

1 Chronische Erkrankungen und Patientenedukation

Irene Müller, Matthias Mertin

Das Ziel des ersten Kapitels ist es, einerseits die Bedeutung der wachsenden Anzahl chronisch kranker Menschen und die daraus resultierenden Auswirkungen auf ihr alltägliches Leben darzustellen und andererseits Möglichkeiten aufzuzeigen, die den betroffenen Menschen ein Leben mit ihrer chronischen Erkrankung mit einer möglichst hohen Lebensqualität ermöglichen sollen. Dazu werden vorerst die gesetzlichen Rahmenbedingungen und die erweiterten Kompetenzen von akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen im Rahmen von Patientenedukation beschrieben sowie auf Konzepte, Strategien und übergeordnete Ziele der Patientenedukation eingegangen. Die gesellschaftlichen Entwicklungen der vergangenen Jahrzehnte haben unter anderem dazu geführt, dass Patientinnen und Patienten an ihren gesundheitsbezogenen Entscheidungen partizipieren wollen und ihre Präferenzen berücksichtigt werden. Das Leben mit einer chronischen Erkrankung bedeutet unter anderem, Symptome richtig einzuschätzen und daraus resultierende Probleme zu lösen. Das Leben mit einer chronischen Erkrankung zieht unter anderem auch die korrekte Einnahme bzw. Applikation von Medikamenten nach sich und ist somit mit adhärentem Verhalten verbunden. Schließlich sind diese Menschen mit grundlegenden Veränderungen in ihrem Selbstpflegeverhalten konfrontiert.



1.1 Praxisbeispiel

Der Pflegestudierende Adam N.¹ befindet sich im 6. Semester seines dualen Pflegestudiums und ist aktuell auf einer internistischen Station eingesetzt. In den vergangenen Tagen hat er u. a. Frau Beier betreut, eine 57-jährige Diabetikerin, die in den vergangenen Jahren mehrmals wegen aufgetretener Hypoglykämien stationär behandelt wurde. Frau Beier hat ihm in einem Gespräch verraten, dass sie sich gern mit Freundinnen zum Kartenspielen trifft und dabei auch mal ein Glas Wein und Eierlikör trinkt. Und ein Stück Kuchen gäbe es da auch häufiger. Während einer



1 Alle im Buch erwähnten Namen sind fiktiv und haben keinen Bezug zu realen Personen.

Dienstübergabe spricht Adam an, dass er von Frau Beier gehört habe, dass ihr Zielblutzucker bei ungefähr 110 mg/dl liegen soll. Im Rahmen seines Studiums habe er jedoch gelernt, dass nach aktuellen Erkenntnissen zu niedrige Blutzuckerzielgrenzen die Gefahr von Hypoglykämien erhöhen. Seiner Meinung nach müsse die Patientin im Hinblick auf das Blutzuckermanagement beraten werden. Daraufhin meldet sich eine Kollegin zu Wort und weist Adam Nowak darauf hin, dass für die Beratung der Diabetes-Patienten die Stationsärztin zuständig sei.

Als er wieder in einer Theorie-Phase in der Hochschule ist, spricht er dies bei seinen Mitstudierenden an, da er selbst bisher der Meinung war, dass Patientenedukation ein wichtiger Teil der professionellen Pflege sei. Unter seinen Mitstudierenden sehen das jedoch nicht alle so. Einige meinen, dass kleinere Beratungstätigkeiten durchaus von Fachpflegepersonen übernommen werden könnten, aber so etwas wie Patientenschulungen sei dann doch eher die Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten.

