



Ulrike Döring
Vorsitzende Ev. Fach- und Berufsverband für Pflege und Gesundheit e.V. (EFAKS) und Arbeitsgemeinschaft christlicher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen e.V. (ADS)

Editorial

Ausbildungsqualität geht uns alle an

Voller Spannung erwarten wir den Referentenentwurf für das Gesetz zur Generalistischen Pflegeausbildung. Es ist egal, ob wir in den verschiedenen Handlungsfeldern der Pflege damit nun Hoffnungen oder Sorgen bezüglich der Praxis-Tauglichkeit einer solchen Ausbildung verbinden: Für die Qualität der Praxis-Ausbildung ist vor allem die Praxis verantwortlich – Kliniken, ambulante Dienste und stationäre Pflegeeinrichtungen gleichermaßen.

Die Gesetzgebung hat finanzielle Grundlagen für Qualifizierung und Zeitressourcen für die Praxisanleitung sicherzustellen. An den Verantwortlichen und den Pflegenden vor Ort liegt es, was daraus wird. Die Auszubildenden müssen sich darauf verlassen können, dass sie als Lernende mit ihren vielen Fragen willkommen sind und nicht als Last oder Lückenfüller im Dienstplan gesehen werden.

Liebe Kolleginnen und Kollegen in der Praxis, siedelt die Ausbildung in den Bereichen an, wo Pflegende arbeiten, denen die Ausbildung ein Anliegen ist und die ihr Wissen und ihre Erfahrungen gern weitergeben. An Kollegen, die offen dafür sind, ihrerseits vom neuen Theorie-Wissen der Auszubildenden zu lernen und die durch ihr Vorbild Mut machen, mit Neugier und Wissensdurst den eigenen Weg in der Pflege zu finden.

Ausbildung darf nicht als zusätzliche Last gesehen werden, sondern muss uns eine ehrenwerte Aufgabe sein.

Ulrike Döring
Mitglied des Deutschen Pflegerats (DPR)



In Kooperation mit

Heilberufe
Das Pflegemagazin

IM FOCUS

Pflegende mit Bachelor-Abschluss in die Klientenversorgung

Im Zuge der Umsetzung des Bologna-Prozesses haben sich zahlreiche Pflegestudiengänge etabliert, die Pflegeausbildung und -studium integrieren oder kombinieren und dabei sowohl einen Berufsabschluss nach den Ausbildungsgeetzen der Pflegeberufe als auch einen berufsbezogenen Bachelor-Abschluss ermöglichen.

Es wird in der politischen Arbeit zunehmend wichtig zu klären, welche beruflichen Perspektiven Absolventen dieser Studiengänge haben. Hierbei handelt es sich um ein anderes Qualifikationsziel als in den Studiengängen für Pflegemanagement, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft. Durch die seit zehn Jahren bestehenden Bildungswege auf Bachelor-Niveau an Hochschulen entstehen erweiterte Kompetenzprofile, die es in die bestehenden Strukturen der direkten Klientenversorgung zu integrieren gilt (vgl. Hülsen-Giesler/Korporal 2013; Wissenschaftsrat 2012; Stöcker/Reinhart 2012).

Der Deutsche Pflegerat (DPR) und die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) haben deshalb beschlossen, Empfehlungen zu formulieren, wie in der Verantwortung von Unternehmensleitungen zügig geeignete Transferstrukturen auf der betrieblichen Ebene implementiert werden können, um die Umsetzung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in die pflegerische Handlungspraxis auf der Betriebsebene voranzutreiben und damit die Qualität der Versorgungsprozesse im Interesse der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen zu verbessern. Das gemeinsame Positionspapier vom DPR und der DGP zu Arbeitsfeldern akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen finden Sie auf der Homepage des DPR.

www.deutscher-pflegerat.de



Akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen in der Praxis

Welchen Qualifikationsmix braucht die Pflegepraxis?

Mit dem Bologna-Prozess erfolgte auch in Deutschland eine Reformierung der Pflegeausbildung. Zunehmend entstehen duale Bachelorstudiengänge und die ersten akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen stehen dem Arbeitsmarkt bereits zur Verfügung. Für die Universitätskliniken muss die Frage beantwortet werden, wie die Integration dieser neuen AbsolventInnen in die Praxis gestaltet werden soll.

