kann und daraus abgeleitet, ob sich der Pflegeprozess als solches überhaupt für die pflegerische Arbeit eignet (Fischbach 2001; Lay/Brandenburg 2001; Abt-Zegelin 2000 b; Schöninger/Zegelin-Abt 1998). Nach Stolze (2005) stehen viele Pfleger dem Pflegeprozess kritisch gegenüber. In aufwendigen Schulungen werde seit Jahren versucht, den Pflegeprozess zu erklären und in der Pflege zu etablieren. Die Erfolgsrate sei jedoch bis heute nicht sehr hoch. Auch unter diesem Blickwinkel stellt die Überführung in ein Softwaresystem einen neuen Ansatzpunkt für eine Qualitätssteigerung der Dokumentation sowie für eine bessere Abbildung und Akzeptanz des Pflegeprozesses dar. Hübner (2010) versteht den Pflegeprozess als eine modellhafte, idealtypische Beschreibung des pflegerischen Denkens und Handelns. Vor diesem Hintergrund dient der Pflegeprozess als Struktur gebendes Element für den Aufbau vieler elektronischer Dokumentationssysteme in der Pflege. Standardisierungen können die Dokumentation erleichtern, was wiederum als Argument für eine digitale Dokumentation gesehen wird (Abt-Zegelin et al. 2004a).

Die Einführung erster EDV-Programme für die Pflegedokumentation

Nach vereinzelt Versuchen, die papierne Pflegedokumentation in ein Textverarbeitungsprogramm zu überführen, wurden in den siebziger Jahren in Deutschland (Trill 2005; Feuerstein 2000) und in Österreich (Steininger 2007) erste EDV-Anwendungen im Krankenhaus eingeführt, die vor allem den Verwaltungsbereich betrafen. So zitier-

ren Fafflock et al. (2003), dass zu Beginn der 90er Jahre im deutschsprachigen Raum über 90 Prozent der Verwaltungsbereiche mit EDV ausgestattet waren. In Österreich wurden laut österreichischem Pflegebericht (ÖBIG 2006) im Krankenhaus und Altenheim 19 Prozent der Fälle ausschließlich elektronisch dokumentiert. In der Altenpflege entwickelte sich die Digitalisierung der klientenbezogenen Daten vom Verwaltungsbereich aus und hielt Mitte der 90er Jahre Einzug in die Pflegedokumentation.

Analog zur papiernen Dokumentation wiesen auch die ersten EDV-Programme Mängel dahingehend auf, dass sie den Pflegeprozess nicht ausreichend abbilden konnten. Zudem bestand die Gefahr, dass durch die Übertragung von Papier auf die digitale Dokumentation ein Informationsverlust stattfand, weil keine Möglichkeit mehr bestand, freie Texte einzutragen. Während z. B. Standardpflegemaßnahmen wie Hilfen beim Transfer, Unterstützung bei Toilettengängen, Unterstützung bei der Körperpflege in der digitalen Pflegedokumentation vorgegeben waren, wurden z. B. wichtige emotionale Befindlichkeiten des Gepflegten nicht ausreichend dokumentiert, weil dazu keine Kategorien vorlagen. Dies konnte zur Folge haben, dass die sich die pflegerische Unterstützung in die falsche Richtung entwickelte, z. B. auf suizidale Tendenzen des zu Pflegenden nicht angemessen reagiert wurde. Das Beispiel verdeutlicht, dass der Art der Datenerfassung eine erhebliche Bedeutung für die Entwicklung der Pflegearbeit zukommt, denn die Wahrnehmung der Pflegenden folgt dem Dokumentationssystem.

Aktueller Stand und Erfahrungen bei der Einführung digitaler Pflegedokumentation

Nach einer Umfrage von Althammer und Sehlbach (2012) dokumentiert derzeit mehr als die Hälfte der Einrichtungen per EDV bzw. plant aktuell die Einführung eines elektronischen Dokumentationssystems. Zu vermuten ist, dass in den kommenden Jahren auch die weiteren Einrichtungen mehr oder wenig flächendeckend auf eine IT-gestützte Dokumentation und Pflegeplanung umstellen werden.

Die Bestandteile einer EDV-gestützten Dokumentation lassen sich nach Meißner/Althammer (2011) in folgende Komponenten differenzieren:

- Hardware (Netzwerk-Komponenten, Server, PC-Arbeitsplätze);

- System- und Basiskomponenten (Betriebssystem, Virens Scanner usw.);
- Anwender-Software (Pflegedokumentationssystem, Dienstplanprogramme usw.).

Nach Beratungserfahrungen des KDA nimmt der Ort, an dem die Mitarbeitenden ihre Informationen über die zu Pflegenden eintragen, Einfluss auf die Arbeitsorganisation. Zu unterscheiden sind folgende Arbeitsweisen:

- die Einrichtung eines oder mehrerer PC-Arbeitsplätze, die im Dienstzimmer fest integriert sind und bei denen die Beschäftigten für Eintragungen Wege zurücklegen müssen;
- die Verwendung von Touchscreens, die in stationären Wohnformen im Flur installiert sind und von den Mitarbeiter/innen zur Information und Dokumentation ihrer pflegerischen Arbeit genutzt werden;
- der Einsatz mobiler PCs, die insbesondere in der ambulanten Pflege verwendet werden und in der Regel den einzelnen Mitarbeitenden zugeordnet sind.

Eine besondere Herausforderung liegt in der Vielfalt der Anbieter von Softwareprogrammen für die Pflegedokumentation². Die Unübersichtlichkeit des Angebots überfordert die potentiellen Nutzer/innen aus dem Pflege- und Gesundheitswesen, da sie sich kein schnelles Bild darüber verschaffen können, welches Programm für die eigene Einrichtung am zweckmäßigsten erscheint. Durch das Studium der Firmeninternetseiten können die Pflegeanbieter nur begrenzte Informationen erhalten. Anstatt Auskünfte zu geben, wie die EDV-Systeme aufgebaut sind, orientieren die Unternehmen auf eine Terminvereinbarung mit einem Kundenberater, um Konkurrenten keinen Einblick in das Firmen Know-how zu bieten. Somit fehlt die Möglichkeit, sich einen ersten und unverbindlichen Eindruck über die Binnenstruktur des Systems zu verschaffen, das z. B. folgende Elemente umfassen kann (Buchner 1999):

² Eine kleine Marktübersicht liefert eine von der „Pflegezeitschrift“ im Jahr 2007 in Kooperation mit Prof. Dr. Rüdiger Ostermann von der Fachhochschule Münster durchgeführte schriftliche Befragung von 77 Anbietern von Software-Programmen für eine EDV-gestützte Pflegedokumentation (Rücklauf 48 Prozent). Diese und weitere Quellen wurden für die Praxisfeldanalyse nutzbar gemacht, darunter insbesondere das Warensuchwörterverzeichnis der Altenpflegemesse 2013 in Nürnberg. Im Anhang sind nun insgesamt 85 Firmen aufgelistet und deren Produkte zur Dokumentation in ihren Funktionen näher klassifiziert.

Die Informationssammlung

- Erfassen von Problemen und Ressourcen
- Festlegung der Pflegeziele
- Planen und Erfassen der Pflegemaßnahmen
- Dokumentieren durchgeführter Maßnahmen
- Überprüfen der Pflegeziele

Aktionen wie

- Erstellen einer Was-ist-zu-tun Liste
- Erfassen eines Pflegeberichtes
- Erstellen eines neuen Pflegeberichts
- Stornieren eines Pflegeberichts
- Erstellen eines Übergabeprotokolls
- Aktivitäten des täglichen Lebens
- Ermitteln von Vitalwerten und Hautzustand
- Neueingabe von Vitalwerten
- Vitalwerte vergleichen: Tabellen und Graphiken einsehen
- Informationen über den Hautzustand
- Neuerfassung von Hautzuständen
- Erfassen von freiheitseinschränkenden Maßnahmen
- Medikamentenverwaltung
- Medikamentenverordnungen
- Bedarfsmedikamente verabreichen
- Stellliste und Lieferung von Medikamenten
- Medikamente bestellen oder Rezepte anfordern
- Medikamentenlieferungen in den Bestand eintragen und Einbuchen
- Medikamente Stammdaten
- Arztvisitenblatt erstellen
- Termine verwalten
- Terminzeiträume festlegen und löschen
- Das Alarmprotokoll ansehen
- Eine Kalenderansicht wechseln, öffnen und einsehen
- Einen neuen Termin eintragen
- Einen wiederkehrenden Termin eintragen

- Termine löschen, ändern, erledigen und ansehen
- Abwesenheiten erfassen
- Informationen zum Pflegebedarf und Pflegestufe einsehen
- Meldungen und Nachrichten einsehen und empfangen

Praxiserfahrungen aus der KDA-Beratung zeigen, dass in der Regel ein halber bis ein Arbeitstag benötigt wird, um die Architektur eines EDV-Systems für Pflegeprozess und -dokumentation zu verstehen. Legt man dies auf die im Anhang befindlichen Anbieter um, würde eine persönliche Marktübersicht zwischen 43 und 85 Arbeitstage dauern. Pflegende beklagen in Internetforen die mangelnde Markttransparenz und beraten sich gegenseitig, so z. B. im Pflegenetz Forum.

Anforderungen an EDV-gestützte Pflegedokumentationen

Bei den Anforderungen an eine EDV-gestützte Dokumentation ist zu unterscheiden zwischen den damit verbundenen Zielen der Pflegeanbieter, den formal-technischen Anforderungen und den fachlichen Anforderungen.

Albrecht et al. (2010) stellen zusammen, was von der Einführung einer EDV-gestützten Pflegedokumentation erwartetet wird:

- Zeitersparnis;
- Vereinfachung und Abnahme von Tätigkeiten;
- Unterstützung bei Entscheidungen;
- Verbesserung der Qualität;
- Reduzierung der Kosten;
- Unterstützung des Managements;
- einfache und unkomplizierte Einführung und Anpassung;
- Bedienerfreundlichkeit.

Bei der Dokumentation als EDV-Lösung sind laut Abt-Zegelin et al. (2004a) folgende **formal-technischen** Fragestellungen von Bedeutung:

- Die Software muss sicherstellen, dass Eintragungen, die einmal vorgenommen wurden, nur geändert werden können, wenn ein entsprechender Hinweis erfolgt.
- Es muss sichergestellt werden, dass nachträgliche Manipulationen der Daten ausgeschlossen sind.
- Ebenso muss sichergestellt werden, dass der Datenschutz eingehalten werden kann. Weder andere Klient/innen noch Dritte dürfen in die EDV-Dokumentation Einblick erhalten.
- Herberger/Hindermann (2004) fordern zudem, dass die Infrastruktur der Informationstechnologie sicherstellen muss, dass die Daten dort eingegeben werden können, wo sie entstehen. Sonst ergeben sich schwerwiegende Nachteile durch unnötige Übertragungsarbeiten, durch damit verbundene Fehlerquellen, durch zusätzlichen Zeitaufwand und durch Nichterfüllung der Dokumentationsvorschriften.

Um den Pflegeprozess adäquat abbilden zu können, sollte das Software-Programm folgende fachliche Anforderungen erfüllen. Es sollte

- frei definierbare Felder enthalten;
- auf Informationssammlungen, Pflegeplanungstexte und Pflegediagnosen hinweisen;
- eine Leistungsplanung und einen Leistungsnachweis erstellen können;
- eine Verknüpfung von Leistungsplanung und Pflegeplanung ermöglichen und
- die Fähigkeit zu haben, Veränderungen der Leistungsplanungen in der Pflegeplanung umzusetzen.

Von herausragender Bedeutung ist die Anpassung des EDV-Systems auf die einrichtungsbezogenen Arbeitsprozesse. Dazu müssen z. B. Entscheidungen getroffen werden, an welchem Pflegemodell sich die Dokumentation ausrichten soll und ob spezielle Konzepte wie z. B. für Menschen mit Demenz integriert werden sollen. Zu berücksichtigen ist zudem, welche Screening- und Assessmentinstrumente genutzt werden und in welcher Weise die Nationalen Expertenstandards sowie einrichtungsinterne Standards einbezogen werden.

Bei der Auswahl des Systems ist zudem zu bedenken, ob es nur um Pflegeplanung und -dokumentation geht oder ob auch Verwaltungs- und Abrechnungsmodalitäten mit berücksichtigt werden sollen. Ebenso müssen Entscheidungen hinsichtlich der Art der Geräte zur Dateneingabe getroffen werden, wie z. B. mobile Geräte oder eine Touch-Screen-basierte Dokumentation.

Wie sich aus den Beratungserfahrungen des KDA ableiten lässt, ist es für Pflegeeinrichtungen ein großer Schritt, eine EDV-gestützte Dokumentation einzuführen. Es ist eine Vielzahl von Entscheidungen zu treffen, bei denen stets eine Kosten-Nutzen-Abwägung erfolgen muss. Die Einführung von EDV-gestützten Pflegedokumentationen ist häufig von Widerständen der Beschäftigten geprägt, die dazu geführt haben, dass berufliche Pflege erst relativ spät „informatisiert“ worden ist. Stadler et al. (2008) begründen dies mit folgenden Argumenten:

- Es fehlt an einer einheitlichen Pflegesprache;
- Bei vergleichsweise hohen Einführungs- und Umsetzungsaufwand ist oftmals unklar, was die Datenerfassung bringt (Kosten-Nutzen-Analyse);
- Die Kernkompetenz der Pflegenden liegt darin, die Klient/innen umfassend zu betreuen und das Administrative als sekundär anzusehen;
- Es bestehen Widersprüche zwischen intuitivem beruflichen Wissen und den formalisierten EDV-Inhalten.

Fördernde Faktoren bei der Einführung einer digitalen Pflegedokumentation hängen eng mit den beschriebenen Hemmnissen zusammen. Damit die Vorteile einer EDV-gestützten Dokumentation genutzt werden können, ist es von entscheidender Bedeutung, auf welche Art und Weise diese eingeführt wird. (Meißner/Althammer 2011).

Müller (2001) empfiehlt die Bildung eines Projektplanungsteam, das im Vorfeld der Einführung das bisherige Dokumentationssystem sowie die personellen und räumlichen Ausstattung analysiert. Um Überforderungen der Mitarbeiter/innen vorzubeugen, empfehlen Meißner und Althammer (2011) zudem, die Umstellung von Papier-Dokumentation auf EDV-Dokumentation als zeitlich befristetes Modellprojekt zu definieren.

Von herausragender Bedeutung scheint in jedem Fall die beteiligungsorientierte Umsetzung des Prozesses zu sein, um die mit der Umstellung verbundenen Ängste der

Beschäftigten und spätere Akzeptanzprobleme zu reduzieren. Meißner/Althammer (2011) schlagen umfassende Mitarbeiterbefragungen vor, um z. B. die Einstellung zur Computerarbeit oder die Bewertung von Stärken und Schwächen der bisherigen Dokumentation zu erfassen. Günstig auszuwirken scheint sich eine konsequente Beteiligung der Beschäftigten bei dem Entscheidungsprozess über die Art des EDV-Systems. Zudem werden Schulungen der Mitarbeiter/innen angeraten, die möglichst im Vorfeld der Einführung stattfinden sollten.

Nach Ranegger/Hoffberger (2012) sollten jedoch auch die Softwarefirmen in die Qualifizierung ihrer Mitarbeiter/innen investieren. Empfohlen wird, die EDV-Beraterschulungen auf der Grundlage pflegerischer Konzepte aufzubauen. Darüber hinaus seien weiterführende Schulungen in Form von Fallbesprechungen notwendig. In den letzten Jahren haben die Technologieanbieter in die Fortbildung ihrer Beschäftigten investiert, damit diese die Verkaufsgespräche vor dem Hintergrund einer stärkeren Kenntnis der Pflegearbeit und mit einer angemessenen ethischen Grundhaltung führen können.

Auf individueller Ebene ist eine positive Einstellung zum Computer ein entscheidender Faktor, ob die Umstellung auf eine digitale Dokumentation problemlos gelingt (Meissner/Althammer 2012). Hilfreich sind auch klare Regeln der Führungskräfte für den Umgang mit dem Computer. Auch die technische Funktionalität des Produkts spielt bei der Akzeptanz eine große Rolle. Als fördernden Faktor beschreiben Dzuiko/Diehl (2003) zudem das Vorhandensein eines Handbuchs zum Umgang mit der Dokumentation.

Chancen und Risiken der EDV-gestützten Pflegedokumentation

Mehrere Untersuchungen zur Einführung der EDV-gestützten Pflegedokumentation belegen positive Effekte im Vergleich zur Papier-Dokumentation. Ammenwerth (2002) konnte Zeiteinsparungen bei den Eintragungen der Beschäftigten feststellen. Ebenso stieg die Anzahl der dokumentierten Inhalte. Dadurch war der Verlauf des Pflegeprozesses besser nachvollziehbar. Die Vollständigkeit und die bessere Lesbarkeit der Informationen erhöhte die Nutzerakzeptanz der digitalen Dokumentation. Die bessere Lesbarkeit, die Zeitersparnis, die formale Vollständigkeit und die damit bessere Nachvollziehbarkeit des Pflegeprozesses wird von weiteren Autor/innen

(Schaubmayr 2007; Steffan et al. 2007) als Vorteil benannt. Kreidenweis (2008) beschreibt, dass nach Einschätzung der Mitarbeitenden auch die Pflegequalität durch die Einführung der digitalen Pflegedokumentation angestiegen ist. Der Zeitaufwand für die Eintragungen verringerte sich und die Beschäftigten fühlten sich entlastet.

Bär (2002) beschreibt weitere Vorteile EDV-gestützter Dokumentationssysteme, wie die eindeutigere Identifikation des Ausfüllenden („Handzeichen-Listen“ können verlorengehen und machen spätere rechtliche Ansprüche schwierig). Softwareprogramme überprüfen Eintragungen auf ihre Logik hin. Behandlungsanordnungen, wie z. B. „Injektionen alle 21 Tage“, lassen sich besser umsetzen. Daten können mit Hilfe der Software analysiert werden.

Positive Effekte nach Moser (2010) sind, dass Vorbereitungszeiten für Besprechungen verkürzt werden und die Führungskräfte immer auf aktuelle Datensätze zurückgreifen können. In seiner Untersuchung wurde die Dokumentationssoftware mehrheitlich positiv bewertet, obwohl der Zeitaufwand höher war als vorher. Parthum/Distler (2010) berichteten von EDV-Einführungen auf Intensivstationen. Hier konnte keine Verkürzung des Zeitaufwands der Dokumentation festgestellt werden, da durch die Einführung der EDV umfangreichere Inhalte wiedergegeben wurden. Eine Verbesserung der Qualität der Dokumentation wurde von den Autor/innen als wahrscheinlich betrachtet, konnte jedoch nicht eindeutig belegt werden.

Ammenwerth, Eichstädter und Schrader (2003) sehen als Vorteil einer EDV-gestützten Pflegedokumentation, dass die Dokumentationen vollständiger und sachlich richtiger werden. Darüber hinaus werden die Einträge automatisch den Verfasser/innen zugeordnet und unvollständige Eingaben können durch Nachfrage- und Aufforderungsmechanismen vervollständigt werden. Durch Leistungskataloge und Textbausteine können auch sprachliche Hilfen gegeben werden. Nach Leonie-Scheiber/Feistmantl (2011) unterstützt die digitale Pflegedokumentation die zeitnahen Eintragungen in das Dokumentationssystem. Nachträgliche und diskontinuierliche Dokumentation wird vermieden. Ein Vorteil stellt auch die gleichzeitige Zugriffsmöglichkeit mehrerer Personen dar. Dadurch entfallen Wartezeiten, was zu Erleichterung in der täglichen Arbeitsroutine führt.

Meyer/Fleischmann (2012) untersuchten handschriftliche und IT-gestützte Pflegedokumentationen hinsichtlich ihrer Qualität. Mit Hilfe der digitalen Dokumentation wur-

den mehr Interventionen geplant als mit der handschriftlichen Dokumentation. Der größte Unterschied zwischen handschriftlicher und digitaler Dokumentation bezog sich auf die Evaluation der Pflege. Während dieser Schritt des Pflegeprozesses in keinem handschriftlichen Dokument zu finden war, befand er sich in allen EDV-gestützten Systemen.

Was die Risiken angeht, führt Moser (2010) aus, dass die potentiellen Kunden bei der Erstschaftung einer digitalen Pflegedokumentation befürchten, dass die zu erwartenden Ergebnisse den Aufwand nicht rechtfertigen und dass es durch die Einführung einer EDV-basierten Pflegedokumentation zu gravierenden Veränderungen in den Arbeitsprozessen kommt. Ebenso besteht die Sorge, dass der Anteil der administrativen Tätigkeiten weiter zunimmt. Pflegende befürchten zudem, durch die EDV stärker kontrolliert zu werden (s. auch Kreidenweis 2008).

Feuerstein (2000) sieht in der mangelhaften Ausbildung einen Grund für die späte Einführung der digitalen Pflegedokumentation. Er führt an, dass EDV-Dokumentationssysteme in dem Verdacht standen, durch vermeintliche Verminderung des Arbeitsaufkommens als Argument für personelle Einsparungen verwendet zu werden.

Wie aus den Beratungserfahrungen des KDA hervorgeht, scheinen Tabloids im Handling bei den Pflegenden besser anzukommen, weil Platz- und Computerzeitengpässe vermieden werden. Bei fest installierten PCs wird zudem von „Doppelaufschreibungen“ berichtet: Die Mitarbeitenden notieren sich ihre Beobachtungen auf einen Zettel, bevor sie sie dann „richtig eintragen“. Naturgemäß ist bei einem solchen Vorgehen die Gefahr groß, dass Informationen verloren gehen (Breuer 2002). Die Mitarbeitenden müssen sich zum Lesen und Dokumentieren von den Klient/innen weg bewegen. Auch der Touchscreen hat in diesem Zusammenhang die Schwäche, dass die Mitarbeitenden sich nicht im Zimmer der Gepflegten informieren können.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass nach der Phase der Dokumentation in Form von Kladden, Heften und Blättern eine Papier-Dokumentation entstand, die sich aus dem Bereich der Dienstleister für Papierprodukte und Formularwesen entwickelt hat. In der Pflege wurde zwar lange und emotional über den Pflegeprozess und die Dokumentation diskutiert, aber es fand kein groß angelegter fachlicher Diskurs über die Art der Dokumentation statt.

Wie aus den Erfahrungen des KDA hervorgeht, besteht weiterhin bei der Einführung von neuen Systemen der Pflegedokumentation die Angst der Mitarbeitenden vor der Verantwortung und möglichen Haftung. (*„Bevor man etwas Falsches schreibt, schreibt man besser gar nichts.“*) Die Pflegeausbildung konnte immer noch nicht durchsetzen, dass die Pflege sich umfassend am Pflegeprozessmodell und an den diesbezüglichen Dokumentationsanforderungen orientiert. Die lange Tradition, dass Pflegeprozesssteuerung nur etwas für Führungskräfte ist, wird durch die Komplexität der EDV-Lösungen weiter verschärft. Weiterhin belegen die Ausführungen, dass die Auswahl und Einführung einer digitalen Pflegedokumentation durch die Dominanz der Software-Firmen und durch das Fehlen der fachlichen Expertise als belastend erlebt wird.

Da das Menschenbild und die Pflegehaltung durch die Dokumentation mit geprägt werden, besteht jedoch die Gefahr, dass die berufliche Pflege in einem schleichen- den Prozess an Definitionsmacht über die Inhalte der Pflegetätigkeiten an die Technikentwickler abgibt. Alfaro-LeFevre (2013) warnt davor, Computer als Ersatz für das eigene Denken zu verwenden: *„Sie als Pflegekraft müssen eine Menge selbständig denken, um sicherzustellen, dass die Daten, die Sie in den Computer eingeben, sachbezogen und vollständig sind. Sie müssen unterscheiden, welche Informationen auf jede einzelne Situation zutrifft und daher in den Computer eingegeben werden muss.“*

3.2 Außerklinische Intensivpflege in der ambulanten und stationären Versorgung

Die moderne Intensivpflege ist von einem hohen Technikeinsatz geprägt. Sie hat eine lange Tradition (Bartoszek et al. 2004). Ihre historischen Wurzeln reichen bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts und gehen auf Florence Nightingale zurück. Sie schuf schon 1859 einen besonderen Bereich im Krankenhaus, in dem schwer kranke Patient/innen engmaschiger betreut werden konnten. 1930 wurden in Deutschland die ersten Intensivpflegestationen eingerichtet, zunächst in Form von Räumen für Patient/innen nach akuten Operationen. In den 1950er Jahren wurden fachgebundene „Wachstationen“ (Chirurgie, Innere) mit speziell geschultem Personal implementiert. In den 1960er Jahren wurden in der DDR und in der Bundesrepublik Deutschland die

heutigen hochtechnisierten Intensivpflegestationen entwickelt. Parallel dazu wurde für Pflegekräfte die Fachweiterbildung „Intensivpflege und Anästhesie“ aufgelegt.

