



Anforderungs- und Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen

im Rahmen des Projektes

„Erprobung des Entwurfs eines Qualifikationsrahmens für den
Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer
Menschen“

Projektleiterinnen
Prof'in Dr. Barbara Knigge-Demal
Prof'in Gertrud Hundenborn

September 2013

Impressum

Der „Anforderungs- und Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen“ wurde im Projekt: „Erprobung des Entwurfs eines Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen“ entwickelt.

Er stellt die validierte und revidierte Fassung des im Projekt „Modell einer gestuften und modularisierten Altenpflegequalifizierung“ im Zeitraum zwischen 2008 und 2011 entwickelten Entwurfs dar.

Herausgeber

Fachhochschule Bielefeld

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) e.V., Köln

Projektleiterinnen

Prof'in Dr. Barbara Knigge-Demal

Fachhochschule Bielefeld

Prof'in Gertrud Hundenborn

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) e.V., Köln

Autorinnen

Barbara Knigge-Demal

Constanze Eylmann

Gertrud Hundenborn

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
Danksagung	3
Vom Entwurf zum validierten Anforderungs- und Qualifikationsrahmen	4
I. Präambel: Grundlegende Fähigkeiten, Einstellungen und Haltungen im Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen	7
II. Handreichung zum Anforderungs- und Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen	12
1 Ausgangslage und Hintergrund	13
2 Ziele des Anforderungs- und Qualifikationsrahmens.....	16
3 Inhalt und Aufbau der acht Qualifikationsniveaus	18
3.1 Kurzbeschreibung	19
3.2 Verantwortungs- und Aufgabenbereiche.....	19
3.3 Wissen und Können	20
4 Hinweise zur Nutzung des Anforderungs- und Qualifikationsrahmens	21
III. Anforderungs- und Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen	24
Einleitung	25
Qualifikationsniveau 1: Service im Lebensumfeld	27
Qualifikationsniveau 2: Persönliche Assistenz	32
Qualifikationsniveau 3: Durchführung von Aufgaben im Rahmen des Pflegeprozesses.....	37
Qualifikationsniveau 4: Steuerung und Gestaltung von komplexen Pflegeprozessen	42
Qualifikationsniveau 5: Steuerung und Gestaltung von komplexen Pflegeprozessen für spezielle Klientengruppen	48
Qualifikationsniveau 6: Steuerung und Gestaltung von hochkomplexen Pflegeprozessen und Leitung von Teams	54
Qualifikationsniveau 7: Pflegerische Leitung in Einrichtungen.....	61
Qualifikationsniveau 8: Steuerung und Gestaltung pflegewissenschaftlicher Aufgaben.....	68

IV. Wissenschaftliche Begründung des Anforderungs- und Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen.....	74
1. Ausgangslage	75
2. Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen	77
3. Grundlegende Fähigkeiten, Einstellungen und Haltungen	80
4. Pflegebedarf, Pflegebedürftigkeit und Pflegeprozess.....	81
5. Gesundheit, Krankheit und Alter	89
6. Lebenswelt und Lebenslage.....	92
7. Lebensqualität, Autonomie, Partizipation.....	97
 Bibliographie	 100
Rechtsquellenverzeichnis.....	111

Angesichts der demographischen Entwicklung und des damit verbundenen sozialen Strukturwandels stehen wir vor bislang unvergleichbaren Herausforderungen in der Versorgung älterer Bürgerinnen und Bürger. In besonderer Weise sind Einrichtungen der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen von dieser Entwicklung betroffen. So wird es vordringliches Ziel sein, die Qualität der Pflege und Versorgung durch einen flexiblen, dem Bedarf entsprechenden Personaleinsatz auf hohem Niveau zu gewährleisten. Diese Veränderungen im Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen haben ebenso Konsequenzen für die Entwicklung entsprechender Qualifizierungen. Hier gilt es - auch vor dem Hintergrund europäischer und nationaler Programme und Strategien - flexible, auf Beschäftigungsfähigkeit und Mobilität ausgerichtete Qualifizierungswege zu ermöglichen und individuelle Bildungsperspektiven zu erweitern.

Vor diesem Hintergrund ist in den Jahren 2008 bis 2011 im Rahmen des Projektes „Modell einer gestuften und modularisierten Altenpflegequalifizierung“, das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) sowie vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) gemeinsam gefördert wurde, der „Entwurf eines Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen“ entstanden. In dieser Form einmalig beschreibt er konkret die Verantwortungs- und Aufgabenbereiche sowie das erforderliche Wissen und Können im Beschäftigungssystem auf acht verschiedenen Niveaus. Entwickelt wurde er in einem Abstimmungsprozess mit ca. 100 Expertinnen und Experten aus Berufspraxis und Wissenschaft.

Wenngleich im Interesse von Transparenz, breiter Akzeptanz und tragfähigem Konsens in den mehrjährigen Entwicklungs- und Abstimmungsprozess zahlreiche Perspektiven, Erfahrungen und Impulse von Expertinnen und Experten unterschiedlicher Bereiche eingeflossen sind, war der „Entwurf des Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen“ zunächst als ein Hypothesensystem anzusehen, das vor einer Implementierung einer empirischen Überprüfung bedurfte.

Diese empirische Überprüfung ist im Projekt „Erprobung des Entwurfs eines Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen“ durch eine Förderung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ab September 2011 ermöglicht worden.

In die als Feldstudie angelegte Untersuchung sind bundesweit 18 Einrichtungen der Altenhilfe einbezogen worden. Durch Datenerhebungen in den Einrichtungen wurde die Validierung des Entwurfs ermöglicht und die Realisierung des Projektanliegens maßgeblich unterstützt. Die jetzt vorgelegte revidierte Fassung als „Anforderungs- und Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen



Vorwort

Assistenz älterer Menschen“ stellt eine wesentliche Voraussetzung für seine Nutzung im Beschäftigungs- und Bildungsbereich dar.

Wir sind davon überzeugt, dass der validierte „Anforderungs- und Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen“ einen wichtigen Beitrag zur Bewältigung der gesellschaftlichen Herausforderungen leistet, die sich schon jetzt und zukünftig in einer auf Lebensqualität, Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und Teilhabe ausgerichteten Versorgung älterer Bürgerinnen und Bürger stellen.

Bielefeld und Köln im September 2013

Für die Herausgeber

Prof. Dr. Uwe Rössler
Dekan Fachbereich Wirtschaft und Gesundheit
Fachhochschule Bielefeld

Prof. Dr. Frank Weidner
Institutsdirektor, Vorsitzender des
Vorstands, dip e.V., Köln

Projektleiterinnen Barbara Knigge-Demal, Gertrud Hundenborn

Vorwort
zum Anforderungs- und Qualifikationsrahmen
für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen

Der mehrjährige Prozess der Entwicklung, Validierung und Revision wäre ohne das Engagement und die Unterstützung vieler Personen und Institutionen nicht denkbar gewesen.

Unser ausdrücklicher Dank gilt deshalb an dieser Stelle allen Expertinnen und Experten aus zahlreichen Handlungsfeldern der Praxis, Wissenschaft und Politik, ohne deren Fragen, Anregungen, Impulse und Kritik weder der Entwurf noch die revidierte Fassung in der vorliegenden Form hätte entstehen können.

Wir danken den Verantwortlichen der Einrichtungsträger, die uns durch die Information ihrer Einrichtungen und Mitglieder sowie durch gezielte Vorschläge die bundesweite Erprobung innerhalb der kurzen Projektlaufzeit ermöglicht haben.

Danken möchten wir auch den Leitungsverantwortlichen sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Erprobungseinrichtungen, ohne deren vertrauensvolle und bereitwillige Beteiligung die Revision des Anforderungs- und Qualifikationsrahmens nicht auf belastbare Daten hätte gestützt werden können.

Den Mitgliedern des Projektbeirates danken wir für die interessierte, aufmerksame und kritische Begleitung, für weiterführende Fragestellungen und wertvolle Diskussionsanregungen.

Schließlich danken wir den Förderministerien, die unter finanziellen Gesichtspunkten das Projekt überhaupt erst ermöglicht haben und nicht zuletzt Zutrauen in unsere Expertise und die Qualität unserer Arbeit gesetzt haben.

Die Projektleiterinnen

Prof. Dr. Barbara Knigge-Demal

Prof. Gertrud Hundenborn



Vom Entwurf zum validierten Anforderungs- und Qualifikationsrahmen

In den Jahren 2008 bis 2011 ist im Projekt „Modell einer gestuften und modularisierten Altenpflegequalifizierung“ der „Entwurf eines Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen“ entstanden. In dieser Form einmalig beschreibt er konkret die Verantwortungs- und Aufgabenbereiche sowie das erforderliche Wissen und Können im Beschäftigungssystem auf acht verschiedenen Niveaus. Etwa einhundert Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Bereichen der Berufspraxis und Wissenschaft sind in den mehrjährigen Entwicklungsprozess einbezogen worden. Gleichwohl war dieser Entwurf zunächst als ein Hypothesensystem anzusehen, das einer empirischen Überprüfung bedurfte.

Diese empirische Überprüfung ist im Projekt „Erprobung des Entwurfs eines Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen“ in einer als Feldstudie angelegten Untersuchung erfolgt, in die bundesweit 18 Einrichtungen der Altenhilfe einbezogen worden sind. Hierdurch sollte die Validität des vorliegenden Entwurfs gestärkt und seine notwendige Weiterentwicklung ermöglicht werden. Dabei ging es insbesondere um die Frage, inwieweit die beschriebenen Verantwortungs- und Aufgabenbereiche in den ausgewählten Einrichtungen der Altenhilfe vorzufinden sind und ob sich sieben bzw. acht verschiedene Verantwortungs- und Aufgabenbereiche voneinander abgrenzen lassen. Eine weitere zentrale Fragestellung bestand in dem empirischen Nachweis der beschriebenen Zusammenhänge zwischen dem Verantwortungs- und Aufgabenbereich einerseits und dem notwendigen Wissen und Können andererseits. Die Datenerhebung umfasste quantitative und qualitative Verfahren, in denen Selbst- und Fremdeinschätzungsfragebögen sowie Gruppen- und Leitungsinterviews eingesetzt wurden.

Zur Überarbeitung des Qualifikationsrahmens wurden alle Revisionsimpulse aus dem Projekt gebündelt. Das heißt, dass die vorgenommenen Veränderungen und Überarbeitungen aus den Befragungsergebnissen in den Einrichtungen, aus den Expertengesprächen wie aus den Gesprächen mit dem Projektbeirat resultieren. Dementsprechend wurden die Qualifikationsniveaus 1, 2 und 3 in ihrer Form belassen, wenn auch eine scharfe Abgrenzung zwischen diesen Qualifikationsniveaus empirisch nicht festzustellen ist. Gerade weil im Bereich der QN 1-3 unterschiedliches Wissen und Können auffindbar ist, das keine signifikanten Zusammenhänge zu den Anforderungsbereichen aufweist, ist davon auszugehen, dass Über- und Unterforderung vorkommen.

Dass die Aufgaben der Niveaus 1-3 in der Praxis ohne Unterschied von an- und ungelernten Hilfskräften sowie von ausgebildeten Helferinnen und Helfern übernommen werden, kann nicht als Argument dafür gelten, die Niveaus im Qualifikationsrahmen zusammenzufassen. Eher ist deutlich zu beschreiben, welches Wissen und Können für die jeweiligen Anforderungen notwendig ist damit Überforderung oder Unterforderung vermieden wird. Zudem stützen die Evaluationsergebnisse die Notwendigkeit einer qualifizierten Helfer/ Helferinnenausbildung. An dieser Stelle sollte der Qualifikationsrahmen in besonderer Weise die Funktion eines Referenzmodells bekommen. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die QN 1 bis 2 inklusiv angelegt sind und

Vom Entwurf zum validierten Anforderungs- und Qualifikationsrahmen

eine Person nicht zwangsläufig einem QN entsprechen muss. In der Praxis können also Aufgaben des QN 1 und QN 2 durchaus von einer Person auf QN 2 oder 3 übernommen werden.

Insgesamt beziehen sich die QN 1 und QN 2 auf haushaltsnahe Dienstleistungen und die Aufgaben einer „sorgenden Gemeinschaft“, die dazu führen, dass ältere Menschen länger selbstbestimmt in der Wohnung ihrer Wahl und eingebettet in ihr soziales Netz leben können. Auf diese Weise ergänzen, unterstützen oder verhindern die Niveaus 1-2 „berufliche Pflege“. Um Aufgaben dieses Bereichs bewältigen zu können, sind vor allem Fähigkeiten zur Abstimmung von Handlungen im Alltag sowie zur Einschätzung von Situationen notwendig. Das Qualifikationsniveau 3 ist weiterhin darauf ausgerichtet, einzelne delegierte pflegerische Aufgaben zu übernehmen. Die Titel der Niveaus 1-2 sind den Überlegungen entsprechend angepasst worden.

Für die Qualifikationsniveaus 4-6 ergab sich vor dem Hintergrund der Korrelationsanalysen, der Auswertung der Gruppeninterviews sowie der getroffenen Entscheidung zur Reichweite des QR kein Revisionsbedarf. Die Qualifikationsniveaus 7 und 8 wurden in Übereinstimmung mit dem EQR, dem DQR und dem QR für Deutsche Hochschulabschlüsse entwickelt. Auf Qualifikationsniveau 7 bleibt die pflegerische Leitung mit Aufgaben im Bereich der Personal- und Organisationsentwicklung im Vordergrund. Aufgaben in der Forschung können (analog zum QR Deutsche Hochschulen) entsprechend der im Masterstudium erworbenen Fähigkeiten übernommen werden. Die Befähigung zur eigenständigen Forschung, die in der Regel durch eine Promotion nachgewiesen wird, bildet den Kern des Niveaus 8. Vor diesem Hintergrund ergab sich ebenfalls kein Revisionsbedarf.

Grundsätzlich wird die im QR eingenommene pflegerische Perspektive auf den Beschäftigungsbereich der Versorgung älterer Menschen beibehalten. Er umfasst die Pflege älterer Menschen sowie die Bereiche, die Pflege im Beschäftigungsbereich ergänzen oder im Vorfeld von Pflege tätig werden, darüber hinaus den Verantwortungs- und Aufgabenbereich in Forschung und Management. Auf den QN 5, 6 und evtl. 7 sind neben den ausdifferenzierten Profilen weitere Profile denkbar. Jedoch werden die weiteren denkbaren Profile im Rahmen des Projektes nicht benannt, da das Projektziel darauf ausgerichtet ist, den Bereich der beruflichen Pflege mit der Ausdifferenzierung auf den Leitungsebenen vorzulegen und dabei den ergänzenden Verantwortungs- und Aufgabenbereich von Service und Assistenz mit in den Blick zu nehmen.

Zusammenfassend wurden einige Titel und die Ausrichtung der Qualifikationsniveaus 1-3 überarbeitet. Die wissenschaftlichen Konzepte, Theorien und Forschungsergebnisse, auf denen der Qualifikationsrahmen gründet und die im Entwurf in einer eingelegten Broschüre beschrieben worden sind, wurden in das Gesamtdokument integriert. Der überarbeitete Titel des Qualifikationsrahmens lautete nach der Evaluation:

Anforderungs- und Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen.




**I.
Präambel:
Grundlegende Fähigkeiten,
Einstellungen und Haltungen im
Beschäftigungsbereich der Pflege
und persönlichen Assistenz
älterer Menschen**

Präambel: Grundlegende Fähigkeiten, Einstellungen und Haltungen

Die Arbeit im Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen bedarf in mehrfacher Hinsicht der Einnahme einer anthropologisch-ethischen Perspektive: Zum einen ist der ältere Mensch selbst in seiner Lebenswelt und mit seiner individuellen Geschichte Gegenstand und Bezugspunkt des Handelns. Zum anderen sind an der Sorgearbeit um den älteren Menschen professionelle Akteure mit unterschiedlichen Qualifikationen beteiligt, die zu einem gelingenden Zusammenwirken auf ein respektvolles Miteinander und die Würdigung der unterschiedlichen Verantwortungs- und Aufgabenbereiche angewiesen sind. Schließlich sind auch die einzelnen Beschäftigten nicht nur in ihrer Funktionalität, sondern als Menschen mit individuellen Entwicklungs- und Entfaltungsmöglichkeiten zu sehen.