1.2 Edukative Interventionen

Erhöhter Bedarf an
edukativen
Unterstützungsmaß-
nahmen

Edukative Aktivitäten und Interventionen gelten schon seit längerer Zeit als zentrale Bestandteile einer professionellen Pflegepraxis. Bereits mit der Einführung des Krankenpflegegesetzes im Jahr 2003 wurden neue Anforderungen an die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege formuliert, in denen der Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten ein besonderer Stellenwert zukam (Hummel-Gaatz & Doll 2007). Mit der Einführung des Pflegeberufereformgesetzes im Jahr 2017 wurden edukative Aufgaben von Pflegefachpersonen noch einmal deutlich betont. Der Grund hierfür liegt auch darin, dass im gesamten nationalen Gesundheitswesen ein erhöhter Bedarf an edukativen Unterstützungsmaßnahmen zu verzeichnen ist (Sunder & Segmüller 2017). Dies ist einerseits durch gesundheitspolitisch initiierte, aber auch durch demographisch-epidemiologische Veränderungen bedingt, wofür eine Reihe von Ursachen verantwortlich ist:

Anstieg chronischer
Erkrankungen

- Als ein Hauptgrund dafür gilt, dass sich die gesundheitliche Problemlage der Bevölkerung durch einen Anstieg chronischer Erkrankungen verändert hat, wobei nicht nur insgesamt eine Zunahme chronischer Erkrankungen zu verzeichnen ist, sondern auch eine Verlängerung der jeweiligen Verlaufsduer (Schaeffer & Schmidt-Kaehler 2012). Aufgrund der demographischen Alterung nimmt der Anteil jüngerer Menschen in der Gesellschaft ab, während die Anzahl der älteren Menschen steigt. Aktuelle Prognosen des Statistischen Bundesamtes sagen einen Anstieg des Anteils der Bevölkerung im Alter von ≥ 60 Jahren von 2013 bis 2030 von 27 % auf 35 % voraus (Robert Koch-Institut 2015). Aufgrund der demographischen Alterung steigt auch die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von chroni-

schen Krankheiten und Beeinträchtigungen (Schaeffer & Schmidt-Kaehler 2012). Der Versorgungsbedarf von Menschen mit chronischen Erkrankungen unterscheidet sich dabei wesentlich von dem Versorgungsbedarf akut erkrankter Menschen. Während bei Akutkrankheiten die Heilung im Vordergrund steht, ist es das Hauptziel bei chronischen Erkrankungen, das Fortschreiten der Erkrankung zu begrenzen, Rückfälle zu vermeiden und das Selbstmanagement zu fördern (Giger & de Geest 2008). Dies bedeutet, dass chronische Erkrankungen einen erhöhten Selbstpflege-, Informations-, Schulungs- und Beratungsbedarf mit sich bringen (Jurkowitsch 2016).

- Zugleich ist das auf Akutversorgung ausgerichtete Versorgungssystem nicht adäquat auf diese Erfordernisse eingestellt. Laut Giger und de Geest (2008) werden weder die psychosozialen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten noch die Rolle von An- und Zugehörigen angemessen berücksichtigt. Dies hat sich zudem durch einen chronischen Pflegemangel im Krankenhaus verschärft (Isfort & Weidner 2010). In den vergangenen 20 Jahren lässt sich eine kontinuierliche Zunahme der behandelten Patientinnen und Patienten in allgemeinen Krankenhäusern und zugleich eine deutliche Verkürzung der Verweildauern von 10,8 im Jahr 1996 auf 7,3 Tage im Jahr 2016 verzeichnen (Statistisches Bundesamt 2018). Dies lässt sich auf den Reform- und Kostendruck im Gesundheitswesen und in Folge dessen auf die Einführung des Abrechnungssystems mit Diagnosis Related Groups (DRGs) zurückführen (Hummel-Gaatz & Doll 2007).
- Zudem lässt sich seit einigen Jahren beobachten, dass gesellschaftspolitisch eine Stärkung der Patientinnen und Patienten und ihrer Rechte diskutiert wird (Hummel-Gaatz & Doll 2007). Während in der Vergangenheit Patientinnen und Patienten zu einseitig als Objekte der Fürsorge und als passive Leistungsempfänger betrachtet wurden, wird zunehmend angestrebt, sie aktiv an der Erhaltung und Wiederherstellung ihrer Gesundheit zu beteiligen (Schaeffer & Schmidt-Kaehler 2012).