Ausgehend von den Vorbildern anderer Länder wie z. B. der „High Tech Home Care“ in den USA, etablierte sich in den letzten 20 Jahren auch in Deutschland die so genannte außerklinische Intensivpflege (Ullrich et al. 2010). Diesem Trend in industrialisierten Ländern zufolge werden pflegerische Tätigkeiten, die früher nur im Krankenhaus durchgeführt wurden, in die häusliche Situation der Patient/innen bzw. in stationäre Wohnformen verlegt. Motiviert wurde dies auch durch die Kosteneinsparungen im Vergleich zum kostenintensiveren Krankenhausbereich. Aber auch patientenorientierte Ziele werden mit der außerklinischen Intensivpflege verfolgt:

- Bei längerem Behandlungsbedarf soll eine Isolation der Patient/innen von ihrem sozialen Umfeld verhindert werden.
- Außerdem sollen die Patient/innen vor den Belastungen eines langen Krankenhausaufenthaltes geschützt werden. Dazu gehören physische Probleme wie Infektionen mit Krankenhauskeimen und psychische Probleme wie Depressionen.
- Durch die Reduzierung von Belastungen soll schließlich die Überlebensdauer der Patient/innen verlängert werden.

Mit der Einführung der Pflegeversicherung wurde nicht nur der ambulante Pflegebereich ausgebaut, sondern auch die häusliche Intensivpflege. Nach Klingbeil (2009) waren dafür die weiterentwickelte Medizintechnik, die Zunahme chronischer Erkrankungen bei einer insgesamt steigenden Lebenserwartung sowie die Einführung der Fallpauschalen im Krankenhaus mit der Folge kürzerer Verweildauern ausschlaggebend.

Unter Heimbeatmung wird die Intensivmedizin und Pflege verstanden, die in der eigenen häuslichen Situation oder in einer ambulant betreuten oder stationären Wohnform stattfindet. Dabei werden Patient/innen aufgrund vorübergehender oder bleibender Störungen und Schädigungen von Nervensystem oder Atemmuskulatur maschinell beatmet. Dies ist z. B. bei der Amyotrophen Lateralsklerose (ALS) oder einer schweren Form der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) der Fall. Sie sind die häufigsten Gründe für eine außerklinische Intensivpflege (Klingbeil 2009).

Bei der Heimbeatmung wird zwischen zwei Beatmungsformen unterschieden, der invasiven und der nicht-invasiven Beatmung. Bei der invasiven Beatmung wird der Patient über eine Trachealkanüle, die durch den Hals direkt in die Luftröhre führt, beatmet. Dabei müssen die Patient/innen sediert werden. Bei der nicht-invasiven Beatmung werden spezielle, teilweise maßgefertigte Masken benutzt. Die invasive Beatmung wird kontinuierlich durchgeführt, kann aber unterbrochen werden, während die nicht-invasive Beatmung nur zeitweise stattfindet. Die invasive Beatmung wird nochmals in unterschiedlichste Beatmungsformen unterteilt, in Abhängigkeit vom Anteil der Spontanatmung der Patient/innen (Lobnig, Hambücker 2003).

Neben der Beatmung sind die Patient/innen an Überwachungsgeräte angeschlossen wie Monitore, die vitale Funktionen wie Herzfrequenz, Herzrhythmus, peripheren Puls, zentralen Venendruck, arteriellen Blutdruck, Atemfrequenz und Temperatur kontinuierlich messen. Zusätzlich werden Infusionsspritzen und Ernährungspumpen, Inhalatoren und Vernebler eingesetzt. Eine besondere Rolle nimmt das Endotracheale Absaugen, also das Absaugen von Atemsekret oder aspirierten Stoffen über einen Endotrachealtubus oder Trachealkanüle ein (Schäffler et al. 2000), weil hier erhebliche Komplikationen auftreten können wie

- Hypoxie;
- Bradykardie;
- Verletzungen und Blutungen der Trachealschleimhaut;
- Würgen, Übelkeit, Erbrechen;
- psychische Beeinträchtigungen;
- versehentliche Extubation/Dekanülierung und
- Keimverschleppung durch unsauberes Arbeiten (Wilpsbäumer, Ullrich 2012).

Die Anwendung der perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG), einer Ernährungssonde, die durch die Bauchdecke gelegt wird, bedarf wie alle intensivpflegerischen Maßnahmen besonderer Sorgfalt. Durch unsachgemäßen Gebrauch können vielfältige Komplikationen wie Wundinfektionen, eine Verklebung der Sonde durch falsche Spüllösungen oder eine Verstopfung der Sonde (Werschmüller 2012) auftreten.

Unabhängig von der konkreten Technikform stellt die Intensivpflege hohe Anforderungen an die Mitarbeitenden. Sie müssen zum einen den Umgang mit einer großen Zahl von technischen Geräten beherrschen und auch damit zurechtkommen, wenn es zu körperlichen Komplikationen bei den Patient/innen kommt. Zum anderen sind sowohl die Patient/innen als auch deren Angehörige häufig psychisch stark belastet, was hohe Anforderungen an die Empathiefähigkeit und an die soziale Kompetenz der Pflegekräfte stellt. Nach Bick (2007) bestehen 50 Prozent der Arbeit seiner Mitarbeiter/innen im Intensivpflegedienst in der psychosozialen Betreuung, z. B. im Handling von Krisen, Konflikten und Belastungssituationen der Angehörigen. Im Gegensatz zur klassischen häuslichen Pflege verlässt man nicht nach einem kurzen Pflegeeinsatz die Wohnung des Gepflegten, sondern die Beschäftigten bleiben meist über mehrere Stunden und haben einen sehr engen Kontakt zur Familie. Bick führt weiter aus, dass die Beschaffung von Hilfsmitteln sowie Technik- und Medizinprodukten viel Zeit in Anspruch nehmen. Wenn gleich die Geräte nicht mehr „so monströs und abschreckend“ aussehen wie früher, geben sie z. B. trotzdem unangenehme Geräusche von sich. Dies führt dazu, dass Technik immer noch schwer in die Häuslichkeit zu integrieren ist und Pflegenden eine Vermittlerrolle einnehmen.

Die Kostenübernahme der außerklinischen Intensivpflege und der Beatmungspflege werden durch das SGB V (§ 37) geregelt. Nach Groß (2007, 2008) haben Versicherte mit einem 24-stündigem Intensivpflegebedarf Anspruch, dass die Krankenkasse die Kosten der Behandlungspflege voll übernimmt. Laut Gesetz sind Kranken- und Pflegekasse parallel in der Leistungspflicht.

Die Qualitätssicherung erfolgt durch zwei Leitlinien, die so genannte S2-Leitlinie „Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz“ (Windisch et al. 2010) und die Durchführungsempfehlungen zur invasiven außerklinischen Beatmung (Randerath et al. 2011). Die Durchführungsempfehlungen beschreiben detailliert, wie z. B. der Übergang von der Klinik nach Hause zu erfolgen hat und welche Formulare verwendet werden sollen, für welche Patientengruppen dies überhaupt möglich ist, welche Infrastruktur vom Pflegeanbieter vorzuhalten ist usw.

Fachliche Anforderungen an das Pflegepersonal

Bei der pflegerischen Versorgung beatmeter Patient/innen wird laut Durchführungsempfehlung zwischen der assistiven und der fachpflegerischen Versorgung Beatmeter unterschieden. Die assistive Betreuung kann grundsätzlich nach drei Möglichkeiten organisiert werden:

- Die Patient/innen suchen selbständig ihre persönlichen Assistent/-innen aus und verantworten ihre Befähigung.
- Die Versorgung wird durch Pflegekräfte mit geringem Qualifikationsniveau übernommen in Organisationsformen wie Beatmungsstationen und Wohngemeinschaften.
- Angehörige/Laienkräfte übernehmen die pflegerische Versorgung.

Bei der fachpflegerischen Versorgung beatmeter Patient/innen wird eine Ausbildung als Krankenschwester/-pfleger, Gesundheitspfleger/-in, Kinderkrankenschwester/-pfleger oder Altenpfleger/-in (mit dreijähriger Ausbildung) vorausgesetzt. Zusätzlich müssen die Beschäftigten den Umgang mit der Beatmungstechnik erlernen und beherrschen. Dazu gehören die Beatmungsgeräte, Trachealkanülen, Schlauchsysteme, Absaug- und Inhalationsgeräte sowie Befeuchtungssysteme. Sie benötigen vertiefte Kenntnisse der Zusammenhänge von Atmungsregulation, Atemmechanik, Gasaustausch, Atempumpe und der gegenseitigen Beeinflussung der respiratorischen Funktion mit anderen Organfunktionen.

Fachpflegerisch tätig können Pflegende nur dann sein, wenn sie laut Durchführungsempfehlung über profunde Kenntnisse der Tracheostomaversorgung und der Methoden der Sekretelimination verfügen, z. B. durch Absaugen. Auch an die Leitung eines häuslichen Intensivpflegedienstes werden besondere Anforderungen gestellt. Neben der pflegerischen Grundausbildung muss eine Weiterbildung für Anästhesie- und Intensivpflege sowie eine dreijährige Berufserfahrung in diesen Bereich nachgewiesen werden.

Besonders anspruchsvoll (Klingbeil 2009) ist das Konzept der Beatmungsentwöhnung. Dies steht insbesondere in den betreuten Wohngemeinschaften im Mittelpunkt, weil – anders als in der 1:1 Betreuung – in den Wohngemeinschaften mehrere Pflegende zeitgleich vor Ort sind. Bis zu 24 Stunden täglich (Klingbeil 2007) umfasst die Intensivpflege der Patient/Innen und die Betreuung der Angehörigen. Dadurch sind

Pflegeteams in wechselnden 12-Stunden-Schichten im Einsatz mit den Aufgaben Überwachung der künstlichen Beatmung, Freihalten der Atemwege, Steuerung der Beatmung und Atemtherapie. Aufgrund der hohen Qualifikationsanforderungen gepaart mit den ungünstigen Arbeitszeitmodellen ist es schwierig, geeignetes Personal zu für diese Form der Intensivpflege zu finden.

Chancen und Risiken der Zunahme außerklinischer Intensivpflege

Nach Erfahrungen des KDA kann die Verlagerung der außerklinischen Intensivpflege nicht nur für die Patient/innen und ihre Angehörigen, sondern auch für die Mitarbeitenden von großem Vorteil sein. Wenngleich es sich um eine sehr anspruchsvolle Tätigkeit handelt, scheint die Zufriedenheit der Beschäftigten vergleichsweise hoch zu sein. Dies ist der Fall, wenn z. B. die Nähe zu der Familie oder das gute Miteinander in einer ambulant betreuten Wohngruppe oder in einer spezialisierten Wohngruppe als befriedigend erfahren wird.

Aber auch das Gegenteil kann der Fall sein. Die Angst der Mitarbeitenden vor Fehlern mit einem entsprechenden Haftungsrisiko steigt insbesondere dann, wenn sie sich nicht ausreichend qualifiziert fühlen. Denn eine Fehlfunktion der Atmung kann in kürzester Zeit zu Sauerstoffmangelzuständen mit lebenslangen Folgen für die Gehirnfunktion der Patient/innen und damit zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität oder sogar zum Tode führen. Berufsverbände, aber auch Netzwerke im Internet, beklagen die Situation, dass Pflegende bedrängt werden, Beatmungspatient/innen zu versorgen nach dem Motto: *„Du bist doch Altenpflegerin, dann hast du das zu können!“*, auch wenn sie sich mangelhaft qualifiziert fühlen.

Belastend kann auch das „einsame Arbeiten“ im häuslichen Intensivpflegedienst sein. So beschreiben Mitarbeitende, 12-Stunden-Schichten alleine bei Patient/innen zu verbringen, die auf Grund der invasiven Beatmung nicht sprechen können. Auf der anderen Seite kann es auch als belastend erlebt werden, wenn die zu versorgenden Patient/innen täglich wechseln und Fahrzeiten zu den Haushalten sehr lang sind. Bei der Intensivpflege außerhalb der Klinik steht zwar die Heimbeatmung im Vordergrund, aber auch andere intensivpflegerische Maßnahmen unterliegen einem hohen Haftungsdruck wie z. B. die künstliche Ernährung (PEG). Auch hier sind ohne Anleitung und fundierte Begleitung die möglichen Fehlerquellen hoch.

Abschließend lässt sich feststellen, dass die außerklinische Intensivpflege die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen steigert. Aber bei mangelnder fachlicher Anleitung und entsprechender wertschätzender Begleitung gehen Pflegende große persönliche und berufliche Risiken ein. Im Laufe des Berufslebens unterlaufen Pflegenden zwangsläufig Fehler. Diese können nachhaltig traumatisierend wirken, zu Ängsten bei der Berufsausübung und letztlich zur Berufsaufgabe führen.

3.3 Monitoring

Monitoring ist ein Überbegriff für alle Arten der unmittelbaren, systematischen Erfassung im Sinne von Protokollierung, Beobachtung oder Überwachung eines Vorgangs oder Prozesses mittels technischer Hilfsmittel, wie z. B. durch ein Langzeit-EKG (Wikipedia, Zugriff am 23.9.2013). Insbesondere im Rahmen von Ambient Assisted Living (AAL) werden eine Vielzahl von Daten in Form von Beobachtungs- und Sicherungssystemen für Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf erfasst.

Vom damaligen Bundesministerium für Forschung und Technologie (BMFT) wurde im Jahre 1990 im Rahmen des Themenbereichs „Altersgerechte Technik“ das Schwerpunktprogramm „Forschung und Entwicklung für ein aktives Alter“ gefördert, welches im Jahre 1992 in die Zuständigkeit des damaligen Ministeriums für Familie und Senioren (BMFuS) überging. Im Abschlussbericht (Zapf et al.1994) wurde festgestellt, dass zur damaligen Zeit die technischen Hilfen nur in einem beschränkten Umfang in der Lage waren, älteren Menschen die gewünschte Autonomie zu ermöglichen. Hilfsmittel waren nur für spezifische Funktionsausfälle vorhanden und eher für Behinderte als für Ältere konzipiert. Mittlerweile haben sich die technischen Möglichkeiten in diesem Bereich deutlich weiterentwickelt. Zudem wurde durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) zusammen mit einer Vielzahl von europäischen Partnern ein umfangreiches Förderprogramm zum Themenbereich AAL durchgeführt. AAL-Technologien beziehen sich auf zahlreiche Handlungsfelder (siehe www.aal-deutschland.de oder www.geniaal-leben.de). Ausgangspunkt stellt das unmittelbare Wohnumfeld dar. Die Wohnung wird als „Gesundheitsstandort“ betrachtet, in dem die Bewohner/innen die Möglichkeit haben, unterstützende Assistenzsysteme auszuwählen und anzupassen.

Im Rahmen von AAL werden Monitoringsysteme eingesetzt, die es den Hilfebedürftigen ermöglichen, trotz ihres Unterstützungsbedarfs mit einer hohen Autonomie zu-

hause zu leben und gleichzeitig die Gewissheit zu haben, dass bei einem eintretenden Notfall schnelle Hilfe geleistet wird. Dazu dienen Beobachtungs- und Sicherungssysteme, welche meist auf Sensoren basieren, die z. B. auf einer Matte im Bett, im Teppichboden, im Sessel oder im Bad angebracht werden. Die Sensoren sind mit Computerprogrammen verknüpft, die eine Vielzahl von Daten (z. B. Druck auf einer bestimmten Stelle des Betts oder im Teppich zu besonderen Uhrzeiten) verarbeiten. Die Computerprogramme können diese Veränderungen deuten und geben Alarm, wenn sich Unregelmäßigkeiten ereignen. Auch an Kühlschränken oder Haustüren können Sensoren angebracht werden, sodass bemerkt wird, wenn die Person das Bett nicht mehr verlässt, nicht auf die Toilette geht, nichts aus dem Kühlschrank nimmt oder die Wohnung nicht verlässt. Der große Vorteil von AAL besteht darin, dass eine ständige Beobachtung erfolgen kann, ohne dass ein Mensch zugegen sein muss.

Bisher befinden sich diese Technologien noch weitgehend in der Phase der Modellerprobung – ein flächendeckender Einsatz und die systematische Verknüpfung mit Pflegedienstleistungen stehen noch aus.

Personenortungssysteme

Der Einsatz von Personenortungssystemen für räumlich desorientierte Personen (z. B. Menschen mit Demenz) wird in der Praxis zunehmend diskutiert. Ein Personenortungsgerät funktioniert ähnlich wie ein Navigationsgerät. Die Nutzer/innen tragen einen Sender bei sich z. B. als Halskette, Armband, Uhr oder in Form eines Handys bzw. eines kleinen Geräts, das am Gürtel, der Tasche oder im Schuh getragen wird (www.deutsche-alzheimer.de). Die so genannte GPS-Technologie ermöglicht es jederzeit den Aufenthaltsort einer Person zu bestimmen, sofern diese das Gerät trägt. Auf Anforderung oder kontinuierlich sendet das GPS die Position der Person, z. B. per Mobilfunk an einen Rechner. Dieser Rechner wertet die Daten aus, ermittelt die exakte Position bis auf circa 5 Meter genau und stellt sie in einer hochauflösenden Luftbildkarte dar. Dann kann die Position z. B. eines Menschen entweder über das Internet an einen stationären PC oder an ein mobiles Endgerät wie etwa ein iPhone übertragen werden (Müller 2010). In stationären Wohnformen kann ein Personenortungsgerät so eingestellt werden, dass ein Signal ertönt, wenn die Person einen definierten Bereich verlässt. Personenortungssysteme werden in der Pflege insbesonde-

re zum Auffinden von Menschen mit Demenz eingesetzt. Man benutzt sie aber auch für die Ortung von Kindern, Fahrzeugen oder Haustieren.

Ethische Probleme

Im Zusammenhang mit dem Einsatz von Monitoringsystemen werden immer wieder ethische Probleme diskutiert. In einer Untersuchung von Gaffney (1986) wurde in einem Pflegeheim eine Gruppe von 28 unruhigen Bewohner/innen über einen Zeitraum von 15 Stunden beobachtet. Es wurden 457 Versuche, den Wohnbereich zu verlassen und 274 Versuche, den Ausgang zu benutzen beobachtet. Dies zeigt, wie brisant die in der Fachliteratur häufig beschriebene „Weglaftendenz“ von Menschen mit Demenz ist. Die Beschäftigten geraten in ethische Konflikte, weil sie den Betroffenen den Weg „nach Hause“, „zu den Kindern, die auf Essen warten“, den Weg „zur Arbeit“ usw. verwehren aus Angst, dass sich die Bewohner/innen ohne Aufsicht außerhalb der stationären Wohnform selbst gefährden. Menschen mit einer Demenz, die vermeintlich ruhelos umhergehen, fordern ihre Umgebung ethisch und praktisch heraus. So spiegelt das ruhelose Hin- und Hergehen das „ethische Schaukeln zwischen Autonomie und Sicherheit“ wieder (Georg, Scholze 2011).

Die Zusammenstellung von Forschungsarbeiten zu diesem Thema (Marshall, Allan 2011) sowie Rahmenempfehlungen zum Umgang mit so genanntem „herausfordernden Verhalten“ haben das Bewusstsein für das Bewegungsverhalten von Menschen mit Demenz verändert. Danach versuchen dementiell erkrankte Menschen nicht „wegzulaufen“, sondern sie verbinden konkrete Absichten mit ihrem „Hinlaufen“. Das früher noch als „Wandering“ bezeichnete Verhalten rührt von Definitionen her, die es als entschlossenes Gehen bezeichnen (Stokes 1996). Kennzeichnend sind dabei folgende Aspekte:

- Die Personen achten nicht oder nur oberflächlich auf ihre persönliche Sicherheit (z. B. Unfähigkeit, den Rückweg zu finden, eingeschränkte Gefahrenwahrnehmung);
- Sie nehmen keine Rücksicht auf andere (z. B. hinsichtlich Tageszeit, Dauer, Häufigkeit oder Privatsphäre);
- Sie üben das Wandering in exzessiver Form aus, wobei wichtige adaptive Verhaltensweisen unterbrochen werden (z. B. das Essen, Schlafen, Ruhen).

Die rechtliche Situation beim Einsatz von Personenortungssystemen wird unterschiedlich bewertet. Meistens muss sowohl im Einzelfall, als auch, wenn eine Einrichtung ein Personenortungssystem integrieren will, die Genehmigung eines Betreuungsgerichtes eingeholt werden, da es sich um einen Eingriff in die Freiheitsrechte des Betroffenen handelt. Die Zustimmung des Betreuers reicht nicht aus. Ebenso muss eine konkrete drohende Gesundheitsgefährdung vorliegen (Geisler 2010). So entschied z. B. das Oberlandesgericht Brandenburg am 19.1.2006, dass das Einlegen eines Sendechips in den Schuh keine freiheitsentziehende Maßnahme im Sinne des § 1906, Abs. 4 BGB darstellt. Der so genannte Schutzzweck des Genehmigungsvorbehalts wurde darin erkannt, die körperliche Bewegungs- und Entschließungsfreiheit zur Fortbewegung im Sinne der Aufenthaltsbestimmungsfreiheit zu gewährleisten. Eine Personenortungsanlage beschränkt danach die Fortbewegungsfreiheit für sich gesehen nicht. Vielmehr hängt die Frage, ob die Freiheit entzogen wird, von der Reaktion der Einrichtung ab, wenn der Betroffene den Bereich, in dem er sich aufhalten soll, verlässt. Es handelt sich demnach um eine reine Beaufsichtigungsmaßnahme, für deren Zulässigkeit die Zustimmung des Betreuers ausreicht. Das verwendete technische Hilfsmittel sei erforderlich, um erhebliche Gefahren für Betroffene durch ihre krankheitsbedingte Weglauftendenz abzuwenden (OLG Brandenburg 2006, 11 Wx 59/05).

Markus (1998) zitiert zwei juristische Entscheidungen, Amtsgericht Stuttgart vom 26.11.1996 – XVII 101/96 – und Amtsgericht Bielefeld vom 16.9.1996 – 2 XVII B 32: Die Verwendung von derartigen Sendeanlagen verstoße nicht generell gegen die Menschenwürde. Entscheidend sei vielmehr, ob im Einzelfall die Intensität der ausgeübten Kontrolle und die zur Verfügung stehenden Alternativen solche Sender noch als angemessen erscheinen lassen. Soweit die Mitarbeiter/innen durch gezielte Beschäftigung oder mit Überredung versuchen, altersverwirrten Menschen vom Verlassen der Station oder des Heims abzuhalten, sind solche Maßnahmen ohne rechtliche Bedeutung, das heißt, sie sind als bloße freiheitsbeschränkende Maßnahmen anzusehen, die nicht unter den Anwendungsbereich des § 1906 BGB fallen.

Dagegen sind Maßnahmen, die über dieses Maß einer unmittelbaren Einflussnahme auf andere hinausgehen, als freiheitsentziehende Maßnahmen anzusehen, die unter die Anwendung des § 1906 BGB fallen. Hierzu zählen Personenortungsgeräte, die dazu dienen, ein unkontrolliertes Weggehen aus dem Heim zu verhindern. Sie bedür-

fen neben der Anordnung durch den Betreuer/die Betreuerin auch der Genehmigung durch das zuständige Vormundschaftsgericht.

Allerdings räumten die Gerichte ein, dass elektronische Überwachungssysteme, die am Menschen angewandt werden, die Menschenwürde berühren. Es sei eine Frage des Einzelfalls, vor allem der Intensität der durch die technische Einrichtung herbeigeführten Kontrolle und der zur Verfügung stehenden Alternativen, ob das Mittel als menschenunwürdig zu betrachten ist. Die Intensität der Überwachung durch Personenortungsgeräte der vorliegenden Art wurde von den Gerichten als vergleichsweise gering bezeichnet, weil sich die gewonnenen Informationen lediglich darauf beziehen, ob die Betroffenen das Haus verlassen oder nicht. Insofern plädiert Mary Marshall (2011) zusammen mit anderen (Silverstein et al. 2002) für technische Neuerungen, die geeignet sind, die Sicherheit von Menschen mit einer demenziellen Erkrankung zu fördern.

Im Rahmen einer Studie zu „Ethischen Fragen im Bereich Altersgerechter Assistenzsysteme“ (Manzeschke et al. 2013) wurden ethische Leitlinien für den Einsatz von altersgerechten Assistenzsystemen entwickelt. Eine Leitlinie betrifft die eingeschränkte Selbstbestimmung und Autonomie der Hilfebedürftigen. *„Der Einsatz von altersgerechten Assistenzsystemen bei kognitiv beeinträchtigten Personen soll nur nach gesonderter Prüfung und unter Berücksichtigung des mutmaßlichen Willens der Person erfolgen“*. Dabei wird den Menschen empfohlen, frühzeitig ihre Haltung zu altersgerechten Assistenzsystemen festzulegen bzw. eine Betreuungsperson zu benennen.

Andere Autoren warnen vor dem unreflektierten Einsatz von Personenortungssystemen. Die Rechtsanwältin Bärbel Schönhof (2002) gibt zu bedenken, dass damit der Mensch mit Demenz zum Objekt der Überwachung wird und keiner weiß, welche gesundheitlichen Auswirkungen das plötzliche Auftauchen z. B. des Pflegepersonals auf den Betroffenen hat. Positiv wird der größere Freiheitsspielraum für Menschen mit Demenz gesehen. Internationale Studien zeigen, dass es in der häuslichen Situation für die Angehörigen sehr entlastend sein kann, wenn sie wissen, wo sich ihr an Demenz erkrankter Angehöriger aufhält und sie ihn dadurch *„gehen lassen können“*. Forscher/innen der europäischen Gruppe, die modellhaft mit einem Personenortungssystem arbeiten (www.cogknow.eu), berichteten, dass die meisten Demenzkranken in die Wohnung zurückfanden. Ohne das Ortungssystem hätten die Angehö-

rigen jedoch „*keine ruhige Minute*“ gehabt und hätten das Hinausgehen der an Demenz erkrankten Person verhindert.