In einem Bereich wie diesem, der in mehrfacher Hinsicht auf den Menschen hin orientiert ist, beinhaltet eine umfassende Handlungskompetenz notwendigerweise grundlegende Befähigungen. Verstanden als Einstellungen und Haltungen leiten sie das Beziehungshandeln und sind als Richtschnur dafür anzusehen, in welcher Weise die Anforderungen des Beschäftigungsbereichs zu erfüllen sind. Einstellungen und Haltungen werden zwar durch Entwicklung und Sozialisation bereits frühzeitig internalisiert und habitualisiert, bleiben jedoch grundsätzlich in einem lebenslangen Entwicklungs- und Lernprozess veränderbar. Sie liegen bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Beschäftigungsbereich in unterschiedlichen Ausprägungen vor und können ausnahmslos in formellen und informellen Bildungsprozessen angebahnt, gefördert und gelernt werden. Im Unterschied zu dem im „Anforderungs- und Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz“ beschriebenen „Wissen“ und „Können“ lassen sich Einstellungen und Werthaltungen, wie Wertschätzung, Toleranz und Empathie, nicht einfach, systematisch oder konsistent in acht Niveaus einstufen. Gleichwohl sind sie als grundlegend für die Arbeit im Beschäftigungsbereich anzusehen, weil sie als Voraussetzung dafür gelten, dass das Handeln einen Beitrag zur Lebensqualität, zur Autonomie und zur Teilhabe älterer Menschen und ihrer Angehörigen leisten kann.

Werte haben auf einem sehr hohen Abstraktionsniveau orientierende Funktion. Erst in Wahl- und Entscheidungssituationen konkretisieren sie sich zu Einstellungen oder Handlungspräferenzen. Danach haben Werte Orientierungscharakter, die vor allem in Entscheidungssituationen individuelle Handlungspläne richtungsweisend beeinflussen. Pflege ist ein humanistisches, auf zwischenmenschliche Beziehungen ausgerichtetes Handeln, ist Handeln in einem Interaktionsprozess. Berufliche Pflege realisiert sich im Pflegeprozess, orientiert am Individuum und dessen Pflegebedürftigkeit, in dem ein systematischer Handlungsplan entwickelt und begründet durchgeführt wird.

Daher ist für die Pflegeberufe notwendige Persönlichkeitsbildung im *doppelten Sinne* eingefordert:

- als Fähigkeit zur verantwortlichen Teilhabe an gesellschaftlichen und betrieblichen Entscheidungsprozessen und
- als Befähigung zum Aufbau und zur Gestaltung von professionellen Beziehungen.

Präambel: Grundlegende Fähigkeiten, Einstellungen und Haltungen

Nun ist jede Form von Bildung, berufliche wie allgemeine Bildung, auch immer der Persönlichkeitsentwicklung verpflichtet. Uns scheint die Akzentuierung der Persönlichkeitsentwicklung im Bereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen in mehrfacher Hinsicht bedeutsam. Einmal, um Einstellungen und Werthaltungen auszubilden, die zum Aufbau professioneller Beziehungen (Aufbau von Vertrauen und Vermittlung von Wertschätzung) von hoher Relevanz sind, aber auch, um den beruflichen Herausforderungen begegnen und Erfahrungen von Leid, Trauer und Verlust verarbeiten zu können. Vor diesem Hintergrund sind die Bildungsziele von Hartmut von Hentig (1996, S. 75ff) auch im Sinne von Befähigungen und Einstellungen zu verstehen. Er fordert, dass sich Bildungsprozesse an folgenden Ziele ausrichten haben, die alle der Persönlichkeitsentwicklung zuzuordnen sind:

- der 'Abscheu und der Abwehr von Unmenschlichkeit;`
- der 'Wahrnehmung von Glück;`
- der 'Fähigkeit und den Willen sich zu verständigen;`
- dem 'Bewusstsein von der Geschichtlichkeit der eigenen Existenz;`
- der 'Wachheit für letzte Fragen;
- und als doppeltes Kriterium,` der 'Bereitschaft zur Selbstverantwortung und Verantwortung in der res publica.`

Diese Ausrichtung von Bildungsprozessen scheint uns für die berufliche Bildung, aber auch in der Ausrichtung von Anlern- und Anleitungsprozessen auf allen Qualifikationsniveaus bedeutsam, denn von Hentig spricht mit seinen Zielen einige der zentralen Herausforderungen im Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz von älteren Menschen an.

Einstellungen weisen nach Festinger, einer der Pioniere der Einstellungsforschung, drei Komponenten auf, eine affektive Komponente (die Werthaltung), eine kognitive Komponente (das Wissen), und eine konative Komponente (das Können). Zwei Komponenten von Einstellungen sind implizite Bestandteile im vorliegenden Qualifikationsrahmen, und zwar in der Ausdifferenzierung von Wissen und Können auf allen 8 Qualifikationsniveaus. Anders verhält es sich mit der affektiven Komponente, die sich unserer Einschätzung nach der systematischen Stufung entzieht und bei der sich eine unterschiedliche Ausprägung auf den Qualifikationsniveaus auch kaum rechtfertigen ließe. Sie sind auf allen Qualifikationsniveaus in gleicher Weise eingefordert und eine Voraussetzung dafür, dass das Handeln im Beschäftigungsbereich einen Beitrag zur Lebensqualität, zur Autonomie und zur Teilhabe älterer Menschen und ihrer Angehörigen leisten kann.

Präambel: Grundlegende Fähigkeiten, Einstellungen und Haltungen

Zu diesen Voraussetzungen gehören:

Selbstreflexivität

Für Personen auf allen Qualifikationsniveaus ist die Reflexion des eigenen Arbeitsprozesses und der Arbeitsergebnisse sowie des damit verbundenen Wissens und Könnens erforderlich. Reflexivität bezieht sich auch auf die Handlungs-, Gestaltungs- und Entscheidungsspielräume, die Nutzung ihrer Möglichkeiten und die Anerkennung ihrer Grenzen. Sie umschließt die Rahmenbedingungen für eine lebensweltorientierte, auf Lebensqualität ausgerichtete Versorgung älterer Menschen, den Austausch mit anderen und die eigene Positionierung. Ergebnisse von Reflexionsprozessen, Feedback und Lernangebote werden von selbstreflexiven Personen zur Erweiterung des eigenen Wissens und Könnens und zur Arbeit an den eigenen Einstellungen und Werthaltungen genutzt. Selbstreflexive Personen nehmen die Grenzen ihrer Belastbarkeit wahr, nehmen Unterstützung an oder fordern diese ein.

Für Personen aller Qualifikationsniveaus ist die Entwicklung eines ethisch begründeten Verständnisses vom Beschäftigungsbereich und der eigenen hierin eingenommenen Rolle erforderlich. Auf der Grundlage hieraus selbst abgeleiteter übergeordneter Leitziele messen sie ihr eigenes Handeln grundsätzlich daran, inwieweit es einen Beitrag dazu leistet, die Lebens- und Versorgungsqualität von älteren Menschen zu sichern und zu fördern. Vor diesem Hintergrund ist Personen aller Qualifikationsniveaus im Rahmen ihres Aufgaben- und Verantwortungsbereiches ein Beitrag dazu möglich, die individuelle Versorgungssituation der zu pflegenden oder zu betreuenden älteren Menschen auf Lebensqualität auszurichten.

Wertschätzung

Ein wertschätzendes Handeln von Personen aller Qualifikationsniveaus ist durch Verständnis und Akzeptanz gegenüber Klientinnen und Klienten geprägt und auf die Förderung eines möglichst selbstbestimmten und selbstständigen Lebens älterer Menschen ausgerichtet. Es bezieht sich auf die physische, psychische, soziale, ethnische und spirituelle Integrität älterer Menschen, die Förderung ihrer Teilhabe am gesellschaftlichen Leben oder die Begleitung eines würdevollen Sterbens.

Wertschätzung beinhaltet für Personen aller Qualifikationsniveaus die Wahrung der Intim- und Privatsphäre von Klientinnen und Klienten sowie ihrer Angehörigen und den verlässlichen und vertraulichen Umgang mit anvertrauten Informationen. Ein durch Wertschätzung geprägtes Handeln lässt jedem hilfe- und pflegebedürftigen Menschen die Pflege, Unterstützung oder Betreuung zukommen, die seiner Persönlichkeit, seinen Gewohnheiten, Interessen und Bedürfnissen entsprechen. Es zeigt sich darüber hinaus in einer respektvollen Begegnung mit der Kultur, Weltanschauung und Religion der Klientinnen und Klienten sowie einem ernsthaftem Umgang mit elementaren Lebensfragen und -ängsten. Wertschätzung macht grundsätzlich sensibel und aufmerksam für Diskriminierungen, Benachteiligungen oder Rechtsverletzungen im Beschäftigungsbereich und hilft, diese zu verhindern.

Präambel: Grundlegende Fähigkeiten, Einstellungen und Haltungen

Empathiefähigkeit und Perspektivität

Insbesondere Empathiefähigkeit als professionelle pflegetherapeutische Strategie hat Bischoff-Wanner als pflegerische Grundhaltung beschrieben. Sie enthält kognitive Anteile, die dazu führen, dass Personen „verstehen, was ein anderer fühlt und denkt“, und affektive Anteile, die dazu führen, dass Personen „mitfühlen, was ein anderer fühlt“. Personen vollziehen einen Perspektivenwechsel, sie versetzen sich bewusst in die Situation von Klientinnen und Klienten, um einen verstehenden Zugang herzustellen und die Kommunikation entsprechend zu gestalten (vgl. Bischoff-Wanner, 2002, S. 104f.). In Meso- und Makrosystemen können andere grundlegende Befähigungen im Vordergrund stehen, etwa Fähigkeiten, eine begründete ethische Position zu vertreten oder zur Reflexion von institutionellen und gesellschaftlichen Bedingungen.

In ähnlicher Weise wie die Fähigkeit zur Empathie ist auch die Fähigkeit zur Perspektivität im Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen eingefordert. Sie ermöglicht eine gemeinsame Deutung von sozialen Situationen, wenn die professionell Handelnden durch symbolische Interaktion die Perspektive des jeweils Anderen übernehmen (Edelstein/ Keller 1982, S.13). Über die reflexive Bewusstwerdung kann das eigene Handeln aus der Perspektive des Gegenübers gedeutet und bewertet werden. Nur wenn Situationen hinsichtlich ihrer normativen und realisierten Ansprüche einer gemeinsamen Situationsdefinition zugeführt sind, kann wechselseitiges, aufeinander bezogenes Handeln möglich werden.

Fähigkeit zur Zusammenarbeit

Die Personen aller Qualifikationsniveaus mit Einsicht in die Notwendigkeit und die Chancen der Zusammenarbeit begegnen Kolleginnen und Kollegen sowie Vorgesetzten aufmerksam, kooperativ und höflich. Sie integrieren sich in ein Team und übernehmen Mitverantwortung für die gemeinsame Arbeit. Ihre Auseinandersetzung mit Teammitgliedern ist sachdienlich und konstruktiv. Informationen, Ideen oder Standpunkte werden klar artikuliert und ausgetauscht. Der Wille gemeinsamer Zielerreichung ermöglicht es ihnen, eigene Interessen zu vertreten oder zurückzustellen und Kompromisse zu schließen. Der wertschätzende und aufmerksame Umgang miteinander hilft bei der Wahrnehmung von Konflikten und dem Bemühen um ihre konstruktive Schlichtung. Kooperationsfähige Personen aller Qualifikationsniveaus unterstützen ihre Kolleginnen und Kollegen bei Bedarf, assistieren ihnen oder beraten sie kollegial, um belastende Situationen zu vermeiden.

Fähigkeit zur Gestaltung einer sorgenden Gemeinschaft

Personen aller Qualifikationsniveaus mit einem Bewusstsein für die Bedeutung gesellschaftlicher Prozesse reflektieren die Rahmenbedingungen für eine lebensweltorientierte, auf Lebensqualität ausgerichtete Versorgung älterer Menschen, tauschen sich hierzu aus und positionieren sich. Sie zeigen Interesse für Entscheidungen und Entwicklungen im Gesundheitssystem, schätzen deren Folgen für die Pflege und Unterstützung älterer Menschen ein und diskutieren diese. Zur Verbesserung der Versorgungsbedingungen oder zur Entwicklung von gesellschaftlichen Problemlösungen

Präambel: Grundlegende Fähigkeiten, Einstellungen und Haltungen

sind Personen aller Qualifikationsniveaus in der Lage, sich zu organisieren und Einfluss zu nehmen.

Das Bewusstsein für die Bedeutung gesellschaftlicher Prozesse ermöglicht Personen aller Qualifikationsniveaus ebenso eine Beteiligung an der Gestaltung und kontinuierlichen Weiterentwicklung eines Berufsverständnisses, das der Würde und Einzigartigkeit älterer Menschen Rechnung trägt. Pflege, Unterstützung und Betreuung können im System anderer Berufe des Gesundheitswesens bewertet, positioniert und entsprechend repräsentiert werden. Insofern können Personen aller Qualifikationsniveaus eine besondere Verantwortung für den Schutz und die Integration hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in unserer Gesellschaft sowie eine entsprechende Weiterentwicklung der Service-, Assistenz- und Pflegeberufe übernehmen.

Selbstfürsorge, Team- und Personalentwicklung

Persönlichkeitsentwicklung ist nicht nur bezüglich der Herausforderungen des Beschäftigungsbereiches in den Blick zu nehmen, sondern als ein zentraler Anteil der Selbstfürsorge zu begreifen. So zeigt sich, dass selbstbestimmte Arbeit zur geistigen Beweglichkeit und zur eigenständigen gesellschaftlichen Orientierung beiträgt. Insbesondere sind es die Handlungsspielräume, in denen eigenverantwortliche und selbstbestimmte Arbeit möglich ist, die einen positiven Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung ausüben. So kommt Büssig (1991) in seinen Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass die Verweildauer im Beruf, die Berufszufriedenheit und die Chancen zur Persönlichkeitsentwicklung mit den Einflussmöglichkeiten auf die Entscheidungen im Betrieb (Krankenhaus) wachsen. Konkret heißt das, je mehr die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an Entscheidungsprozessen z. B. im Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen teilhaben können, je mehr wächst deren Berufszufriedenheit und deren Chance, sich in ihrer Persönlichkeit weiterzuentwickeln.

Bei der Selbstfürsorge geht es auch um die Prävention von Burnout, indem mögliche Warnhinweise frühzeitig erkannt werden und Erschöpfungszuständen entgegengewirkt wird. Persönlichkeitsentwicklung im Sinne der Selbstfürsorge ist bei der Arbeitsdichte und den Herausforderungen im Beschäftigungsbereich jedoch nicht ausreichend. Ebenso sind Maßnahmen zur fortlaufenden Team- und Personalentwicklung sowie die Implementierung von Unterstützungssystemen, die Arbeitszufriedenheit fördern, eingefordert.




II. Handreichung zum Anforderungs- und Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen

1 Ausgangslage und Hintergrund

In einer Bevölkerung, in der die Anzahl älterer und hochbetagter Menschen absolut und relativ beständig ansteigt, wird der Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen zukünftig mit beispiellosen Herausforderungen konfrontiert werden, die sich bereits heute deutlich abzeichnen. Altersbedingte Veränderungen, etwa in der Mobilität, in der Befähigung zur Selbstpflege, in der kognitiven Leistungsfähigkeit ziehen einen erhöhten Bedarf an Pflege und persönlicher Assistenz nach sich. Für diese Menschen gilt es, Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität soweit und solange wie möglich zu erhalten, Erkrankungen vorzubeugen und eine selbstbestimmte Lebensführung trotz Einschränkungen zu ermöglichen. Der weitaus größte Anteil aller Leistungen zur Pflege und persönlichen Assistenz wird bis heute durch die Betroffenen und ihre Angehörigen selbst erbracht. Um ihren Bedarfen auch künftig gerecht werden zu können, sind gemeinsame und zielgerichtete Anstrengungen unterschiedlich qualifizierter Akteure des Gesundheits- und Pflegewesens sowie vielfältiger Versorgungsformen und -einrichtungen erforderlich.