Unzureichende Berücksichtigung von Bedürfnissen

Stärkung der Patientenrechte

Edukative Maßnahmen, mit denen den Bedarfen der Nutzerinnen und Nutzer entsprochen werden können, werden in Deutschland unter dem Begriff der Patientenedukation subsumiert. Laut Schaeffer und Petermann (2011) hat die Patientenedukation in allen Bereichen des Gesundheitswesens, vor allem in der Versorgung chronisch Kranker, an Bedeutung gewonnen. Ihnen zufolge handelt es sich bei Patientenedukation um systematisch vermittelte Strategien, die darauf ausgerichtet sind, den betroffenen Erkrankten notwendiges krankheits- und behandlungsbezogenes Wissen zu vermitteln und ihre Partizipation am Behandlungsprozess zu erhöhen. Das sich hieraus ergebende übergeordnete Ziel aller edukativen Interventionen ist die Stärkung und Förderung des Selbstmanagements.

Stärkung und Förderung des Selbstmanagements

Während in der Vergangenheit Edukationsmaßnahmen noch stark arztzentriert ausgerichtet waren, zielen moderne Konzepte darauf ab, die Patientinnen und Patienten in ihrem Krankheitsmanagement zu unterstützen und dadurch die Selbststeuerung und Selbstbestimmung zu fördern. Edukative Interventionen sind somit nicht mehr allein die Aufgabe von

Ärztinnen und Ärzten, sondern werden zunehmend auch von weiteren Gesundheitsberufen angeboten und durchgeführt. Pflegefachkräften kommt dabei aufgrund ihrer Nähe zu den Patientinnen und Patienten eine Schlüsselrolle zu. Laut Schaeffer und Petermann (ebda.) lassen sich edukative Interventionen grob in insgesamt vier Strategien unterteilen:

- Die Förderung der *Health Literacy* zielt darauf ab, Patientinnen und Patienten dazu zu befähigen, sich selbst relevante Gesundheitsinformationen verschaffen zu können, sich diese zu erschließen, sie zu bewerten und für ihr eigenes Handeln nutzbar zu machen. Für die Förderung der *Health Literacy* steht mittlerweile ein umfangreiches Instrumentarium zur Verfügung, welches auch von Pflegepersonen in Beratungsgesprächen angewendet werden sollte.
- *Strukturierte Patientenschulungen* sind edukative Gruppenprogramme, die durch ein strukturiertes und standardisiertes Vorgehen darauf ausgerichtet sind, Personen mit einer chronischen Erkrankung zu einer eigenverantwortlichen Krankheitsbewältigung zu befähigen. Moderne Patientenschulungskonzepte sind in aller Regel interprofessionell ausgerichtet, was bedeutet, dass unterschiedliche Gesundheitsberufe an der Schulungskonzeption und -durchführung beteiligt sind.
- Maßnahmen des *Self-Care-Supports* (Selbstmanagementunterstützung) konzentrieren sich darauf, Patientinnen und Patienten in ihrer Selbstfürsorge zu stärken. Diese richten sich sowohl an Einzelpersonen als auch an Gruppen und fördern Problemlösekompetenzen sowie Entscheidungsfindungen. Zur Förderung der Selbstfürsorge stehen ebenfalls unterschiedliche Interventionen zur Verfügung, die beispielsweise das Bereitstellen von gesundheitsbezogenen Informationen beinhalten und auch konkrete Unterstützung in schwierigen Entscheidungssituationen anbieten.
- Beim *Case Management* handelt es sich um eine Unterstützungsform, die sich eher an Personen richtet, die aufgrund der Komplexität ihrer Erkrankung nicht mehr selbstständig in der Lage sind, die Krankheits-situation zu bewältigen. Diese Form der Unterstützung ist strukturiert auf die Abstimmung von Gesundheitsdienstleistungen ausgerichtet und versucht hierdurch, die Behandlung und Versorgung der Patientinnen und Patienten zu koordinieren.