Monitoring als neue Anforderung an Pflegende

Die Auswirkung von Beobachtungs- und Sicherungssystemen auf die Mitarbeitenden wird zurzeit kaum diskutiert. Praxiserfahrungen zeigen, dass Mitarbeitende sich gestresst fühlen, wenn die Wohnsituation ihrer Klient/innen unübersichtlich ist. Sie können diese nicht immer im Blick haben und fürchten, dass Menschen mit Demenz das Haus oder die Wohneinheit verlassen und sich selbst oder andere z. B. durch unangemessenes Verhalten im Straßenverkehr gefährden. Auch wenn Menschen ohne Unterbringungsbeschluss rechtlich ihren Aufenthaltsbestimmungsort selbst bestimmen dürfen, werden Pflegekräften in Vermisstenfällen seitens des Managements, der Angehörigen oder der Polizei mit der Frage nach der Sorgfalt bei der Aufsicht konfrontiert.

Die fachlichen Anforderungen zur Begleitung von z. B. Menschen mit Demenz bestehen unter anderem darin, durch Beziehungsangebote und enge Begleitung Situationen der Selbstgefährdung zu vermeiden. Eine solche Begleitung ist eine anspruchsvolle Pflegeinterventionen, die Empathie, Erfahrung und Fachwissen erfordert (Feil/Klerk-Rubin 2010; van der Kooij 2010; Kitwood 2008; van der Kooij 2007; BMG 2006). Zudem hängt das Phänomen des „Hinlaufens“ oder „Wanderns“ auch von der Qualität der Unterbringung ab. Je warmherziger und interessanter der Alltag ist, desto weniger verlassen Menschen mit Demenz das Haus. Dafür sind unter anderem die räumliche Überschaubarkeit, die personelle Besetzung und natürlich die individuellen Dispositionen wichtige Faktoren.

Die Beurteilung, ob und im welchen Maße Personenortung im stationären Bereich notwendig ist, hängt auch von dem Typ der Wohnform ab (Michell-Auli, Sowinski 2013). Krankenhaus-ähnliche Einrichtungen mit langen, monoton gestalteten Fluren können auf Grund ihrer baulichen Struktur unübersichtlicher sein, als Einrichtungen, die nach dem Hausgemeinschaftsprinzip organisiert sind. Zentrum einer stationären Hausgemeinschaft ist ein architektonischer Mittelpunkt mit Wohnküche, Garten und Balkon. Dort hält sich nach Möglichkeit eine Präsenzkraft auf, die Ansprechpartner/in für die Klient/innen ist. Diese Wohnküchenkonzepte werden als gute Begleitung für

Menschen mit Demenz und als geeignet angesehen, „Weglauftendenzen“ erheblich zu reduzieren.

Personenortungssysteme kommen also vor allem dort für einen Einsatz in Betracht, wo unübersichtliche bauliche Strukturen vorhanden sind, die eine dauerhafte face-to-face-Begleitung nicht erlauben. Darüber hinaus können sie für allein lebende Menschen mit Demenz relevant sein, die sich in einer frühen Phase der Demenzerkrankung befinden.

Das „Rausgehen wollen“ kann auch als ein Ausdruck der Individualität und der Vitalität interpretiert werden. Statt Menschen am Rausgehen zu hindern, können zum Beispiel gemeinsame Spaziergänge veranstaltet werden.

Auf der anderen Seite führt das unruhige Umherlaufen von Menschen mit Demenz zu unübersichtlichen und gefährlichen Situationen, die für die Pflegenden erhebliche Stressbelastungen mit sich bringen und zum Teil kaum zu bewältigen sind. Häufig werden dann Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen sediert und fixiert.

Mit Hilfe von Personenortungssystemen steigen die Möglichkeiten, Klient/innen technisch unterstützt „im Blick“ behalten und die Belastungen für die Pflegekräfte zu reduzieren. Zum einen gibt es Systeme, die ein Signal senden, wenn die Person einen bestimmten Bereich verlässt. Die mit einem passenden Empfänger ausgestattete Pflegekraft kann entsprechend reagieren. Zum anderen werden im stationären Bereich Personenortungssysteme angeboten, bei denen Pflegendе ohne Sichtkontakt zu den Betroffenen am Bildschirm verfolgen können, wo diese sich befinden.

Chancen und Risiken von Monitoring-Systemen

Die Einführung von Personenortungsgeräten ist gegenwärtig noch kein so breites Phänomen wie die Umstellung der Pflegedokumentation. Bisher werden nur die Effekte auf die Betroffenen und ihre Angehörigen diskutiert; die Pflegekräfte standen dabei kaum im Fokus.

Durch Personenortungssysteme könnte auf der einen Seite die Stressbelastung des Personals reduziert werden, die aus der Aufsichtsverantwortung für sehr unruhige und mobile Klient/innen resultiert. Auf der anderen Seite stehen Befürchtungen, dass durch den Einsatz dieser Technik Beziehungsarbeit in der Pflege zur „Überwachungsarbeit“ am Terminal wird. Die Art und Weise der Wohnform in stationären Ein-

richtungen ist ein wichtiger Faktor dafür, inwieweit eine Begleitung dieser Klient/innen durch originäre Beziehungsarbeit gelingen kann. Ist die Wohnform eher als Hausgemeinschaft organisiert, haben zum einen die dort Lebenden nicht so häufig den Wunsch, ohne Begleitung das Haus zu verlassen. Zum anderen gelingt es den Pflegekräften leichter, zu den Menschen mit Demenz in ständigem Blickkontakt zu bleiben. Die Entlastungseffekte sind also vergleichsweise höher einzuschätzen, wenn die Wohnform so attraktiv ist, dass auf Personenortung verzichtet werden kann. Dies ist zudem ein architektonisches Umfeld, in dem professionell Pflegende auch intuitive Kompetenzen entwickeln können, also „fühlen ohne zu sehen“ zu können (Benner 2012). Insofern kann Personenortung das Gefühl „die Klient/innen gut im Blick zu haben“ nicht ersetzen. Sie birgt das Risiko, dass sich Pflegekräfte weniger auf professionelle Menschenkenntnis, Erfahrung und Intuition abstützen und sich ausschließlich auf die technische Personenortung zu verlassen.

3.4 Technische Hilfen für das Heben und Tragen

Die Pflege von Menschen ist eine physisch fordernde Arbeit. Nicht ohne Grund klagen viele Mitarbeitende über Rückenbeschwerden. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems machen einen erheblichen Ausfall von Arbeitskapazitäten aus. In der Pflege werden dabei offensichtlich Rückenschmerzen im Bewusstsein vieler Pfleger als unabwendbarer Bestandteil des Berufs gesehen (Bartholomeyczik et al. 1988). Die vorgegebenen Grundpflichten des Arbeitgebers zum Arbeits- und Gesundheitsschutz sind weitreichend. Sie beginnen bei der Verhütung von Sicherheits- und Gesundheitsgefahren, die eine geeignete betriebliche Regelung durch Arbeitsschutzorganisationen und Bereitstellung der erforderlichen Mittel beinhaltet, und gehen bis hin zur Information, Unterweisung und Beteiligung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und ihrer Vertretungen hinsichtlich aller Arbeitsschutzfragen (Pitsch 2001).

Bereits seit Jahrzehnten existieren für die Pflegearbeit so genannte Lifter, die das Heben, Lagern und Tragen in der Pflege erleichtern sollen. Unter Lifter wird eine Aufstehhilfe oder eine Beförderungshilfe verstanden, um einen Transfer von einem Platz zum anderen zu gewährleisten. Ein Lifter ist kein Transportgerät. Es geht nur um den Transfer oder das Anheben der Person in einem überschaubaren Raum (Zimmer). Es existieren drei Varianten von Liftern:

- mobile Lifter mit Fußrollen, die eine flexible Aufhängevorrichtung haben, in der der zu Pflegenden eine fast sitzende Position einnimmt, dabei handelt es sich meist zwei feste Tragegurte, die unter die Achseln (Rückengurte) und unter die Oberschenkel (Beingurte) gezogen werden;
- mobile Lifter, vergleichbar mit dem zuvor beschriebenen, nur mit einer festen durchgehenden Tragefläche in der der zu Pflegenden liegt;
- Deckenlifter, die meist an Schienen über dem Bett angebracht sind.

Die Lifter werden von einem Motor oder einer Handhydraulik bedient.

Der Lifter: Ein nur wenig akzeptiertes Hilfsmittel

Im Pflegealltag werden ständig Transfers mit Klient/innen durchgeführt: morgens bei der Unterstützung beim Aufstehen der Klientin/des Klienten, der Transfer auf den zum Duschstuhl umfunktionierten Toilettenstuhl, dann der Transfer auf die Toilette, von der Toilette zurück auf den Duschstuhl, mit dem Stuhl in die Dusche, Hilfestellung beim Aufrichten in der Dusche, um Genital und Gesäß zu waschen, Hilfestellung beim Abtrocknen und dabei Hilfe beim Anziehen, wieder Aufrichten, Festhalten usw. An dieser Aufzählung lässt sich erkennen, dass Heben, Tragen und die Unterstützung der Klient/innen bei einer Vielzahl von Körperbewegungen ständig notwendig sind und dass der Lifter in vielen Fällen ein umständliches und unattraktives Hilfsmittel ist. Praxiserfahrungen zeigen, dass sich die älteren Menschen an allem festhalten, was sie greifen können und das ihnen Sicherheit verspricht. Klient/innen und Beschäftigte lernen schnell, wie sie einander anfassen müssen, damit der Transfer sicher ist. Dass Menschen beim Kontakt mit dem Pflegepersonal stürzen, ist eher selten der Fall, bedenkt man die Häufigkeit dieser zuvor erwähnten Tätigkeiten. Zu Beginn der Pflegeausbildung wird vermittelt, fallende Klient/innen nicht zu halten, sondern gemeinsam mit ihnen sanft zu Boden zu gleiten.

Zur tatsächlichen Nutzung von Liftern gibt es unterschiedliche Aussagen. Der BGW-DAK Gesundheitsreport 2001 präsentiert Daten zu Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der stationären Altenpflege – auch zu den typischen Wirbelsäulenbelastungen. In der Untersuchung gaben 94,6 Prozent der befragten Altenpflegekräfte an, dass am Arbeitsplatz Hebehilfen zur Verfügung stehen. 41,2 Prozent verzichteten jedoch auf deren Nutzung. Als Gründe wurden Zeitmangel und

beengte Räumlichkeiten angegeben (BGW Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege 2001). Pitsch (2001a) konnte in einer Studie in drei stationären Einrichtungen feststellen, dass mehr als 65 Prozent der Befragten einen Lifter täglich und mehrmals täglich nutzen. Die Befragten, welche den Lifter selten oder nie einsetzten, taten dies, weil sie feststellten, dass die Klient/innen Angst vor dem Liftereinsatz hatten. Zudem gaben sie Zeitmangel und mangelnde Routine mit dem Hebelifter an, sowie komplizierte Handhabung und mangelnde Einweisung (Pitsch 2001b). Hofmann (1994) fand in der so genannten „Freiburger Wirbelsäulenstudie“ heraus, dass 72 Prozent der befragten Pflegenden keine Lifter benutzten, da er nicht vorhanden war. Meyer (1995) befragte 115 Pflegende aus Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern. Davon benutzte circa die Hälfte den Lifter regelmäßig und die anderen Hälfte selten oder nie. Der Grund für die seltene Benutzung war, dass die Geräte als zu groß, zu sperrig und zu platzaufwendig empfunden wurden. Auch hier wurde auf Ängste der Klient/innen vor einem Transfer mit dem Lifter verwiesen, da sie sich schlecht festhalten könnten.

Erfahrungen aus der Beratungspraxis des KDA zeigen, dass der Lifter meist bei sehr übergewichtigen Klient/innen eingesetzt wird oder bei solchen, die kaum mitarbeiten können und wollen. Ebenso wurde er bei dauerhaft im Bett liegenden älteren Menschen verwendet. Vielerorts hieß der Lifter bei den Klient/innen „grauer Elefant“, da er früher oft grau metallic gestrichen war. Der Vorgang der „Lifterarbeit“ war manchmal befremdlich für die Klient/innen. Wenn die Beschäftigten mit dem Lifter das Zimmer betraten, klapperten die Ketten, mit denen die zwei Tragegurte befestigt waren. Dann wurden diese unter lautem Gerassel vom Lifter abgenommen und an den Rücken und unter die Oberschenkel der älteren Menschen gelegt. Danach wurden unter weiterem Gerassel die Sitzgurte befestigt und dann konnte der zu Pflegende bewegt werden. Manche Klient/innen entwickelten panische Ängste vor einem Transfer mit dem Lifter, sodass dies für Beschäftigte und Klient/innen zu einer gefährlichen Angelegenheit werden konnte, nämlich mit dem Lifter zu stürzen, weil Klient/innen aus den Tragegurten heraus wollten. Ein weiteres Problem ist der Zeitaufwand. In der stationären Pflege besitzt in der Regel jeder Wohnbereich einen Lifter. Die Lifterarbeit muss organisiert und der Lifter in das jeweilige Zimmer geholt werden, in dem er benötigt wird.

Die neue Liftergeneration: Bunt, kleiner, wendiger und tragetuchähnlicher

In der jüngeren Zeit haben sich die Lifter technisch weiterentwickelt. Sie sind nicht mehr grau und rasseln mit den Ketten. Sie sind farbiger und „smarter“, kleiner und wendiger gestaltet. Die Tragegurte haben keine Plastikanmutung mehr, sie sind zwar nach wie vor fest, aber in der Anmutung textiler. Sie greifen eher das Modell „Tragetuch“ auf als das frühere Modell „Kran“.

Kinästhetik als Alternative?

Vor diesem Hintergrund stieß die von Frank Hatch und Lenny Maietta in den 70er Jahren in den USA entwickelte so genannte Kinästhetik, die Lehre vom Bewegungsempfinden (2005, 2002, 1999) auf großes Interesse bei den Beschäftigten. Die Pflegewissenschaftlerin Christel Bienstein brachte das Konzept nach Deutschland und verbreitete es hierzulande. Schnell setzte sich die Erkenntnis durch, dass der gängige Bewegungsablauf, so wie ihn die Pflegenden, aber auch die Klient/innen umsetzen, suboptimal oder gar falsch war, weil er kraftraubend und Immobilität fördernd ist. Wenn zwei Pflegende eine/n Klient/in im Bett hochzogen, dann fassten sie sie/ihn unten ihren/seinen Achseln an. Das Kinästhetikprinzip funktioniert anders. Eine Regel heißt: „Massen fassen und Zwischenräume spielen lassen“, also muss der Rumpf der Klientin/des Klienten bewegt werden, damit diese/r stärker mithelfen kann. Dazu wird ein normales festes Bettlaken unter die Klientin/den Klienten gezogen. Zwei Mitarbeitenden fassen von beiden Seiten möglichst körpernah am zu Pflegenden das Bettlaken und schieben es mit dem/der Klient/-in, der/die meist mithilft, nach oben.

Der Vorteil der kinästhetischen Arbeitsweise liegt in der Schnelligkeit sowie in der Tatsache, dass Hilfsmittel wie Lifter zumindest teilweise überflüssig werden. Die zu Pflegenden haben weniger Angst und trainieren dadurch, dass sie mithelfen können, ihre Beweglichkeit. Jedoch müssen die Beschäftigten die Technik unter kompetenter Anleitung erlernen. Entsprechende Fortbildungen sind wegen des laufenden Patentschutzes relativ teuer. Viele Einrichtungen versuchen, Kosten zu sparen, indem sie wenige Pflegekräfte zu den Fortbildungen entsenden und diese dann als Multiplikatoren ihre Kolleg/innen anleiten sollen. Nicht wenige Pflegende bringen sich die Kinästhetik durch Nachahmung selbst bei. Die Gefahr besteht darin, dass sich ohne fachprofessionelle Anleitung falsche Bewegungsabläufe einschleichen können, die ihrerseits wieder zu Gesundheitsschädigungen führen können. Wird Kinästhetik richtig

angewandt, dann ist sie eine rückschonende Arbeitsweise, die sich gleichzeitig fördernd auf den zu Pflegenden auswirkt.

Chancen und Risiken technischer Hebevorrichtungen

Die Praxiserfahrungen zu den Hebevorrichtungen zeigen, dass der Einführung der Technik und der Schulung der Beschäftigten hinreichend Aufmerksamkeit geschenkt werden muss. Nur wenn dies in einer systematischen Form, „also nicht mal schnell nebenbei“ erfolgt, können die in Verruf gekommen Lifter können ihre neuen Möglichkeiten entfalten. Ebenso müsste nach einer Schulung nach einem gewissen Zeitraum das Erlernte überprüft werden. KDA-Beratungserfahrungen zeigen, dass dies für die Breite der möglichen Neuerungen gilt. Potenziale von Betten, Liegesesseln und Hubbadewannen gehen unter, weil die neuen Funktionen übersehen werden oder ihre Handhabung nicht trainiert ist. Dementsprechend sollten auch die Bedienungsanleitungen für Pflegehilfsmittel in vielen Fällen nachvollziehbarer gestaltet sein.

Aus pflegewissenschaftlicher Sicht besitzt die (richtig ausgeführte) Methode der Kinästhetik den Vorteil, dass sie den Pflegekräften gesündere Bewegungsabläufe ermöglichen und gleichzeitig die zu Pflegenden zu unterstützenden Bewegungen animiert werden. Denn auch beim Liftereinsatz müssen unter Umständen Bewegungen durchgeführt werden, die den Rücken belasten können, z. B. beim Anlegen der Traggurte. Der Lifter kann in Einzelfällen sinnvoll sein. Dies trifft insbesondere auf die Deckenlifter zu, die teilweise bei Menschen im Wachkoma oder MS-Patient/innen im fortgeschrittenen Stadium in der häuslichen Pflege eingesetzt werden.

3.5 Technische Unterstützung von Aktivitäten

Vorübergehende oder dauerhafte Inaktivität kann Menschen krank machen. Deshalb ist der Wechsel von Tätigsein bzw. Arbeiten und Ruhe bzw. Freizeit auch für Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf wichtig. Dies gilt auch für Menschen mit Demenz. Untersuchungen zeigen, dass sie sich erheblich langweilen und dann unruhig und unzufrieden werden (Strunk-Richter/Sowinski 2011; KDA/KCR 2010a, b). Das Spielen bzw. der Spieltrieb ist ein angeborenes Sozialverhalten und die meisten Menschen spielen auch bis ins hohe Alter gerne. Dies ändert sich bei einer Demenzerkrankung nicht.

Wie positiv Bewegung sich auch bei Menschen mit Demenz auswirkt, wird in den „Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe“ des Bundesministeriums für Gesundheit (2006) beschrieben. Bewegung generell wirkt präventiv auf eine Vielzahl von Erkrankungen, die im Alter von Bedeutung sind und zeigt positive Auswirkungen auf Gesundheit und kognitive Fähigkeiten (Oster et al. 2005; Lautenschlager et al. 2004; van Gelder et al. 2004; Rydwick et al. 2004; Lehr et al. 1986b; 1986a). Eine steigende Anzahl an Forschungsergebnissen zeigt eine Wirkung hinsichtlich der Verzögerung demenzieller Prozesse (Robert Koch-Institut 2005; van de Winckel et al. 2004; Oswald 2004; Ballard et al. 2001; Mathews et al. 2001). Eine Schwierigkeit in der Begleitung insbesondere von Menschen mit Demenz ist die Kontaktaufnahme. Je weiter z. B. eine demenzielle Erkrankung fortschreitet, desto problematischer kann sich die Beziehungsfähigkeit entwickeln. Es gilt, zu der Persönlichkeit des Menschen mit Demenz Kontakt mit Hilfe eines so genannten „Türöffners“ (Maciejewski et al. 2001) herzustellen.

Nachfolgend werden beispielhaft für die technische Unterstützung von Aktivitäten die elektronischen Bewegungsspiele (wii®) und für einen auf die Emotionen von Menschen mit Demenz abzielenden Roboter die Robbe Paro® beschrieben.

Elektronische Bewegungsspiele

Die bekanntesten elektronischen Bewegungsspiele sind die so genannten wii®-Spiele. Bei der wii® handelt es sich um eine Videospielekonsole, die über den Fernseher betrieben wird (s. <http://www.altenhilfe-emen.de/projekte.htm>, Stern 2008). Hersteller ist die japanische Firma Nintendo, die wii® Ende 2006 auf den Markt brachte. Wesentliches Merkmal ist ein neuartiger Controller, der herkömmlichen Fernbedinungen ähnelt, jedoch über eingebaute Bewegungssensoren verfügt. Diese registrieren die Position und die Bewegungen des Controllers im Raum und setzen sie in entsprechende Bewegungen von Spielfiguren auf dem Bildschirm um. Mussten die Nutzer/innen herkömmlicher Spielsysteme Knöpfe des Controllers betätigen, so können sie die Spiele nun steuern, indem sie den Controller selbst bewegen. Das Spielsystem aus Hardware und Software misst dabei die dreidimensionalen Bewegungen der Nutzer/Innen.

Der große Vorteil der wii®-Bewegungsspiele liegt darin, dass die Klient/innen die Bewegung spielerisch, z. B. beim Bowling, und ohne größere Anstrengungen vollziehen können. Wii®-Spiele ermöglichen Gruppenbildung und Wettbewerb. Sie initiieren und erleichtern Bewegungsübungen. Die Spielenden werden in ein Glücks-ähnliches „Flow“-Erlebnis versetzt, das sich dadurch ausdrückt, dass die Zeit wie im Flug vergeht.

In mehreren Untersuchungen wurde der positive Effekt von wii®-Spielen auf Kraft, Koordination, Schnelligkeit und Balance der Nutzer/innen beschrieben. Auch ältere Menschen profitieren dabei von der zuvor beschriebenen Spielsituation (Wittelsberger et al. 2013; Krüger-Brand 2013; Daniel 2012; Padala et al. 2012; Chan et al. 2012; Laver et al. 2011; Kahlbach et al. 2011; Krüger-Brand 2011; Kempe 2010; Hochgraeber et al. 2010).

Emotionale Roboter

In der Begleitung von älteren Menschen wird zunehmend der Einsatz von Robotern diskutiert, die auf Emotionen abzielen (Marti et al. 2013). Der japanische Forscher Takanori Shibata stellte im Jahre 1996 ein Projekt vor, ein künstliches Wesen zu entwickeln, das mit Menschen interagieren kann. Den Begriff „Robot Therapy“ verwendete er 2001 für das Konzept, ein solches Computerwesen therapeutisch einzusetzen. Seit 2005 ist die therapeutische Robbe Paro® in Japan kommerziell erhältlich und wird in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen eingesetzt, um die Interaktion mit anderen zu fördern (Klein/Cook 2009). In Deutschland wurde die Robbe erstmalig 2008 auf dem German-Japanese Summit on Mobile and Autonomous Robots im Rahmen der Hannover-Messe vorgestellt (PflegeWiki, Zugriff am 26.9.2013).

Die mit Batterien betriebene Robbe ist ungefähr so groß wie ein Säugling, besteht aus weißem Kunstfell und entspricht mit ihrer ganzen Optik dem Kindchen-Schema. Die großen dunklen Augen, das Fiepen wirken niedlich (Jenrich 2006). Sie verfügt über ein synthetisches, antibakterielles Fell und besitzt Eigenschaften, die dazu einladen, mit ihr in Kontakt zu treten. Die Robbe hat einen Tag-/Nachtrhythmus, legt ein tierähnliches Verhalten an den Tag und ist lernfähig. Sie erkennt ihren Namen, reagiert heiter auf Streicheln und gewöhnt sich an die Vorlieben des Eigentümers oder

der Eigentümerin. Paro[®] ist mit unterschiedlichen Sensoren und aktiven Elementen, den so genannten Aktoren, ausgestattet:

- Taktile Sensoren auf der Oberfläche ermöglichen, dass die Robbe auf Berührung reagiert und fiept.
- Visuelle Sensoren gestatten eine Hell-/Dunkeldifferenzierung. Bei Dunkelheit verhält die Robbe sich so, als ob sie müde wäre und einschlafen möchte.
- Über auditive Sensoren kann Paro[®] Stimmen erkennen und bestimmen, woher die Geräusche kommen und ihren Kopf in diese Richtung bewegen.
- Durch Lagesensoren kann sie die eigene Position erkennen.
- Durch Aktoren kann sie ihr Genick vertikal und horizontal bewegen sowie mit den Vorder- und Hinterflossen paddeln.
- Die Augenlider bewegen sich unabhängig von den anderen Bewegungen und ermöglichen einen veränderten Gesichtsausdruck.
- Über ein Verhalten generierendes System wird proaktives, reaktives und physiologisches Verhalten ermöglicht, wodurch Paro[®] einen eigenen „Charakter“ entwickeln kann. Je nachdem, wie sie behandelt wird, zeigt sie sich als freundliches oder z. B. „motziges“ Wesen (Klein/Cook 2012; Caldewey 2011).

Bekannt wurde die Robbe durch den Dokumentarfilm von Annette Wagner, der im Bremer Pflegeheim Haus O'Land gedreht wurde und den Einsatz des Spielzeugs in der Demenzbegleitung vier Monate begleitete (Klinghammer 2011). In einigen Untersuchungen wurde der Einsatz von u. a. „Paro[®]“ getestet. Dabei konnten positive Effekte in Bezug auf Kommunikation, Stimmung und Aktivitäten festgestellt werden (Bemelmans et al. 2013; Klein/Gaedt/Cook/Knopf/Oswald/Pantel 2013; Kolling et al. 2013; Misselhorn et al. 2013; Klein 2012; Klinkhammer 2011; Klein/Cook 2009).