Die langfristige Sicherstellung von Leistungen zur Pflege und persönlichen Assistenz auf einem hohen Niveau erfordert vor allem eine Modernisierung und Abstimmung vorhandener Qualifikationsprofile im Beschäftigungsbereich. Diese sind - insbesondere im Bereich der Helfer- und Assistenzberufe, aber auch im Bereich der nicht bundesrechtlich geregelten Fort- und Weiterbildungen - durch ausgesprochene Vielfalt und Heterogenität gekennzeichnet. Dementsprechend unterscheiden sich die Qualifikationsangebote und -abschlüsse oft erheblich voneinander, wodurch Transparenz und Vergleichbarkeit deutlich erschwert werden und nicht immer gegeben sind. Die Situation im Beschäftigungsbereich ist von einem weitgehend intransparenten Qualifikationsmix und einer entsprechenden Arbeitsorganisation geprägt. Zuständigkeiten unterschiedlich qualifizierter Akteure sowie die Voraussetzungen zur Übernahme von Verantwortungs- und Aufgabenbereichen bleiben oftmals ungeklärt.

Es gilt auch, die Vergleichbarkeit von beruflichen und akademischen Qualifizierungen zu erhöhen und die Durchlässigkeit zwischen verschiedenen Qualifikationen zu verbessern. Um diese Ziele zu erreichen, ist eine Ordnung und Weiterentwicklung bestehender Qualifizierungen ebenso sinnvoll wie eine systematische Ausrichtung des Personaleinsatzes an den Bedarfslagen im Beschäftigungsbereich. Dies erfordert unterschiedliche Qualifikationsniveaus, die einerseits den gegenwärtigen und zukünftigen Herausforderungen in der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen in unterschiedlichen Einrichtungen entsprechen und andererseits den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern individuelle, attraktive Lern- und Arbeitswege eröffnen.

Zur Erreichung dieser Ziele will der vorliegende Anforderungs- und Qualifikationsrahmen einen Beitrag leisten. Er stellt ein gestuftes Qualifikationsmodell dar, das acht Qualifikationsprofile zur Pflege, persönlichen Assistenz und im Service für ältere Menschen klar voneinander abgrenzt und sinnvoll aufeinander bezieht. Bei seiner Entwicklung ist konsequent die Perspektive der beruflichen Pflege auf diesen

Beschäftigungsbereich eingenommen worden. Alle Qualifikationsprofile sind auf die Pflege- und Assistenzbedarfe ausgerichtet, wie sie im Leben älterer Menschen entstehen können. Damit leistet der Anforderungs- und Qualifikationsrahmen einen Beitrag zur bedarfsorientierten Planung, Steuerung und Evaluation der Arbeitsprozesse mit unterschiedlich qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Der vorliegende Anforderungs- und Qualifikationsrahmen gliedert sich in das im Entstehen begriffene europaweite Netz miteinander verbundener Qualifikationssysteme ein. Damit die beschriebenen Qualifikationen des Beschäftigungsbereiches national und europaweit vergleichbar und übertragbar gestaltet sind, nimmt der Anforderungs- und Qualifikationsrahmen Bezug auf folgende Referenzmodelle: Europäischer Qualifikationsrahmen (EQR), Deutscher Qualifikationsrahmen (DQR), Qualifikationsrahmen für Deutsche Hochschulabschlüsse und Entwurf eines Fach- Qualifikationsrahmens für Pflegewissenschaft (FQR Pflege).

Nachdem der Europäische Rat bereits 2000 beschlossen hatte, Transparenz und Durchlässigkeit der Qualifikationen in Europa durch geeignete Instrumente zu verbessern und der Europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (EQR) im Februar 2008 veröffentlicht worden war, sind die Länder aufgefordert, nationale Qualifikationsrahmen zu entwickeln. Eine weitere Ausdifferenzierung in domänenspezifische und sektorale Qualifikationsrahmen ist in den europäischen Ländern unterschiedlich weit vorangeschritten. In Deutschland liegt bereits seit 2005 der Qualifikationsrahmen für Deutsche Hochschulabschlüsse vor. Durch Fachqualifikationsrahmen - beispielsweise für Soziale Arbeit und Pflegewissenschaft - erfolgt eine weitere Ausdifferenzierung für bestimmte Berufsbereiche oder für spezifische Beschäftigungsbereiche. Damit werden die Ziele und Anwendungsbezüge von nationalen Qualifikationsrahmen nicht aufgehoben, sondern ergänzt. Fachspezifische oder domänenspezifische Qualifikationsrahmen stellen sicher, dass die hochabstrakten nationalen Qualifikationsrahmen eine weitere Konkretisierung und Spezifizierung erfahren, sodass sie zur Planung von Bildungsangeboten und zur Personalentwicklung genutzt werden können.

Während in Ländern wie den Niederlanden oder der Schweiz schon länger gestufte Ausbildungsmodelle in den Pflegeberufen bestehen, liegt mit dem „Anforderungs- und Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen“ erstmals ein anschlussfähiges Modell für Deutschland vor.

Als das Projekt „Modell einer gestuften und modularisierten Altenpflegequalifizierung“ im Mai 2008 begann, waren die Bemühungen zur Schaffung eines gemeinsamen europäischen Wirtschafts- und Bildungsraums, eingeleitet in Lissabon im Jahr 2000, weit fortgeschritten. Der im März 2011 verabschiedete Deutsche Qualifikationsrahmen für Lebenslanges Lernen (DQR) ist mit dem Ziel verbunden in Deutschland erworbene Qualifikationen in der EU angemessen zu ordnen und vergleichen zu können (vgl. DQR, 2011, S. 4).

Die vorhandenen europäischen und nationalen Dokumente wurden nach entsprechender Analyse mit ihren zentralen Aussagen bei der Entwicklung des Anforderungs- und Qualifikationsrahmens berücksichtigt. So weisen die Grundannahmen zur Differenzierung von acht Qualifikationsprofilen deutliche Parallelen und Bezugspunkte zu EQR und DQR auf. Außerdem ist der Qualifikationsrahmen für Deutsche Hochschulabschlüsse zur Entwicklung der Qualifikationsniveaus 6 bis 8 hinzugezogen worden. In die letzte Phase der Konzeptualisierung wurden Anregungen aus dem Entwurf eines domänenspezifischen Qualifikationsrahmens für die Pflegewissenschaft aufgenommen. Jedes Qualifikationsniveau beinhaltet Anknüpfungspunkte zu den Referenzmodellen und ermöglicht damit eine Vergleichbarkeit.

Die meisten Referenzmodelle bilden aufgrund ihrer Reichweite sinnvollerweise ausschließlich Qualifikationen/ Kompetenzen ab. Im Gegensatz dazu war es im vorliegenden Anforderungs- und Qualifikationsrahmen erforderlich und möglich, zunächst die Anforderungen des Beschäftigungsbereichs zu beschreiben und in einem weiteren Arbeitsschritt die Qualifikationen/ Kompetenzen auszudifferenzieren, die notwendig sind, um den beschriebenen Anforderungen zu entsprechen. Deutlich wurde, dass im Beschäftigungsbereich Aufgaben auf unterschiedlichen Anspruchsniveaus anfallen, die spezifische Qualifikations- oder Kompetenzprofile voraussetzen. Diese sind im Anforderungs- und Qualifikationsrahmen als „Wissen und Können“ operationalisiert.

Es bleibt den gesellschaftlichen Bildungsangeboten und den individuellen Bildungswegen vorbehalten, in welchen Bildungs- und Arbeitsprozessen sowie institutionellen Kontexten die erforderlichen Qualifikationsprofile angebahnt oder erworben werden. Der vorliegende Anforderungs- und Qualifikationsrahmen beabsichtigt keine Ausgrenzung von gegenwärtigen oder zukünftigen Bildungsangeboten. Allerdings könnte im Rahmen der Bildungsforschung ein Interesse daran bestehen, Zusammenhänge zwischen Anforderungen, Qualifikationsprofilen und Bildungsangeboten weiter aufzuklären.

Bei der Ausformulierung des Verantwortungs- und Aufgabenbereichs wurden die pflegerischen Handlungsfelder der Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation berücksichtigt und alle institutionellen Kontexte pflegerischen Handelns - ambulante, teilstationäre und stationäre - einbezogen. Es wird davon ausgegangen, dass Leistungen zur Pflege und persönlichen Assistenz älterer Bürgerinnen und Bürger sowohl privat vermittelt als auch durch Einrichtungen angeboten bzw. erbracht werden. Im ersten Fall treten die Klientin/ der Klient oder Angehörige als Auftraggeberin/ Auftraggeber auf und bestimmen über Umfang und Art der Leistung. Werden die Leistungen durch die Einrichtungen der Altenpflege vermittelt oder erbracht, übernehmen diese die Verteilung der anfallenden Aufgaben entsprechend den dafür erforderlichen Qualifikationen. Die Zuweisung oder Delegation von Verantwortung und Aufgaben erfolgt in Abstimmung mit den Klientinnen/ Klienten und deren Angehörigen und/ oder durch die Team- oder Einrichtungsleitungen.

Da sich der Anforderungs- und Qualifikationsrahmen an den Bedarfen ausrichtet, die ältere Bürgerinnen und Bürger an Pflege, Assistenz und Service haben, ist angesichts der Veränderungen in diesem Bereich eine regelmäßige Überarbeitung des Verantwortungs- und Aufgabenbereichs sowie der Qualifikationsprofile erforderlich. Die mit dem vorliegenden Anforderungs- und Qualifikationsrahmen verbundenen Ziele lassen sich nur erreichen, wenn sich die gesellschaftliche Dynamik - insbesondere die damit verbundenen Veränderungen bezüglich der Versorgungsbedarfe älterer Bürgerinnen und Bürger - im Anforderungs- und Qualifikationsrahmen auch zukünftig abbildet.

2 Ziele des Anforderungs- und Qualifikationsrahmens

Der Anforderungs- und Qualifikationsrahmen stellt ein Instrument zur Qualitätssicherung im Beschäftigungsbereich dar. Für Einrichtungen ist mit der Einführung und Anwendung des Anforderungs- und Qualifikationsrahmens das Ziel verbunden, einen wesentlichen Beitrag zum Personalmanagement und zur Organisationsentwicklung zu leisten. Durch die Darstellung und Stufung von Anforderungen einerseits und der darauf abgestimmten gestuften Qualifikationsprofile andererseits wird in den Einrichtungen die Organisation, Steuerung und Evaluation der Arbeitsprozesse mit unterschiedlich qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern möglich. Mit Hilfe des Anforderungs- und Qualifikationsrahmens sind Personalentwicklungen derart zu gestalten, dass Qualifikationsmixe entstehen, die an den Pflege- und Assistenzbedarfen älterer Menschen ausgerichtet sind und dem jeweiligen Angebotsprofil der Einrichtung entsprechen. Stellenbeschreibungen, Personalauswahl, Assessmentverfahren sowie Personalentwicklung können vor dem Hintergrund der vorgenommenen Stufungen einheitlicher und transparenter durchgeführt werden.

Ebenso ermöglicht es der Anforderungs- und Qualifikationsrahmen, begründete Entscheidungen in der Organisationsentwicklung zu treffen. Bestehende Anforderungen, wie die Verantwortungs-, Aufgabenbereiche und die Qualifikationsprofile der Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter oder der Teams, lassen sich anhand des Anforderungs- und Qualifikationsrahmens analysieren und gegenüberstellen. Vor dem Hintergrund zukünftiger Entwicklungen in der Gesellschaft können die ambulanten und stationären Einrichtungen in der Altenpflege ihre Ziele und Angebote formulieren und unter Hinzuziehung des Anforderungs- und Qualifikationsrahmens die Organisationsentwicklung gestalten.

Durch die Darstellung der acht gestuften Qualifikationsprofile (Wissen und Können) wird es möglich, die Gestaltung von Bildungsprozessen am Anforderungs- und Qualifikationsrahmen auszurichten. Bildungsangebote auf unterschiedlichen Qualifikationsniveaus können im Hinblick auf die beschriebenen Qualifikationsprofile (Lernergebnisse) transparenter und vor allem vergleichbarer gestaltet werden. Der Anforderungs- und Qualifikationsrahmen kann somit als Maßstab zur Vergleichbarkeit von Bildungsabschlüssen herangezogen werden. Vertikale Durchlässigkeit zwischen unterschiedlichen Qualifikationsniveaus, aber auch horizontale Durchlässigkeit zwischen den Berufsabschlüssen, den Ausbildungsstätten und den Einrichtungen können zukünftig

erleichtert werden. Diese betrifft ebenso die Durchlässigkeit der beruflichen Abschlüsse und Qualifikationen in den Pflegeberufen innerhalb der Länder der Europäischen Union. Eine Planung und Durchführung von Bildungsangeboten auf der Grundlage des Anforderungs- und Qualifikationsrahmens führt zu einer intensivierten Berücksichtigung der Bedarfe älterer Bürgerinne/ Bürger. Insofern leistet der Anforderungs- und Qualifikationsrahmen einen entscheidenden Beitrag zu einer adressaten- und anforderungsorientierten Bildungsplanung sowie zum Lebenslangen Lernen. Wenn sich Bildungsangebote zukünftig am vorliegenden Anforderungs- und Qualifikationsrahmen ausrichten, wird damit auch die in Kopenhagen und Lissabon 2000 geforderte Anrechnung von Qualifikationen auf weiterführende Bildungsangebote möglich.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können den vorliegenden Anforderungs- und Qualifikationsrahmen nutzen, um ihren Aufgaben- und Verantwortungsbereich mit ihren erworbenen Qualifikationen abzugleichen. Sie können ihn zur Entscheidungsfindung heranziehen, wenn es darum geht, einen neuen Aufgaben- oder Verantwortungsbereich zu übernehmen und sich auf diese Weise vor Über- oder Unterforderungssituationen schützen. Zugleich eröffnet der vorliegende Entwurf eine langfristige, individuelle Bildungsplanung, die auch ihre jeweiligen persönlichen Kontexte berücksichtigt.

Bürgerinnen und Bürger können den Anforderungs- und Qualifikationsrahmen nutzen, um sich darüber zu informieren, über welche Qualifikationsprofile Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Beschäftigungssystem verfügen sollten, wenn diese einen bestimmten Verantwortungs- und Aufgabenbereich übernehmen. Geht man darüber hinaus davon aus, dass den Bürgerinnen und Bürgern Zugang zu den vorliegenden Qualifikationsprofilen einer Einrichtung eröffnet wird, kann der Anforderungs- und Qualifikationsrahmen einen Beitrag zur Auswahl von geeigneten Einrichtungen leisten.

3 Inhalt und Aufbau der acht Qualifikationsniveaus

Das Kernstück des Anforderungs- und Qualifikationsrahmens besteht in der Beschreibung von acht Qualifikationsniveaus. Anforderungen und Qualifikationen, die in den Bedarfen älterer Bürgerinnen/ Bürger begründet sind, wurden voneinander abgegrenzt und sinnvoll aufeinander bezogen.

Die Qualifikationsniveaus 1 bis 3 bilden einen integrativen Teil des Beschäftigungsbereichs, weil sie an pflegerischen Zielsetzungen mitwirken, die u. a. darin bestehen, dass ältere Bürgerinnen/ Bürger länger selbstbestimmt, sozial integriert und in der eigenen Wohnumgebung leben können. Darüber hinaus leisten die Qualifikationsniveaus 1 bis 3 einen Beitrag dazu, dass professionelle Pflege nicht oder erst später notwendig wird oder sie unterstützen und entlasten Angehörige oder professionelle Pflegeteams in der pflegerischen Arbeit. Die Niveaus 1 und 2 umfassen Serviceleistungen und Leistungen zur persönlichen Assistenz. Sie beinhalten haushaltsnahe Dienstleistungen und körpernahe Hilfestellungen bei Selbstversorgung für ältere Bürgerinnen/ Bürger im Alltag sowie auf dem Niveau 3 einzelne delegierte pflegerische Aufgaben. Die Qualifikationsniveaus 4 bis 8 beziehen sich auf verantwortlich durchzuführendes pflegerisches und pflegewissenschaftliches Handeln.