Da der Großteil der Patientinnen und Patienten, die von einer chronischen Erkrankung betroffen sind, durch edukative Interventionen im Sinne der drei erstgenannten Formen unterstützt werden können, orientiert sich der Aufbau des Buches in seinen Kapiteln an dieser Strukturierung (► Abb. 1.1).

Maßnahmen wie Beratung, Anleitung und Schulung, die im folgenden Kapitel (► Kap. 2) erläutert werden, finden sich in fast allen diesen Strategien wieder. In Maßnahmen zur Förderung der *Health Literacy* spielen beispielsweise Beratungstechniken und Informationsvermittlungen eine wesentliche Rolle. Im Rahmen von strukturierten Schulungsprogrammen werden die

einbezogenen Patientinnen und Patienten teilweise auch in Einzelberatungsgesprächen unterstützt oder erlernen durch eine Anleitung eine erkrankungsbezogene Fertigkeit. Auch in Interventionen, die im Rahmen des Self-Care-Supports angewendet werden, sind Aktivitäten wie Beratung und Erstellung von Informationsmaterialien von hoher Bedeutung.

Zugleich werden mit diesen Interventionsstrategien übergeordnete Ziele verfolgt, die darauf ausgerichtet sind,

- die individuellen Vorlieben zu berücksichtigen (Patientenpräferenzen),
- die Patientinnen und Patienten am Behandlungsprozess teilhaben und mitentscheiden zu lassen (Partizipation und Shared Decision Making) und
- die Problemlösekompetenz und Mitarbeit (Adhärenz) zu fördern.