Welche neuen Aufgabenfelder können akademisch gebildete Pflegefachpersonen übernehmen und wie können die Aufgaben in einem Qualifikationsmix neu geordnet werden? Welche wirtschaftlichen Auswirkungen sind dadurch zu erwarten? Im Auftrag der PflegedirektorInnen der Universitätskliniken NRW wurde dazu eine Empfehlung erarbeitet. Die Erweiterung und Neuordnung pflegerischer Tätigkeitsprofile wurde modellhaft anhand von einem Fallbeispiel eines Patienten mit akutem Herzinfarkt dargestellt. Dabei schließen die Tätigkeiten der BachelorabsolventInnen die Tätigkeiten der 3-jährig und unter 3-jährig Ausgebilde-

ten mit ein (Tab. 1). Methodisch wird der Pflegekernprozess entlang des Behandlungspfads herangezogen und zur Beschreibung der Qualifikationsprofile die Systematik des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) genutzt.

Theorie und Praxis verbinden

Das Potential der akademisch gebildeten Pflegefachpersonen kann in unterschiedlichen Bereichen zur Anwendung kommen und wesentlich zur Weiterentwicklung der Pflegepraxis beitragen. Beispiele in Bezug auf die direkte Patientenversorgung sind die eigenständige Betreuung von Patienten mit kritischer Fallkonstellation inklusive Nachsorge, die Fallanalyse und -steuerung, Gespräche zur Krisenintervention sowie Schulung und Beratung von Patienten in schwierigen Situationen. Organisationsbezogen sind vor allem konzeptionelle Aufgaben mit Berücksichtigung der Evidenzbasierung zu nennen: Auswahl von Assessmentinstrumenten, systematische Umsetzung von Nationalen Expertenstandards sowie anderer Leitlinien, Erstellen von Statistiken, Bewertung und Aktualisierung von pflegerischen Konzepten und die Evaluation von Prozessen. Akademisch Ausgebildete können ein wichtiges Bindeglied zwischen Theorie und Praxis werden, indem sie neue Erkenntnisse an die KollegInnen weitergeben, z. B. mittels kollegialer Beratung oder Schulungen.

Der Einsatz akademisch gebildeter Pflegefachpersonen muss sich an der Komplexität und der Dynamik der Behandlungssituation des Patienten ausrichten.

Je komplexer und unvorhersehbarer die Behandlungssituationen sind, desto größer ist der Bedarf an akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen. Bei einer hohen Standardisierung der Abläufe hingegen ist die Möglichkeit der Delegation von pflegerischen Aufgaben an unter dreijährig Ausgebildete eher gegeben.

Ökonomische Auswirkungen

Mit der Zuordnung von Qualifikationsprofilen zu beruflichen Aufgaben haben die AutorInnen zwei alternative Versionen des Qualifikationsmixes näher beleuchtet. In Version A werden die BachelorabsolventInnen in den Dienstplan integriert und gleichzeitig die Anzahl dreijährig Ausgebildeter reduziert. Der Ausgleich erfolgt durch Pflege- und Teamassistenten, so dass Kostenneutralität ermöglicht wird. In Version B hingegen werden die BachelorabsolventInnen zusätzlich eingesetzt, sodass sie erweiterte Aufgaben übernehmen können. Die Anzahl der dreijährig Ausgebildeten wird nur leicht reduziert und durch Pflege- und Teamassistenten ergänzt. Insgesamt kommt es hierbei zu einer deutlichen Personalkostensteigerung. Diese Version verspricht eine deutliche Verbesserung der Patientenoutcomes durch eine klare Ausrichtung auf den Pflegekernprozess. Aus der ökonomischen Perspektive werden u. a. Verweildauerverkürzung, Reduzierung des Drehtüreffektes und gezielter Ressourceneinsatz zu einer besseren Verteilung knapper Ressourcen führen.