Warum ein Spielzeug wie die Robbe wirkt, hängt mit folgenden Erkenntnissen zusammen. Bei einer Demenz sind oft die tiefer gelegenen Hirnareale, die für das Gefühl zuständig sind, weniger von den entsprechenden Krankheitsprozessen betroffen, als die kortikalen (höher gelegenen) Bereiche in der Hirnrinde. Deshalb kann man viele Menschen mit einer demenziellen Erkrankung über ihr Gefühlsleben besser erreichen, als über die Vernunft und den Verstand. Auch das Erleben eines (Haus)Tieres, in dem Fall ein technisch animiertes Spielzeugtier, verändert sich

durch die Demenz. Der Psychologe und Gerontologe Prof. Dr. Erhard Olbrich von der Universität Erlangen-Nürnberg zitiert E. O. Wilson (1984), der die Biophilie-Hypothese aufgestellt hat, dass Menschen Leben lieben, ihm enger verbunden sind, als den unlebendigen Dingen. Menschen haben eine biologisch fundierte Affinität zu einer Vielfalt von Lebewesen. Dies kann durch die Demenz stärker in den Vordergrund treten.

Die Robbe Paro[®] war Anlass für ethische Diskussionen, ob ein Lebewesen-ähnliches technisches Produkt überhaupt in der Begleitung von Menschen mit Demenz eingesetzt werden sollte. So vertreten namhafte Demenzforscher wie Tom Kitwood (2008) die Haltung, dass Spiele und Spielzeuge als Türöffner eingesetzt werden können, um Kontakt zum Menschen mit Demenz herzustellen. Es dürften Menschen mit Demenz aber nicht dergestalt getäuscht werden, dass ihnen gegenüber behauptet wird, es handele sich bei den Spielzeugen um echte Lebewesen (Stösser 2012; Jonas 2009).

Erfahrungen aus der Beratungspraxis zeigen, dass emotionale Roboter wie die Robbe Paro[®] trotz des Preises von ca. 2.000 bis 5.000 Euro (abhängig davon, ob über Projektmittel finanziert) in den Einrichtungen immer mehr Befürworter findet.

Chancen und Risiken technisch gestützter Aktivitäten

Der Einsatz von emotionalen Robotern, von Spielen und Kuscheltieren birgt das Risiko, als Ersatz für menschliche Nähe missbraucht zu werden. Diese Geräte können jedoch eine sinnvolle Ergänzung in der Begleitung von Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf sein. Sehr oft leiden die Beschäftigten darunter, dass „ihnen nichts mehr einfällt“, was sie mit dem Menschen mit Demenz noch unternehmen können, wie sie ihn motivieren können. Insofern sind Bewegungsspiele oder elektronisch animierte Lebewesen-ähnliche Puppen und Tiere ein gutes Handwerkszeug für Angehörige und Pflegekräfte, um einen emotionalen Zugang zu dieser Gruppe herzustellen, also die „Beziehungsarbeit“ in der Pflege zu unterstützen. Dennoch kann ein Spielzeug wie die Robbe Paro[®] die persönliche Begleitung und die unmittelbare Interaktion mit den Pflegenden nicht ersetzen.

4. Resümee und Perspektiven

Über einen forcierten Technikeinsatz in der Pflege wird derzeit intensiv diskutiert. Auf der einen Seite stehen viel versprechende technische Innovationen, die also Prototypen sind oder in der modellhaften Anwendung erprobt werden und einen Ausblick auf das technisch Machbare in der Versorgung hilfebedürftiger Menschen ermöglichen. Auf der anderen Seite liegen zur tatsächlichen Verbreitung verschiedener Technologietypen nur sporadische Informationen vor. Im Zuge dieser Praxisfeldanalyse wurden Erfahrungen aus der Beratungspraxis sowie Informationen aus der Literatur zusammengetragen, um ein erstes Bild zur Relevanz der technischen Innovationen in den stationären Einrichtungen und den ambulanten Diensten der Altenpflege zu skizzieren. Dabei standen solche Technologietypen im Mittelpunkt des Interesses, die einerseits das Stadium der Entwicklung und Modellerprobung bereits verlassen haben, andererseits aber in der Standardpraxis der Pflegearbeit noch nicht verankert sind – also gewissermaßen sich in einem Diffundierungsprozess befinden.

In der folgenden tabellarischen Übersicht wird in zugespitzter Form eine Einschätzung zum Grad der Relevanz der technischen Anwendungen getroffen. Anschließend erfolgt eine resümierende Reflektion zum Einsatz der wichtigsten Technologietypen.

Tab. 2: Relevanz verschiedener Technologietypen

Technisches Produkt / Dienstleistung	Einsatzort	Grad der Relevanz	Bemerkung
Digitale Pflegedokumentation	ambulante Pflege	++++	Große Verbreitung aufgrund von Abrechnungsmodalitäten
	stationäre Pflege	+++	Aktuell vielfältige Umstellungsprozesse. Zu erwarten ist, dass digitalisierte Dokumentation und Prozesssteuerung in wenigen Jahren Standard sein wird
Außerklinische Intensivpflege	ambulante Pflege	+++	wachsendes Geschäftsfeld für spezialisierte ambulante Dienste, auch in Form von speziellen Hausgemeinschaften
	stationäre Pflege	++	wird zunehmend von Angehörigen nachgefragt
Personenortungssysteme	ambulante Pflege	++	kann für Betroffene und Angehörige attraktiv sein, wenn der Mensch mit Demenz sich im Wohnumfeld frei bewegt, die Angehörigen aber Angst haben, ihn nicht wiederzufinden
	stationäre Pflege	+++	Gewinnt zunehmend an Bedeutung, insbesondere wenn die baulichen Gegebenheiten so sind, dass nicht alle Menschen im Blick behalten werden können
Lifter	ambulante Pflege	+	werden nur vereinzelt eingesetzt, in der Regel hilft man sich mit Tricks und Tragetüchern, Deckenlifter nur selten in Häuslichkeit vorzufinden
	stationäre Pflege	+++	Lifter sind überall vorzufinden, werden aber weniger oft benutzt wegen Zeitaufwand und Adhärenz-Probleme (Verträglichkeit) der Klient/innen, positivere Bewertung der Deckenlifter z. B. für Menschen im Wachkoma
Bewegungsspiele wie wii®	ambulante Pflege	+	gute Möglichkeit, spielerisch und im Wettbewerb mit anderen Bewegungsabläufe zu initiieren und zu trainieren; Personal hat meist keine Zeit, Spiele zu initiieren (Vergütungsfrage)
	stationäre Pflege	++	wird zunehmend wichtiger, da gute Möglichkeit Bewegungsabläufe zu trainieren
Animiertes Spielzeug wie Spielzeugrobbe „Paro®“	ambulante Pflege	+	werden vom Personal bisher in nur wenigen Fällen als „Türöffner“ für Menschen mit Demenz eingesetzt, Betroffene haben u. U. selbst animiertes Spielzeug
	stationäre Pflege	++	vermehrter Einsatz, da gute Effekte und jederzeit einsetzbar im Gegensatz zu echten Tieren

©KDA 2013

++++ = sehr hoch

+++ = hoch

++ = mäßig

+ = niedrig

Ein starker Trend, der in allen pflegerischen Bereichen (ambulant, teilstationär und stationär) erkennbar wird, ist die Notwendigkeit, aufgrund der immensen zu verwal tenden und integrierenden Daten- und Wissensbestände von einer Papierversion der Pflegeprozessbegleitung und -dokumentation auf eine digitale Version umzustellen. Die Einschätzungen aus der Praxis weisen darauf hin, dass in Zukunft alle Pflegeeinrichtungen mit Softwareprogrammen zur Pflegeprozessbegleitung und -dokumentation arbeiten werden müssen.

Damit wird die Erfassung und Darstellung des Pflegeprozesses als Kern professionellen pflegerischen Handelns in die Hand eines technischen Produktes gelegt. Dies ist insofern von Bedeutung, da die Art, wie die Software durch den Pflegeprozess führt, auch das pflegerische Handeln prägt. Aussagen von Praktikern lauten: „Was die Software macht, habe ich dann auch im Kopf und ich arbeite danach.“ Dies kann positive wie auch negative Effekte haben. Handelt es sich um ein Softwaresystem, das den Pflegeprozess unzureichend abbildet, kann dies zu einer Verschlechterung der Pflegequalität führen, auch wenn die Dokumentation selbst vollständig und nachvollziehbar „stimmt“. Hilft das Programm aber den Pflegenden wirkungsvoll, ihre Arbeit besser durchzuführen, bedeutet dies einen Fortschritt für die Klient/innen und eine Entlastung für die Pflegenden. Deshalb bedarf es dringend eines Diskurses innerhalb der Berufsgruppe und einer fundierten wissenschaftlichen Begleitung, da jetzt nicht abzuschätzen ist, welche Rückwirkungen die Standardisierung der Dokumentation auf die Versorgung der Klient/innen und die Arbeit der Pflegenden mit sich bringt. Ein weiterer Aspekt besteht darin, dass bislang ein unübersehbarer Markt in diesem Bereich mit einer Vielzahl von Anbietern vorherrscht (vgl. Übersicht im Anhang). Von einer Transparenz oder Einheitlichkeit der Systeme (wie etwa bei Büro-Software) ist die IT-gestützte Pflegedokumentation weit entfernt. Es scheint daher dringend notwendig, für die Entscheider/innen und Nutzer/innen Marktübersichten zu erstellen. Sinnvoll könnte u.U. eine Art Gütesiegel für gute Softwaresysteme sein. Entscheider/innen und Nutzer/-innen brauchen Pflichtenhefte, anhand derer sie erkennen können, ob ein Softwareprogramm eine bestimmte Qualität hat bzw. bestimmte Kriterien erfüllt.

Weitere Trends zu einem forcierten Technikeinsatz in der Pflege liegen in der Verlagerung der Intensivpflege in den außerklinischen Bereich und die Möglichkeit Menschen mit Demenz mit Hilfe von Personenortungssystemen zu begleiten. Die Verla-

gerung der Intensivpflege erfolgt dabei in die häusliche Situation der Klientin/des Klienten, in spezialisierte ambulant betreute Wohngruppen und in spezialisierte Wohnbereiche in stationären Wohnformen/Altenheimen. Hier gibt es insbesondere für ambulante Anbieter für Intensivpflegedienstleistungen einen wachsenden Markt. Erfahrungsberichte zeigen aber, dass ein großer Bedarf an Fort- und Weiterbildung für die Pflegekräfte besteht. Das Problem liegt darin, dass ohne ausreichende Qualifikation sowohl die Patient/innen wie auch die Pflegekräfte Risiken ausgesetzt sind – die ersteren durch fachlich mangelhafte Pflege, die letzteren durch den dadurch entstehenden Haftungsdruck und die psychischen Probleme von Überforderungssituationen.

Personenortungssysteme gewinnen aus zwei Gründen an Relevanz: Zum einen ist es Menschen mit Demenz möglich, sich freier im Raum zu bewegen, weil sie in einer Notfallsituation durch die GPS-Technik schneller gefunden werden können. Zum anderen können professionell Pflegendе und Angehörige vom permanenten Stress der Beaufsichtigung entlastet werden. Risiken liegen darin, dass unter dem Druck ungünstiger baulicher Verhältnisse und knapper Personalressourcen eine technische Überwachung die persönliche Begleitung von Menschen mit Demenz ersetzen könnte.

Im Rahmen der Recherche spielt auch das Thema „Hebe- und Tragehilfen“ eine Rolle. Von Praktiker/innen wurde einstimmig konstatiert, dass der Umgang mit Liftern in bestimmten Situationen sinnvoll, aber oftmals zu umständlich und langwierig ist, und man stattdessen eigene Hebe- und Tragetechniken entwickelt hat, z. B. nach kinästhetischen Prinzipien, mit deren Hilfe der Vorgang des Hebens und Tragens für die Pflegekräfte schonender und für die Klient/innen angenehmer durchgeführt werden kann. Eine Ausnahme stellen die Deckenlifter in bestimmten Situationen dar, die aber aufgrund der Kosten nicht überall vorhanden sind.

Die Erfahrungen zeigen, dass mit dem Technikeinsatz auch die Anforderungen an die Pflegekräfte steigen. So müssen Qualitätsverbesserungen, die durch eine gute digitale Pflegeprozesssteuerung unterstützt werden, durch die Beschäftigten in der Pflegepraxis realisiert werden. Dies kann unter Umständen den Arbeitsaufwand im Einzelfall erhöhen. Ebenso stellt die Technik als solche eine zusätzliche Anforderung an die Mitarbeitenden dar, denn sie müssen in die Lage versetzt werden, die Technik

zu bedienen und für ihre Arbeit praktisch zu nutzen. Gerade über die IT-gestützten Prozesse nimmt die Technik als ein neuer „Akteur“ Einfluss auf die Pflegeinteraktion. Dennoch bleiben die Pflegekräfte in der Verantwortung für ihre Handlungen. Es stellt sich daher die Frage, inwiefern ein forcierter Technikeinsatz in der Pflege das Haftungsrisiko für die Beschäftigten erheblich erhöhen kann. Dies gilt insbesondere für die außerklinische Intensivpflege. Der technische Fortschritt, der die Lebensqualität für Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf erhöht, ist nur dann ethisch vertretbar, wenn die Mitarbeitenden entsprechend gut geschult, begleitet und unterstützt werden.

5. Literatur

Abt-Zegelin, A. (2009): Sprache und Pflegedokumentation. In: Unterricht Pflege, Heft 1, S. 9-13

Abt-Zegelin, A./Böhme, H./Jacobs, P. (2004a): Pflegedokumentation: „Patient unauffällig“. Rechtliche und pflegfachliche Anforderungen an die Dokumentation unter besonderer Berücksichtigung von DRGs und PQsG. Teil 2. In: Die Schwester/Der Pfleger, Heft 3, S. 218-221

Abt-Zegelin, A./Böhme, H./Jacobs, P. (2004b): Pflegedokumentation: „Patient unauffällig“. Rechtliche und pflegfachliche Anforderungen an die Dokumentation unter besonderer Berücksichtigung von DRGs und PQsG. Teil 3. In: Die Schwester/Der Pfleger, Heft 4, S. 309-311

Abt-Zegelin, A./Budroni, H./Greving, C. (2003): Brennpunkt: Pflegedokumentation. Ein Praxisprojekt zur Verbesserung der Dokumentation, 1. Teil. In: Die Schwester/Der Pfleger, Heft 4, S. 296-300

Abt-Zegelin A. (2000 a): Vorwort der deutschen Herausgeberin zur zweiten und ersten Auflage. In: Walsh, M./ Ford, P: Pflegerituale, Bern

Abt-Zegelin, A. (2000 b): Noch einmal. Der Pflegeprozess. In: Die Schwester/Der Pfleger S.500 ff

Albrecht, M./Wolf-Ostermann, K./Friesacher, H. (2010): Pflege und Technik - konventionelle oder IT-gestützte Pflegedokumentation – spiegelt die Praxis den theoretischen Diskurs wider? Eine empirische Studie aus dem Bereich der stationären Altenpflege. In: Pflegewissenschaft, Heft 1, S. 34-46

Alfaro-LeFevre, R. (2013): Pflegeprozess und kritisches Denken. Bern

Althammer, T. / Sehlbach, O. (2012): Mehr schlecht als Recht. Zum aktuellen Stand von Datenschutz und Datensicherheit in der Pflege und im Sozialwesen 2012. Ergebnisse einer Befragung von 295 Führungskräften in stationären Einrichtungen in Deutschland. Burgwedel.

Ammenwerth E./Eichstädter R./Schrader U. (2003): EDV in der Pflegedokumentation. Ein Leitfaden für Praktiker. Hannover.

Ammenwerth, E. (2002): Auswirkungen EDV-gestützter Pflegedokumentation - Ergebnisse von Studien. In: PR-InterNet für die Pflege, (11), S. 85-92

Bär, T. (2002): Schnell, sicher, übersichtlich. Eine EDV-gestützte Pflegedokumentation bietet zahlreiche Vorteile. In: Altenheim, Heft 12, S. 42-45

Ballard, C./O'Brien, J./James, I./Mynt, P./Lana, M./Potkins, D./Reichert, K./Lee, L./Swann, A./Fossey, J. (2001). "Quality of life for people with dementia living in residential and nursing home care: the impact of performance on activities of daily living, behavioral and psychological symptoms, language skills, and psychotropic drugs." International Psychogeriatrics 13(1): 93-106.

Barth, M./Bonato, A. R./Giercke, K./Hennecke-Court, M./Sowinski, C./Stratmann, A. (1994): Zusammenfassung der Ergebnisse des KDA-Arbeitskreises „Pflegefremde Tätigkeiten“ – Ist die Pflege überfrachtet? In: Ist die Pflege überfrachtet? Problemkreis: Pflegefremde Tätigkeiten, KDA-Schriftenreihe thema 93. Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.), Köln 1994, S. 115-118

Bartholomeyczik, S./Halek, M./Hunstein, D./Isfort, M./Roser, J-M./Hebart-Hermann, M./Bernhard, F./Schreier, M./ Cramer, H. (2007): Kommentar zur Grundsatzstellungnahme „Pflegeteam und Dokumentation“ des MDS. Positionspapier der Assessmentgruppe, Universität Witten/Herdecke zur Pflegedokumentation. Comment about the policy statement of the MDS: A Position statement of the assessment group of the University Witten/Herdecke with regard to nursing documentation. In: Pflegezeitschrift, Heft 3, S. 145-149

Bartholomeyczik, S./ Barlepp, E./ Heinrich, C./Leibing, C./Tiemann, K./Zell, G. (1988): Beruf, Familie und Gesundheit bei Frauen. VAS 39, Berlin

Bartoszek G./Birkner, K./Dinter, I./Herzog, S./Otzen, I./Pinkert, C./Seuser, B./de Silva, N./ Strunk, H. (2004) : Arbeitsgruppe Intensivpflege/Critical Care Nursing am Institut für Pflegewissenschaft der Universität/Herdecke. In: Abt-Zegelin, A. (Hrsg.): Fokus: Intensivpflege. Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse zu Critical Care Nursing. Wittener Schriften. Hannover

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.) (2000): Kooperation von Hauswirtschaft und Pflege in stationären Einrichtungen der Altenhilfe – Ein Leitfaden zur Schnittstellengestaltung. München

Bemelmans, R./Gelderblom, G./Spierts, N./ Jonker, P./ de Witte, L. (2013): Development of Robot Interventions for Intramural Psychogeriatric Care. In: GeroPsych, 26(2), 113-120

Bick, S. (2007): Leistungen besser kontrollieren. 2. Köln-Bonner Heimbeatmungs-Workshop. In: Häusliche Pflege, 1, S. 28-29

Birk, T. (2009): Nachruf auf Annette Schwarzenau. In: Stachelige Argumente Heft 4

BGW Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege / DAK Gesundheitsmanagement (Hrsg.) (2001): BGW-DAK Gesundheitsreport 2001 Altenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der stationären Altenpflege. Hamburg

Breuer, M. (2002): Damit die Zettelwirtschaft ein Ende hat. Mobile digitale Pflegedokumentation. In: Pflegezeitschrift, Heft 4, S. 254-255

Buchner, F. (1999): EDV in der stationären Pflege. Einführung in die elektronische Pflegeplanung und- dokumentation, exemplarisch angewandt am Schulungsprogramm C&S Pflegemanager. Neusäß

Bundesministerium für Familie, SeniorInnen, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2007): Pflegedokumentation stationär. Das Handbuch für die Pflegeleitung. Bonn. Kostenloser Download unter:

<http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=98616.html>

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.)(2006): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausfordernden Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Berlin

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (Hrsg.) (2004): Poster „Stufen der Pflegequalität“. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), Köln

Caldewey, Y. (2011): Vom Roboter berührt. In: Altenpflege, April, S. 60-61

Chan, T.C, /Chan, F. /Shea, Y.F. /Lin, O.Y. /Luk, J.K./Chan, F.H. (2012): Interactive virtual reality Wii in geriatric day hospital: a study to assess its feasibility, acceptability and efficacy. In: Geriatr Gerontol Int. 12(4): 714-21

Daniel, K. (2012): Current Issues. Wii-Hab for Pre-Frail Older Adults. In: Rehabilitation Nursing, Vol. 37 (4), S. 195-201

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2013):
Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege – 1. Aktualisierung (Januar 2013).
Osnabrück

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2011):
Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. 1. Ak-
tualisierung (Dezember 2011)

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2010a):
Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung (Dezember
2010)

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2010b):
Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der
oralen Ernährung in der Pflege, Entwicklung-Konsentierung-Implementierung (Mai
2010)

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2009 a):
Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 1. Aktualisierung (Juli
2009)

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2009 b):
Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, Entwicklung-
Konsentierung-Implementierung (Juni 2009)

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2007):
Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege, Entwicklung-
Konsentierung-Implementierung (April 2007)

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2000):
Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Osnabrück

Dzulko, S./Diehl, M. (2003): Nur bedingt praxistauglich. Pro und Contra: Die Muster-
dokumentation der AOK Hessen auf dem Prüfstand. In: Häusliche Pflege. Heft 5, S.
23-25.

Eichhorn, S. (1967): Krankenhausbetriebslehre. Theorie und Praxis des Kranken-
hausbetriebes, Bd. 1. Stuttgart

Fafflock H./Güttler K./Lehmann A./Bruns T./Wicha I. (2003): Pflegeprozess – Stan-
dardisierung und Qualität der Pflege. Aachen

- Feil, N. /Klerk-Rubin, V. de (2010): Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. München
- Feuerstein, N. E. (2000): EDV-gestützte Patienten Daten Management Systeme in der Intensivmedizin: Spezielle pflegerische Aspekte, Fachweiterbildung Anaesthesiologie- und Intensivpflege, Heidelberg
- Fischbach, A (2001): Vom Ende des Pflegeprozesses. In: Die Schwester/Der Pfleger, S. 173 ff
- Friedemann, M.L. (1996): Familien- und umweltbezogene Pflege. Bern
- Gaffney J. (1986): Towards a less restrictive environment. In: Geriatric Nursing, 7, S. 94-96
- Geisler, F. (2010): Personenortungssysteme in der Pflege. Wenn die Armbanduhr den Alarm auslöst. In: MDK forum: 29-30
- Georg J./ Scholze S. (2011):Vorwort der deutschen Herausgeber. In: Marshall M./Allan M. (Hrsg.): „Ich muss nach Haus“- Ruhelos umhergehende Menschen mit einer Demenz verstehen. Bern S.11-13
- Grauvogl, S. (2001): Check-up für die Pflegedokumentation. 12 Punkte für die MDK-sichere Selbstüberprüfung. In: Pflegen Ambulant, Heft 5, S. 48-49
- Groß, J. (2008): Pflege ist vollständig zu finanzieren: Refinanzierung von 24-Stunden-Intensivpflege: alternative Lösungsmöglichkeit zeichnet sich ab. In: Häusliche Pflege, Bd. 17, 9, S. 31-32
- Groß, J. (2007): Beide Kostenträger sind in der Pflicht: 24-Stunden-Intensivpflege: Muss die Krankenkasse Kosten voll übernehmen? In: Häusliche Pflege, Bd. 16, 9, S. 36-38
- Gruber, E./Kastner M. (2005):Gesundheit und Pflege an der Fachhochschule? In: Schriftenreihe des Fachhochschulrates 11, Wien
- Hatch, F./Maietta , L. (2002): Kinästhetik. Gesundheitsentwicklung und menschliche Aktivitäten. München
- Hatch, F./Maietta, L./Schmidt, S. (2005): Interaktion durch Berührung und Bewegung in der Pflege. Frankfurt
- Henderson, V. (1968): Basic Principles of Nursing Care. Basel

Herberger, G./Hindermann, A. (2004): Neues Krankenpflegegesetz: Anforderungen an die Pflegedokumentation. Erleichterung durch prozessorientierte Software. In: Die Schwester/Der Pfleger, Heft 2, S. 114-119

Hochgraeber, I./Vincke, A./Wagener-Heidl, A./Haut, A. (2010): Mit der Wii um die Wette bowlen. Spielkonsolen halten Einzug in Altenpflegeeinrichtungen. In: Pflegezeitschrift, Jg. 63, Heft 8, S. 479-481

Höhmann, U..(1996): Das Elend mit der Pflegeprozessplanung. In: Pflege aktuell S. 8 ff.