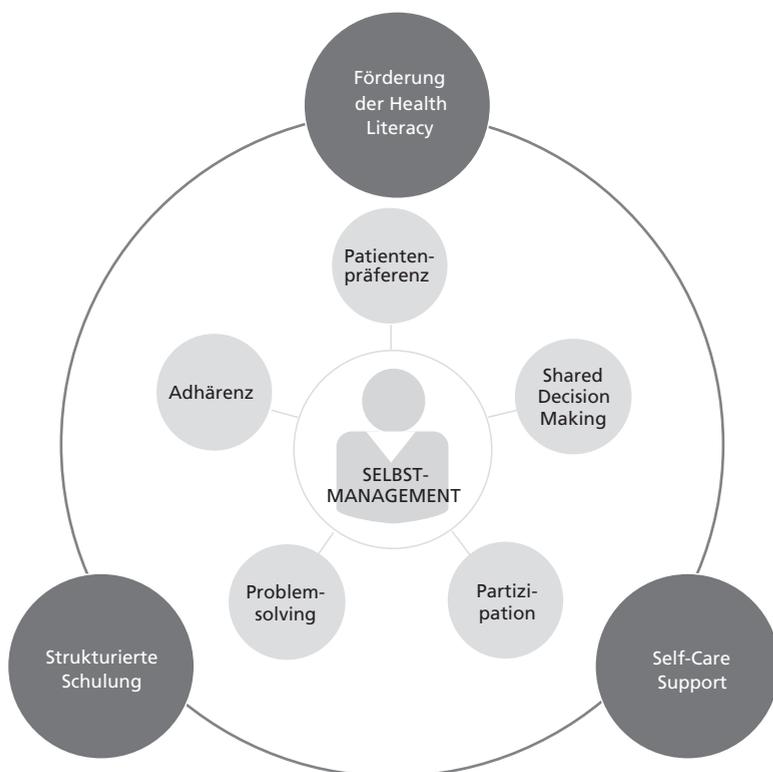


Abb. 1.1:
Edukative Interventionen zur Förderung des Selbstmanagements

1.3 Die Bedeutung chronischer Erkrankungen für das Handlungsfeld der professionellen Pflege

Folgen chronischer
Erkrankungen

Chronische Erkrankungen sind langandauernde Krankheiten, die weltweit zunehmen. Dieser epidemiologische Wandel, also der Wandel des Krankheitspektrums von akuten hin zu chronischen Erkrankungen, zählt zu einer der bedeutendsten Herausforderungen für unser Gesundheitssystem. Die Zunahme von chronischen Erkrankungen in der Bevölkerung ist einerseits auf den Rückgang von Infektionskrankheiten und andererseits auf die Zunahme der Lebenserwartung durch verbesserte Therapien zurückzuführen (Robert Koch-Institut 2015). Häufige Folgen von chronischen Erkrankungen sind bleibende Störungen der Organ- und Körperfunktionen, Einschränkungen in den Aktivitäten des Lebens sowie die dauerhafte Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheits- und Pflegesystems (Prütz et al. 2014). Insbesondere fünf Erkrankungsgruppen sind für die Krankheitslast, das Versorgungsgeschehen und die anfallenden Kosten von maßgeblicher Bedeutung. Hierzu zählen neben Herz-Kreislaufkrankungen, Krebserkrankungen, Diabetes mellitus, Atemwegserkrankungen sowie muskuloskeletale Erkrankungen (Robert Koch-Institut 2015). In Deutschland sind diese Erkrankungen für etwa drei Viertel aller Todesfälle verantwortlich. Dabei wird die Krankheitslast nur durch eine kleine Anzahl von Risikofaktoren determiniert, die in einem engen Zusammenhang mit dem Auftreten dieser Erkrankungen stehen. Hierzu zählen vor allem Lebensgewohnheiten wie übermäßiger Tabak- und Alkoholkonsum, Bewegungsmangel und gesundheitsschädliche Ernährungsgewohnheiten (ebda.). Im Hinblick auf diese Lebensgewohnheiten ist festzustellen, dass diese überwiegend verhaltensbedingt sind und durch Präventionsmaßnahmen zu verhindern bzw. ihr Schweregrad und Verlauf günstig zu beeinflussen wären.

1.3.1 Kennzeichen chronischer Erkrankungen

Notwendigkeit von
psychosozialen Bewäl-
tigungsleistungen

Chronische Erkrankungen sind vor allem dadurch gekennzeichnet, dass sie sich langsam entwickeln, zumeist nicht reversibel und langandauernd sind, d. h., seit mindestens einem Jahr bestehen. Chronische Erkrankungen begleiten die betroffenen Menschen aufgrund fehlender Heilungsmöglichkeiten in ihrem weiteren Lebensverlauf und können die Lebensqualität mitunter erheblich negativ beeinflussen (Prütz et al. 2014). Ein zentrales Charakteristikum chronischer Erkrankungen ist, dass es im Krankheitsverlauf zu Veränderungen kommt, die nahezu alle Lebensbereiche betreffen und von den betroffenen Menschen psychosoziale Anpassungs- und Bewältigungsleistungen erfordern (Schaeffer & Haselbeck 2016). Das bedeutet, dass chronisch kranke Menschen dazu gezwungen sind, sich mit Ursachen, Folgen und Bewältigungsmöglichkeiten auseinanderzusetzen, um langfristig mit der Erkrankung leben zu können. Im Unterschied zu akuten Erkran-

kungen, bei denen die zur Heilung führende Behandlung in aller Regel im Befolgen ärztlicher Hinweise besteht, müssen chronisch kranke Menschen ihr Leben mit wechselhaften Gesundheitszuständen bewältigen. Hierzu benötigen sie Fähigkeiten wie beispielsweise Selbstbeobachtung, Symptombenobachtung und Selbstbehandlung, die sie in den Alltag integrieren müssen.