Im Anforderungs- und Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen kann nicht durchgehend davon ausgegangen werden, dass alle Qualifikationen eines Niveaus selbstverständlich auch auf den nächsthöheren Niveaus vorliegen (Inklusionsprinzip). Einzelne pflegerische Aufgaben und Qualifikationen (wie Wundmanagement oder Gedächtnistraining) sind hoch spezialisiert. Sie erfordern entsprechende Ausbildungen und liegen daher auf einem spezifischen Niveau vor. Andere Aufgaben und Qualifikationen können in der gleichen Weise auf zwei Qualifikationsniveaus vorkommen, zum Beispiel die Aufgabe: „schriftlicher Nachweis über geleistete Arbeitsaufträge“ auf den Qualifikationsniveaus 1 und 2. Dennoch steigen mit zunehmendem Qualifikationsniveau der Umfang und die Komplexität der Verantwortungs- und Aufgabenbereiche.

Der horizontale Aufbau des Anforderungs- und Qualifikationsrahmens wird über die acht Qualifikationsniveaus strukturiert, wobei die jeweiligen Profile aus der nachfolgenden Auflistung verdeutlicht werden:

- Qualifikationsniveau 1 ist ausgerichtet auf Service im Lebensumfeld.
- Qualifikationsniveau 2 ist ausgerichtet auf die persönliche Assistenz.
- Qualifikationsniveau 3 ist ausgerichtet auf die Durchführung von Aufgaben im Rahmen des Pflegeprozesses.
- Qualifikationsniveau 4 ist ausgerichtet auf die Steuerung und Gestaltung von komplexen Pflegeprozessen.
- Qualifikationsniveau 5 ist ausgerichtet auf die Steuerung und Gestaltung von komplexen Pflegeprozessen für spezielle Klientengruppen.

- Qualifikationsniveau 6 ist ausgerichtet auf die Steuerung und Gestaltung von hochkomplexen Pflegeprozessen und die Leitung von Teams.
- Qualifikationsniveau 7 ist ausgerichtet auf die pflegerische Leitung in Einrichtungen.
- Qualifikationsniveau 8 ist ausgerichtet auf die Steuerung und Gestaltung pflegewissenschaftlicher Aufgaben.

Die vertikale Struktur der einzelnen Niveaus folgt stets den gleichen Darlegungselementen: Die einleitende Kurzbeschreibung umfasst die zentralen Merkmale im Überblick. Die Anforderungen werden anschließend als Verantwortungsbereiche und beispielhafte Aufgaben dargestellt. Danach wird das Wissen und Können aufgeführt, das zur Bewältigung der Anforderungen notwendig ist.

3.1 Kurzbeschreibung

Die Darstellungen der Qualifikationsniveaus beginnen jeweils mit einer Kurzbeschreibung, in der die Besonderheiten der verschiedenen Verantwortungs- und Aufgabenbereiche und das jeweils spezifische Qualifikationsprofil dargestellt werden. Die Kurzbeschreibungen geben einen Überblick über das betreffende Qualifikationsniveau und greifen die wesentlichen Merkmale in komprimierter Form auf. Dabei folgen auch sie stets derselben Systematik. Sie benennen das Niveau, die Verortung im Verhältnis zu den anderen Niveaus und die betreffenden Klienten/ Klientengruppen. Es folgt eine Zusammenfassung des Verantwortungs- und Aufgabenbereichs sowie des Wissens und Könnens.

Zum Abschluss wird dargestellt, in welcher Weise Aufgaben übertragen, delegiert, abgestimmt und übernommen sowie Handlungsspielräume eröffnet werden. Der Begriff Delegation wird im Anforderungs- und Qualifikationsrahmen im Kontext von pflegerischen Aufgaben gebraucht, die die delegierende Pflegeperson üblicherweise selbst ausführen würde, nun aber anderen zuweist. Handelt es sich um Aufgaben zum Service und zur Assistenz, wie sie in sozialen Netzen üblich sind, werden in diesem Zusammenhang die Begriffe Übertragung und Abstimmung genutzt. Es wird davon ausgegangen, dass Leistungen zur Pflege und persönlichen Assistenz älterer Bürgerinnen und Bürger sowohl privat vermittelt als auch durch Einrichtungen angeboten beziehungsweise erbracht werden. Im ersten Fall treten die Klientin/ der Klient oder Angehörige als Auftraggeberin/ Auftraggeber auf und bestimmen über Umfang und Art der Leistung. Werden die Leistungen durch Einrichtungen der Altenpflege vermittelt oder erbracht, übernehmen diese die Verteilung der anfallenden Aufgaben zur Pflege und Assistenz, entsprechend den dafür erforderlichen Qualifikationen. Die Zuweisung oder Delegation von Verantwortung und Aufgaben erfolgt in Abstimmung mit den Klientinnen/ Klienten und deren Angehörigen und/ oder durch die Team- oder Einrichtungsleitung.

3.2 Verantwortungs- und Aufgabenbereiche

Die Verantwortungsbereiche stellen eine vollständige Beschreibung der zentralen Merkmale des jeweiligen Niveaus dar. Im Anforderungs- und Qualifikationsrahmen werden Verantwortung, Durchführungsverantwortung und Mitverantwortung unter-

schieden. Übernehmen Personen Verantwortung für einen Bereich, sind sie für die Erfüllung der Aufgaben in diesem Bereich zuständig. Für ausgeführte Handlungen oder getroffene Entscheidungen sind sie rechenschaftspflichtig, sie können sie retrospektiv begründen.

Im vorliegenden Anforderungs- und Qualifikationsrahmen gehen wir davon aus, dass sich die Übernahme von Verantwortung auf vollständige Handlungen bezieht und damit die Phasen der Information, der Zielsetzung, der Planung, der Durchführung und der Evaluation von Arbeitsprozessen umfasst. Eigenverantwortliches Handeln erfordert in der Regel selbstständiges, nicht delegiertes Handeln. Die Personen, an die eine Übertragung/ Delegation von Aufgaben erfolgt, tragen die Durchführungsverantwortung für die sorgfältige Ausführung der Aufgaben. Arbeiten Personen verschiedener Qualifikationsniveaus gemeinsam an der Erfüllung von Aufgaben oder Aufgabenbereichen, trägt jede Gruppe/ Person einen eigenen Anteil an der Verantwortung. Im Anforderungs- und Qualifikationsrahmen wird hierfür der Begriff Mitverantwortung verwendet.

Im Anschluss an die Beschreibung des Verantwortungsbereichs jedes Niveaus folgt eine Darstellung der anfallenden Aufgaben. Sie dient der Konkretisierung und Veranschaulichung des Verantwortungsbereichs anhand ausgewählter Beispiele. Deshalb wurden Aufgaben ausgewählt, die kennzeichnend für die Anforderungen des jeweiligen Niveaus sind. Alle aufgeführten Aufgaben sind nur beispielhaft und es wird an keiner Stelle auf eine vollständige chronologische Darstellung abgezielt. Die meisten der dargestellten Aufgaben sind systematisch über die Qualifikationsniveaus gestuft, einige Aufgaben sind jedoch typisch für ein bestimmtes Qualifikationsniveau und beziehen sich nur auf dieses. Die Schwerpunkte der Aufgaben verschieben sich. So nimmt die Ausrichtung auf klientenbezogene Aufgaben auf den Niveaus 7 und 8 deutlich ab. Auf diesen beiden Niveaus sind die Aufgaben auf die pflegerische Leitung oder den pflegewissenschaftlichen Aufgabenbereich ausgerichtet. Jedes Qualifikationsniveau weist damit auch einen charakteristischen Aufgabenbereich auf, dessen Merkmale nicht notwendigerweise für die nachfolgenden Niveaus obligat sein müssen.

3.3 Wissen und Können

Nach der Beschreibung der Anforderungen (Verantwortungsbereich und Aufgabenbereiche) wird das Qualifikationsprofil, das zur Bewältigung der Anforderungen geeignet erscheint, in Form von Wissen und Können beschrieben. Analog zum Europäischen Qualifikationsrahmen (EQR) wird an dieser Stelle das kognitiv verankerte Wissen der reproduzierbaren Fakten, Grundsätze, Theorien und der erworbenen Erfahrungen dargestellt. Dieses Wissen stellt das Resultat bewusster und unabsichtlicher Lern-, Denk- und Problemlösungsprozesse dar. Es ist notwendig, um den Anforderungen des Beschäftigungsbereiches auf dem betreffenden Niveau entsprechen zu können. Gleichwohl wurde auch das dargestellte Wissen beispielhaft, charakteristisch und nicht erschöpfend aufgeführt.

Unter der Überschrift „Können“ werden Fertigkeiten beschrieben, die notwendig sind, um das vorhandene Wissen in Pflege- und Berufssituationen zu aktualisieren und anzuwenden. Darüber hinaus wird dargestellt, in welcher Weise das Wissen angewendet wird. Dazu gehören Fähigkeiten zur Reflexion und zur Bewertung von Handlungen. Neues, zukünftig entstehendes Wissen und entsprechendes Können sollen aufgrund der abgebildeten Charakteristika den Qualifikationsniveaus zugeordnet werden können.

4 Hinweise zur Nutzung des Anforderungs- und Qualifikationsrahmens

Die zur Validierung des Anforderungs- und Qualifikationsrahmens eingesetzten Verfahren und Instrumente sind im Projektverlauf in Instrumente zur Personal- und Teamentwicklung transformiert worden. Ihr Einsatz kann in den Einrichtungen der Altenhilfe Personal- und Teamentwicklungsprozesse auf der Grundlage des Anforderungs- und Qualifikationsrahmens gezielt unterstützen. Diese Verfahren stehen in Form von Leitfäden und Auswertungsmanualen zur Verfügung und erleichtern damit erheblich die Arbeit mit dem Anforderungs- und Qualifikationsrahmen.

Das Verfahren zur Personalentwicklung beinhaltet drei Fragebögen zur Selbst- und Fremdeinschätzung, die jeweils in einer Version für die Mitarbeiterin/ den Mitarbeiter und einer Version für die Vorgesetzte/ den Vorgesetzten vorliegen. Durchführung und Auswertung des Personalentwicklungsgesprächs werden über einen Leitfaden strukturiert.

Auf dieser Grundlage durchgeführte Personalentwicklungsgespräche

- ermöglichen einen Austausch über den Verantwortungs- und Aufgabenbereich der Mitarbeiterin/ des Mitarbeiters sowie eine Betrachtung des hierfür erforderlichen Wissens und Könnens,
- nehmen die beruflichen Ziele und die berufliche Situation der Mitarbeiterin/ des Mitarbeiters in den Blick,
- klären mögliche Unter- oder Überforderungen im Aufgaben- und Verantwortungsbereich der Mitarbeiterin/ des Mitarbeiters,
- ermöglichen einen Abgleich zwischen den Organisationszielen und den Entwicklungschancen der Mitarbeiterin/ des Mitarbeiters,
- unterstützen die Planung weiterer Schritte zur Förderung der Mitarbeiterin/ des Mitarbeiters und
- verbinden auf diese Weise den Verantwortungs- und Aufgabenbereich der Mitarbeiterin/ des Mitarbeiters mit den Organisationszielen.

Die Vorbereitung auf Personalentwicklungsgespräche erfolgt über die Auseinandersetzung mit den Fragebögen zur Selbst- und Fremdeinschätzung. Auf dieser Grundlage setzen sich die Gesprächspartner differenziert mit den Anforderungen des Arbeitsplatzes und dem Wissen und Können der Mitarbeiterin/ des Mitarbeiters auseinander.

Das Instrument zur Teamentwicklung fokussiert die gemeinsame Aufgabenbewältigung und die Arbeitsatmosphäre in Gruppen, die in einem Arbeitszusammenhang stehen. Beide Ebenen werden in Teamgesprächen in den Blick genommen. Diese ermöglichen der

Vorgesetzten/ dem Vorgesetzten sowie der Mitarbeiterin/ dem Mitarbeiter einen differenzierten Einblick in die Verantwortungsübernahme und Aufgabenverteilung in qualifikationsheterogenen Teams, über die von einem Team insgesamt übernommenen Aufgaben in Beziehung zu ihrer Häufigkeit. Dies ermöglicht Aussagen darüber,

- welche alltäglichen und regelmäßig wiederkehrenden Aufgaben vom Team übernommen werden,
- welche als wichtig erachteten Aufgaben seltener ausgeführt werden (können),
- welche als wichtig erachteten Aufgaben - etwa angesichts der Rahmenbedingungen - auch schon einmal unerledigt bleiben,
- inwieweit die Aufgaben den im Anforderungs- und Qualifikationsrahmen beschriebenen Anforderungen entsprechen.

Teamentwicklungsgespräche, die auf der Grundlage des Anforderungs- und Qualifikationsrahmens geführt werden, ermöglichen ebenfalls Aussagen über die Verantwortungsübernahme und Aufgabenverteilung innerhalb eines Teams. Hierzu gehören Aussagen darüber

- wie die Aufgabenverteilung im Team vorgenommen wird,
- wofür sich die einzelnen Teammitglieder verantwortlich fühlen,
- welche Übereinstimmungen zwischen formaler Qualifikation und dem Verantwortungsbereich bestehen,
- wo Überschneidungen bzw. Schnittmengen zwischen den Verantwortungs- und Aufgabenbereichen formal unterschiedlich qualifizierter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter liegen,
- inwieweit die Verantwortungs- und Aufgabenbereiche der einzelnen Mitarbeiterin/ des einzelnen Mitarbeiters der im Anforderungs- und Qualifikationsrahmen für das jeweilige Niveau beschriebenen Anforderungsstruktur entsprechen.

Wird das Teamgespräch mit offenen Fragen zur Zufriedenheit der Teammitglieder mit der im Gespräch offen gelegten Situation sowie zu dem aus Sicht des Teams gegebenen Veränderungsbedarfs beendet, wird auch die Beziehungsebene direkter Gegenstand des Teamgesprächs. Teamentwicklungsgespräche unterstützen sowohl diagnostische Prozesse in Teams (auch Teamcheck genannt) als auch eine entsprechende Maßnahmenplanung. Andere für die Arbeit in (qualifikationsheterogenen) Teams wichtige Faktoren und Kriterien werden bei diesem Vorgehen jedoch nicht berücksichtigt (z. B. Sympathie/ Antipathie, Lebensalter sowie Lebens- und Berufserfahrung, gender- und diversitybezogene Gesichtspunkte). So leistet ein solches Teamgespräch zwar einen wichtigen Beitrag zur Teamentwicklung im Sinne des Anforderungs- und Qualifikationsrahmens, jedoch sind für umfassende Teamentwicklungsprozesse weitere Erkenntnisse und Entscheidungskriterien von Bedeutung.

Die Durchführung und Auswertung von Teamentwicklungsgesprächen werden ebenfalls über einen die Leitungsverantwortlichen entwickelten Leitfaden und ein Auswertungsmanual unterstützt. Sowohl die Materialien, die für Personalentwicklungsgespräche erarbeitet worden sind, als auch die Materialien für



Handreichung

Teamentwicklungsgespräche stehen auf den Homepages der FH Bielefeld und des dip als kostenloser Download zur Verfügung. Mit Personalentwicklungs- und Teamentwicklungsgesprächen wurden zwei Bereiche der Personal- und Organisationsentwicklung besonders in den Blick genommen und über die Entwicklung von Materialien, die spezifisch auf der Grundlage des Anforderungs- und Qualifikationsrahmens entstanden sind, operationalisiert.

Darüber hinaus kann der Anforderungs- und Qualifikationsrahmen weitere Bereiche der Personal- und Organisationsentwicklung in den Einrichtungen gezielt unterstützen, etwa Stellenbeschreibungen und Stellenausschreibungen, Bewerbungsverfahren, Jobrotation, Jobenrichment oder die Bestimmung und Konzeptualisierung von Fort- und Weiterbildung.