Zur Überprüfung der Praktikabilität des hier vorgestellten Modells der Erwei-



TAB. 1 DIFFERENZIERTE AUFGABEN BEI DER BETREUUNG EINES HERZINFARKT-PATIENTEN

Pflegeintervention	Bachelor (DQR 6)	3-jährig	< 3-jährig (DQR 3)
Erstgespräch	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Spezifische Auswahl der Assessmentinstrumente ▶ Fallsteuerung 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aufnahme ▶ Erstgespräch ▶ Pflegeplanung 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Information nach Vorgaben erheben (z. B. Speisewünsche erfragen)
Schmerzmanagement	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Einführung evidenzbasierter, interprofessioneller Standards und ggf. Anpassung an die Abteilung ▶ Evaluation der Umsetzung der Standards (z. B. Schmerzstatistik) ▶ Beratung und Schulung des Personals ▶ Betreuung von Patienten mit nicht regelhaftem Schmerzverlauf ▶ Konzept für Patientenedukation erarbeiten 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Erfassen der Schmerzintensität <ul style="list-style-type: none"> – initial – bei Komplikationen – wenn Schmerzsituation nicht kontrolliert ist ▶ Medikamentengabe ▶ Beobachtung von Wirkungen und Nebenwirkungen ▶ Patientenedukation 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Erfassen der Schmerzintensität im Verlauf, aber nicht <ul style="list-style-type: none"> – initial – bei Komplikationen – wenn Schmerzsituation nicht kontrolliert ist
Stabilisierung des Kreislaufs		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Vitalzeichenkontrolle ▶ Medikamentengabe ▶ Beobachtung von Wirkungen und Nebenwirkungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Vitalzeichenkontrolle
Interaktion zur Krankheitsbewältigung, Reduktion von Angst, Stress	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Gespräche und Interventionen in Krisen und schwierigen Situationen ▶ Fallanalyse ▶ Kollegiale Beratung 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Gesprächsangebote im Kontext gesundheitlicher Einschränkungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Alltagsgespräche
Patientenschulung und -beratung zum Umgang mit der Erkrankung	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Konzept für Patientenschulung erarbeiten und anwenden (z. B. bei Herzinfarkt, Hypertonie, Übergewicht, Diabetes, Stressreduktion) ▶ Evaluation der Wirkungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Patientenschulung und beratung anhand bestehender Konzepte ausführen 	
Überleitung in die ambulante Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Struktur des Überleitungsberichts festlegen und mit den Beteiligten abstimmen ▶ Festlegen der Risikoindikatoren für kritische Fallkonstellation ▶ Eigenständige Betreuung von Patienten mit kritischer Fallkonstellation in der Nachsorge (u. a. Telefonkontakt, Sprechstunde) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Überleitungsbericht verfassen ▶ Identifikation von Patienten mit kritischer Fallkonstellation 	

terung pflegerischer Aufgaben und eines neuen Qualifikationsmixes empfiehlt sich die Umsetzung im Rahmen einer Modellstation. Sie sollte durch pflegewissenschaftliche Forschung begleitet werden, um Bedarfslagen systematisch zu analysieren und die Wirksamkeit von Interventionen zu evaluieren. Ein Schwerpunkt wird die Akzeptanz der neuen Berufsanfänger/innen sein. Im Rahmen der Personalentwicklung empfiehlt die AG ein Traineeprogramm, das sie auf ihre Aufgaben vorbereitet. Weiterhin müssen Bildungsangebote für langjährig berufserfahrene Pflegefachpersonen ohne akademische Ausbildung entwickelt werden, um eine entsprechende Nachqualifizie-

rung zu ermöglichen. Der Einsatz akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen wird außerdem zu einer Überprüfung des Vergütungsgefüges führen. Die Tarifparteien sind aufgefordert, schnelle Lösungen zu vereinbaren.

Matthias Grünewald, Thomas Christian Hild, Robert Jeske, Silke Langer, Sascha Moullion, Ansgar Rausch, Stefan Reimers, Dr. Barbara Strohbücker

thild@ukaachen.de

Die Langfassung finden Sie unter:
www.vpu-online.de/de/pdf/presse/2014-04-10_skillmix_abschlussbericht_final5.pdf

PREISVERLEIHUNG

Deutscher Pflegerat lobt IT-Innovationspreis aus

Bereits zum zweiten Mal lobt der Deutsche Pflegerat (DPR) den „IT-Innovationspreis für Bildungseinrichtungen im Gesundheitswesen“ aus.

Gesucht werden Projekte, die die Möglichkeiten und Chancen aktueller Informationstechnologien in der Bildung und Pflege ausloten. Das können beispielsweise Lernplattformen oder virtuelle Klassenzimmer für Auszubildende in der Pflege sein. Oder Technologien, die über Schnittstellen zu Smartphones oder Tablet-PCs eine zeitgerechte Form der Informationsbeschaffung bieten. Ziel ist es, bestehende Ideen bekannter zu machen, damit auch andere Einrichtungen davon profitieren können.

Kooperationspartner des „IT-Innovationspreis für Bildungseinrichtungen im Gesundheitswesen“ ist die Easysoft GmbH aus dem schwäbischen St. Johann, die auch den ersten Preis in Höhe von 10.000 Euro stiftet. Bildungseinrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen können sich unter www.easysoft.info/innovationspreis noch bis zum 31. Dezember 2014 bewerben. Die Preisvergabe findet auf dem Deutschen Pflegetag im März 2015 statt.

www.deutscher-pflegerat.de

Impressum

Herausgeber: Deutscher Pflegerat (DPR) Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen

Inhalt: Claudia Dachs (verantwortlich)
Alt-Moabit 91, 10559 Berlin
(„Haus der Gesundheitsberufe“)
Tel.: 030 398 77 303; Fax 030 398 77 304
www.deutscher-pflegerat.de

„PflegePositionen“ – Der offizielle Newsletter des DPR erscheint in Kooperation mit HEILBERUFE – Das Pflegemagazin.