Chronische Erkrankungen sind abhängig von ihrer Verlaufsform mit einer Vielzahl an Symptomen verbunden, die permanent vorhanden sein oder wiederkehren können. Ein rezidivierender Verlauf zeichnet sich dadurch aus, dass zeitlich abgrenzbare Schübe oder wiederholt Episoden auftreten, in denen sich der Gesundheitszustand verschlechtern kann oder sich die Symptome wieder vollständig oder teilweise zurückbilden können. Im Rahmen eines klassisch rezidivierenden Verlaufes bilden sich die Symptome nach einer Akutphase wieder vollständig zurück. Dies ist beispielsweise bei Migräne der Fall. Es können jedoch auch Symptome vollständig oder teilweise bestehen bleiben, sodass sich daraus Mischformen zwischen rezidivierenden und progredienten Krankheitsverläufen ergeben. Bei der persistierenden Form bilden sich Symptome nicht mehr zurück und bleiben dauerhaft bestehen, z. B. bei Lähmungen. Einige Formen des persistierenden Verlaufes lassen sich jedoch mit einer guten medikamentösen Einstellung und durch Verhaltensänderungen günstig beeinflussen. Ein Beispiel ist hier Diabetes mellitus, dessen schwerwiegende Komplikationen sich durch Blutzuckermanagement, adäquate Ernährung und Bewegung sowie Therapietreue in der Einnahme von Medikamenten bzw. Insulinapplikationen nahezu verhindern lassen (Hauner et al. 2007). Es wird deutlich, dass chronisch kranke Menschen mit vielfältigen Veränderungen in ihrem alltäglichen und beruflichen Leben konfrontiert sind, die sie bewältigen müssen. Daraus resultieren Bedürfnisse chronisch kranker Menschen, die ein Überdenken der Leistungserbringung im Gesundheitswesen erfordern.

Unterschiedliche Krankheitsverläufe

1.3.2 Notwendigkeit von Patientenedukation

Der Anstieg chronischer Erkrankungen und ggf. damit verbundener Mehrfacherkrankungen ist auf die Zunahme der Lebenserwartung und auf Veränderungen des Lebensstils zurückzuführen (Robert Koch-Institut 2015). Daher sind nicht nur neue Versorgungsmodelle notwendig, die sich aus den Prinzipien zur Behandlung chronischer Erkrankungen und geriatrischer Betreuung ergeben, sondern auch entsprechende Fachkompetenzen des Gesundheitspersonals (Giger & De Geest 2008). Die deutlich gesunkene Verweildauer im Krankenhaus und die Zunahme chronischer Erkrankungen zieht die Aneignung umfassender Kompetenzen zur selbstständigen Bewältigung des individuellen Alltages der Patientinnen und Patienten nach sich. Daraus leitet sich unter anderem der steigende Bedarf an Patientenedukation ab: »Information, Beratung und Wissens- und Kompetenzvermittlung (etwa der Selbstmanagement- und Problemlösefähigkeit) haben daher enorm an Bedeutung gewonnen.« (Schaeffer & Haslbeck 2016, S. 244–245). Diese

Entscheidungs- und Mitgestaltungsmöglichkeiten

Tätigkeitsfelder überlappen und können nur teilweise voneinander abgegrenzt werden. Zudem ist die Förderung des Selbstmanagements in wachsendem Ausmaß eine gesundheitspolitische Forderung zur Unterstützung der Krankheitsbewältigung (Hüper & Hellige 2012). Der Sachverständigenrat führt dazu an, dass es erforderlich sei, die Position der Patientinnen und Patienten durch mehr Entscheidungs- und Mitgestaltungsmöglichkeiten sowie ihr Selbstmanagement zu stärken, damit diese in der Folge mehr Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen können (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Gesundheit im Gesundheitswesen 2009). Für die Unterstützung der Alltagsbewältigung chronisch kranker Menschen sind pädagogische Interventionen wie Information, Schulung, Beratung und Anleitung geeignet. Diese Interventionen können häufig nicht voneinander abgegrenzt werden bzw. greifen in der Praxis häufig ineinander, sodass die Trennung zunächst befremdlich und künstlich erscheinen mag (Büker 2015). Die Begriffe Schulung und Anleitung werden häufig synonym verwendet, da sie in ihrer Zielsetzung und Vorgehensweise durchaus Gemeinsamkeiten aufweisen (ebda.). Eine Anleitung erfolgt eher einzelfallbezogen und richtet sich auf das Erlernen von Aspekten bestimmter Handlungsabläufe aus. Abt-Zegelin (2006) spricht daher von Mikroschulungen. Dabei handelt es sich um »einen geplanten und reflektierten Lernprozess, der mit Blick auf die jeweilige Zielgruppe spezifischen Lehr- und Lernzielen folgt, didaktische und methodische Entscheidungsprozesse erfordert und gemeinhin mit Instrumenten zur Überprüfung von Lernfortschritten verknüpft ist (Lernzielkontrolle).« (Ewers 2001, S. 6). Anleitung kommt jedoch kaum ohne die Vermittlung von Wissen aus. So ist beispielsweise die Anleitung zur Applikation von Insulin mehr als eine technische Instruktion. Es bedarf unter anderem der Vermittlung zusätzlichen Wissens über hygienische Vorgehensweisen, geeignete Injektionsstellen, mögliche Fehlerquellen, Informationen hinsichtlich der Entsorgung der benutzten Materialien und der Lagerung von Insulin.