Mit Blick auf den Bildungsbereich kann der Anforderungs- und Qualifikationsrahmen die Entwicklung von Richtlinien und Curricula im Bereich der beruflichen und akademischen Bildung unterstützen. Auf seiner Grundlage können Entscheidungen über Qualifikationen, Kompetenzen, Lernergebnisse, Inhalte und Methoden getroffen werden.




III. Anforderungs- und Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen

Einleitung

In diesem Teil des Dokumentes werden die Anforderungen des Beschäftigungsbereichs der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen auf acht Qualifikationsniveaus beschrieben und die damit verbundenen Qualifikationsprofile ausgewiesen. Diese werden auf den einzelnen Niveaus in Form von beispielhaft operationalisiertem Wissen und Können dargelegt (vgl. hierzu ausführlicher Teil II: Handreichung, Kapitel 3).

Darüber hinaus sind Einstellungen und Werthaltung von grundlegender Bedeutung, die zwar in Lernprozessen angeeignet werden können, sich allerdings zum Teil der systematischen Stufung entziehen. Gleichwohl sind sie den einzelnen Niveaus entsprechend zu hinterlegen. Dazu gehören unseres Erachtens Einstellungen wie Akzeptanz, Wertschätzung und Toleranz. Unabhängig von den gestuften Qualifikationsprofilen gehen wir davon aus, dass das Verhalten gegenüber älteren Bürgerinnen und Bürgern von Verständnis und Akzeptanz geprägt und auf die Förderung von Lebensqualität, Wohlbefinden, Autonomie und Selbstbestimmung ausgerichtet ist. Grundlegende Werthaltungen und Einstellungen ermöglichen es, die Perspektive der Klientinnen/ Klienten wahrzunehmen, Einfühlungsvermögen gegenüber deren emotionalem Befinden zu zeigen und dieses zu respektieren. Wir gehen davon aus, dass Personen im Beschäftigungsbereich älteren Menschen mit Respekt begegnen und deren Biographie und Lebensleistungen achten. Diese grundlegenden Befähigungen sind über Bildungs- und Arbeitsprozesse lehr- und lernbar und damit zentraler Bestandteil aller Curricula, die sich auf diesen Beschäftigungsbereich ausrichten (vgl. hierzu ausführlicher Teil I).

Mit dem Anforderungs- und Qualifikationsrahmen werden unterschiedliche Ziele verfolgt, die im Teil II: Handreichung, Kapitel 2, ausführlicher beschrieben werden. Dementsprechend ergeben sich verschiedene Möglichkeiten einer konkreten Nutzung, beispielsweise zur Personal- und Organisationsentwicklung sowie zur Planung und Gestaltung von Bildungsprozessen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass ein Qualifikationsniveau grundsätzlich mehrere unterschiedliche Profile umfassen kann, obwohl im Anforderungs- und Qualifikationsrahmen einzelne wesentliche Profile besonders in den Blick genommen werden. So wird beispielsweise auf dem Qualifikationsniveau 5 die Fachexpertise zur Steuerung und Gestaltung von komplexen Pflegeprozessen bei speziellen Klientengruppen fokussiert. Kompetenzprofile wie zum Beispiel das einer Praxisanleiterin/ eines Praxisanleiters sind auf diesem Qualifikationsniveau jedoch ebenfalls denkbar (vgl. hierzu ausführlicher Teil II: Handreichung, Kapitel 3).

Letztendlich sollen alle Ziele zur Attraktivitätssteigerung des Beschäftigungsbereichs der Pflege und persönlichen Assistenz beitragen, der transparente, durchlässige Bildungsweg zu allen Qualifikationsniveaus eröffnet. Der Versorgungsbedarf älterer Bürgerinnen und Bürger sowie die Qualitätsentwicklung und -sicherung der Versorgungsangebote für ältere Menschen stehen damit im Mittelpunkt der gemeinsamen Anstrengungen. Diese werden allerdings nur dann zu der erhofften Qualitätsverbesserung beitragen, wenn es von Seiten des Pflegemanagements gelingt, die Qualifikationsprofile



Anforderungs- und Qualifikationsrahmen

von Mitarbeiterinnen/ Mitarbeitern einzuschätzen und entsprechende Verantwortungs- und Aufgabenübernahme in den Teams sicherzustellen. Alle Erfahrungen im europäischen Kontext weisen darauf hin, dass qualifikationsheterogene Teams nur dann einen Beitrag zur Qualitätssicherung leisten, wenn sich ihre Zusammensetzung am Versorgungs- und Pflegebedarf der Klientinnen und Klienten ausrichtet.

Zum umfassenden Verständnis und zur spezifischen Nutzung des vorliegenden Anforderungs- und Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen sind deshalb die verschiedenen Teile der Dokumentation stets im Zusammenhang zu sehen.



Qualifikationsniveau 1: Service im Lebensumfeld

Projektleiterinnen Barbara Knigge-Demal, Gertrud Hundenborn

◆ Kurzbeschreibung ◆

Qualifikationsniveau 1

ist ausgerichtet auf Serviceleistungen im Lebensumfeld von Klientinnen/ Klienten. Diese findet vorwiegend in der häuslichen Umgebung, aber auch in Einrichtungen statt und fokussiert den Erhalt von Selbstständigkeit. Vor allem werden Klientinnen/ Klienten unterstützt, die in ihrer Mobilität beeinträchtigt sind. Daneben dient das Qualifikationsniveau 1 der Unterstützung oder Entlastung professionell Pflegender und/ oder Angehöriger.

Auf diesem Niveau wird Verantwortung für solche Aufgaben übernommen, wie sie auch innerhalb sozialer Netze üblich sind. Dazu gehören zum Beispiel die regelmäßige Kontaktaufnahme, die Begleitung bei Aktivitäten innerhalb und außerhalb der Wohnung sowie Unterstützung im Haushalt.

Das Qualifikationsniveau 1 erfordert die Kenntnis alltagsüblicher Regeln und Handlungsabläufe. Es erfordert darüber hinaus die Fähigkeiten, Situationen im Alltag einzuschätzen und Serviceaufgaben mit den Klientinnen/ Klienten abzustimmen, die Aufgaben zeitlich zu strukturieren und dabei die Routinen des Tages-/ Wochenzyklus zu berücksichtigen.

Die Aufgaben werden durch Klientinnen/ Klienten, Angehörige oder die verantwortliche Pflegekraft übertragen; mögliche Handlungsspielräume werden im gemeinsamen Dialog abgestimmt.

◆ Verantwortungsbereich ◆

Qualifikationsniveau 1

beinhaltet die Übernahme von Durchführungsverantwortung für Serviceleistungen im Lebensumfeld von Klientinnen/ Klienten mit Unterstützungsbedarf und kompensiert damit Beeinträchtigungen der Mobilität.

Es zielt auf Sicherheit sowie soziale Integration und Teilhabe von Klientinnen/ Klienten ab. Dies erfordert Verantwortungsübernahme für regelmäßige, alltagsbezogene Aktivitäten und Gespräche mit Klientinnen/ Klienten, deren Angehörigen und dem sozialen Netz. Die Durchführungsverantwortung erstreckt sich auf die Begleitung von Klientinnen/ Klienten bei Aktivitäten innerhalb und außerhalb ihrer Wohnung sowie auf Unterstützung bei der Haushaltsführung. Sie schließt die mündliche und schriftliche Berichterstattung über geleistete Arbeiten sowie das Weiterleiten von Informationen oder Anliegen der Klientinnen/ Klienten, Angehörigen oder des sozialen Netzes ein. Das Qualifikationsniveau beinhaltet ebenfalls die verantwortliche Mitwirkung bei der Abstimmung von Arbeitsprozessen im Team.

◆ Aufgabenbereiche ◆

Beispielhafte Klientenbezogene Aufgaben

- Besprechung der situativen Befindlichkeit oder des gegenwärtigen Anliegens
- Abstimmung der aktuellen Aufgaben im Alltag mit der Klientin/ dem Klienten selbst, deren/ dessen Angehörigen, dem sozialen Netz und/ oder dem Team
- Treffen von Absprachen zur zeitlichen Planung der alltagsbezogenen Aufgaben
- Unterstützung beim Zurücklegen von Wegen oder bei der Überwindung von Hindernissen in der Wohnung
- Begleitung bei Arztbesuchen, Behördengängen, kulturellen, sportlichen Aktivitäten oder bei Besuchen von Freunden
- Begleitung bei Besuchen von Angehörigen, Freunden, Nachbarn
- Übernahme von übertragenen Serviceaufgaben, die zur Aufrechterhaltung der Haushaltsführung beitragen
- stellvertretende Übernahme von alltäglichen Handlungen, die zur Sicherheit innerhalb und außerhalb des Hauses beitragen, wie Elektrogeräte ausschalten oder Türen abschließen
- Führen von alltagsbezogenen Gesprächen und situative Beratung bei alltäglichen Anforderungen
- Dokumentation von Ereignissen, die Hinweise auf den aktuellen Bedarf an Service und Assistenz von Klientinnen/ Klienten geben

Beispielhafte teambezogene Aufgaben

- Abstimmung der aktuellen Arbeitsaufträge mit der verantwortlichen Person/ dem pflegerischen Team
- Thematisierung von Konflikten oder Belastungen im pflegerischen Team
- schriftlicher Nachweis über erledigte Arbeitsaufträge, ggf. EDV-gestützt
- mündliche Weitergabe der Anliegen von Klientinnen/ Klienten, deren Angehörigen oder des sozialen Netzes an das pflegerische Team

Beispielhafte einrichtungs- bezogene Aufgaben

- Auseinandersetzung mit dem Einrichtungsleitbild und eine reflektierte Ausrichtung des eigenen Handelns
- Mitwirkung an Transport und Lagerung von Pflegehilfsmitteln, Wäsche, Lebensmitteln oder Geschirr in Einrichtungen oder in der häuslichen Umgebung von Klientinnen/ Klienten

◆ Wissen und Können ◆

Beispielhaftes
Wissen

Personen mit dem Qualifikationsniveau 1 verfügen über grundlegendes Allgemeinwissen zur Übernahme des Verantwortungsbereichs.

Sie

- verfügen über grundlegendes Erfahrungswissen in der Ausübung von Aufgaben, wie sie im täglichen familiären und gesellschaftlichen Leben regelmäßig anfallen.
- kennen alltagsübliche Regeln und Handlungsabläufe, wie im Hinblick auf Haushaltsführung, Kommunikation, Etikette, Traditionen und öffentliches Leben.
- wissen, dass Bewegung und Beweglichkeit bedeutsam für die Selbstständigkeit und Lebensqualität älterer Menschen ist.
- kennen die Handhabung von Gegenständen, die im Alltag und in der privaten Haushaltsführung üblich sind und regelmäßig verwendet werden (wie PC und Mobiltelefon, etc.)
- kennen die Handhabung von Hilfsmitteln zur Unterstützung der Mobilität wie Rollator oder Rollstuhl.

Beispielhaftes
Können

Personen mit dem Qualifikationsniveau 1 können ihr Wissen in der Umgebung von Klientinnen/ Klienten und Angehörigen reproduzieren und nutzen.

Sie

- sind in der Lage, ihre Servicehandlungen vor dem Hintergrund des Wissens, ihrer Erfahrungen und Werthaltungen zu reflektieren.
- besitzen die Fähigkeit zu einem gesellschaftlich üblichen und anerkannten Verhalten im Haushalt und bei der Begleitung von Klientinnen/ Klienten.
- sind in der Lage, ihre Aufgaben zeitlich zu strukturieren, mit den Klientinnen/ Klienten und deren Angehörigen abzustimmen und dabei die gewohnten Abläufe des Tages-/ Wochenzyklus zu berücksichtigen.
- können unvoreingenommen, freundlich und höflich auf Menschen zugehen und Gespräche führen.
- sind in der Lage, Zeichen akuter vitaler Gefährdungen zu erkennen, einen Notruf durchzuführen und lebensrettende Sofortmaßnahmen einzuleiten.
- sind in der Lage zu erkennen, welche Gegenstände und Hindernisse eine Sturzgefahr darstellen und können diese entfernen/ umgehen.
- können Ereignisse und Informationen mündlich und schriftlich darstellen.
- sind in der Lage zu entscheiden, welche Ereignisse und Informationen an die verantwortlichen Personen weiterzuleiten sind.
- sind in der Lage, die übertragenen Aufgaben zuverlässig und

Projektleiterinnen Barbara Knigge-Demal, Gertrud Hundenborn

gewissenhaft auszuführen oder anzuzeigen, wenn Aufgaben nicht erfüllt werden können beziehungsweise nicht zu ihrem Verantwortungs- und Aufgabenbereich gehören.

- sind in der Lage, sachbezogen und zielführend mit Kolleginnen/ Kollegen und Vorgesetzten zu kommunizieren.
- sind in der Lage, Fehler anzuzeigen und als Lernchance zur Weiterentwicklung ihres Qualifikationsprofils zu nutzen.



Qualifikationsniveau 2: Persönliche Assistenz

Projektleiterinnen Barbara Knigge-Demal, Gertrud Hundenborn

◆ Kurzbeschreibung ◆

Qualifikationsniveau 2

umfasst die körpernahe Assistenz und die Mitwirkung an der Betreuung von Klientinnen/ Klienten im Alltag. Es werden vor allem Klientinnen/ Klienten unterstützt, die in ihrer Mobilität und Selbstversorgung beeinträchtigt sind oder aufgrund von demenziellen Problemlagen Betreuung im Alltag benötigen. Das Qualifikationsniveau ist auf den Erhalt von Selbstständigkeit ausgerichtet und dient außerdem der Unterstützung oder Entlastung professionell Pflegender und/ oder Angehörigen.

Assistenz und Betreuung finden vorwiegend in der häuslichen Umgebung, aber auch in Einrichtungen statt. Das Niveau 2 umfasst den Verantwortungs- und Aufgabenbereich, wie er auch innerhalb sozialer Netze üblich ist. Dazu gehören die kontinuierliche Abstimmung der Unterstützungsleistungen mit den Betroffenen, deren Motivierung zur Aufrechterhaltung der individuellen Alltagsgestaltung und deren Unterstützung beim Gebrauch von Hilfsmitteln.

Das Qualifikationsniveau 2 erfordert Wissen über die Ressourcen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen einzelner Klientinnen/ Klienten und über daraus resultierende Probleme im Alltag.

Außerdem erfordert das Niveau 2 Wissen und Können bezüglich einer situationsangemessenen Abstimmung von Alltagshandlungen mit den Klientinnen/ Klienten sowie Fähigkeiten zur Gestaltung von Aushandlungsprozessen. Es gilt, mögliche Gefährdungen frühzeitig zu erkennen und abzuwenden und so zur Sicherheit und Orientierung im Alltag beizutragen.

Die Aufgaben werden durch Klientinnen/ Klienten, Angehörige oder die verantwortliche Pflegekraft übertragen, mögliche Handlungsspielräume werden im gemeinsamen Dialog abgestimmt.

◆ Verantwortungsbereich ◆

Qualifikationsniveau 2

beinhaltet die Übernahme von Durchführungsverantwortung für die persönliche Assistenz der Klientinnen/ Klienten, die in ihrer Selbstversorgung oder Mobilität beeinträchtigt sind. Ebenso beinhaltet es die Durchführungsverantwortung für die Mitwirkung an der Betreuung von Klientinnen/ Klienten, die aufgrund einer Demenz in ihrer Alltagskompetenz beeinträchtigt sind. Es zielt auf Sicherheit, soziale Integration und Teilhabe von Klientinnen/ Klienten im Alltag ab.

Dies erfordert Verantwortungsübernahme für eine kontinuierliche und situative Abstimmung des Assistenzhandelns mit Klientinnen/ Klienten, Angehörigen, dem sozialen Netzwerk oder dem pflegerischen Team. Die Durchführungsverantwortung erstreckt sich auf die Assistenz bei Körperpflege, Mobilisation, Ernährung oder der Orientierung im Alltag.