Hofmann, F. (Hrsg.) (1994): Wirbelsäulenerkrankungen im Pflegeberuf. Medizinische Grundlagen und Prävention. Fortschritte in der Prävention und Arbeitsmedizin. Band 4, Landsberg

Hübner, U. (2010): Pflegeinformatik: Mehrwert für die Versorgung von Patienten. In: Deutsches Ärzteblatt, 107(4), A-134/B-117/C-117

International Council of Nurses (1953): The ICN Code of Ethics for Nurses. Genf

International Council of Nurses (2000): The ICN Code of Ethics for Nurses. Genf

Johns, C. (2004): Selbstreflektion in der Pflegepraxis. Bern

Jonas, I. (2009) : Von Geister-Haltstellen und Robben-Attrappen. Attrappen bei Alzheimer? In: ProAlter, Heft 4, S. 48-50, Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.), Köln

Juchli, L. (1998): Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege. Stuttgart

Kätzel, U. (2002): Die 68erinnen. Porträt einer rebellischen Frauengeneration. Berlin

Kahlbach, P./Sperandio, A.J./Carlson, A.L./Hauselt, J. (2011): Effects of Playing Wii on Well-Being in the Elderly: Physical Activity, Loneliness, and Mood. In: Activities, Adaption and Aging, 35, 331-344

Keitel, P. (2009):.Handlungsorientierte Pflegedokumentation in der ambulanten Pflege – Teil 1: Durch Fehler lernen. In: Pflegezeitschrift, Heft 8, S. 477-480

Keitel, P. (2002): Das QM-Handbuch schafft Ordnung in der Qualitätssicherung. Teil 4: Pflegemanagement und Pflegedokumentation. In: Pflegen Ambulant, Heft 6, S. 43-46

- Kempe, L. (2010): Serious Games für die Gesundheit: Spielen für eine ernste Sache. In: Deutsches Ärzteblatt. 107(38) [4]
- Kitwood, T. (2008): Demenz. Der personzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern
- Klein, B. /Gaedt, L. /Cook, G. (2013): Emotional Robots. Principles and Experiences with Paro in Denmark, Germany, and the UK. In: GeroPsych, 26(2), 89-99
- Klein, B./Knopf, M./Oswald, F./Pantel, J. (2013): Social and Emotional Robots for Aging Wells? In: GeroPsych, 26(2), 81-82
- Klein, B./Cook, B. (2009): Ein Freund, ein guter Freund... Was kann die elektronische Robbe? In: Dr. med. Mabuse 180, S. 34-36
- Klie, T. (1998): Pflegewissenschaft überholt, sozialrechtlich brisant: Die Abgrenzung von Grund- und Behandlungspflege. In: Pflege & Krankenhausrecht 1, S. 13-17.
- Klingbeil, D. (2009): Menschen unabhängig von Pflege machen. Häusliche Intensivpflege „Renafin Intensiv“ setzt erfolgreich auf Betreute Wohngemeinschaften. In: Häusliche Pflege, Vol. 18 (6), S. 50-53
- Klingbeil, D. (2007): Beatmeten Menschen das Leben zu Hause ermöglichen: Die Spezialisierung auf Häusliche Intensivpflege als Chance für Pflegedienste – ein Portrait. In: Häusliche Pflege, Bd. 15, 1, S. 26-29
- Klinkhammer, G. (2011): TV-Dokumentation: Roboter zum Kuschneln. In: Deutsches Ärzteblatt, 108(36), A-1864/B-1590/C-1580
- Kolling, T. /Haberstroh, J. /Kaspar, R. /Pantel, J. /Oswald, F. /Knopf, M. (2013): Evidence and Development-Based Research into Care for the Elderly Using Emotional Robots. In: GeroPsych 26(2), 83-88
- Kreidenweis, H. (2008): Projekt-Bericht Evaluation der Einführung von Pflegedokumentations-Software bei leben&wohnen, Stuttgart. Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt
- Krohwinkel, M. (2008): Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranken. Fördernde Prozesspflege als System. Bern
- Krohwinkel, M. (1993): Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexiekranken. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 16. Baden-Baden

Krüger-Brand, H.E. (2013): Serious Games: Spiel dich gesund. In: Deutsches Ärzteblatt 110(4): A-126/B-116/C-116.

Krüger-Brand, H.E. (2011): Gesundheits-IT: Sichere Vernetzung der Akteure. In: Deutsches Ärzteblatt, 108(13), A-717/B-589/C-589

Kuratorium Deutsche Altershilfe; Konkret Consult Ruhr GmbH (Hrsg.) (2010a): Benchmarking als ein Instrument zur Qualitätsentwicklung in Haus- und Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz – Ein Leitfaden. Köln, Gelsenkirchen

Kuratorium Deutsche Altershilfe; Konkret Consult Ruhr GmbH (Hrsg.) (2010b): Evaluation von Potenzialen der Betreuung und Begleitung von Menschen mit Demenz in Wohn- und Hausgemeinschaften durch die Implementation von Benchmarkingprozessen. Köln, Gelsenkirchen. (Unveröffentlichter Abschlussbericht zum Projekt. (Download unter: www.kda.de/leuchtturmprojekt.html)

Lautenschlager, N.T./Almeida, O.P./Flicker, L./Janca, A. (2004). "Can physical activity improve the mental health of older adults?" *Annals of General Hospital Psychiatry* 3(1): 12.

Laver, K. /Ratcliffe, J. /George, S. /Burgess, L. /Crotty, M. (2011): Is the Nintendo Wii Fit really acceptable to older people?: a discrete choice experiment. In: *BMC Geriatrics* 11:64, 1-6

Lay, R./Brandenburg, H. (2001): Pflegeplanung abschaffen? In: *Die Schwester/Der Pfleger*, S. 938 ff.

Lehrl S./Fischer, B. (1986a). Selber denken macht fit. Grundlagen und Anleitung zum Gehirn-Jogging. Vless

Lehrl S./Fischer, B. (1986b). "Steigerung der geistigen Leistungsfähigkeit im Alter." *Nervenheilkunde* 5: 173-181.

Leoni-Scheiber C./Feistmantl K. (2011): Die EDV-gestützte Pflegedokumentation-Chancen und Risiken, Abschlussarbeit zur Erlangung des Diploms für Intensivpflege mit Berechtigung zur Anästhesiepflege, Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe in Innsbruck

Lobnig M. /Hambücker J.(2003) : *Beatmung-Praxishandbuch für Pflegendе*. Bern

- LVR-Zentrum für Medien und Bildung (Hrsg.) (2010): Spielfilm „Eines Tages...“. DVD-Box Demenz, Filmratgeber für Angehörige. 1 Spielfilm, 12 Themenfilme, CD-ROM mit Materialien und Textinformationen zu den Themenfilmen. Düsseldorf
- Maciejewski, B./Sowinski, C./Besselmann, K./Rückert, W. (2001): Qualitätshandbuch – Leben mit Demenz. Zugänge finden und erhalten in der Pflege, Förderung und Begleitung von Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln
- Markus, K. (1998): Generell unzulässig? Zur Frage, ob die Verwendung von sogenannten Personenortungsgeräten zulässig ist, liegen jetzt neue juristische Entscheidungen vor. In: Altenpflege, Heft 1, S. 53-55
- Marti, P. /Stienstra, J.T. (2013): Exploring Empathy in Interaction. Scenarios of Respectful Robotics. In: GeroPsych, 26(2), 101-112
- Marshall M. (2011):“ Wandering“ unterschiedliche Blickwinkel In: Marshall M./ Allan K. (Hrsg.): „Ich muss nach Hause- Ruhelos umhergehende Menschen mit einer Demenz verstehen. Bern S.19-26
- Marshall M./ Allan K. (Hrsg.) (2011): „Ich muss nach Hause- Ruhelos umhergehende Menschen mit einer Demenz verstehen. Bern
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (2005): Grundsatzstellungnahme: Pflegeprozess und Dokumentation. Essen
- Meißner, A./Althammer, T. (2012): Pflegedokumentation mit EDV. Hannover
- Meißner, A./Althammer, T. (2011): EDV statt Papier! Wenn Einrichtungen ihre Pflegedokumentation umstellen. In: Pflegezeitschrift, Heft 11, S. 680-683
- Meyer, J./Fleischmann, N. (2012): Der Einfluss von IT auf die Qualität der Pflegedokumentation. In: Pflegewissenschaft, Heft 5, S. 299-302
- Meyer, E. (1995): Patientenlifter im Praxistest. Rückenschonende Hilfsmittel oder Sperrgut im Abstellraum? In: Pflege aktuell, Heft 9, S. 597-600
- Michell-Auli, P./Sowinski, C. (2013): Die 5. Generation: KDA-Quartiershäuser. Ansätze zur Neuausrichtung von Alten- und Pflegeheimen. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.), Köln

- Misselhorn, C./Pompe, U./Stapleton, M. (2013): Ethical Considerations Regarding the Use of Social Robots in the Fourth Age. In: GeroPsych, 26(2), 121-133
- Moser, P. (2010): EDV-gestützte Pflegedokumentation-Umsetzung in der Pflegepraxis: Lohnen sich Aufwand und Kosten? In: Pflegezeitschrift, Heft 7, S. 404-405
- Müller, C. (2010): Mit GPS Demenzkranke orten können. In: AVG bewegt, S. 3
- Müller, E. (2001): Leitbilder in der Pflege. Eine Untersuchung individueller Pflegeauffassungen als Beitrag zu ihrer Präzisierung. Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) Reihe Pflegewissenschaft. Bern
- Müller, R.D. (2001): EDV-gestützte Pflegedokumentation. In: Die Schwester/Der Pfleger, Heft 10, S. 848-852
- Müller, E. (1998a): Pflege zwischen Tradition, Stagnation und Innovation. In: Dr. med. Mabuse ,23, S. 30-34.
- Müller, E. (1998b): Grundpflege und Behandlungspflege. Historische Wurzeln eines reformbedürftigen Pflegebegriffs. In: Pflege und Gesellschaft, 3, S. 1-6
- Müller, E. (1996): Pflege im Spannungsfeld zwischen amerikanischem Theorie-Import und deutscher Pflgetradition. In: Krüger; H./ Piechotta, G./Remmers, H. (Hrsg.), Innovation der Pflege durch Wissenschaft. Perspektiven und Positionen (S. 138-146). Bremen
- Neander, K. D. (1989): Welchen Einfluss hat die Methode „Eisen und Fönen“ auf die Hautdurchblutung als Dekubitusprophylaxe? In: Krankenpflege, 10,S. 506-509
- ÖBIG Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2006): Pflegebericht, Endbericht. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, Wien
- Olbrich, E. (2004): Menschen mit Demenz und Tiere – zum Verstehen einer hilfreichen Beziehung. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Menschen mit Demenz erreichen – Hilfen zur Kommunikation. KDA-Schriftenreihe thema 192, Köln
- OLG Brandenburg (2006). Personenortungsanlagen als freiheitsentziehende Maßnahmen (11 Wx 59/05). In: RDG 03, S. 86-87
- Orem, D. (2001): Selbstpflege- und Selbstpflegedefizit-Theorie. Bern
- Oster, P./Pfisterer, M./Schuler, M./Hauer, K. (2005). "Körperliches Training im Alter." Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38(Suppl 1): 10-13.

- Ostermann, R. (2007): Software für EDV-gestützte Pflegedokumentation. Ergebnisse einer schriftlichen Befragung relevanter Hersteller in Kooperation mit der Fachhochschule Münster, Fachbereich Pflege und Gesundheit. In: Pflegezeitschrift, Heft 5, S. 266-271
- Oswald, W.D. (2004). "Kognitive und körperliche Aktivität. Ein Weg zur Erhaltung von Selbständigkeit und zur Verzögerung demenzieller Prozesse?" Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie 17(3): 147-159.
- Padala, K.P. /Padala, P.R. / Malloy, T.R. / Geske, J.A. / Dubbert, P.M. / Dennis, R.A. / Garner, K.K. / Bopp, M.M. / Burke, W.J. / Sullivan, D.H. (2012) : Wii-Fit for Improving Gait and Balance in an Assisted Living Facility : A Pilot Study. In: Journal of Aging Research, Article ID 597573, 6 pages
- Parthum, A./Distler, J. (2010): Auswirkungen eines elektronischen Patientendaten-Managementsystems auf Zeit und Inhalt der Pflegedokumentation einer Intensivstation. In: Pflegewissenschaft, Heft 3, S. 165-174
- Pitsch, A. (2001b): Der Weg nach oben. Einsatz von Hebeliftern in Altenpflegeeinrichtungen. In: Heim+Pflege, Heft 4, S. 138-139
- Pitsch, A. (2001a): Prävention von Rückenbeschwerden: Hebelifter kommen häufiger zum Einsatz als erwartet. In: Pflegezeitschrift, Heft 2, S. 120-122
- Ratt, S. (2009): Gegen die Hauben! Aus gesellschaftlichen wie ästhetischen Gründen. In: Tagesspiegel 11.12.2009
- Randerath, W.J./Kamps, N./Brambring, J./Gerhard, F./Lorenz, J./Rudolf, F./Rosseau S./Scheumann, A./Vollmer, V./Windisch, W. (Koordinationskreis außerklinischer Beatmung) (2011): Durchführungsempfehlungen zur invasiven außerklinischen Beatmung- Gemeinsame Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie (DGP), der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinischen Beatmung(DIGAB), des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) und des AOK-Bundesverbandes (AOK–BV). In: Pneumologie; 65; 72-88
- Ranegger, R./Hoffberger, M. (2012): Evaluierung des Schulungskonzepts zur Einführung der IT-gestützten Pflegedokumentation und der Pflegeklassifikation DiZiMa (Di-

agnose – Ziele – Maßnahmen). Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes) In: Pflegewissenschaft, Heft 11, S. 620-627

Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (2000). Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim/München.

Robert Koch-Institut, Hrsg. (2005). Körperliche Aktivität. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin, Robert Koch-Institut. Heft 26.

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2001): Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Sonderdruck. Stuttgart

Rheingold Institut (2012). Der schwierige Umgang mit dem eigenen Altern, Köln. [www. Rheingold-marktforschung.de](http://www.Rheingold-marktforschung.de)

Rutenkröger, H./Sowinski, C./Besselmann, K. (2004): Der Pflegeprozess. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS)/Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.), Köln

Rydwik, E./Frändin, K./Akner G. (2004). "Effects of physical training on physical performance in institutionalised elderly patients (70+) with multiple diagnoses." *Age and Ageing* 33(1): 13-23.

Schäffler A. /Menche N ./Bazlen U./ Kommerell (Hrsg.) (2000): Pflege heute. München

Schaubmayr, C. (2007): Vergleichsstudie konventionelle versus IT-gestützte Pflegedokumentation. In: *PR-InternNET für die Pflege*, Vol. 9 (7/8), S. 487

Schnepp, W. (2002): Angehörige pflegen. Bern

Schönhof, B. (2002): Der Chip im Schuh. Ethisch-rechtliche Bewertung einer freiheitsentziehenden Maßnahme. In: *Alzheimer Info* 04/2002

Schöninger, U./Zegelin-Abt, A. (1998): Hat der Pflegeprozess ausgedient? Wird es Zeit für den Prozess der Pflege? In: *Die Schwester/Der Pfleger* S. 305 ff

Schrems, B. (2003): Der Prozess des Diagnostizierens in der Pflege. Stuttgart 2003

Schwarzenau, A. (1987): Gefährliche Pflege im Heim. In: Zander, M. (Hrsg.): *Anders Altsein*. S. 34-37. Essen

Schwarzmann, B. (1999): Grund- und Behandlungspflege – Zwei Begriffe mit weitreichenden Folgen für die berufliche Pflege. *Pflege*, 12, S. 118-124

Sowinski, C. (2006). Beziehungspflege – Warum sie so schwierig und doch so wichtig ist. In: Die Schwester/Der Pfleger, Heft 10, S. 792-796

Sowinski, C. (2005): Nah. Zu nah – Ein Plädoyer für Wärme und Respekt. In: Menschen, Heft 2, S. 63-67

Sowinski, C./Besselmann, K./Fillibeck, H. (2004): Stufen der Pflegequalität. Modellprogramm zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS)/Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.), Köln

Sowinski, C./ Gennrich, R./ Schmitz, T./ Schwantes, H./Warlies, C. (1999): Organisation und Stellenbeschreibung in der Altenpflege. Planungshilfe für ambulante Dienste, Hausgemeinschaften, teilstationäre und stationäre Einrichtungen. Reihe: Forum, Band 36. Köln

Sowinski, C. (1995): Anforderungen an Pflegedokumentation und Pflegeplanung. In: Altenhilfe im Wandel. Europäische Fachtagung mit Beiträgen aus Belgien, Deutschland und den Niederlanden. Katholische Fachhochschule Norddeutschland. Katholische Akademie für Pflegeberufe in Norddeutschland (Hrsg.), S. 119-135, Osnabrück

Sowinski, C. (1994): Stellungnahme des Kuratoriums Deutsche Altershilfe zum Modellversuch des Landschaftsverbandes Rheinland „Entlastung des Fachpersonals von pflegefremden Tätigkeiten durch den Einsatz hauswirtschaftlicher Hilfskräfte (Stationshilfen)“. In: Ist die Pflege überfrachtet? Problemkreis: Pflegefremde Tätigkeiten, KDA-Schriftenreihe thema 93. Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.), Köln 1994, S. 33-38

Sowinski, C./ Köster A.S./ Benner-Wenig S./ Busch A.(1993): Pflegepraxis im Spiegel der Fachpresse – Eine Analyse am Beispiel eines wissenschaftlichen Pflegemodells. In: FORUM SOZIALSTATION, Sonderausgabe 1/1993, S. 6-23

Stadler, M. (Hrsg.) (2008): Medienkompetenz. Handbuch zur Wissensverarbeitung für Pflegende und Hebammen. Bern

Statistisches Bundesamt (2011): Pflegestatistik 2009. Wiesbaden

Steffan, S./Laux, H./Wolf-Ostermann, K. (2007): Einstellungssache IT-gestützte Pflegedokumentation? Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In: PR-InternNET für die Pflege 02, S. 94-101

- Steininger, A. (2007): Analyse einer rechnergestützten Pflegedokumentation, Magisterarbeit am Institut für Pflegewissenschaft der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften Medizinische Informatik und Technik, Hall Tirol
- Stern (o. A.) (2008): "Wiihabilitation". Wenn Spiel zur Therapie wird, vom 16. Februar 2008
- Stösser, A. von (2012): Unwürdig und abwertend. CONTRA Roboter-Robbe in der Pflege. In: Dr. med. Mabuse, S. 15
- Stokes G. (1996): Challenging Behavior in dementia: a psychological approach. In: Woods RT (ed) Handbook of clinical psychology of ageing. Chichester
- Stolze, E. (2005): Mitarbeiter gezielt schulen. In: Häusliche Pflege, Ausgabe Juli, S. 30-32
- Strunk-Richter, G./Sowinski, C. (2011): Ora et labora – was Menschen mit Demenz glücklich macht. Ergebnisse des Dementia Care Mappings im Rahmen des BMG-Leuchtturmprojektes. In: ProAlter, Heft 1, S. 58–61
- Theuerkauf, K. (2011): Zivilrechtliche Verbindlichkeit von Expertenstandards in der Pflege. In: MedR (2011) 29: 72–77
- Trill, R. (2005): IT-Anwendungen. In: Kerres, A./Seeberger, B. (Hrsg.): Gesamtlehrbuch Pflegemanagement, S. 337-361, Berlin
- Ullrich, L./Stolecki, G./Grünwald, M. (2010): Intensivpflege und Anästhesie. Stuttgart
- Van der Kooij, C. (2007): Ein Lächeln im Vorübergehen: Erlebensorientierte Altenpflege mit Hilfe der Mäeutik. Bern
- Vincentz Network GmbH & Co. KG (Hrsg.) (2013): Katalog Altenpflege 2013. Nürnberg 9.-11.4.2013. Die Leitmesse der Pflegewirtschaft, Hannover
- Wagner, F./Schnepp, W. (2010): Familiengesundheitspflege in Deutschland: Bestandsaufnahme und Beiträge zur Weiterbildung und Praxis. Bern
- Walsh, M./Ford, P. (2000): Pflegerituale. Bern
- Wilson, E.O. (1984): Biophilia. The Human Bond With Other Species. London
- Windisch, W.B./Budweiser, S./Dellweg, D.W./ Brambring, J./Geiseler, J./Gerhard, F./Köhnlein, T./Mellies, U./Schönhofer, B./Schucher, B./Siemon, K./Walterspacher, S./Winterholler, M./ Sitter, H. (2010): S2-Leitlinie. Nichtinvasive und invasive Beat-

mung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz, herausgeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V., Pneumologie; 64:207-240. Stuttgart

Wilpsbäumer S./Ullrich L. (2012): Intensivpflege In: Schewior-Popp S./ Sitzmann F./Ullrich L.(Hrsg.): Thiemes Pflege- Das Lehrbuch für Pflegende in der Ausbildung. S. 1235- 1255. Stuttgart

Wittelsberger, R./Krug, S./Tittlbach, S./Bös, K. (2013): Auswirkungen von Nintendo-Wii® Bowling auf Altenheimbewohner. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 5, S. 425-430

World Health Organisation (WHO) (1993): Definition Pflege, S. 15. Genf

Zapf W./ Mollenkopf H./ Hampel J. (1994): Technik, Alter, Lebensqualität. Abschlussbericht „Forschung und Entwicklung für ein aktives Alter“. Bundesministerium für Familie und Senioren (BMFuS) (Hrsg.), Bonn

6. Anhang

Tabelle 1

Pflegebereich	Produkte <i>(überwiegender Zugriff auf die Internetseiten am 26.9.2013)</i>
Technische Hilfen im Bereich „Direkte Pflege“	
Selbstpflege fördernde Produkte AAL (Ambient Assisted Living) = umgebungsunterstütztes Leben oder selbstbestimmtes Leben durch innovative Technik	<ul style="list-style-type: none"> - Alle anwenderfreundlichen technischen Produkte, die die Selbständigkeit der Betroffenen fördern wie AAL - Alle technischen Produkte im Sinne der so genannten Patientenedukation wie EDV-basierte Schulungsprogramme
Produkte, die die Förderung der Angehörigenpflege (dependent care) unterstützen, z. B.	<ul style="list-style-type: none"> - Schulungsprogramme für Angehörige wie Demenz DVD-Box „Eines Tages“ (LVR-Zentrum für Medien und Bildung, Hrsg., 2010)
Kommunikationshilfen und Hilfen zur Sinnesstimulation wie	<ul style="list-style-type: none"> - Personenrufanlagen, z. B. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aastra (www.aastra.de) ▪ Bosch (www.bosch.de) ▪ ILPER-Elektronik (www.ilper.net) ▪ Tetronik (www.tetronik-kommunikationstechnik.de) - Lichtrufsysteme, z. B. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Air ITSystems (www.airitsystems.de) ▪ FACI (www.faci.de) ▪ GETS (www.ruftech.ch)

Pflegebereich	Produkte <i>(überwiegender Zugriff auf die Internetseiten am 26.9.2013)</i>
	<ul style="list-style-type: none"> - Snoezeleinrichtungen, z. B. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Air Creative (www.aircreative.de) ▪ BARME (www.barme.de) ▪ RMP (www.rmp-med-produkte.de) ▪ ROHDE & GRAHL (www.rohde-grahl.com) ▪ Sport-Thieme (www.sport-thieme.de) ▪ TRAUTWEIN (www.trautwein-gmbh.com) ▪ Wehrfritz (www.wehrfritz.de) ▪ WIBU (www.wibu.com)
<p>Trage- und Transferhilfsmittel (= Aufstehhilfen, Patientenbeförderungsgeräte, um schwer umsetzbare Patienten, z. B. vom Rollstuhl ins Bett oder vom Bett zur Badewanne und dort hinein zu transportieren.) wie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lifter <ul style="list-style-type: none"> ▪ www.aks.de ▪ www.baumann-reha.de ▪ www.burbachgoetz.de ▪ www.careline-group.com ▪ www.dietz-reha.com ▪ www.guldmann.de ▪ www.handi-move.de ▪ www.himi-nord.de ▪ www.horcher.com ▪ www.innoserv.net ▪ www.invacare.de ▪ www.lift-reith.de ▪ www.made-by-lischka.de ▪ www.rfh-rehatechnik.de ▪ www.schuett-jahn.de ▪ www.sl-medical.com ▪ www.transporehamed.de

Pflegebereich	Produkte <i>(überwiegender Zugriff auf die Internetseiten am 26.9.2013)</i>
<p>Antidekubitussysteme (ein Dekubitus entsteht durch Bewegungsmangel, kein reines Liegeproblem) wie</p> <p>Die Funktionsweise dieser Hilfsmittel basiert auf der Reduzierung der extrinsischen Faktoren der Dekubitusentstehung bzw. im Falle der Mikro-Stimulation auf der Förderung der Mikrozirkulation der Haut.</p> <p>Die Dekubitusmatratze dient zur Prophylaxe oder Therapie von Dekubitalgeschwüren bei Patienten primär durch Verringerung des maximalen Auflagedrucks dient. Diese Verringerung kann entweder örtlich durch eine größere Auflagefläche oder zeitlich durch ein Wechseldrucksystem, bei dem Körperstellen zeitweise be- und entlastet werden, oder aber durch Mikro-Stimulation erfolgen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Betten und Matratzen ▪ BOCK (www.bock.net) ▪ Hermann (www.bock.net) ▪ Medsorg (www.medsorg.de) ▪ Mühle (www.mueller-muehle.de) ▪ Reha-Team Nürnberg (www.riedel-gruppe.de) ▪ RMP (www.rmp-med-produkte.de) ▪ Sanimed (www.sanimed.de) ▪ Thomashilfen (www.thomashilfen.de) ▪ WFP (www.wfp-gmbh.de)
<p>Mobilitätshilfen und technische Hilfen, die den Bewegungsraum des Klienten erhöhen</p> <p>(= Hilfsmittel für Menschen, die aufgrund einer körperlichen Behinderung in der Fähigkeit zum Gehen beeinträchtigt sind, und die es ihnen ermöglichen, mobil zu</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elektrofahrzeuge (auch Rollstühle) ▪ Reha-Team Nürnberg (www.riedel-gruppe.de) ▪ RMP (www.mp-med-produkte.de) ▪ Servoprax (www.servoprax.de) ▪ Volaris (www.vorlaris-online.de) ▪ WFP (www.wfp-gmbh.de)

Pflegebereich	Produkte <i>(überwiegender Zugriff auf die Internetseiten am 26.9.2013)</i>
sein) wie z. B.	<ul style="list-style-type: none"> - Personenortungssysteme <ul style="list-style-type: none"> ▪ www.gps-SeniorInnennotruf.info ▪ www.argos-information.de ▪ www.bornemann.net ▪ www.demenzbegleitung.de ▪ www.ortungssystem-ds-vega.de ▪ emotelematik@web.de ▪ www.gps-location.info ▪ www.gpsvision.de ▪ www.gps2all.de ▪ www.Haider-telekom.de ▪ www.keruve.de ▪ www.mv-technik.de ▪ www.prosos.org ▪ www.tipronet.net
Technische Hilfen, die die Körperpflege unterstützen wie	<ul style="list-style-type: none"> - Pflegebadewannen, z. B. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Böhm (www.boehm.de) ▪ Hanse (www.hanse-medizintechnik.de) ▪ Horcher (www.horcher.com) ▪ Lischka (www.made-by-lischka.de)
Technische Hilfen, die die Überwachung bzw. Stimulation der vitalen Funktionen wie Atmung, Herz- Kreislauffunktionen unterstützen wie	<ul style="list-style-type: none"> - Überwachungs- und Beatmungsgeräte, z. B. <ul style="list-style-type: none"> ▪ BARME (www.barme.de) ▪ Medsorg (www.medsorg.de) ▪ RMP (www.rmp-med-produkte.de) - Infusionsgeräte, z. B.