Befähigung zur Alltagsbewältigung

Chronisch kranke Menschen sind gezwungen, ihr Verhalten zu ändern und den Umgang mit ihrer Erkrankung in ihren individuellen Alltag zu integrieren. Sie sind dabei kontinuierlich auf die Unterstützung durch das Gesundheitssystem und Fachpersonal angewiesen, da sie ihre krankheitsbedingte Leidens- und Lebenssituation selten autonom lösen können, zumal eine Heilung in der Regel nicht erzielt werden kann (Schaeffer & Moers 2009). Es geht daher darum, chronisch kranke Menschen trotz dieser Ausgangslage einerseits zu einer weitgehend selbstständigen und autonomen Lebensführung und Alltagsbewältigung zu befähigen und andererseits krankheitsbedingte Komplikationen möglichst zu vermeiden. Daher liegt der Fokus in den folgenden Kapiteln darauf, Interventionsmöglichkeiten vorzustellen, damit chronisch kranke Menschen und ihre Angehörigen diese vielfältigen Anpassungserfordernisse bewältigen und ihr Leben ihren Vorstellungen entsprechend gestalten können.

1.4 Aufgaben und Kompetenzen von Pflegefachpersonen

Mit dem neuen Pflegeberufereformgesetz aus dem Jahr 2017 wurden beratende und anleitende Aufgaben noch einmal stärker in den Vordergrund des Aufgabenfeldes von Pflegefachpersonen gerückt. In § 4 des Pflegeberufereformgesetzes wurden erstmals Vorbehaltsaufgaben von Pflegefachmännern und -frauen definiert. In Bezug auf edukative Tätigkeiten heißt es in § 4 Absatz 2:

»Pflege im Sinne des Absatzes 1 umfasst präventive, kurative, rehabilitative, palliative und sozialpflegerische Maßnahmen zur Erhaltung, Förderung, Wiedererlangung oder Verbesserung der physischen und psychischen Situation der zu pflegenden Menschen, ihre Beratung sowie ihre Begleitung in allen Lebensphasen und die Begleitung Sterbender.«

§

Die Ausbildung soll deshalb dazu befähigen »Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen bei der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit sowie bei der Erhaltung und Stärkung der eigenen Lebensführung und Alltagskompetenz unter Einbeziehung ihrer sozialen Bezugspersonen« selbstständig auszuführen. Um dieses Ausbildungsziel zu erreichen, wurde in der zum Pflegeberufereformgesetz zugehörigen Anlage ein eigener Themenbereich (»Kommunikation und Beratung personen- und situationsorientiert gestalten«) definiert und hierfür ein Gesamtstundenumfang von 250 bis 300 Unterrichtsstunden festgelegt. Konkret sollen Auszubildende und Studierende in Pflegeberufen erlernen, Beratung, Anleitung und Schulung bei Menschen aller Altersgruppen verantwortlich zu planen, zu organisieren, zu gestalten, zu steuern und zu evaluieren.