Sie schließt die mündliche und schriftliche Berichterstattung über die geleistete Arbeit und das Weiterleiten von Informationen und Anliegen der Klientinnen/ Klienten ein. Das Qualifikationsniveau beinhaltet ebenso die verantwortliche Mitwirkung bei der Abstimmung der Arbeitsprozesse im pflegerischen Team.

◆ Aufgabenbereiche ◆

Beispielhafte klientenbezogene Aufgaben

- Besprechung der situativen Befindlichkeit und des gegenwärtigen Bedarfs an Assistenz und Betreuung
- Abstimmung aktueller Aufgaben zur Assistenz mit der Klientin/ dem Klienten, den Angehörigen, dem sozialen Netz und/ oder dem Team
- Beitragen zur Aufrechterhaltung einer angemessenen Ernährung durch Assistenz beim Herstellen und Richten von Mahlzeiten
- Mitwirkung an der Aufrechterhaltung der Mobilität durch Assistenz beim Positionswechsel, beim Aufstehen oder beim Gehen
- Assistenz bei der Körperpflege, dem An- und Auskleiden sowie dem Richten der Kleidung
- Einhaltung von gewohnten Ritualen und Gewohnheiten sowie Unterstützung beim Erinnern alltäglicher Handlungserfordernisse und –abläufe
- Mitwirkung an der Betreuung von Klientinnen/ Klienten, die Beschäftigungs- und Freizeitangebote wahrnehmen
- stellvertretende Übernahme von alltäglichen Handlungen, die zur Sicherheit innerhalb und außerhalb des Hauses beitragen wie Elektrogeräte ausschalten oder Türen abschließen
- Führen von alltags- und assistenzbezogenen Gesprächen und situative Beratung bei Alltagsfragen
- Unterstützung und zeitweilige Entlastung von Angehörigen bei der Begleitung Sterbender
- Dokumentation von Ereignissen, die Hinweise auf den aktuellen Betreuungs- und Assistenzbedarf von Klientinnen/ Klienten geben

Beispielhafte teambezogene Aufgaben

- Abstimmung der aktuellen Arbeitsaufträge mit der verantwortlichen Person und/ oder dem pflegerischen Team
- Thematisierung von Konflikten oder Belastungen im pflegerischen Team
- schriftlicher Nachweis über erledigte Arbeitsaufträge ggf. mit Hilfe elektronischer Datenverarbeitung
- mündliche Weitergabe der Anliegen von Klientinnen/ Klienten, Angehörigen oder des sozialen Netzes an das pflegerische Team

Beispielhafte einrichtungsbezogene Aufgaben

- Auseinandersetzung mit dem Einrichtungsleitbild und reflektierte Ausrichtung des eigenen Handelns
- Transport und Lagerung von Pflegehilfsmitteln, Wäsche, Lebensmitteln oder Geschirr in Einrichtungen oder in der häuslichen Umgebung von Klientinnen/ Klienten

◆ Wissen und Können ◆

Beispielhaftes
Wissen

Personen mit dem Qualifikationsniveau 2 verfügen über grundlegendes Fachwissen zur Übernahme des Verantwortungsbereiches.

Sie

- kennen die Logik von Handlungsabläufen und Ritualen im täglichen Leben der Klientinnen/ Klienten und deren Angehörigen.
- wissen, welche Bedeutung die Einbeziehung der Ressourcen und Fähigkeiten der Klientinnen/ Klienten in den Alltag hat.
- kennen die Beeinträchtigungen und daraus resultierende Probleme im Alltag einzelner Klientinnen/ Klienten.
- kennen elementare Prinzipien physiologischer Ernährung, Ausscheidung, Körperpflege und Mobilisation.
- verfügen über Wissen zur Handhabung von Gegenständen und Materialien, die Klientinnen/ Klienten täglich nutzen.

Beispielhaftes
Können

Personen mit dem Qualifikationsniveau 2 können ihr Wissen situativ in Assistenzsituationen reproduzieren und nutzen.

Sie

- sind in der Lage, ihre Handlungen zur Assistenz und Betreuung vor dem Hintergrund des Wissens sowie ihrer Erfahrungen und Werthaltungen zu reflektieren.
- sind in der Lage, zuverlässig, sachlogisch und strukturiert Hilfeleistung zu geben und Handlungsalternativen abzuwägen.
- sind in der Lage, das individuelle Erleben und Verarbeiten der Situationen durch die Klientinnen/ Klienten wahrzunehmen und auf Bedürfnisse nach Sicherheit, Kontakt oder Distanz entsprechend zu reagieren.
- können gelassen auf ungewöhnliche Verhaltensweisen reagieren und durch verbalen/ nonverbalen Kontakt zu den Klientinnen/ Klienten zu Orientierung und Wohlbefinden beitragen.
- sind in der Lage, Zeichen akuter vitaler Gefährdungen zu erkennen, einen Notruf durchzuführen und lebensrettende Sofortmaßnahmen einzuleiten.
- sind in der Lage, umsichtig mit Gebrauchsgegenständen umzugehen und vorausschauend zu handeln, sodass Gefährdungen vermieden werden.
- können die Händedesinfektion fachgerecht und situationsangemessen durchführen und hygienisch mit Nahrungsmitteln, Textilien, Ausscheidungen und Abfall umgehen.
- können Arbeitsergebnisse und klientenbezogene Informationen mündlich und schriftlich darstellen.

- sind in der Lage, die übertragenen Aufgaben zuverlässig und gewissenhaft auszuführen oder gegebenenfalls anzuzeigen, dass Aufgaben nicht erfüllt werden können.
- können relevante Informationen und klientenbezogene Beobachtungen an die verantwortliche Person und im pflegerischen Team oder an Angehörige weitergeben.
- sind in der Lage, Fehler anzuzeigen und sie als Lernchance zur Weiterentwicklung ihres Qualifikationsprofils zu nutzen.



Qualifikationsniveau 3: Durchführung von Aufgaben im Rahmen des Pflegeprozesses

Projektleiterinnen Barbara Knigge-Demal, Gertrud Hundenborn

◆ Kurzbeschreibung ◆

Qualifikationsniveau 3

umfasst die die Durchführung von einzelnen pflegerischen Aufgaben im Rahmen von Pflegeprozessen. Die Klientinnen/ Klienten sind in ihrer Gesunderhaltung, Selbstversorgung, Orientierung oder Teilhabe beeinträchtigt.

Auf diesem Niveau wird Verantwortung für delegierte pflegerische Aufgaben übernommen, um Klientinnen/ Klienten darin zu unterstützen, ihre Ressourcen zu erhalten, Beeinträchtigungen vorzubeugen oder bestehende Beeinträchtigungen zu kompensieren. Dazu gehören die Motivation von Klientinnen/ Klienten zur Aktivität und Selbstständigkeit, das Anreichen der Mahlzeiten und die Unterstützung bei der Ausscheidung oder der Körperpflege einschließlich des fachgerechten Einsatzes von Pflegehilfsmitteln.

Das Qualifikationsniveau 3 erfordert Fachwissen zu häufig vorkommenden Pflegeanlässen im Alter, zu grundlegenden Arbeitsprinzipien sowie zur begründeten Durchführung ausgewählter Pflegemaßnahmen. Die Handlungen sind mit den Klientinnen/ Klienten und deren Angehörigen oder dem professionellen pflegerischen Team abzustimmen und an die Erfordernisse der jeweiligen Situation anzupassen.

Die pflegerischen Aufgaben werden durch Klientinnen/ Klienten und Angehörige übertragen oder von der verantwortlichen Pflegekraft delegiert. Im Dialog mit Klientinnen/ Klienten, Angehörigen oder dem pflegerischen Team werden Handlungsspielräume eröffnet.

◆ Verantwortungsbereich ◆

Qualifikationsniveau 3

beinhaltet die Übernahme der Durchführungsverantwortung für delegierte Aufgaben im Rahmen des Pflegeprozesses. Es zielt auf den Erhalt von Gesundheit, Sicherheit, Orientierung, Teilhabe und somit von Lebensqualität.

Die Durchführungsverantwortung bezieht sich auf individualisierte Pflegemaßnahmen zur Förderung der Ressourcen von Klientinnen/ Klienten und zur Prävention von Pflegebedürftigkeit. Sie erstreckt sich ebenso auf delegierte pflegerische Aufgaben zur Kompensation von altersbedingten Beeinträchtigungen oder Erkrankungen sowie auf delegierte Maßnahmen zur Betreuung von Klientinnen/ Klienten, die aufgrund demenzieller Erkrankungen in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind. Dies schließt die Mitwirkung bei der Strukturierung von Tagesabläufen und bei der Gestaltung von Freizeit- oder Beschäftigungsangeboten ein. Das Qualifikationsniveau beinhaltet die verantwortliche Abstimmung delegierter Aufgaben mit Klientinnen/ Klienten, Angehörigen und dem sozialen Netz. Es schließt die Verantwortung für die kontinuierliche handlungsbezogene Information sowie die Beratung und Anleitung bezüglich der durchzuführenden Maßnahmen ein.

Das Qualifikationsniveau 3 beinhaltet Mitwirkungsverantwortung für die vollständige Dokumentation und Übergabe der relevanten pflegeprozessbezogenen Informationen sowie für die Aktualisierung und Abstimmung der Verantwortungs- und Aufgabengebiete im pflegerischen Team.

◆ Aufgabenbereiche ◆

Beispielhafte klientenbezogene Aufgaben

- Erhebung einzelner Informationen zur Ermittlung von Ressourcen und Pflegebedarfen, wie etwa zur Einschätzung der Bewegungsfähigkeit oder des Zustands der Haut
- Klärung von Interessen, Vorlieben, Gewohnheiten oder der emotionalen Befindlichkeit
- Gestaltung von zielorientierten Abstimmungsprozessen mit den Klientinnen/ Klienten zur situativ angepassten Durchführung von teilkompensatorischen oder kompensatorischen Pflegemaßnahmen
- aktive Teilnahme an klientenzentrierten Pflegevisiten
- Mitwirkung bei der Förderung und dem Erhalt von Selbstpflegefähigkeiten durch Motivation zur aktiven Ausübung von Alltagsaktivitäten
- Anleitung und Beratung zur selbstständigen Durchführung von Pflegemaßnahmen wie Körperpflege oder zur Nutzung einfacher Hilfsmittel wie Rollator oder Notruf
- Mitwirkung an der Gesundheitsförderung und der Prophylaxe von sekundären Beeinträchtigungen wie Kontrakturen, Dekubiti, Soor, Obstipation oder Pneumonie
- Mitwirkung an der Schaffung eines ruhigen Umfeldes zum Ausruhen und Schlafen
- Unterstützung und Anleitung zur Orientierung innerhalb und außerhalb der Wohnung,
- Mitwirkung an der Biographiearbeit mit einzelnen Klientinnen/ Klienten im Rahmen der Pflegeprozesse
- Mitwirkung an Angeboten zur Aktivierung und sozialen Integration wie Gärtnern, Musizieren, Ausflüge oder Feste
- Mitwirkung an der Durchführung von Angeboten zur sozialen Integration wie Ausflüge oder Feste
- Mitwirkung an der Begleitung und Pflege von schwerkranken und sterbenden Klientinnen/ Klienten, etwa durch Maßnahmen zur Lagerung, zur Mundpflege oder zur Flüssigkeitszufuhr
- Dokumentation und/ oder mündliche Berichterstattung über aktuelle Ressourcen, Pflegebedarfe oder die Durchführung der Pflegemaßnahmen

Beispielhafte teambezogene Aufgaben

- Abstimmung der individualisierten Pflegeziele und der geplanten klientenzentrierten Handlungsabläufe mit der delegierenden Person und dem pflegerischen Team
- Integration der delegierten Aufgaben in die Arbeitsorganisation des pflegerischen Teams
- Teilnahme an Fallbesprechungen
- Übergabe der Informationen, die eine Relevanz für die Diagnose des Pflegebedarfs wie für die Durchführung der pflegerischen Aufgaben haben ggf. mit Hilfe elektronischer Datenverarbeitung

Beispielhafte
einrichtungs-
bezogene
Aufgaben

- reflektierte Auseinandersetzung mit dem Einrichtungsleitbild, den eigenen Werthaltungen und dem beruflichen Handeln in der Pflege
- Berücksichtigung standardisierter Arbeitsroutinen und -wege bei der Durchführung delegierter Pflegemaßnahmen
- Durchführung einzelner pflegerischer Aufgaben entsprechend vorliegenden Expertenstandards

◆ Wissen und Können ◆

Beispielhaftes
Wissen

Personen mit dem Qualifikationsniveau 3 verfügen über erweitertes Fachwissen zur Übernahme des Verantwortungsbereiches.

Sie

- kennen Verlauf und Bedeutung des Pflegeprozesses.
- kennen wesentliche Beobachtungskriterien und Fragen zur Erhebung von klientenbezogenen Informationen.
- kennen physiologische Alterungsprozesse und häufig vorkommende Pflegeanlässe im Alter.
- wissen, dass Selbstständigkeit und Teilhabe bedeutsam für die Gesunderhaltung, die Lebensqualität und das Wohlbefinden der Klientinnen/ Klienten sind.
- wissen, dass biographische Erfahrungen und soziale Integration auf das situative Erleben und Verarbeiten der Klientinnen/ Klienten wirken.
- kennen Beeinträchtigungen im Alter, die mit dem Verlust von kognitiven Fähigkeiten einhergehen.
- kennen grundlegende Ablaufprinzipien für ausgewählte Pflegemaßnahmen und ihre Begründungen.
- kennen unterschiedliche Pflegemaßnahmen zur Prophylaxe von Sekundärerkrankungen.
- kennen die Handhabung von Pflegehilfsmitteln zur Durchführung einzelner, wiederkehrender Maßnahmen im Pflegeprozess wie die zum Anlegen von Kompressionsstrümpfen oder Kontinenzmaterial.

Beispielhaftes
Können

Personen mit dem Qualifikationsniveau 3 können ihr Wissen aktualisieren, an die Erfordernisse der jeweiligen Pflegesituation anpassen und transformieren.

Sie

- sind in der Lage, ihr Handeln im Pflegeprozess vor dem Hintergrund ihres Wissens, ihrer Erfahrungen und ihrer Werthaltungen zu reflektieren.
- sind in der Lage, vor dem Hintergrund ihres Wissens selbstständig, situationsangemessen und fachgerecht im Pflegeprozess mitzuwirken.

- können ihre Handlungen im Pflegeprozess mit den Klientinnen/ Klienten, deren Angehörigen und dem sozialen Netz abstimmen und sachdienlich strukturieren.
- können Klientinnen/ Klienten und deren Angehörige über die von ihnen unmittelbar durchzuführenden Handlungen informieren und situativ angemessene, personenzentrierte Gespräche führen.
- besitzen die Fähigkeit, lebensgeschichtliche Erfahrungen der Klientinnen/ Klienten bei der Durchführung von Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen.
- können daran mitwirken, förderliche Routinen oder Tagesstrukturierungen zu gestalten und dabei die Ressourcen der Klientinnen/ Klienten und deren Angehörige berücksichtigen.
- sind in der Lage, Zeichen akuter vitaler Gefährdungen zu erkennen, einen Notruf durchzuführen und Maßnahmen zur Ersten Hilfe anzuwenden.
- sind in der Lage, Anzeichen von Überforderungen und Veränderungen des Allgemeinzustandes bei Klientinnen/ Klienten wahrzunehmen und die Unterstützung der verantwortlichen Person einzufordern.
- können die Händedesinfektion fachgerecht und situationsangemessen in unterschiedlichen pflegerischen Settings durchführen und grundlegende Arbeitsprinzipien im Umgang mit infektiös erkrankten Klientinnen/ Klienten einhalten.
- sind in der Lage, die Relevanz von Ereignissen und Informationen im Pflegeprozess einzuschätzen.
- können kleine Berichte verfassen sowie die einrichtungsüblichen Fachtermini und Dokumentationssysteme nutzen.
- sind in der Lage, Fehler anzuzeigen und sich an der Entwicklung von Strategien zur Fehlervermeidung zu beteiligen.