Verlag: Springer Medizin | Urban & Vogel GmbH
Aschauer Str. 30, 81549 München
Tel.: 089 203043-1300, Fax: 089 203043-1370

Leitung Zeitschriften Redaktion: Markus Seidl

Chefredakteurin: Katja Kupfer-Geißler
Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin
Tel.: 030 82787 5500, Fax: 030 82787 5505
heilberufe.de, springerfachmedien-medizin.de

Bundestagsdebatte

Assistierter Suizid: Keine Lösung fürs Leben

Bundestagsabgeordnete debattieren über gesetzliche Regelungen zum assistierten Suizid. Ziel ist die Schaffung von Rechtssicherheit, da in Deutschland zwar die Tötung auf Verlangen verboten ist, für die Hilfe bei der Selbsttötung aber keine gesetzliche Regelung besteht.

Diskutiert wird ein striktes Verbot für die Beihilfe beim Suizid und die Legalisierung gemeinnütziger Sterbehilfeorganisationen. Weitgehend auf Ablehnung stößt die kommerzielle Sterbehilfe. Breite Beachtung findet der Gesetzesvorschlag von Urban Wiesing, Uni Tübingen, Gian Domenico Borasio (Uni Lausanne), dem Ethiker Ralf Jox (LMU München) und dem Juristen und Stellvertretenden Vorsitzenden des Deutschen Ethikrats Jochen Taupitz. Sie sprechen sich dafür aus, die Assistenz bei der Selbsttötung grundsätzlich zu verbieten, jedoch Ausnahmen zuzulassen. So soll nahen Angehörigen und Ärzten unter bestimmten Kriterien die Assistenz beim Suizid erlaubt sein. Der Gesetzesvorschlag enthält auch Maßnahmen zur Förderung der Palliativmedizin.

Beim Sterben begleiten

Als beruflich Pflegende sind wir häufig mit dem Todeswunsch von Patienten oder Pflegebedürftigen konfrontiert. Beruflich Pflegende gehören wie Psychologen oder Seelsorger nicht zum Kreis derjenigen, denen die Assistenz beim Suizid zugemutet wird. So müssen Pflegende uneingeschränkt alternative Lösungen für das Leben suchen. Auch für das Leben, das auf den Tod zugeht.

Es gehört zum Selbstverständnis der beruflichen Pflege, dass sie sich um die körperlichen, seelischen und sozialen Voraussetzungen für Gesundheit kümmert. Sie ermöglicht dem Patienten Kranksein als ein zum Leben gehöriger Zustand und sie begleitet Menschen im Sterben. Beruf-

lich Pflegende können damit ein starkes Gegengewicht zu denjenigen sein, die per Gesetz für die Assistenz des Suizids autorisiert werden. Ein Gegengewicht, das besonders gebraucht wird, wenn Machbarkeitsvorstellungen, Routine, unkritische Gewissensentscheide die Praxis der Sterbebegleitung bestimmen.

Keine Assistenz bei Selbsttötung

Es obliegt keinem Pflegeverband, Gewissensentscheide von Patienten oder Pflegenden zu bewerten. Ob es ein Recht auf die Selbsttötung gibt, wird immer vom Einzelnen entschieden, der sich dieses Recht nimmt. Eine Entscheidung mit sozialen Folgen. Trauer oder das Gefühl versagt zu haben bei Angehörigen und Freunden, zweifelhaft positive Konnotationen wie eine Entlastung der Sozialkassen oder die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, aber auch Zuspruch, Bestätigung bis hin zur Nachahmung.

Ethische Debatten halten das Bewusstsein wach. Es ist Gefahr im Verzug, wenn wir die Assistenz bei der Selbsttötung als normal empfinden. Sie bereitet die Normalität der Tötung auf Verlangen vor. Die Zahl dieser Fälle steigt in den Niederlanden und in Belgien. Eine uneingeschränkt gute Antwort auf Fragen der Autonomie, des Lebenssinns, der Lebensqualität und des selbstbestimmten Lebensendes ist gute Pflege.

Rolf Heine

Verband für Anthroposophische Pflege e.V.