1.4.1 Erweiterte Kompetenzen von akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen

Auch wenn zum aktuellen Zeitpunkt noch wenig darüber bekannt ist, in welchen konkreten Arbeitsbereichen akademisch qualifizierte Pflegekräfte zukünftig tätig sein werden, herrscht weitgehend Einigkeit darüber, dass diese über erweiterte Kompetenzen im Vergleich zu berufsfachschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen verfügen. Der Wissenschaftsrat (2012) führt in Bezug auf edukative Aufgaben an, dass die Komplexität in Aufgabenbereichen der Pflege vor allem in Hinsicht auf die Patientenedukation und -beratung gestiegen sei. In seinen Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen wird explizit darauf hingewiesen, dass unter anderem die beratende und den Patienten einbeziehende Unterstützung von Menschen mit chronischen Erkrankungen mit dem Ziel des Erhalts an größtmöglicher Selbstpflege- und Selbstversorgungskompetenz an Bedeutung gewonnen habe. Dabei solle den erhöhten

Erhöhte Komplexität

Informations- und Partizipationsbedürfnissen der Patienten verstärkt Rechnung getragen werden. Gerade im Hinblick auf die Patientenedukation übernehmen Pflegefachpersonen bereits derzeit Aufgaben von hoher Komplexität. Angesichts dieser Komplexität hält es der Wissenschaftsrat (WR) für notwendig, dass Pflegefachpersonen ihr eigenes Handeln auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse reflektieren und die zur Verfügung stehenden Interventionsmöglichkeiten hinsichtlich ihrer Evidenzbasierung kritisch prüfen und anwenden.

Erweiterte
Kompetenzen

Im Hinblick auf die zukünftigen Arbeitsfelder hat auch der Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken in Nordrhein-Westfalen eine Empfehlung für den zukünftigen Einsatz akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen veröffentlicht (VPU 2015). Nach Einschätzung der beteiligten Pflegedirektorinnen und -direktoren verfügen die Absolventinnen und Absolventen von primärqualifizierenden bzw. dualen Pflegestudiengängen über erweiterte Kompetenzen, die sie für die Beratung in komplexen Pflegesituationen bei chronischen Erkrankungen qualifizieren. Auch der Deutsche Pflegerat hat in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft Empfehlungen zum Einsatz akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen veröffentlicht (DPR & DGP 2014). Neben weiteren Aufgaben ergeben sich laut den Experten insbesondere Arbeitsbereiche in der Konzeption, Implementierung und Evaluation von Patientenschulungen sowie in der Beratung und Anleitung von pflegebedürftigen Menschen, ihren Angehörigen sowie Eltern im Umgang mit komplexen krankheits- und therapiebezogenen Anforderungen. Konkret sehen die beteiligten Mitglieder der Expertengruppe zentrale Arbeitsfelder in den folgenden edukativen Tätigkeiten (► Tab. 1.1: Arbeitsfelder).

Tab. 1.1:
Arbeitsfelder
akademisch
ausgebildeter
Pflegekräfte

Arbeitsfeld	Tätigkeiten/Aufgabenbereich
Beratung	<ul style="list-style-type: none"> • Führen von Beratungsgesprächen in für den Klienten offenen und ungeklärten sowie hochkomplexen Situationen • Führen von Beratungsgesprächen zur Förderung der Adhärenz • Steuerung und Beurteilung von Beratungsprozessen auf der Basis wissenschaftlicher Ansätze
Anleitung	<ul style="list-style-type: none"> • Auswahl und Durchführung spezifischer Assessments zur Einschätzung der Anleitungsbedarfe • Entwicklung von Anleitungskonzepten und deren Durchführung
Schulung	<ul style="list-style-type: none"> • Verantwortliche Mitwirkung an der Erstellung von Schulungskonzepten und Informationsmaterialien • Durchführung von Patientenschulungen • Beurteilung der Wirksamkeit und Mitwirkung an der wissenschaftlichen Evaluation