Qualifikationsniveau 4: Steuerung und Gestaltung von komplexen Pflegeprozessen

Projektleiterinnen Barbara Knigge-Demal, Gertrud Hundenborn

◆ Kurzbeschreibung ◆

Qualifikationsniveau 4

bezieht sich auf die Steuerung und Gestaltung von komplexen Pflegeprozessen. Diese findet in allen Settings statt und ist in der Regel in Teamstrukturen eingebettet. Die Klientinnen/ Klienten weisen einen Pflegebedarf auf, zu dessen (Teil-) Kompensation auch Anleitung und Beratung und ein breites Spektrum an Fachwissen erforderlich sind.

Auf diesem Niveau wird Verantwortung für empirisch gesicherte Pflegeprozesse übernommen, die gemeinsam mit Klientinnen/ Klienten und deren Angehörigen geplant, gesteuert, umgesetzt und evaluiert werden. Die Pflege umfasst auch die Anleitung und Beratung sowie die Gestaltung und Umsetzung individualisierter Angebote zur Tagesstrukturierung, zur Beschäftigung und zur sozialen Integration.

Das Qualifikationsniveau 4 erfordert empirisch gesichertes Wissen zur Diagnostik von Pflegebedarfen sowie zur Durchführung und Evaluation von Pflegemaßnahmen. Vor diesem Hintergrund sind begründete Entscheidungen im Pflegeprozess zu treffen und mögliche Auswirkungen zu verantworten.

Die Qualifikationsprofile der Qualifikationsniveaus 1 bis 3 sind insofern bekannt, als Aufgaben klientenbezogen abgestimmt oder delegiert werden können. Ebenso sind die Qualifikationsprofile der Qualifikationsniveaus 5 bis 7 bekannt, sodass bei Bedarf Abstimmungen und Klärungen herbeigeführt werden können.

◆ Verantwortungsbereich ◆

Qualifikationsniveau 4

beinhaltet die Übernahme von Verantwortung für die Steuerung und Gestaltung individualisierter komplexer Pflegeprozesse auf der Grundlage empirisch gesicherter Erkenntnisse. Die Pflege ist an der Lebenswelt von Klientinnen/ Klienten orientiert und auf Lebensqualität ausgerichtet.

Die Verantwortung bezieht sich auf die durch Assessmentverfahren gestützte Erhebung von Pflegebedarfen, die in altersbedingten Beeinträchtigungen oder Erkrankungen begründet sind. Dies beinhaltet die Einschätzung des Bedarfs an Service und Assistenz sowie die Gewährleistung von Betreuung, Sicherheit und Orientierung von Klientinnen/ Klienten. Die Verantwortungsübernahme erstreckt sich auf die individualisierte, auf einem Aushandlungsprozess mit den Klientinnen/ Klienten und deren Angehörigen basierende Pflegeplanung, sowie auf die Durchführung und Evaluation von Pflegemaßnahmen, einschließlich einer begründeten Auswahl und Integration präventiver und rehabilitativer Maßnahmen. Hierzu gehören Entscheidungen über Pflegesysteme und über eine klientenbezogene Organisation der Pflegemaßnahmen. Die verantwortliche Gestaltung des Pflegeprozesses erstreckt sich auch auf die Begleitung und Pflege von Klientinnen/ Klienten im letzten Lebensabschnitt.

Das Qualifikationsniveau 4 beinhaltet die Verantwortungsübernahme für die pflegeprozessbezogene Information, Anleitung und Beratung der Klientinnen/ Klienten, deren Angehörigen und des sozialen Netzes sowie für die Abstimmung der individualisierten Angebote zur sozialen Integration und zur Tagesstrukturierung mit den Klientinnen/ Klienten, deren Angehörigen und dem sozialen Netz.

Auf diesem Qualifikationsniveau wird für zielgerichtete, vollständige Übergaben, die sach- und fachgerechte Dokumentation der Pflegeprozesse sowie für die Handhabung entsprechender Dokumentationssysteme Verantwortung übernommen.

Es beinhaltet die verantwortliche Mitwirkung bei Abstimmungsprozessen im intra- und interdisziplinären Team, die dazu beitragen, Pflegeprozesse klientenorientiert zu gestalten.

◆ Aufgabenbereiche ◆

Beispielhafte klientenbezogene Aufgaben

- begründete Auswahl und Anwendung von Assessmentinstrumenten, etwa zur Bewertung der Sturzgefährdung oder zur Risikoeinschätzung von Dekubiti
- Gestaltung einer förderlichen Gesprächssituation zur Erhebung von biographischen Ereignissen, Werthaltungen oder Bewältigungsstrategien
- Organisation und Ausgestaltung von Aushandlungsprozessen zur Auswahl und Festlegung der Pflegeziele und -maßnahmen
- Mitwirkung an der Steuerung und Gestaltung von klientenzentrierten Pflegevisiten
- Planung und Durchführung von Pflegemaßnahmen zur Gesunderhaltung der Haut, des Bewegungs- und Atemapparates, der physiologischen Nahrungsaufnahme, der Ausscheidung oder des physiologischen Schlafs
- Planung und Durchführung von Pflegemaßnahmen zur Wiedererlangung und Förderung von Ressourcen, etwa Motivation zur selbstständigen Nahrungsaufnahme oder Mundhygiene
- fachgerechte Auswahl und Anwendung von Wickeln und Auflagen
- lebensweltorientierte Entwicklung und Umsetzung von Angeboten zur Bewältigung akut eintretender Beeinträchtigungen wie Folgen einer Apoplexie, eines Sturzes oder eines Infektes
- pflegeprozessbezogene Beratung, Begleitung und Anleitung der Klientinnen/ Klienten und deren Angehörigen, etwa zur Übernahme der Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt
- Beratung und Begleitung bei der Bewältigung der Folgen von progressiven Erkrankungen und in Trauerphasen
- Planung und Durchführung von Maßnahmen zur Integration von demenziell erkrankten Klientinnen/ Klienten in ihr soziales Netz
- Gestaltung von individuellen Angeboten zum Aufbau und zur Förderung von sozialen Kontakten bei altersbedingten Beeinträchtigungen
- Umsetzung von Angeboten für Klientinnen/ Klienten zur Gestaltung der Wohnumgebung, die Selbstständigkeit und Wohlbefinden fördern
- Gestaltung von individuellen Angeboten zur Partizipation an kulturellen Angeboten

	<ul style="list-style-type: none"> • Vorbereitung und/ oder Durchführung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen nach ärztlicher Delegation • systematische, kontinuierliche Überprüfung, Bewertung und Dokumentation der durchgeführten Pflege und folgerichtige Modifikation des Pflegeprozesses
<p>Beispielhafte teambezogene Aufgaben</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Initiierung und Gestaltung von Fallbesprechungen zur Abstimmung und Einschätzung der Pflege im Team • Koordination und Abstimmung der Zusammenarbeit mit Personen anderer Berufsgruppen im Versorgungsprozess • kollegiale Beratung, Unterstützung und Anleitung von Teammitgliedern bei pflegefachlichen Fragestellungen • Einweisung und Anleitung von neuen Mitarbeiterinnen/ Mitarbeitern mit dem Qualifikationsniveau 1 bis 4 in Arbeitsprozessen • Anleitung von einzelnen Schülerinnen/ Schülern und Praktikantinnen/ Praktikanten in ausgewählten Pflegesituationen • Übergabe der relevanten Informationen zur Sicherung der Kontinuität der pflegerischen Versorgung
<p>Beispielhafte einrichtungsbezogene Aufgaben</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gegenüberstellung des Einrichtungleitbildes und der Arbeitsprozesse sowie Beurteilung des Handelns und dessen Ausrichtung an den gewonnenen Erkenntnissen • Mitwirkung an der Entwicklung des Einrichtungleitbildes • Organisation und Übernahme von ambulanten Pflegetouren und deren bedarfspezifische Ausgestaltung • Mitwirkung an der Vorbereitung und Begleitung von Begutachtungssituationen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) bei einzelnen Klientinnen/ Klienten • Mitwirkung an der Umsetzung von empirisch gesicherten Expertenstandards und Hygienerichtlinien • Mitwirkung an der Umsetzung von ausgewählten Maßnahmen zur Überprüfung und Entwicklung der Pflegequalität • Mitwirkung an Datenerhebungen und an der Erprobung von neuen Modellen und Konzepten im Rahmen pflegewissenschaftlicher Projekte

◆ Wissen und Können ◆

Beispielhaftes
Wissen

Personen mit dem Qualifikationsniveau 4 verfügen über breites, empirisch gesichertes Fachwissen zur Übernahme des Verantwortungsbereichs.

Sie

- verfügen über Wissen zur Gewinnung von Informationen zur Feststellung des Pflegebedarfs durch Beobachtung, Befragung und Untersuchung von Klientinnen/ Klienten sowie durch Dokumentenanalyse.
- verfügen über Wissen zu relevanten altersbezogenen Pflege-diagnosen und zu darauf abgestimmten, empirisch gesicherten Pflegemaßnahmen.
- kennen Methoden und Aspekte kultursensibler Pflege.
- verfügen über Wissen zum Verlauf der Sterbephasen sowie zu Pflegeproblemen und -maßnahmen im Sterbeprozess.
- verfügen über empirisch gesichertes Wissen zur Handhabung von Pflegehilfsmitteln, Instrumenten und Techniken wie Lagerungsmaterialien, Katheter und Ernährungssonden.
- kennen Kriterien, Methoden und Theorien zur Beurteilung der Wirksamkeit von Pflegemaßnahmen und zur Beurteilung des Zielerreichungsgrades im Pflegeprozess.
- kennen Prinzipien und Methoden zur kollegialen Beratung und Anleitung sowie zum Feedback.
- kennen Methoden zur Gestaltung der Kooperation im Rahmen von Pflegeprozessen.
- kennen ausgewählte Theorien, Methoden und empirische Erkenntnisse der Pflegewissenschaft, die sich auf die Steuerung und Gestaltung des Pflegeprozesses beziehen.
- kennen ausgewählte pflegerelevante Theorien und Forschungsergebnisse der Bezugswissenschaften zur Übernahme des Verantwortungsbereichs wie Kommunikationsmodelle oder Erkenntnisse zur Vermeidung von Infektionen.
- kennen die Auswirkungen von institutionellen Rahmenbedingungen auf Pflegeprozesse.

Beispielhaftes
Können

Personen mit dem Qualifikationsniveau 4 können ihr Wissen abstrahieren, neu verknüpfen und auf die situativen Erfordernisse individueller Pflegeprozesse transferieren.

Sie

- sind in der Lage, ihr Handeln zur Steuerung des Pflegeprozesses vor dem Hintergrund ihres Fachwissens, ihres Pflegeverständnisses und ihrer Erfahrungen zu reflektieren und zu begründen.

- sind vor dem Hintergrund ihres Wissens und Pflegeverständnisses in der Lage, Handlungsalternativen gegeneinander abzuwägen, begründete Entscheidungen im Pflegeprozess zu treffen und potenzielle Auswirkungen zu bedenken.
- können den Aushandlungsprozess zur Pflegeplanung und -durchführung aufmerksam und wertschätzend mit den Klientinnen/ Klienten und Angehörigen gestalten.
- sind in der Lage, Abstimmungs-, Beratungs-, Bewältigungs- und Motivationsprozesse mit Klientinnen/ Klienten und Angehörigen zu initiieren, zu gestalten und zu beenden, um abgestimmte Pflegeziele zu erreichen.
- sind in der Lage, soziale Netzwerke aufrecht zu erhalten und einzurichten, sodass Klientinnen/ Klienten trotz beeinträchtigter Gesundheit am Leben in der Familie, in der Nachbarschaft oder im Quartier teilhaben.
- sind in der Lage, Zeichen akuter vitaler Gefährdungen zu erkennen, einen Notruf abzusetzen und Maßnahmen zur Reanimation und zur Aufrechterhaltung lebenswichtiger Körperfunktionen einzuleiten.
- können Expertenstandards zur Prävention von gesundheitlichen Gefährdungen im Rahmen individueller Pflegeprozesse anwenden.
- können notwendige Maßnahmen zur Prophylaxe von Infektionen (Reinigung, Desinfektion, Sterilisation) in individualisierte Pflegeprozesse integrieren.
- sind in der Lage, Entscheidungen, Prozesse und Ergebnisse in individuellen Pflegeprozessen vollständig und plausibel zu dokumentieren.
- besitzen die Fähigkeit, sich zur Lösung von Pflegeproblemen konstruktiv und zielorientiert in intra- und interdisziplinären Teams auszutauschen, abzustimmen und kollegial zu beraten.
- können entscheiden, auf welchem Niveau Aufgaben im Pflegeprozess anfallen.
- können bewerten, welche Personen der Qualifikationsniveaus 1 bis 3 über Fähigkeiten verfügen, um die Aufgaben entsprechend vorgegebener Qualitätsmaßstäbe erfüllen zu können.
- können Personen der Qualifikationsniveaus 1 bis 3 hinsichtlich individueller Lernbedarfe beraten und anleiten.
- sind in der Lage, Instrumente und Methoden zur Anzeige von Fehlern zu nutzen und an der Entwicklung einer konstruktiven Fehlerkultur mitzuwirken.




Qualifikationsniveau 5: Steuerung und Gestaltung von komplexen Pflegeprozessen für spezielle Klientengruppen

Projektleiterinnen Barbara Knigge-Demal, Gertrud Hundenborn

◆ Kurzbeschreibung ◆

Qualifikationsniveau 5

beinhaltet die Steuerung und Gestaltung von komplexen und speziellen Pflegeprozessen. Die Pflege findet in allen Settings statt und ist in der Regel in Teamstrukturen eingebettet. Qualifikationsniveau 5 ist auf Klientengruppen ausgerichtet, die einen speziellen Pflegebedarf aufweisen. Das notwendige Fachwissen der professionell Pflegenden weist im Hinblick auf spezielle Pflegeanlässe eine besondere Vertiefung auf.

Auf diesem Niveau wird Verantwortung für die empirisch gesicherte Pflege und Betreuung von Klientengruppen übernommen, die etwa aufgrund spezieller gerontopsychiatrischer, neurologischer oder onkologischer Erkrankungen Pflegebedarfe aufweisen, die entsprechend abgestimmte Pflege und Betreuung erfordern. Die Pflege umfasst auch Anleitung und Beratung zur Bewältigung des Lebens mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen unter Einbeziehung der Angehörigen und des sozialen Netzes sowie eine den Bedürfnissen entsprechende Gestaltung von Wohnumgebungen.

Das Qualifikationsniveau 5 erfordert empirisch gesichertes Wissen über spezielle Pflegeanlässe sowie entsprechende Techniken, Methoden und Hilfsmittel. Entscheidungen über pflegerische Strategien, die in Abstimmung mit den Klientinnen/ Klienten, den Angehörigen und dem sozialen Netz getroffen werden, sind in die Lebenswelt und Wohnumgebungen zu integrieren. Ebenso ist es erforderlich, Krisensituationen frühzeitig zu erkennen und zur Deeskalation und Klärung der Situationen beizutragen.

Die Qualifikationsprofile der Qualifikationsniveaus 1 bis 4 sind insofern bekannt, als Aufgaben klientenzentriert abgestimmt oder delegiert werden können. Die Qualifikationsprofile der Qualifikationsniveaus 6 bis 7 sind bekannt, sodass bei Bedarf Abstimmungen und Klärungen herbeigeführt werden können.

◆ Verantwortungsbereich ◆

Qualifikationsniveau 5

beinhaltet, gestützt auf empirisch gesicherte Erkenntnisse, die Übernahme von Verantwortung für die Steuerung und Gestaltung individualisierter Pflegeprozesse für ausgewählte Klientengruppen mit speziellen Pflegeanlässen. Die Pflege ist auf die Lebenswelt und die selbstbestimmte Teilhabe trotz beeinträchtigter Gesundheit ausgerichtet.