Pflegebereich	Produkte <i>(überwiegender Zugriff auf die Internetseiten am 26.9.2013)</i>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BARME (www.barme.de) ▪ Medsorg (www.medsorg.de) ▪ RMP (www.rmp-med-produkte.de) ▪ WFP (www.wfp-gmbh.de) - Inhalations- und Aerosolgeräte, z. B. <ul style="list-style-type: none"> ▪ BARME (www.barme.de) ▪ Medsorg (www.medsorg.de) ▪ WFP (www.wfp-gmbh.de) - Absauggeräte, z. B. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medsorg (www.medsorg.de) ▪ RMP (www.rmp-med-produkte.de) ▪ WFP (www.wfp-gmbh.de) - Luftreinigung und Duftkonzepte, z. B. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Allpress (www.allpress-entsorgungstechnik.de) ▪ Senkonzept (www.senkonzept.de) ▪ THEOcare (www.theocare.de)
<p>Technische Hilfen, die Nahrungsaufnahme (inkl. Flüssigkeit) unterstützen wie das Monitoring</p> <p>Enterale Ernährung bedeutet Ernährung über den Magen-Darm-Trakt (griechisch enteron = Darm). Der Begriff wird</p>	<ul style="list-style-type: none"> - enterales Ernährungszubehör, z. B. <ul style="list-style-type: none"> ▪ BARME (www.barme.de) ▪ RMP (www.rmp-med-produkte.de) ▪ WFP (www.wfp-gmbh.de) ▪ Sanimed (www.sanimed.de) - Produkte der enteralen Ernährung, z. B. <ul style="list-style-type: none"> ▪ apetito (www.apetito.de) ▪ assist (www.assist.de)

Pflegebereich	Produkte <i>(überwiegender Zugriff auf die Internetseiten am 26.9.2013)</i>
<p>heute vor allem für die Ernährung mittels einer Magensonde, PEG-Sonde oder z. B. Jejunalsonde verwendet. Für enterale Ernährung werden spezielle Nährstofflösungen verwendet, die die notwendigen Eiweiße, Kohlenhydrate, Fette, Vitamine, Mineralstoffe und Spurenelemente in optimaler Zusammensetzung erhalten.</p> <p>Parenterale Ernährung (PE) ist eine Form der künstlichen Ernährung, bei der der Magen-Darm-Trakt umgangen wird. Parenterale Ernährung kommt bei allen Patienten in Frage, die über einen längeren Zeitraum (3 Tage und mehr) nicht ausreichend enteral ernährt werden können, also oral oder über eine Magensonde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BARME (www.barme.de) ▪ COVIDIEN (www.covidien.de) ▪ Cremilk (www.cremilk.com) ▪ Fresenius (www.fresenius.de) ▪ HiPP (www.hipp.de) ▪ NUTRICA (www.nurica.de) ▪ REWE Foodservice (www.rewe-foodservice.de) ▪ WFP (www.wfp-gmbh.de) <p>- parenterale Ernährung, z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ assist (www.assist.de) ▪ Fresenius (www.fresenius.de) ▪ NUTRICIA (www.nutrica.de) ▪ WFP (www.wfp-gmbh.de) <p>- Infusionsgeräte, z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ BARME (www.barme.de) ▪ Medsorg (www.medsorg.de) ▪ RMP (www.rmp-med-produkte.de) ▪ WFP (www.wfp-gmbh.de) ▪ Ypsomed (www.ypsomed.de) <p>- elektronische Speisenverteilsysteme, z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ SOCAMEL (www.socamel-speisenverteilsysteme.de) <p>- Wiegegeräte, z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ BARME (www.barme.de)

Pflegebereich	Produkte <i>(überwiegender Zugriff auf die Internetseiten am 26.9.2013)</i>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medsorg (www.medsorg.de) ▪ REBOTEC (www.rebotec.de) ▪ RMP (www.rmp-med-produkte.de) ▪ WFP (www.wfp-gmbh.de)
<p>Technische Hilfen, die das Handling mit Ausscheidungsprodukten unterstützen wie</p> <p>Ein Steckbeckenspüler, auch Steckbecken-Spülgerät, Steckbecken-Spülautomat oder Fäkalienspüle genannt, reinigt und desinfiziert neben Steckbecken (Bettpfannen), Urinflaschen und Nierenschalen auch Waschschüsseln und Stuhleimer und Sauggläser. Eingesetzt werden Steckbeckenspüler in Krankenhäusern und Alten- sowie Pflegeheimen.</p> <p>Spezielle Stomaversorgungen dienen Colo- und Ileostomie-Patienten bei der Aufnahme von Stuhl und Gasen. Eine Stomaversorgung besteht immer aus einer auf der Bauchdecke aufzuklebenden Basisplatte und einem daran befestigten Beutel, der der Aufnahme der Ausscheidungen dient</p> <p>Das Kondomurinal ist ein ableitendes Inkontinenzsystem, das als Hilfsmittel</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Steckbeckenspülapparate, z. B. <ul style="list-style-type: none"> ▪ ArjoHuntleigh (www.arjohuntleigh.de) ▪ BEKA (www.wibo-gruppe.de) ▪ KODRA (www.kodra.de) - Versorgungssysteme für Stuhlauscheidung, z. B. <ul style="list-style-type: none"> ▪ BARME (www.barme.de) ▪ RMP (www.rmp-med-produkte.de) ▪ WFP (www.wfp-gmbh.de) - Urinableitungssysteme, z. B. <ul style="list-style-type: none"> ▪ BARME (www.barme.de) ▪ COVIDIEN (www.covidien.de) ▪ Medsorg (www.medsorg.de) ▪ RMP (www.rmp-med-produkte.de) ▪ UROMED (www.uromed.de)

Pflegebereich	Produkte <i>(überwiegender Zugriff auf die Internetseiten am 26.9.2013)</i>
<p>in der Pflege und Versorgung von an Harninkontinenz leidenden Männern eingesetzt wird. Die gebräuchlichen Einmalsysteme aus Latex oder Silikon besitzen die Form eines Kondoms mit Anschlussmöglichkeit eines Schlauches. Sie bieten gegenüber der Versorgung mit Blasenkathetern den Vorteil einer einfacheren Handhabung und eines geringeren gesundheitlichen Risikos, sind jedoch nicht für alle Fälle notwendiger Inkontinenzversorgung geeignet.</p>	
<p>Technische Hilfen, die bei „Ruhe, Schlafen und bei der Entspannung“ helfen können wie</p> <p>Mit Biofeedback-Geräten (Biofeedback = altgr. βίος <i>bios</i> „Leben“ und engl. <i>feedback</i> „Rückmeldung“) lassen sich Veränderungen von Zustandsgrößen biologischer Vorgänge (z. B. Atem, Blutdruck, Puls, Herzfrequenz), die der unmittelbaren Sinneswahrnehmung nicht zugänglich sind, beobachten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bio-Feedback-Geräte, z. B. <ul style="list-style-type: none"> ▪ RMP (www.rmp-med-produkte.de) ▪ Reha-Team Nürnberg (www.riedel-gruppe.de)
<p>Technische Hilfen, die beim Bereich „Sich beschäftigen, lernen und sich entwickeln können“ helfen können wie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - sportliche Aktivitäten mit Hilfe von Computerspielen wie wii® <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nintendo (www.nintendo.de)

Pflegebereich	Produkte <i>(überwiegender Zugriff auf die Internetseiten am 26.9.2013)</i>
<p>Die wii® ist eine Spielkonsole von Nintendo, die seit Ende 2006 auf dem Markt ist. Ihr wesentliches Merkmal ist ein Controller, der herkömmlichen Fernbedienungen ähnelt, aber über eingebaute Bewegungssensoren verfügt. Diese registrieren die Lage und die Bewegungen des Controllers im Raum und setzen sie in entsprechende Bewegungen von Spielfiguren oder -elementen auf dem Bildschirm um.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - elektronische Spiele, z. B. <ul style="list-style-type: none"> ▪ BARME (www.rmp-med-produkte.de) ▪ ROSHO (www.roscho.de)
<p>Technische Hilfen für den Bereich „Sich als Frau oder Mann fühlen und sich verhalten können“</p> <p>Sexualassistenz bezeichnet die Umsetzung eines Konzeptes im Sinne des allgemeinen Persönlichkeitsrecht nach Art. 1 Abs.1 i.V.m. Art.2 Abs.1 GG ^[1], dass die Entfaltung einer selbstbestimmten Sexualität für <i>Menschen mit Beeinträchtigungen</i> unabhängig von strukturellen, gesellschaftlichen, persönlichen oder sprachlichen Barrieren ermöglicht. Die Angebote im Rahmen von passiver und aktiver Sexualassistenz sind sehr verschieden. Es handelt sich aber in erster Linie nicht um Dienste die genitale Se-</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Genderaspekte: Modeblogs, Sportschau - passive Sexualassistenz (neuer Pflegetrend aus besonders Skandinavien, Bereitstellen von Medien zur sexuellen Stimulation wie Internet usw.)

Pflegebereich	Produkte <i>(überwiegender Zugriff auf die Internetseiten am 26.9.2013)</i>
xualität gewährleisten sollen, sondern vielmehr um Maßnahmen, die die Intim-/Privatsphäre gewährleisten und die freie Entfaltung der Persönlichkeit, inklusive einer selbstbestimmten sexuellen Identität ermöglichen.	
Technische Hilfen um eine „ Sichere und fördernde Umgebung “ herzustellen	<ul style="list-style-type: none"> - Überwachungstechnologie wie Beobachtungen, wer kommt ins Haus, z. B. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aastra www.argos-information.de ▪ Bosch (www.bosch.de) ▪ CareTech (www.caretech.at) - Desinfektionsmanagement mit Reinigung und Entsorgung mit Anlagen und Geräten <ul style="list-style-type: none"> ▪ Allpress (www.allpress-entsorgungstechnik.de) ▪ BARME (www.barme.de) ▪ BODE (www.bode-chemie.de)
Technische Hilfen, um „ Soziale Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten können “ mit Hilfe von	<ul style="list-style-type: none"> - Socialmedia (facebook, Twitter usw.)
Technische Hilfen, um „ Mit existenziellen Erfahrungen umgehen können “ mit Hilfe von	<ul style="list-style-type: none"> - Socialmedia, z. B. spirituelle und religiöse blogs
Technische Hilfen im Bereich	

Pflegebereich	Produkte <i>(überwiegender Zugriff auf die Internetseiten am 26.9.2013)</i>
„Indirekte Pflege“	
Qualitätsentwicklung (oft Teil der Pflegeprozesssteuerungsinstrumente), z. B.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BARME (www.barme.de) ▪ DEKRA (www.dekra.de) ▪ MEDITÜV (www.medituev.de)
<p>Kooperation mit anderen Berufsgruppen wie</p> <p>Unter ärztlichen Mitarbeitsaufgaben wurde früher der Begriff „Behandlungspflege“ verwendet</p> <p>Unter Telemonitoring versteht man die Fernuntersuchung, -diagnose und -überwachung des Patienten von seinem behandelnden Arzt. Der Patient kann dabei sein normales Leben weiterführen. Das Telemonitoring ist ein noch sehr junger Teilaspekt der Telemedizin.</p> <p>Die Telemedizin ist ein Teilbereich der Telematik im Gesundheitswesen und bezeichnet Diagnostik und Therapie unter Überbrückung einer räumlichen oder auch zeitlichen („asynchron“) Distanz zwischen Arzt (Telearzt), Therapeut (Teletherapeut) Apotheker und Patienten oder zwischen zwei sich konsultierenden Ärzten mittels Telekommunikation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ärztliche Mitarbeitsaufgaben (z. B. Medikamentenmanagement) - Mitarbeit bei Telemonitoring, z. B. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bosch (www.bosch.de) ▪ EUROTRONIK KRAN (www.eurotronik.si/de) ▪ Vitracom (www.vitracom.de) - Mitarbeit bei Telemedizin, z. B. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apollo (www.apollo.de) ▪ BARME (www.barme.de) ▪ Bosch (www.bosch.de) ▪ EUROTRONIK KRAN (www.eurotronik.si/de) ▪ Limmex (www.limmex.com) ▪ Verklizan (www.verklizan.com) ▪ vitaphone (www.vitaphone.de) - Mitarbeit bei Notfallsituationen, z. B. Produkte wie <ul style="list-style-type: none"> ▪ BARME (www.barme.de) ▪ Medsorg (www.medsorg.de) ▪ RMP (www.rmp-med-produkte.de)

Im Jahre 2007 hat Prof. Dr. Rüdiger Ostermann in Verbindung mit der Zeitschrift *Pflegezeitschrift* eine schriftliche Befragung von 77 relevanten Herstellern mit dem Schwerpunkt Pflegedokumentation in außerklinischen Einrichtungen durchgeführt. Der Rücklauf betrug über 48 Prozent. Die aus dieser Befragung gewonnenen Erkenntnisse wurden u. a. in die nachfolgende Tabelle miteingearbeitet. Darüber hinaus enthält die Anlage eine exemplarische Auswahl auf der Altenpflegemesse 2013 vertretenen Firmen, die unter dem Warensuchwörterverzeichnis mit „Pflegedokumentation“ und/oder „Pflegeprozess“ aufgeführt wurden, um die Vielzahl der Anbieter zu verdeutlichen (keine Wertung). In der linken Spalte werden die Kontaktdaten der Firma aufgelistet. In der rechten Spalte erscheinen exemplarisch die Produkte bzw. das, was im Internet als Kurzbegriff auftaucht.

Tabelle 2 (85 Anbieter von digitalisierter Pflegedokumentation)

Anbieter Software Pflegedokumentation	Produkte / Klassifikation
ABG Altenhilfe Beratungs-GmbH Hackstraße 12 70190 Stuttgart Tel +49(0)711.63676-40 Fax +49(0)711.63676-419 E-Mail: info@abg-online.de Internet: www.abg-stuttgart.de	Pflegeplanungssysteme
Aastra Deutschland GmbH Lilienthalstraße 5 DE - 30916 Isernhagen Tel: +49 511 368499-823 Fax: +49 511 36849988 E-Mail: an- ne.meissner@aastra.com Internet: www.aastra.com	<ul style="list-style-type: none"> ▪ OPAS Sozial – Software für Pflegedokumentation ▪ OPAS Sozial – Qualitätscontrolling ▪ OPAS Mobil Touch – Dokumentation per Fingertipp ▪ OPAS Mobile Phone ▪ Umfangreiche Stammdatenverwaltung ▪ Pflegeanamnese ▪ Pflegediagnosen ▪ Prophylaxen: D (Norton, Braden und weitere) P, K, S ▪ Sonstige ▪ Einfache Überleitung zwischen Assessment und Pflegeplanung ▪ Vitalwerte, E+A ▪ Medikation ▪ Wunddokumentation ▪ Pflegestandards ▪ Pflegeüberleitungsbogen ▪ Pflegemodelle: Krohwinkel, Roper, Juchli und weitere ▪ Pflegemodellmanager und Folgeplanung ▪ Freie Stammdatenkonfiguration
ac-data GmbH IT-Beratung Englerthstr. 40	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SenoDoku (Pflegedokumentationssystem) ▪ SenoCare (vollstationäres Einrichtungsmanagement)

Anbieter Software Pflegedokumentation	Produkte / Klassifikation
52249 Eschweiler Telefon: 02403 - 838797 E-Mail: info@ac-data.de Webseite: www.ac-data.de	
acs software company Alst 17 48324 Sendenhorst Tel: 02535/9300-0 Fax: 02535/9300-33 E-Mail: kontakt@acs-software-company.de Internet: www.acs-software-company.de	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umfangreiche Stammdatenverwaltung ▪ Pflegeanamnese ▪ Pflegediagnosen ▪ Prophylaxen: D (Norton, Braden), P, K, S ▪ Modifizierte Atemskala nach Bienstein ▪ Demenz-Assessment ▪ Verknüpfung zwischen Assessment und Planung vorhanden ▪ Informationen über alle Erhebungen während der Planung möglich ▪ Vitalwerte ▪ E+A ▪ Medikation ▪ Wunddokumentation ▪ Pflegestandards ▪ Pflegeüberleitungsbogen ▪ Barcode-Erfassung ▪ Archivierung ▪ Pflegemodelle: für beliebige Pflegemodelle anwendbar (98 % Krohwinkel im Einsatz) ▪ Frei zu vergebene Klassifikationskennzeichen ▪ Eigener Katalog integrierbar
akquinet AG Paul-Stritter-Weg 5 22297 Hamburg Tel +49(0)4088173-0 Fax +49(0)4088173-111 E-Mail: Info@akquinet.de Internet: www.akquinet.de	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integrierte Software für soziale Dienstleistungsunternehmen auf Basis von Microsoft Dynamics NAV ▪ Zielgruppen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Altenpflege, Behindertenhilfe, Kindertagesstätten, Jugendhilfe, Bildungsträger. Funktionen: Abrechnung, Verwaltung, Planung und Dokumentation, Dienstplanung, Finanzbuchhaltung, Controlling
Allpen Gesellschaft für Systementwicklung mbH Brennerstr. 90 20099 Hamburg Tel.: +49 (0) 40 28 40 70-0 Fax: +49 (0) 40 28 40 70-20 E-Mail: info@allpen.den Internet: www.allpen.de	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umfangreiche Stammdatenverwaltung ▪ Pflegeanamnese ▪ Pflegediagnosen ▪ Prophylaxen ▪ Vitalwerte ▪ E+A ▪ Medikation ▪ Wunddokumentation ▪ Pflegestandards ▪ Pflegeüberleitungsbogen ▪ Sonstige
Alpha Computer GmbH Markersdorfer Straße 59 DE - 09123 Chemnitz Tel: 0371 27110-11 Fax: 0371 27110-29 E-Mail: ser-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ACS-Heim – Komplettlösungen für Alten- und Pflegeheime / SeniorInnenresidenzen ▪ ACS Touch (zeit- und ortsnahe Dokumentation der Pflegedaten) ▪ ACS Mobile (Kombination der Software ACS-Ambulance und einem mobilen Gerät)

Anbieter Software Pflegedokumentation	Produkte / Klassifikation
vice@alphacomputer.de Internet: www.alphacomputer.de	
AS Abrechnungsstelle für Heil -, Hilfs- und Pflegeberufe AG Breitenweg 29-33 28195 Bremen Tel +49(0)421 339087-0 Fax +49(0)421 339087-9 E-Mail: info@as-bremen.de Internet: www.as-bremen.de	<ul style="list-style-type: none"> ▪ EDV-Softwarelösungen ▪ Abrechnungsdienste ▪ Finanzierung
ASL Angewandte Software-Lösungen GmbH Donnersbergstrasse 1 64646 Heppenheim Deutschland Tel.: 0 62 52 / 79 09 80 Fax: 0 62 52 / 79 09 85 E-Mail: info@asl-systemhaus.de Internet: www.asl-systemhaus.de	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umfangreiche Stammdatenverwaltung ▪ Pflegeanamnese ▪ Pflegediagnosen ▪ Prophylaxen: D (Norten, Braden) ▪ Wagner-Skala für diabetischen Fuß ▪ Vitalwerte ▪ Medikation ▪ Wunddokumentation ▪ Pflegestandards ▪ Pflege- und Therapieplanung ▪ Pflegemodelle: Krohwinkel ▪ Eigene Kataloge integrierbar
ASO Personalinformationssysteme GmbH Neuer Graben 7-9 49074 Osnabrück Tel +49(0)541 33523-0 Fax +49(0)54 1.24830 E-Mail: office@a-s-d.de Internet : www.a-s-d.de	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dienstplan, Zeiterfassung ▪ Personalmanagement
atacama Software GmbH Anne-Conway-Str. 10 28359 Bremen Fon:+49 (0)421 - 22301-0 Fax:+49 (0)421 - 2238285 E-Mail: info@atacama.de Internet : www.atacama.de ; Internet: www.apenio.de	<ul style="list-style-type: none"> ▪ apenio - Die wissensbasierte Software für Planung und Dokumentation in der Langzeitpflege ▪ apenio Pflegeplanung ▪ Pflegeanamnese ▪ Pflegediagnosen ▪ Verknüpfung zwischen Assessment und Planung vorhanden ▪ Vitalwerte ▪ E+A ▪ Wunddokumentation ▪ Pflegestandards ▪ Pflegeüberleitungsbogen ▪ Pflegemodelle: für beliebige Pflegemodell anwendbar ▪ Folgeplanung ▪ Pflegetypologie apenio (entwickelt am Institut für interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung, Universität Bremen) ▪ über Mapping auch andere Kodierungen möglich (z. Zt. LEP, in Zukunft auch ICNP, RAI und NANDA)

Anbieter Software Pflegedokumentation	Produkte / Klassifikation
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ eigene Behandlungspläne und zum Teil auch Inhalte integrierbar ▪ apenio-Katalog in der Praxis nicht veränderbar
<p>ATS Computersysteme GmbH Jungfernstieg 24 06567 Bad Frankenhausen Tel +49(0)34671712-0 FaX+49(0)3467U 12-34 E-Mail: windia@ats-computer.de Internet: wwwwindia.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ WinOIA-Abrechnungssystem für ambulante Pflege ▪ WinOIA-Heimsoftware, WinOIA-Dienstplan, ▪ WinOIA-Wunddokumentation, WinOIA-mobil
<p>BOI -DOKUTECH GmbH Uferstraße 28 96450 Coburg Tel +49(0)9561.2707-80 Fax +49(0)9561.2707-54 E-Mail: info@boi.de Internet: www.boi.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegeorganisation, ▪ Pflegedokumentation, ▪ Mappen, Stations- und Visitenwagen
<p>BoS&S GmbH Walther-Nernst-Straße 1 12489 Berlin Tel +49(0)306098111 -20 Fax +49(0)306098111-99 E-Mail: info@bosussoftware.de Internet: www.bosussoftware.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 80S & S Einsatzplan ▪ BoS & S Mobil ▪ BoS & S Faktura, ▪ 80S & S Pflegemanager, Fahrzeugverwaltung und Fahrzeutoptimierung, ▪ Beratung zum PNG ▪ Umfangreiche Stammdatenverwaltung ▪ Pflegeanamnese ▪ Pflegediagnosen ▪ Prophylaxen: D (Norten, Braden), P, K, S ▪ Verknüpfung zwischen Assessment und Planung vorhanden ▪ Vitalwerte ▪ E+M ▪ Medikation ▪ Wunddokumentation ▪ Pflegestandards ▪ Pflegeüberleitungsbogen ▪ Pflegemodelle: Krohwinkel, Juchli, weitere integrierbar ▪ Pflegemodellmanager und Folgeplanung ▪ ENP in Vorbereitung ▪ Eigene Kataloge integrierbar
<p>Buchner & Partner GmbH Lise-Meitner-Str. 1-7 24223 Schwentinental Tel.: +49 4307 8119-0 Fax.: +49 4307 8119-99 E-Mail: info@buchner.de Internet: www.buchner.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umfangreiche Stammdatenverwaltung ▪ Pflegeanamnese ▪ Pflegediagnosen ▪ Prophylaxen: D (Norten, Braden), S ▪ Weitere Assessmentinstrumente frei integrierbar ▪ Verknüpfung zwischen Assessment und Planung vorhanden ▪ Vitalwerte ▪ E+A ▪ Medikation

Anbieter Software Pflegedokumentation	Produkte / Klassifikation
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wunddokumentation ▪ Pflegeüberleitungsbogen ▪ Pflegemodelle: Krohwinkel, Roper, Juchli, Henderson ▪ Pflegemodellmanager und Folgeplanung ▪ Eigene Kataloge integrierbar
<p>CGM SYSTEMA Deutschland GmbH Maria Trost 25 56070 Koblenz Tel: +49(0) 261.8000-1780 Fax: +49(0) 261.8000-1789 E-Mail: info@systema.de Internet: www.systema.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umfangreiche Stammdatenverwaltung ▪ Pflegeanamnese ▪ Prophylaxen: D, P, K, S, Sonstige ▪ Verknüpfung zwischen Assessment und Planung vorhanden ▪ Vitalwerte ▪ E+A ▪ Medikation ▪ Wunddokumentation ▪ Pflegeüberleitungsbogen ▪ Pflegemodelle: AEDL, ATL, alle weiteren können frei definiert werden ▪ RAI ▪ IBRP Pflegemodellmanager und Folgeplanung ▪ RAI und eigene Kataloge integrierbar
<p>Coach IT GmbH Carl-Braun-Straße 1 34212 Melsungen Deutschland Tel. +49 (0) 5661 71 21 00 Fax + 49 (0) 5661 71 64 80 E-Mail coachit@bbraun.com Internet: www.cliniccoach.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umfangreiche Stammdatenverwaltung ▪ Pflegeanamnese ▪ Pflegediagnosen ▪ Verknüpfung bei RAI, Besa und NANDA vorhanden ▪ Prophylaxen: D (Norten, Braden), P, K, S und weitere ▪ Vitalwerte ▪ E+A ▪ Medikation ▪ Wunddokumentation ▪ Pflegestandards ▪ Pflegeüberleitungsbogen ▪ Sonstige Pflegemodelle: Krohwinkel, Juchli, Roper ▪ Pflegemodellmanager ▪ Folgeplanung ▪ Sonstige ▪ RAI, Besa, NANDA, LEP, PPR ▪ Eigene Kataloge integrierbar ▪ Modifizierung auf einrichtungsinterne Standards in allen Bereichen möglich
<p>C&S Computer und Software GmbH Wolfsgäßchen 1 DE - 86153 Augsburg Tel: 0821 2582-0 Fax: 0821 2582-499 E-Mail: info@cs-ag.de Internet: www.managingcare.de</p>	<p>C&S CareWare®</p> <p>Lösungen für die ambulante Altenhilfe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ C&S CareOffice® und C&S PEP® ▪ C&S KlientenManager® ▪ C&S PflegeManager®Ambulant <p>Grafische Einsatzplanung</p> <p>Lösungen für die teilstationäre und stationäre Altenhilfe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ C&S HeimManager® ▪ C&S PflegeManager® ▪ C&S® ATOSS Time Control®

Anbieter Software Pflegedokumentation	Produkte / Klassifikation
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ C&S Riskassessment®Pflege Stationär WEB Version 4.0 <p>Übergreifende Lösungen für alle Bereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ C&S PflegestützpunktManager® ▪ C&S AssessmentManager® ▪ C&S WundtherapieManager® ▪ C&S QualitätsManager® ▪ C&S KundenManager® ▪ C&S KennzahlenManager® ▪ C&S ControllingManager® ▪ C&S Officemodul® <p>Mobile Lösungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ C&S Mobile® ▪ C&S CareTablet® <p>Mobile Leistungserfassung</p>
<p>CareCloud GmbH Am Leineufer 70 30419 Hannover Telefon: +49 511 26095-888 Telefax: +49 511 26095-845 E-Mail: info@carecloud.de Internet: www.carecloud.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegesoftware CareCloud App
<p>CareSocial GmbH Gostritzer Str. 61-63 D-01217 Dresden Tel. 0351 / 26443 - 100 Fax: 0351 / 26443 - 109 E-Mail: office@caresocial.de Internet: www.caresocial.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CareSocial – Software für ambulante Pflegedienste ▪ Software für Pflegedienste im Komplettpaket ▪ Mobile Datenerfassung mit CareSmart ▪ CareSocial-DEMO ▪ CareSocial-Cloud
<p>CGM SYSTEMA Deutschland GmbH Unixstr. 1 DE - 88436 Oberessendorf Tel: 07355 7990 Fax: 07355 799111 E-Mail: info@systema.de Internet: www.systema.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ CGM SOZIAL – Softwarelösungen für Soziale Einrichtungen der Altenhilfe (<i>Alten- und Pflegeheime, SeniorInnenresidenzen, Diakonie - und Sozialstationen, Pflegedienste, Betreutes Wohnen</i>) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Klienteninformationssystem ▪ Planung & Dokumentation ▪ Dienstplan ▪ Personaleinsatzplanung ▪ Rechnungswesen & Controlling ▪ Dokumentenmanagement ▪ MediPlanOnline ➤ CGM SYSTEMA für Krankenhäuser und Ambulanzen ➤ CGM REHA - Branchensoftware für Reha- und Fachkliniken
<p>COMfuture Computer- und Kommunikationssysteme GmbH Chemnitzer Straße 48a</p>	<p>Das Softwarehaus für die ambulante und stationäre Pflege sowie die Wohnungswirtschaft</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegedienst 2000 (Programmsystem für die ambu-

Anbieter Software Pflegedokumentation	Produkte / Klassifikation
01187 Dresden Tel: 0351/473 000 Fax: 0351/473 00 11 Email: info@comfuture.de Internet: www.comfuture.de	lante Pflege) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegeheim 2000 (Programmsystem für Alten- und Pflegeheime) ▪ Dienstzeit 2000 (Programmsystem für Dienstplanung und Arbeitszeiterfassung) ▪ Pflegedoku 2000 (Programmsystem zur Unterstützung des Pflegeprozesses) ▪ Mobile Datenerfassung ▪ Umfangreiche Stammdatenverwaltung ▪ Pflegeanamnese ▪ Pflegediagnosen ▪ Prophylaxen: D (Norten, Braden, Sonstige), P, K, S ▪ Sonstige (Exsikkose) ▪ Vitalwerte ▪ E+A ▪ Medikation ▪ Wunddokumentation ▪ Pflegestandards ▪ Pflegeüberleitungsbogen ▪ Pflegemodelle: Krohwinkel, Juchli, Roper, Henderson und andere (individuell anpassbar) ▪ Pflegemodellmanager und Folgeplanung ▪ RAI vorbereitet, weitere auf Anfrage möglich ▪ System individuell konfigurierbar
ConDigi Deutschland GmbH Prachtkäferweg 5 21077 Hamburg Tel +49(0)40851777-0 Fax +49(0)40851777-22 E-Mail: into@condigi.de Internet: www.condigi.de	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schwesternruf-, Hausnotruf-, ▪ Personenschutz- ▪ Behinderten-WC Ruf-Systeme
Connex Communication GmbH Balhorne Feld 11 33106 Paderborn Telefon: +49 5251 771-0 Telefax: +49 5251 771-199 E-Mail: info@connext.de Internet: www.connext.de	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vivendi PD Pflege (Planung und Dokumentation für die Altenhilfe) ▪ Vivendi PD AUX (Planung und Dokumentation für die Behindertenhilfe) ▪ Vivendi PD Web (Mobile Planung und Dokumentation) ▪ Umfangreiche Stammdatenverwaltung ▪ Pflegeanamnese ▪ Pflegediagnose ▪ Prophylaxen ▪ Verknüpfung zwischen Assessment und Planung vorhanden ▪ Vitalwerte ▪ E+A ▪ Medikation ▪ Wunddokumentation ▪ Pflegestandards ▪ Pflegeüberleitungsbogen

Anbieter Software Pflegedokumentation	Produkte / Klassifikation
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sonstige Pflegemodelle: AEDL, ATL ▪ Pflegemodelle flexibel gestaltbar ▪ Pflegemodellmanager und Folgeplanung ▪ NANDA, ICNP, FIM, ENP in Vorbereitung ▪ Eigene Kataloge integrierbar
<p>CSG Pradtke GmbH Kirchharpener Str. 46 DE - 44805 Bochum Tel. 0234 / 45984-0 Fax: 0234 / 45984-66 E-Mail: vertrieb@csg-pradtke.de Internet: www.csg-pradtke.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ HINZonline Heim Die Pflegedokumentation ▪ TIMEOFFICE · Das Zeit-Management-System ▪ HROFFICE · Das Personal-Management-System ▪ HISOFFICE · Das Heim-Information-System ▪ Individualsoftware
<p>CuraSoft GmbH Holstenplatz 20a 22765 Hamburg Telefon: 040-40 19 41 0 Fax: 040-40 19 41 10 E-Mail: kontakt@curasoft.de Internet: www.curasoft.de</p>	<p>Software für ambulante und stationäre Pflege – Module</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientenverwaltung ▪ Mitarbeiterverwaltung ▪ Einsatzplan ▪ Dienstplanung ▪ Abrechnung ▪ DTA ▪ Dokumentation ▪ FiBu-Export ▪ Pflegeplanung ▪ CuraTour ▪ Statistiken ▪ Sonstiges ▪ Anforderungen
<p>Dan Produkte Pflegedokumentation GmbH Birlenbacher Str. 48 D-57078 Siegen Geschäftsführung Iris Christiansen, Jan Christiansen Telefon: 0271 / 8 80 98-0 Telefax: 0271 / 8 80 98-98 E-Mail: info@danprodukte.de Internet: www.danprodukte.de</p>	<p>Software für</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ stationär / teilstationär / moderne Wohnformen ▪ ambulant / moderne Wohnformen ▪ manuelle Dokumentation ▪ Menschen mit Behinderung ▪ Qualitätsmanagement <p>➤ DANtouch Pflegedokumentationssoftware ➤ TULIPAN Bewohnermanagement und Abrechnungssoftware ➤ DAN Dienstplan</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Umfangreiche Stammdatenverwaltung ▪ Pflegeanamnese ▪ Pflegediagnosen ▪ Prophylaxen: D (Braden, Norton), P, K, S ▪ Verknüpfung zwischen Assessment und Planung möglich (RIA = Risikoanalyse, Umsetzungsprüfung) ▪ Vitalwerte ▪ E+A ▪ Medikation ▪ Wunddokumentation ▪ Pflegestandards ▪ Pflegeüberleitungsbogen

Anbieter Software Pflegedokumentation	Produkte / Klassifikation
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegemodelle: Krohwinkel, Juchli ▪ Pflegemodellmanager und Folgeplanung ▪ Pflegediagnosen in Anlehnung an NANDA ▪ Eigene Kataloge (Pflegediagnosen nach AEDL-, ATL-Muster) integrierbar
<p>DEKRA Gesundheit und Pflege Handwerkstraße 15 70565 Stuttgart Tel +49(0)711.7861-3776 Fax +49(0)711.7861-2660 E-Mail: gesundheit-pflege@dekra.com Internet: www.dekra-gesundheit-pflege.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aus- Fort- und Weiterbildung für Mitarbeiter im Gesundheits- und Sozialwesen, ▪ Qualifikationsangebote in den Bereichen Hygiene, Prävention, Pflege, Verwaltung, ▪ Organisation, Management, ▪ Nachhaltiges Management, ▪ Rettungswesen, Pädagogik, Betriebliches Gesundheitsmanagement, ▪ Personalentwicklung für Unternehmen (Fachkräftelösung)
<p>Deutsches Medizinrechenzentrum GmbH Wiesenstr. 21 40549 Düsseldorf Tel. +49 211 6355-9087 Fax +49 211 6355-9088 E-Mail info@dmrz.de Internet: www.dmrz.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Online-Abrechnung ▪ Mobile Pflege-Cloud ▪ Pflegesoftware ▪ FleetQ Live ▪ Ontrabio Mobilitätshilfe ▪ FiBu Schnittstelle ▪ DTA Schnittstelle
<p>develop-group SIGMA GmbH Am Weichselgarten 4 91058 Erlangen Tel +49(0)9131.7773-0 Fax +49(0)9131777 3-45 E-Mail: contact@develop-group.de Internet: www.develop-group.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Software für soziale Dienstleister im Bereich Heim- und Pflegemanagement, ▪ Hilfebedarfsplanung, Ambulante ▪ Dienste/Tourenplanung, Dienstplanung und Controlling
<p>DM EDV- und Bürosysteme GmbH Einsteinstraße 1 49681 Garrel Tel: 04474/94800 Fax 04474/9480-91 E-mail: info@dm-edv.de Internet: www.dm-edv.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DM APS für die ambulante Pflege ▪ DM HVP für die stationäre Pflege ▪ DM Kaufmännisch für die ambulante und stationäre Pflege
<p>DOBRICK + WAGNER SOFTWAREHOUSE GMBH Semerteichstraße 54-56 44141 Dortmund Telefon: 0231 9745-0 Telefax: 0231 9745-28 E-Mail: info@dobrick-wagner.de Internet: www.dobrick-wagner.de</p>	<p>VIA-S - Die Softwarelösung für soziale Einrichtungen der Behinderten-, Jugend- und Altenhilfe</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Klientenverwaltung für stationäre und ambulante Einrichtungen ▪ Pflege-, Verlaufs- und Betreuungsdokumentation <ul style="list-style-type: none"> ▪ Umfangreiche Stammdatenverwaltung ▪ Pflegeanamnese ▪ Pflegediagnosen ▪ Prophylaxen: D, P, K, S

Anbieter Software Pflegedokumentation	Produkte / Klassifikation
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verknüpfung zwischen Assessment und Planung vorhanden ▪ Vitalwerte ▪ E+A ▪ Medikation ▪ Wunddokumentation ▪ Pflegestandards ▪ Pflegeüberleitungsbogen ▪ Pflegemodelle: Krohwinkel, ATL, FEDL, Roper, Juchli, Orem ▪ Pflegemodellmanager und Folgeplanung ▪ Klassifikationen frei konfigurierbar ▪ Eigene Kataloge integrierbar
<p>D+S Datensysteme Hohnemannstr. 58 34130 Kassel Tel.: 0 56 1/ 20 75 75 - 0 Fax: 0 56 1 /20 75 75 - 25 E-Mail: info@ds-datensysteme.de Internet: www.ds-datensysteme.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umfangreiche Stammdatenverwaltung ▪ Pflegeanamnese ▪ Pflegediagnosen ▪ Prophylaxen: D (Braden, Norton), K, S ▪ Vitalwerte ▪ E+A ▪ Medikation ▪ Wunddokumentation ▪ Pflegestandards ▪ Pflegeüberleitungsbogen ▪ Sonstige Pflegemodelle: Krohwinkel, Juchli ▪ Pflegemodellmanager ▪ Folgeplanung ▪ Sonstige (Evaluierungsfunktionen) ▪ Eigene Kataloge integrierbar
<p>DZH -Dienstleistungszentrale für Heil- und Hilfsmittelanbieter GmbH Eiffestraße 80 20537 Hamburg Tel +49(0)40227465-0 Fax +49(0)40227465-36 E-Mail: beratung@dzh-online.de Internet: www.dzh-online.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abrechnung ▪ Privatliquidation ▪ Hilfsmittel-Management-Systeme ▪ Branchensoftware
<p>effexx Telekommunikation GmbH Neue Grube Haardt 1 57076 Siegen Tel +49(0)27 17095-0 Fax +49(0)27 17095-40 E-Mail: info@effexx.com Internet: www.effexx.com</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ganzheitliche Lösungen in den Bereichen Telekommunikation, Informationstechnologie, Sicherheitstechnik und Softwaretechnik: Hybrid-Telefonsysteme (digital, analog, SO, ▪ VoIP), reine IP-Telefonsysteme (VoIP), Unified Communications (UC), ▪ Computer Telephony Integration (CTI), Unified Messaging Systeme (UMS), Mobilitätslösungen (DECT, ▪ WLAN, GSM), Videokonferenzsysteme, Call Center (CC),

Anbieter Software Pflegedokumentation	Produkte / Klassifikation
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegekommunikation (z B in SeniorInnenheimen/Krankenhäusern)
<p>euregon AG Sterzinger Straße 3 86165 Augsburg Tel +49(0)821.79083-60 Fax +49(0)821 .79083-89 E-Mail: info@euregon.de Internet: www.euregon.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Softwarelösungen für ambulante Pflegedienste, Erstbesuch mit Tablet-PC direkt vor Ort beim Hausbesuch Angebot erstellen, Touren- und Einsatzplanung, Einrichtungssteuerung, ▪ Controlling, Personallogistik, mobile Datenerfassung ▪ Pflegeplanung und Pflegedokumentation, mit Sießegger-Kennzahlen, PNG
<p>Gebrüder Jung Informationssysteme GmbH Horstschanze 17 76829 Landau/Pf Telefon: 06341-91780-0 Fax: 06341-91780-24 E-Mail: info@gebr-jung.de Internet: www.gebr-jung.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die PflegeOrganizer Familie ▪ PflegeOrganizer TOP ▪ PflegeOrganizer FLEX ▪ PflegeOrganizer COMM ▪ Die FORUM Familie ▪ FORUM ▪ FORUM ASP ▪ PC-Dienstplan
<p>GeoCon Software GmbH Rudower Chaussee 29 12489 Berlin Tel +49(0)306392-3693 Fax +49(0)306392-6089 E-Mail: geocon@geocon.de Internet: www.geocon.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Software für Dienstplanung und Personalmanagement in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen (regionale Einrichtungen und überregionale Träger und Krankenhäuser). ▪ Installationssupport, Projekttag, Schulungen, HotlineService, ▪ Wartungsverträge
<p>GETECO GmbH Kettelerstraße 5 - 11 97222 Rimpar Tel.: +49 93 65 / 8 88 84-0 Fax: +49 93 65 / 8 88 84-48 E-Mail: support@geteco.de Internet: www.geteco.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umfangreiche Stammdatenverwaltung ▪ Pflegeanamnese ▪ Pflegediagnosen ▪ Prophylaxen: D (Braden, Norton, Exton-Smith) ▪ Sonstige ▪ Verknüpfung zwischen Assessment und Planung vorhanden ▪ Vitalwerte ▪ E+A ▪ Medikation ▪ Wunddokumentation ▪ Pflegestandards ▪ Folgeplanung ▪ Pflegemodelle: Krohwinkel, Metzler, MELBA, Schlichthorst, IBRP, GBM, Detmolder Lernwege-Modell, IHP ▪ Eigene Kataloge integrierbar ▪ Bestehende Kataloge beliebig erweiterbar
<p>GODO Systems GmbH Falkenweg 13, 41468 Neuss Tel. +49 2131 / 29 84 7 - 0 Fax. +49 2131 / 29 84 7 - 69 E-Mail: info@godo-systems.de Internet: www.godo-systems.de</p>	<p>Softwarelösungen für die Bereiche <i>Altenhilfe, Behindertenhilfe, Suchthilfe, Werkstätten f.M.m.B., Wohnungslosenhilfe, Jugendhilfe, KiTa</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frau Prof. Krohwinkel - neue ABEDL® ▪ Risikomanagement RIO® oder RiP® - ein Muss! ▪ Entbürokratisierte Pflegeplanung - weniger geht nicht! ▪ Expertenstandards / Transparenzkriterien

Anbieter Software Pflegedokumentation	Produkte / Klassifikation
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ EDV-Pflegedokumentation mit Touchfunktion ▪ Erfahrungsbericht GO ON® - Software ▪ AMBULANT: minimierte Formulare Pflegedokumentation ▪ Alternative zur EDV-Pflegedokumentation stat. + amb.! ▪ Lösungen zum Thema Demenz ▪ Hängemappen, Wagen,.... ▪ Handbuch Pflegedokumentation stationär BMFSFJ ▪ GO ON® - Software aus einer Hand! ▪ al.i.da-Projekt - BGW für Gesundheitsdienste ▪ Auswahlkriterien einer EDV-Pflegedokumentation
<p>Hamburger Daten-Service GmbH Poppenbütteler Bogen 66 22399 Hamburg Tel. 040 / 29 12 51 Fax 040 / 29 62 18 E-Mail: info@hds-sozial.de Internet: www.hh-ds.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umfangreiche Stammdatenverwaltung ▪ Pflegeanamnese ▪ Pflegediagnosen ▪ Prophylaxen: D, P, K, S, frei erweiterbar ▪ Mehrdimensionale Verknüpfung von der Anamnese bis zur Planung, Leistungen und Risikoprotokollen inkl. visueller Hilfen ▪ Vitalwerte ▪ E+A ▪ Medikation ▪ Wunddokumentation ▪ Pflegestandards ▪ Pflegeüberleitungsbogen ▪ Sonstige Pflegemodelle: Krohwinkel, Juchli, frei konfigurierbar ▪ Pflegemodellmanager ▪ Folgeplanung ▪ Frei erweiterbar ▪ Eigene Kataloge per MS Office oder Open Office frei anpassbar
<p>HEIMBAS GmbH Vietingstraße 4 45279 Essen Tel +49(0)20 1.59229-0 Fax +49(0)20 1.59229-29 E-Mail: post@heimbas.de Internet: wwwheimbas.de</p>	<p>HEIMBAS Softwarelösungen für das Sozialwesen, Verwaltungs-, Abrechnungs-, Doku-, Personal-, Finanzmanagement auf Datenbankbasis. HEIMBAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Umfangreiche Stammdatenverwaltung ▪ Pflegeanamnese ▪ Pflegediagnosen ▪ Prophylaxen: D (Braden, Norton etc.) P, K, S, beliebig erweiterbar ▪ Vitalwerte ▪ E+A ▪ Medikation ▪ Wunddokumentation ▪ Pflegestandards ▪ Pflegeüberleitungsbogen ▪ Pflegemodelle: Krohwinkel, Roper, Juchli (alle individuell anpassbar), weitere auf Anfrage ▪ Pflegemodellmanager und Folgeplanung ▪ RAI in Vorbereitung

Anbieter Software Pflegedokumentation	Produkte / Klassifikation
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ eigene Kataloge integrierbar
<p>HeimTec Heimverwaltung ist ein Geschäftsbereich der Absolut Systems UG (haftungsbeschränkt) Hebbelstr. 19a 22946 Trittau Tel.: 04154 / 84 12 35 Fax: 04154 / 84 12 36 E-Mail: info@heimtec.com Internet: www.heimtec.com</p>	<p>Standardsoftware für Alten- und Pflegeheime</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Heimverwaltung mit HVP <ul style="list-style-type: none"> ○ HeimTec HVP ○ HVP Bewohnermodul ▪ HVP Pflegedokumentation ▪ HVP Dienstplanverwaltung ▪ HVP Barbetragsverwaltung ▪ HVP Tagespflegemodul ▪ HeimTec Webdesign
<p>HINZ FABRIK GmbH Lankwitzer Straße 17 / 18 12107 Berlin Tel.: 0 30 / 7 47 04-163 Fax: 0 30 / 7 47 04-150 E-Mail: info@hinz.de Web: www.hinz.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ HINZ Druck (Professioneller Formulareindruck) ▪ HINZ Doku (Dokumentationssysteme für Pflege und Medizin) ▪ HINZ Mobil (Wagen und Möbel für den Einsatz auf Stationen) ▪ HINZ Online (Software für das Gesundheitswesen) <ul style="list-style-type: none"> ○ Software für stationäre Alten- und Pflegeheime (Pflegedokumentation für Praktiker)
<p>HyCare GmbH Hauptstraße 8 10827 Berlin Telefon: 030.789 59 8 - 3 Fax: 030.789 59 8 - 50 Email: info@hycare.de Internet: www.hycare.de</p>	<p>Softwaresystem HyCARE 12</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegedienste ambulant ▪ HyCARE stationär ▪ Hospizpflege ▪ Assistenzgeber ▪ Intensivpflege ▪ Kinderkrankenpflege ▪ Mischbetriebe ▪ Bildungseinrichtungen
<p>i-care GmbH Am Beverbach 5 52066 Aachen Telefon: 0241 - 9571360 Fax: 0241/6052430 E-Mail: info@alzheimerforschung.de Webseite: www.i-care-ac.de</p>	<p>Praxis, Produkte und Kommunikation für die Pflege</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intelligent care (Pflegetmanagement) ▪ REPOSE® (Dekubitusprävention) ▪ Famos (Sturz- und Frakturprävention) ▪ Soporan 24® (Bodenbeläge und Matten)
<p>IC-SYS Informationssysteme GmbH Gottlieb-Daimler-Straße 12 07552 Gera Tel +49(0)36543778-20 Fax +49(0)36543778-27 E-Mail: info@icsys.de Internet: www.icsys.de</p>	<p>ProfSys - integrierte Software für ambulante und stationäre Einrichtungen der Alten-, Behinderten- und Jugendhilfe</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Umfangreiche Stammdatenverwaltung ▪ Pflegeanamnese ▪ Pflegediagnosen ▪ Prophylaxen: D (Norton, Braden), P, K, S, Sonstige ▪ Logische Verknüpfung zwischen Anamnese, Problemen, Zielen und Maßnahmen ▪ Vitalwerte ▪ E+A ▪ Medikation ▪ Wunddokumentation ▪ Pflegestandards ▪ Pflegeüberleitungsbogen

Anbieter Software Pflegedokumentation	Produkte / Klassifikation
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegemodellmanager und Folgeplanung ▪ Pflegemodelle: Krohwinkel, Roper, Juchli ▪ RAI, NANDA, Metzler, BRP
<p>ILPER-Elektronik GmbH & Co. KG Rothensteinerstraße 1 27 412 Tarmstedt Tel +49(0)4283980052 Fax +49(0)4283980053 E-Mail: Info@ilper.net Internet: www.ilper.net</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rufanlagen nach VDE 0834, Desorientierten-schutzsysteme, ▪ Funksysteme, Sonderrufgeräte, intelligenter Schallwächter
<p>iptelecom GmbH Compiliterstraße 6 A-1100 Wien Tel +43(0) 171.0 1 088-60 1 Fax +43(0) 17101088-701 E-Mail: hilschmann@iptelecom.at Internet: www.iptelecom.at</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schwesternrufsysteme ▪ TK-Systeme ▪ IP-Lichtrufsysteme, ▪ DECT-Systeme ▪ PNA-Systeme
<p>K+B E-Tech GmbH & Co. KG Barbaraweg 2 93413 Cham Tel +49(0)9971 393-0 Fax +49(0)9971 393-340 E-Mail: info@k-b.de Internet: www.k-b.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Telekommunikation, ▪ Brandmeldeanlagen, EDV Vernetzung, ▪ Gebührenausswertung, ▪ D-SLAM, Kassenautomat, ▪ DECT, PC, Server, Hot-Spot-Lösungen, TV, ▪ Multimedia, Alarmserver, Desorientiertensystem, Lichtrufsysteme, ▪ Chipkart Unified Communication, Zutrittskontrolle ▪ Zeiterfassung, Ortungssysteme ▪ Vernetzung, IT-Technik
<p>Löpertz Software GmbH & Co. KG Im Teelbruch 130 45219 Essen Tel +49(0)20549584-0 Fax +49(0)20549584-30 E-Mail: info@loepertz.de Internet: www.loepertz.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ IBAS - integrierte Behinderten- und Altenhilfe Software für Heimverwaltung, Pflegedokumentation, Personaleinsatzplanung, ▪ ambulante Dienste, Kinder- und Jugendheimverwaltung, ▪ Pflegedatenerfassung mit Touch-Systemen ▪ Mobile Pflegedokumentation, Rechnungswesen (Finanzbuchhaltung, Kostenrechnung, Anlagenbuchhaltung) ▪ Umfangreiche Stammdatenverwaltung ▪ Pflegeanamnese ▪ Pflegediagnosen ▪ Prophylaxen: D (Braden, Norton, Medley), S, Ernährungszustand ▪ Vitalwerte ▪ E+A ▪ Medikation ▪ Wunddokumentation ▪ Pflegestandards ▪ Pflegeüberleitungsbogen ▪ Sonstige Pflegemodelle: Krohwinkel, Roper, Juchli und andere

Anbieter Software Pflegedokumentation	Produkte / Klassifikation
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegemodellmanager ▪ Folgeplanung ▪ Sonstige ▪ Eigene Kataloge integrierbar
<p>Marabu EDV-Beratung und Service GmbH Bessemerstraße 82 12103 Berlin Tel.: +49 (0)30 / 30 09 25 - 0 Fax: +49 (0)30 / 30 09 25 - 25 E-Mail: sales@marabu-edv.de Internet: www.marabu-edv.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umfangreiche Stammdatenverwaltung ▪ Pflegeanamnese ▪ Pflegediagnosen ▪ Prophylaxen: D (Norton, Braden), S ▪ Verknüpfung vorhanden bei RAI und IHP ▪ Vitalwerte ▪ E+A ▪ Medikation ▪ Wunddokumentation ▪ Pflegestandards ▪ Pflegeüberleitungsbogen ▪ Pflegemodelle: Krohwinkel ▪ RAI, AEDL ▪ Eigene Kataloge integrierbar
<p>Mauser Einrichtungssysteme GmbH & Co. KG Kiesweg 2 37688 Beverungen Tel +49(0)527336780-10 Fax +49(0)527336780-68 E-Mail: info@mauser-care.de Internet: www.mauser-care.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegebetten, Vorwandpaneel, Nachttische, Schränke, ▪ Tische, Stühle, Polstermöbel, Biografiepaneel, sonstige Einrichtungen für das Bewohnerzimmer und den Gemeinschaftsbereich in stationären und vollstationären Einrichtungen sowie für den Pflegearbeitsplatz
<p>MCS Software und Systeme AG Im Kappelhof 1 65343 Eltville Telefon: +49(0)6123 6840-0 Telefax: +49(0)6123 6840-710 E-Mail: mcs@mcs-ag.com Internet: www.mcs-ag.com</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umfangreiche Stammdatenverwaltung ▪ Pflegeanamnese ▪ Pflegediagnosen ▪ Prophylaxen ▪ Verknüpfungen zwischen Assessment und Planung vorhanden je nach gewünschtem Pflegemodell bzw. Planungsvorgehen ▪ Vitalwerte ▪ E+A ▪ Medikation ▪ Wunddokumentation ▪ Pflegestandards ▪ Pflegeüberleitungsbogen ▪ Pflegemodelle: Juchli, epA (Hunstein) ▪ Pflegemodellmanager ▪ NANDA, NIC, NOC, ENP, epA ▪ Eigene Kataloge integrierbar
<p>MediFox GmbH Junkersstraße 1 31137 Hildesheim Telefon: 0 51 21. 28 29 1-0 Telefax: 0 51 21. 28 29 1-99 E-Mail: info@medifox.de Internet: www.medifox.de</p>	<p>MediFox ambulant live – Software für Pflegedienste</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ MediFox CarePad® ambulant ▪ MediFox CareMobile <p>MediFox stationär – Softwarelösung für stationäre Pflegeeinrichtungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ MediFox CarePad® stationär

Anbieter Software Pflegedokumentation	Produkte / Klassifikation
<p>Medimobil Imbusch Systemmö- bel GmbH Europaring 1 49624 Lönningen Tel +49(0)5432597753-0 Fax +49(0)5432597753-4 E-Mail: info@medimobil.com Internet: www.medimobil.com</p>	<p>Pflegewagen, Visitewagen, EDV-Wagen, Getränke und Servicewagen, Verbandswagen, MRE-Hygienewagen, Transportwagen und Zubehör für Wagensysteme</p>
<p>Meierhofer AG Werner-Eckert-Straße 12 81829 München Deutschland Tel. +49 89 - 44 23 16 - 0 Fax: +49 89 - 44 23 16 - 666 E-Mail: info@meierhofer.de Internet: www.meierhofer.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umfangreiche Stammdatenverwaltung ▪ Pflegeanamnese ▪ Pflegediagnosen ▪ Prophylaxen: D (Braden; Norton), P ▪ Verknüpfung zwischen Assessment und Planung vorhanden ▪ Vitalwerte ▪ E+A ▪ Medikation ▪ Wunddokumentation ▪ Pflegestandards ▪ Pflegeüberleitungsbogen ▪ Pflegemodelle: ATL, AEDL, Orem, Roper ▪ Pflegemodellmanager ▪ Folgeplanung ▪ NANDA, LEP, ICD (aktuelle Kataloge) und weitere, eigene Kataloge integrierbar (individuelle Kataloge können hinterlegt und auch selbständig geändert werden)
<p>merlin.zwo InfoDesign GmbH & Co.KG Karmelstraße 9 75378 Bad Liebenzell Tel.: 07052 / 933 666 Fax: 07052 / 933 670 E-Mail: info@merlin-zwo.de Internet: www.dispofix.com</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umfangreiche Stammdatenverwaltung ▪ Pflegeanamnese ▪ Pflegediagnosen ▪ Medikation ▪ Pflegestandards ▪ Pflegemodellmanager ▪ Folgeplanung ▪ Eigene Kataloge integrierbar
<p>MICOS Mikro Computer Systeme und Vertriebs- GmbH Mittelkamp 110-118 DE - 26125 Oldenburg Tel: 0441-3907-157 Fax: 0441-3907-175 E-Mail: info@vrg.de Internet: www.micos.de</p>	<p>MICOS Konzept Handlungsfelder</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fördern und betreuen ▪ Pflegen und betreuen <ul style="list-style-type: none"> ○ Kernprozess Informationssammlung ○ Die Pflegeplanung ○ Die Fachsprache der Pflegeexperten ○ Die tägliche Arbeit ○ Ambulante Pflege ▪ Leistungsabrechnung ▪ Rechnungswesen ▪ Personalabrechnung ▪ Personalmanagement ▪ Produktion und Dienstleistung, Materialwirtschaft ▪ Unternehmenssteuerung <p>▪ Umfangreiche Stammdatenverwaltung</p>

Anbieter Software Pflegedokumentation	Produkte / Klassifikation
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegeanamnese ▪ Pflegediagnosen ▪ Prophylaxen: D ▪ Vitalwerte ▪ E+A ▪ Medikation ▪ Wunddokumentation ▪ Pflegestandards ▪ Pflegeüberleitungsbogen ▪ Pflegemodelle: Krohwinkel, Juchli, Roper, MELBA, Metzler, Detmolder Lernwege Modell ▪ Pflegemodellmanager ▪ Folgeplanung ▪ ICD 10 ▪ Eigene Kataloge integrierbar
<p>Microcare Systemhaus GmbH Anhalter Straße 11 80809 München Tel +49(0)895404109-0 Fax +49(0)8954041 09-60 E-Mail: llfo@mcsch.de Internet: www.careoline.de</p>	<p>Software Rechnungsstellung, Dienstplan, Einsatzplanung, DfA, Pflegeplanung, Dokumentation, mobile Datenerfassung</p>
<p>MobilZeit GmbH Datenerfassungssysteme Taube Bünte 16 29308 Winsen-Aller Tel +49(0)514366559 -0 Fax +49(0)5143.66559-29 E-Mail: info@mobilzeit.de Internet: www.mobilzeit.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einsatzplanung mit GPS ▪ Fahrzeugortung und Datenübertragung, stationäre und mobile elektronische Daten- und Zeiterfassungssysteme mit GPRS. ▪ Einfache und preiswerte GPS Ortung, einfache Bedienung robuste Hardware, ▪ bundesweiter Einbau
<p>Multicom GmbH Auf dem Heidlande 5 22969 Witzhave Tel. 04104 / 6900-0 Fax. 04104/ 6900-44 E-Mail: vertrieb@multicomgmbh.de Internet: www.multicomgmbh.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ umfangreiche Stammdatenverwaltung ▪ Pflegeanamnese ▪ Pflegediagnosen ▪ Prophylaxen: D (Braden, Norton, Medley) ▪ Verknüpfung vorhanden (z. B. bei Orem: kombinierte Bearbeitung von Anamnese, Assessment und Pflegeplanung) ▪ Vitalwerte ▪ E+A ▪ Medikation ▪ Wunddokumentation ▪ Pflegestandards ▪ Sonstige Pflegemodelle: Krohwinkel, Juchli, Orem, Henderson im Entwicklungsstadium ▪ Pflegemodellmanager ▪ Folgeplanung ▪ Eigene Kategorie integrierbar: eigene Leistungskataloge, eigenes Textbausteinsystem mit logischen Verknüpfungen in der Pflegeplanung, inkl. Anleitungstextbausteine für Pflegestandards

Anbieter Software Pflegedokumentation	Produkte / Klassifikation
<p>NEXUS AG Auf der Steig 6 78052 Villingen-Schwenningen Tel. +49 (0)7721 / 8482-0 Fax. +49 (0)7721 / 8482-888 E-Mail: info@nexus-ag.de Internet: www.nexus-ag.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umfangreiche Stammdatenverwaltung ▪ Pflegeanamnese ▪ Pflegediagnosen ▪ Prophylaxen: D, P, K, S ▪ Verknüpfung zwischen Assessment und Planung vorhanden ▪ Vitalwerte ▪ E+A ▪ Medikation ▪ Wunddokumentation ▪ Pflegestandards ▪ Pflegeüberleitungsbogen ▪ Pflegemodelle: Krohwinkel, Esser, interne Modelle hinterlegbar ▪ Pflegemodellmanager ▪ Folgeplanung ▪ Eigene Kataloge integrierbar
<p>Nonna Anna Hennebergstraße 3 94036 Passau E-Mail: bianca.m@nonna-anna.com Internet: www.nonna-anna.com</p>	<p>Betreuungs- und Beschäftigungskonzept, Franchising, Biographiematerial, Non-Verbales Kommunikationsmaterial, Fortbildung</p>
<p>NOVAR GmbH a Honeywell Company Dieselstraße 2 41469 Neuss Tel +49(0)213717'600 Fax +49(0)2 13717,286 E-Mail: Info@ackermann-clino.de Internet: www.ackermann.clino.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rufanlagen, RFID-Systeme zur Überwachung von Geräten und Personen sowie zur Dokumentation und Prozessunterstützung ▪ Automatische sensorgesteuerte Rufeinheiten zur Vitalitätsüberwachung ▪ Multimedialösungen mit integriertem Abrechnungssystem
<p>opta data Gruppe Bamlerstraße 114 45141 Essen Tel +49(0)8006782328 Fax +49(0)201 32068640 E-Mail: service@optadata-gruppe.de Internet: www.optadata-gruppe.de</p>	<p>Abrechnung, Branchensoftware, Beratung, Qualitätsmanagement-Systeme, Marketing</p>
<p>Optiplan Gesellschaft für optische Planungsgeräte mbH Wacholderstraße 18-22 40489 Düsseldorf Tel +49(0)20374211-0 Fax +49(0)20374333 E-Mail: optiplan@optiplan.org Internet: www,optiplan.org</p>	<p>Dokumentationssysteme, Visiten-, Pflege- und Servicewagen, Sichtplanetten, Systemblätter, Formulare, Datenverarbeitung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Umfangreiche Stammdatenverwaltung ▪ Pflegeanamnese ▪ Prophylaxen: D, P, K, S, Sonstige ▪ Vitalwerte

Anbieter Software Pflegedokumentation	Produkte / Klassifikation
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ E+A ▪ Medikation ▪ Wunddokumentation ▪ Pflegeüberleitungsbogen ▪ Pflegemodelle: Krohwinkel ▪ Eigene Kataloge integrierbar
Pfle gemeister-Software Mario Krsnić Oberurseler Str.77 61476 Kronberg Tel: 06173 317 079 Fax: 06173 317 335 Internet: www.pflegeplanung-software.de	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegedokumentationssoftware Pflegemeister SQL
PFLEGE-ZEIT Dokumentationssysteme GmbH Eckernförder Chaussee 1 24214 Gettorf Tel +49(0)43463196-80 Fax +49(0)43463 196-84 E-Mail: mfo@pflege-zeit.de Internet: www.pflege-zeit.de	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schnelldokumentation für die ambulante und stationäre Alten pflege und für die Tagespflege ▪ Materialien zur Pflegedokumentation ▪ Fachbücher, Beratung
PROCEDO STOCKER GmbH Johannes-Boos-Platz 5 85391 Allershausen Tel +49(0)8166.6792 -0 Fax +49(0)8166.8440 E-Mail: zentrale@pro-stocker.de Internet: www.pro-stocker.de	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegedokumentationssysteme ▪ Medikamentenverteilssysteme ▪ Tafelsysteme ▪ Hinweisschilder ▪ Menü-Card-System, (Speisanforderungssystem) ▪ Visite-/Pflege-/Laptopwagen
PQM onLine GmbH Neulouisendorfer Straße 77 47546 Kalkar Telefon: 02824 / 921281 Fax: 02824 / 921282 Mail: info@pqm-online.de Internet: www.pqm-online.de	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umfangreiche Stammdatenverwaltung ▪ Pflegeanamnese ▪ Pflegediagnosen ▪ Prophylaxen: D (Braden, Norton), P, K, S, Soor ▪ Vitalwerte ▪ E+A ▪ Medikation ▪ Wunddokumentation ▪ Pflegestandards ▪ Pflegeüberleitungsbogen ▪ Pflegemodelle: alle Modelle sind möglich und werden nach Vorgabe eingebaut ▪ Pflegemodellmanager und alle gängigen Modelle ▪ NANDA, RAI ▪ Eigene Kataloge integrierbar
RECOM GmbH + Co.KG Gartenstraße 9 D-34125 Kassel Telefon: 0561 87 08 97-0 Service: 0700 2005555 Telefax: 0561 87 08 97-18	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umfangreiche Stammdatenverwaltung ▪ Pflegeanamnese ▪ Pflegediagnosen ▪ Prophylaxen ▪ Verknüpfung zwischen Assessment und Planung vorhanden

Anbieter Software Pflegedokumentation	Produkte / Klassifikation
E-Mail: info@recom.eu Internet: www.recom.eu	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vitalwerte ▪ E+A ▪ Medikation ▪ Wunddokumentation ▪ Pflegestandards ▪ Pflegeüberleitungsbogen ▪ Pflegemodelle: Krohwinkel, Juchli, Roper, Orem, Henderson, ENP-Struktur ▪ Pflegemodellmanager ▪ Folgeplanung ▪ ENP, NANDA, ICNP ▪ Eigene Kataloge integrierbar
REWE Foodservice GmbH & Co. Wilhelm-Theodor-Römheld- Straße 18 55130 Mainz Tel +49(0)800 1007678 E-Mail: kontakt@rewe-foodservice.de Internet: www.rewe-foodservice.de	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Komplettberatungen, Projektierung und Dienstleistungen zur Umsetzung der Speiseversorgung sowie der Erfüllung der Qualitätskriterien des MdK. ▪ Softwarelösungen, Speiseplanung, ▪ Nährstoffberechnung, Sonderkostformen, ▪ bedarfsgerechte Ernährungslösungen, Belieferung mit Lebensmitteln, Wohngruppenkonzepte
akquinet ristec GmbH Bahnhofstraße 24a 35418 Buseck Tel: +49 [0] 6408 - 969 72 - 0 Fax: +49 [0] 6408 - 969 72 - 22 E-Mail: info@ristec.de Internet: www.ristec.de	<ul style="list-style-type: none"> ▪ umfangreiche Stammdatenverwaltung ▪ Pflegeanamnese ▪ Pflegediagnosen ▪ Prophylaxen: D (Braden, Norton, Waterlow), S, eigene Skalen möglich ▪ Verknüpfung zwischen Assessment und Planung vorhanden ▪ Vitalwerte ▪ E+A ▪ Medikation ▪ Wunddokumentation ▪ Pflegestandards ▪ Pflegeüberleitungsbogen ▪ Pflegemodelle: Krohwinkel, Juchli, Roper, Orem, eigene Varianten möglich ▪ Pflegemodellmanager ▪ Folgeplanung ▪ NANDA ▪ Eigene Kategorie integrierbar
S2-Engineering GmbH Im Stadtgut A1 A-4407 Steyr-Gleink Tel.: +43 7252 2208-0 Fax: +43 7252 2208-14 E-Mail: office@s2-engineering.com Internet: www.s2-engineering.com	Health Division <ul style="list-style-type: none"> ▪ PMDS (Pflegeplanungs- und Dokumentationssysteme für geriatrische Pflege) ▪ Cardiac (Statistikbasierte Qualitätssicherung in der Herzchirurgie) ▪ QS2-Vascular (Statistikbasierte Qualitätssicherung in der Gefäßchirurgie) ▪ QTH (Statistikbasierte Qualitätssicherung in der Thoraxchirurgie) S2 Finance Division

Anbieter Software Pflegedokumentation	Produkte / Klassifikation
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ITS Cont 4.0 - Das Verwaltungsprogramm für Makler, Finanzdienstleister, Banken und Versicherungen ▪ ITS Safe - Das Web-Portal zum ITS Cont 4.0 für große Finanzdienstleister ▪ MidaS2 FR - Webbasierte, finanzmathematische Rechner zum Einbinden auf Ihrer Webseite
<p>Sinfonie GmbH & Co. KG Neuendorfstraße 23 b 16761 Hennigsdorf Tel +49(0)330249899-0 Fax +49(0)330249899-99 E-Mail: info@sinfonie.de Internet: www.sinfonie.de</p>	<p>Sinfonie - Software: Dokumentation, Planung, Verwaltung, Abrechnung, Controlling, Dienstplan für Altenpflege, Bereiche der sozialen Arbeit</p>
<p>Standard Systeme GmbH Großmooring 7 21079 Hamburg Tel +49(0)40.767319-0 Fax +49(0)40.767319-60 E-Mail: in-fo@standardsysteme.de Internet: www.standardsysteme.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Softwarelösungen für Pflegedokumentation, Heimverwaltung und Dienstplanung, Mappen und Formulare ▪ Visitenwagen, Wäschetransportgeräte, Wäschesammelgeräte, ▪ Pflege- und Organisationswagen, Pflegeorganisation
<p>swing GmbH Gesellschaft für EDV-Systemlösungen mbH Schnewlinstraße 5 79098 Freiburg Tel +49(0)761.29289-0 Fax +49(0)76129289-30 E-Mail: kontakt@swing.info Internet: www.swing.info</p>	<p>Software-Lösungen für ambulante sowie stationäre Pflegeeinrichtungen und Hausnotruf-Dienste</p>
<p>TDK GmbH Achtershäuser Straße 40 99310 Arnstadt Tel +49(0)3628619 10 Fax +49(0)3628619161 E-Mail: rn@tdk-gmbh.de Internet: www.tdk-gmbh.de</p>	<p>Lichtruf-Systeme, TK-Systeme, Video-Systeme</p>
<p>THS-Software GmbH Bäckerstraße 17 70437 Stuttgart Tel +49(0)711.987941-0 Fax +49(0)711987941-50 E-Mail: info@ths-software.de Internet: www.ths-software.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Branchensoftware (Pflege) ▪ Heim-, Pflege- und Verwaltungssoftware ▪ Software zur Dienstplanerstellung ▪ Umfangreiche Stammdatenverwaltung ▪ Pflegeanamnese ▪ Pflegediagnosen ▪ Prophylaxen: D, P, K, S, Sonstige ▪ Verknüpfung zwischen Assessment und Planung vorhanden

Anbieter Software Pflegedokumentation	Produkte / Klassifikation
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vitalwerte ▪ E+A ▪ Medikation ▪ Wunddokumentation ▪ Pflegestandards ▪ Pflegeüberleitungsbogen ▪ Pflegemodelle: Krohwinkel, Juchli, Roper, Orem, Henderson, Gordon ▪ Pflegemodellmanager ▪ Folgeplanung ▪ ENP, LEP ▪ Eigene Kataloge integrierbar
<p>VEGA Software GmbH IT&Dienstleistungen für soziale Einrichtungen Charlottenburger Allee 41 52068 Aachen Tel: 0241 9108 400 Fax: +49 (0)241 9108 403 E-Mail: marketing@vega-online.de Internet: www.vega-online.de</p>	<p>VEGA V.I.P – Management Software für Soziale Einrichtungen (<i>Altenhilfe, Behindertenhilfe, Jugendhilfe, Ambulante Dienste, Mobile Pflegeerfassung, Dienstplanung, Archivierung, Bereich Verpflegungsmanagement</i>)</p> <p>Altenhilfe</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verwaltungsmanagement ▪ PSE-Pflegestufenexperte ▪ Pflegemanagement ▪ Mobile Pflegeerfassung ▪ Dienstplanung ▪ Archivierung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Umfangreiche Stammdatenverwaltung ▪ Pflegeanamnese ▪ Pflegediagnosen ▪ Prophylaxen: D (Braden, Norton), P, K, S, Schmerz, Barthel-Index, MNA ▪ Verknüpfung zwischen Assessment und Planung vorhanden ▪ Vitalwerte ▪ E+A ▪ Medikation ▪ Wunddokumentation ▪ Pflegestandards ▪ Pflegeüberleitungsbogen ▪ Archivierung ▪ Pflegemodelle: Krohwinkel, Juchli, Orem u. a. ▪ Pflegemodellmanager ▪ Folgeplanung ▪ Evaluation ▪ Beliebige Klassifikationssysteme ▪ Eigene Kataloge integrierbar
<p>v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel Königsweg 1 33617 Bielefeld Tel.: 0521/144-3512 Fax: 0521/144-5214</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umfangreiche Stammdatenverwaltung ▪ Pflegeanamnese ▪ Pflegediagnosen ▪ Prophylaxen: D (Norton, Braden), S, MNA ▪ Verknüpfung zwischen Assessment und Planung vorhanden (individuelle Planungen vorrangig, daher

Anbieter Software Pflegedokumentation	Produkte / Klassifikation
E-Mail: presse@bethel.de Internet: www.bethel.de	nur Hinweisfunktion, keine automatische Planungs- anpassung) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vitalwerte ▪ E+A ▪ Medikation ▪ Wunddokumentation ▪ Pflegestandards ▪ Pflegemodelle: Krohwinkel, Esser und einrichtungsin- terne Modelle ▪ Pflegemodellmanager ▪ Folgeplanung ▪ Durchführungsnachweis ▪ Klassifikation individuell implementierbar ▪ Eigene Kataloge integrierbar
VEMA Systemhaus & Handels GmbH Hultschiner Damm 209A 12623 Berlin Tel.: 030/56 59 95 0 Fax.: 030/56 59 95 55 E-Mail: info@vema-berlin.de Internet: www.vema-berlin.de	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umfangreiche Stammdatenverwaltung ▪ Pflegeanamnese ▪ Pflegediagnose ▪ Prophylaxen: D, P, K, S, Sonstige ▪ Vitalwerte ▪ E+A ▪ Medikation ▪ Wunddokumentation ▪ Pflegestandards ▪ Pflegeüberleitungsbogen ▪ Pflegemodelle: frei definierbar ▪ Pflegemodellmanager ▪ Folgeplanung ▪ ENP ▪ Eigene Kataloge integrierbar
Winkel GmbH Rufleitsysteme Buckesfelder Straße 11 58509 Lüdenscheid Tel +49(0)2351 .92966-0 Fax +49(0)235 1.92966-20 E-Mail: info@winkel-gmbh.de Internet: www.winkel-gmbh.de	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lichtrufanlage, Schwesternrufanlage, Klingelanlage, Alarm-/ Überwachungssysteme, ▪ Personenrufanlage, Ruf-Leitsystem, ▪ Desorientiertensystem, Weglaufschutz, Pflegedoku- mentation direkt im Bewohnerzimmer mittels der Rufanlage-/dokusystem
Zapf Systemhaus GmbH Am Patentbusch 5 26125 Oldenburg Tel.: 04 41 / 93589 - 0 Fax: 04 41 / 93589 - 20 E-Mail: info@zapf-systemhaus.de Internet: www.zapf-systemhaus.de	Komda® Software – IT Lösungen für den Mittelstand <ul style="list-style-type: none"> ➤ Komda Stationär <ul style="list-style-type: none"> ▪ Heimverwaltung ▪ Pflegedokumentation ▪ Pflegeplanung Dienstplan ➤ Komda Ambulant <ul style="list-style-type: none"> ▪ Häusliche Pflege ▪ Mobile Erfassung ▪ Pflegeplanung ▪ Dienstplan ➤ Komda Kaufmännisch <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rechnungswesen ▪ Warenwirtschaft ▪ Personal ➤ Komda Network <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hardware

Anbieter Software Pflegedokumentation	Produkte / Klassifikation
	▪ Hosting