Die Verantwortung bezieht sich auf die Erhebung spezieller Pflegebedarfe, die vor allem in gerontopsychiatrischen, neurologischen, onkologischen, chronischen oder infektiösen Erkrankungen begründet sind sowie auf die individuelle Aushandlung, Planung, Durchführung und Evaluation der Pflege unter Berücksichtigung prophylaktischer und rehabilitativer Pflegemaßnahmen. Dazu gehören die verantwortliche Entscheidung über Pflegesysteme und eine klientenbezogene Organisation der Pflege.

Die Verantwortung bezieht sich auch auf die individuelle Gestaltung der letzten Lebensphase von Klientinnen/ Klienten. Sie beinhaltet darüber hinaus die Schulung, Beratung und Begleitung von Klientinnen/ Klienten, deren Angehörigen und des sozialen Netzes hinsichtlich spezieller Pflegestrategien und -maßnahmen.

Zur verantwortlichen Abstimmung und Umsetzung von speziellen, empirisch gesicherten pflegfachlichen Konzepten und Methoden gehören Konzepte zur Förderung der Wahrnehmung und Orientierung, der sozialen Integration und der gesellschaftlichen Teilhabe ebenso wie die Gewährleistung von Sicherheit sowie die Vermeidung von oder die Unterstützung in der Bewältigung von Krisensituationen. Auf diesem Qualifikationsniveau wird Verantwortung für zielgerichtete, vollständige Übergaben sowie die sach- und fachgerechte, systemgestützte Dokumentation der Pflegeprozesse übernommen.

Die vorhandene Expertise für die Pflege spezieller Klientengruppen fordert die Beratung und Anleitung von Teammitgliedern anderer Qualifikationsniveaus. Es wird Verantwortung für die effektive intra- und interdisziplinäre Zusammenarbeit im Rahmen spezieller Pflegeprozesse übernommen. Das Qualifikationsniveau 5 umfasst darüber hinaus die Verantwortung für die praktische Anleitung von Schülerinnen/ Schülern und Praktikantinnen/ Praktikanten.

◆ Aufgabenbereiche ◆

Beispielhafte Klientenbezogene Aufgaben

- begründete Auswahl und Anwendung von Assessmentinstrumenten zur Diagnostik spezieller Pflegebedarfe, unter anderem zur Einschätzung der Selbstpflegekompetenzen oder der psychosozialen Situation demenziell Erkrankter
- Erhebung von biographischen Ereignissen, belastenden Lebenslagen oder Bewältigungsstrategien im Rahmen spezieller Pflege, etwa zur Einschätzung des Verhaltens bei Altersdepressionen
- Organisation und Ausgestaltung von Aushandlungsprozessen zur Auswahl, Individualisierung und Festlegung spezieller Pflegeziele und -maßnahmen
- Mitwirkung an der Steuerung und Gestaltung von klientenzentrierten Pflegevisiten
- Gestaltung von Angeboten zur Förderung und zum Erhalt individueller Fähigkeiten bei Klientinnen/ Klienten mit speziellen Pflegebedarfen, etwa Atem- und Gehtraining bei Morbus Parkinson
- begründete Auswahl und Anwendung von Pflegekonzepten und Expertenstandards, die auf spezielle Pflegebedarfe ausgerichtet sind, etwa auf die Bewältigung der Auswirkungen chronischer Erkrankungen
- Entwicklung und Umsetzung von Angeboten zur Anpassung der Wohnumgebung für Klientinnen/ Klienten mit speziellen Pflegebedarfen
- Durchführung von therapeutischen Maßnahmen nach ärztlicher Delegation wie Management chronischer Wunden
- fachgerechte Auswahl und Anwendung von speziellen Pflegehilfsmitteln, etwa zur Versorgung von Enterostomata oder zur Therapie von Dekubiti
- Beratung, Anleitung und Schulung im Hinblick auf spezielle Pflegebedarfe, -ziele und -maßnahmen, etwa zur Mobilitätsförderung nach einem Apoplex

- psychosoziale Beratung und Begleitung bei der Bewältigung von alters- oder erkrankungsbedingten Verlusterfahrungen, etwa bei nachlassendem Sehvermögen oder bei abnehmenden kognitiven Fähigkeiten
- Beratung zur Beantragung sozialrechtlicher Leistungen zur Finanzierung von Versorgungsleistungen und Hilfsmitteln
- Gestaltung und/ oder Organisation von individualisierten Angeboten zur Förderung der Selbstständigkeit und zur Bewältigung von Anforderungen im Alltag, die auf spezielle Bedürfnisse abgestellt sind, etwa Erinnerungsarbeit
- systematische, kontinuierliche Überprüfung, Bewertung und Dokumentation der durchgeführten speziellen Pflege und folgerichtige Modifikation des Pflegeprozesses

Beispielhafte teambezogene Aufgaben

- Initiierung interdisziplinärer kollegialer Beratungs- und Abstimmungsprozesse im Rahmen einzelner spezieller Pflegeprozesse
- kollegiale Beratung und Anleitung von Teammitgliedern der Qualifikationsniveaus 3, 4 und 5 im Rahmen spezieller Pflegeprozesse, etwa zur Kommunikation mit gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Klientinnen/ Klienten
- Einbindung und Koordination anderer Berufsgruppen oder Dienstleistungsangebote in einzelnen, speziellen Pflege- und Versorgungsprozessen
- Steuerung der Ausbildungsprozesse von Schülerinnen/ Schülern sowie Planung, Abstimmung, Reflexion und Bewertung von Lernzielen und Lernergebnissen
- Anleitung von Praktikantinnen/ Praktikanten in Pflegesituationen
- Mitwirkung an der Entwicklung und Gestaltung von Konzepten zur Lernortkooperation, etwa Abstimmung von Lernangeboten des eigenen Arbeitsbereichs mit denen anderer Lernorte

Beispielhafte einrichtungsbezogene Aufgaben

- Gegenüberstellung des Einrichtungsleitbildes und der Arbeitsprozesse sowie Beurteilung und Ausrichtung des Handelns in speziellen Pflegeprozessen an den gewonnenen Erkenntnissen
- Mitwirkung an der Entwicklung des Einrichtungsleitbildes
- Steuerung der Vor- und Nachbereitung sowie Begleitung der Begutachtungssituationen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) bei einzelnen Klientinnen/ Klienten
- Mitwirkung an der Umsetzung und Weiterentwicklung spezieller Versorgungskonzepte, etwa zur Versorgung von Klientinnen/ Klienten mit Sehbehinderungen, Hemiparesen oder chronischen Schmerzen
- Mitwirkung an Datenerhebungen und an der Erprobung von neuen pflegewissenschaftlichen Konzepten, Modellen oder Pflegemaßnahmen im Rahmen spezieller Pflegeprozesse
- Mitwirkung an der Erprobung von ausgewählten Maßnahmen zur Überprüfung und Entwicklung der Qualität spezieller Pflege

◆ Wissen und Können ◆

Beispielhaftes Wissen

Personen mit dem Qualifikationsniveau 5 verfügen über breites und vertieftes, empirisch gesichertes Fachwissen zur Übernahme des Verantwortungsbereichs.

Sie

- verfügen über Wissen zur Gewinnung von speziellen Informationen durch Beobachtung, Befragung und Untersuchung von Klientinnen/ Klienten.
- verfügen über Wissen zur Dokumentenanalyse.
- kennen Ursachen und empirisch gesicherte Methoden zur Diagnostik von speziellen Pflegebedarfen.
- kennen verschiedene empirisch gesicherte Pflegemaßnahmen und Expertenstandards in Bezug auf spezielle Pflegediagnosen.
- kennen Theorien, Modelle und Methoden zur Bewältigung von chronischen oder progressiven Erkrankungsverläufen.
- verfügen über Wissen zur empirisch gesicherten Auswahl und situationsangemessenen Anwendung von Hilfsmitteln, Instrumenten und Methoden wie verschiedene Methoden und Materialien zur Durchführung von Gedächtnistraining.
- kennen Kriterien und Methoden zur Beurteilung und Dokumentation der Wirksamkeit spezieller Pflegemaßnahmen sowie zur Beurteilung des Zielerreichungsgrades in speziellen Pflegeprozessen.
- kennen Theorien, Modelle oder Methoden zur kollegialen Beratung und Anleitung sowie Feedbackregeln.
- kennen die Qualifikationsprofile der Berufsgruppen, die an der Versorgung spezieller Klientengruppen beteiligt sind und verschiedene Kooperations- und Koordinationsmodelle, die die Zusammenarbeit im Qualifikationsmix fördern.
- verfügen über Wissen im Sinne von Theorien, Modellen und Methoden zur Gestaltung und Begleitung von Ausbildungs- und Anleitungsprozessen in der beruflichen Praxis.
- kennen relevante Theorien, Modelle und Methoden der Pflegewissenschaft zur Übernahme ihres Verantwortungsbereiches und zur Steuerung und Gestaltung spezifischer Pflegeprozesse wie Pflegetheorien oder Modelle zur Krankheitsbewältigung.
- kennen ausgewählte pflegerelevante Theorien und Methoden der Bezugswissenschaften, etwa medizinische Aspekte des Medikamentenmanagements oder psychologische Grundlagen gerontopsychiatrischer Erkrankungen.

Beispielhaftes Können

Personen mit dem Qualifikationsniveau 5 können ihr Wissen zur Lösung spezieller Probleme neu verknüpfen sowie Handlungsstrategien begründet auswählen, mit den Anforderungen spezieller Pflegesituationen in Übereinstimmung bringen und nutzen.

Sie

- sind in der Lage, ihr Handeln zur Steuerung spezieller Pflegeprozesse vor dem Hintergrund ihres speziellen Fachwissens, ihres Pflegeverständnisses und ihrer Erfahrungen zu reflektieren und zu begründen.
- sind in der Lage, ihr Wissen zur Kompensation spezieller gesundheitlicher Beeinträchtigungen klientenorientiert zu vermitteln und resultierende Pflegemaßnahmen zusammen mit Klientinnen/ Klienten und Angehörigen zu planen und situativ zu gestalten.
- können pflegerische Methoden zur Prävention, Rehabilitation und Palliation auf der Grundlage empirisch gesicherter Erkenntnisse gegeneinander abwägen, mit den Klientinnen/ Klienten und Angehörigen aushandeln und in deren Lebenskontexte integrieren.
- sind in der Lage, Abstimmungs-, Beratungs-, Bewältigungs- und Motivationsprozesse mit Klientinnen/ Klienten und Angehörigen zu initiieren und zu gestalten.
- sind in der Lage, individuelle Strategien zur Vermeidung/ Reduktion von Folgen und Nebenwirkungen spezieller pflegerischer und medizinischer Maßnahmen mit den Klientinnen/ Klienten abzustimmen und anzuwenden.
- sind in der Lage, psychiatrische Notfallsituationen oder Krisensituationen zu erkennen und durch ihr Handeln zur Deeskalation und zur Klärung der Situation beizutragen.
- können sich bezüglich der Lösung von speziellen Pflegeproblemen konstruktiv und zielorientiert in intra- und interdisziplinären Teams austauschen, abstimmen und kollegial beraten.
- können entscheiden, auf welchem Qualifikationsniveau Aufgaben in speziellen Pflegeprozessen anfallen.
- können die Handlungskompetenzen von Teammitgliedern einschätzen, Feedback geben und Lernprozesse fördern, die zur Erweiterung von individuellen Handlungskompetenzen beitragen.
- sind in der Lage, Fehleranzeigen im Bezug zur speziellen Pflege zu bewerten.
- sind in der Lage, Methoden und Verfahrensweisen zur Anzeige von Fehlern zu nutzen und an der Entwicklung einer konstruktiven Fehlerkultur mitzuwirken.



Qualifikationsniveau 6: Steuerung und Gestaltung von hochkomplexen Pflegeprozessen und Leitung von Teams

Projektleiterinnen Barbara Knigge-Demal, Gertrud Hundenborn

◆ Kurzbeschreibung ◆

Qualifikationsniveau 6

ist zuständig für die Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse bei Klientengruppen mit hochkomplexen Pflegebedarfen und für die Leitung von Teams. Das professionelle pflegerische Handeln gründet sich auf Theorien und Modelle, auf empirisch gesicherte oder evidenzbasierte pflegewissenschaftliche Erkenntnisse.

Auf diesem Niveau wird Verantwortung für die Versorgung von Klientengruppen übernommen, die besonders komplexe Pflegebedarfe aufweisen, weil zum Beispiel mehrere sich beeinflussende Pflegeanlässe vorliegen, die Interaktionen über Dyaden und Triaden hinausgehen, Klientinnen/ Klienten sich in problematischen Lebenslagen befinden oder weil weitreichende Entscheidungen zur Versorgung getroffen werden müssen. Das Qualifikationsniveau 6 beinhaltet die Leitungsverantwortung für Teams sowie für die intra- und interdisziplinäre Abstimmung und Koordination.

Das Qualifikationsniveau 6 erfordert integrierte fachwissenschaftliche Kenntnisse über Ursachen, Auswirkungen und Interdependenzen von alters-/ erkrankungsbedingten Pflegeanlässen und Verlaufsdynamiken. Die entsprechenden Pflegeprozesse sind auf den pflegewissenschaftlichen Forschungsstand zu beziehen. Erforderlich sind ebenfalls Kenntnisse über einrichtungsbezogene Organisationsstrukturen, die Organisation von Arbeitsprozessen sowie über die Leitung von Teams und die Qualitätssicherung.

Die Qualifikationsprofile des Teams sind insofern bekannt, als Verantwortungsbereiche und Aufgaben entsprechend den erforderlichen Qualifikationen an die Mitglieder des Teams übertragen sowie delegiert und überprüft werden können. Das Wissen um die Qualifikationsprofile der Qualifikationsniveaus 7 und 8 ermöglicht das Einholen von Beratung im Rahmen von Organisation und Leitung sowie eine Anbahnung von wissenschaftlichen Problemlösungen.

◆ Verantwortungsbereich ◆

Qualifikationsniveau 6

beinhaltet die Übernahme von Verantwortung für die Steuerung und Gestaltung von evidenzbasierten Pflegeprozessen, die durch hohe Komplexität gekennzeichnet sind, und für die Leitung von Teams. Leitung und Pflege sind auf die Lebenswelt und die Lebenslagen von Klientengruppen abgestimmt und auf Lebensqualität und Wohlbefinden ausgerichtet.

Steuerung und Gestaltung komplexer Pflegeprozesse beinhalten zunächst Verantwortung für die Identifikation und Analyse von vielschichtigen, interdependenten oder unbeständigen Ressourcen und von pflegerischen Problemstellungen in den individuellen Lebenssituationen von Klientinnen/ Klienten, und zwar auf der Grundlage pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse. Dazu gehört der Einsatz geeigneter Erhebungsmethoden und valider Assessmentverfahren. Weiterhin erfordern Steuerung und Gestaltung komplexer Pflegeprozesse eine auf die Analyseergebnisse bezogene Entwicklung von bedarfsorientierten Pflegekonzepten und neuen Problemlösungsansätzen, in denen sowohl die spezifischen Belange des Einzelfalls als auch pflegewissenschaftliche Erkenntnisse berücksichtigt werden. Die Verantwortung beinhaltet die Abstimmung und Gestaltung, Organisation und Evaluation der Pflegekonzepte mit betroffenen Klientinnen/ Klienten, Angehörigen und sozialen Netzen sowie die Auswahl

empirisch gesicherter Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation und deren Integration in die Pflegeprozesse. Auf diesem Qualifikationsniveau ist ebenso die Verantwortung für Beschäftigungs-, Freizeit- und Betreuungskonzepte gegeben, die den Interessen und Lebenslagen von Klientengruppen entsprechend gestaltet werden und den Aufbau sozialer Netzwerke in Einrichtungen oder Gemeinden beinhalten. Darüber hinaus gehört die Verantwortungsübernahme für die professionelle, bedarfsorientierte Schulung, Beratung und Begleitung von Klientinnen/ Klienten, deren Angehörigen und des sozialen Netzes zu diesem Qualifikationsniveau. Es beinhaltet zudem die Gewährleistung einer vollständigen, sach- und fachgerechten Berichterstattung sowie des Nachweises und der Dokumentation sowohl klientenbezogener Pflegeprozesse als auch der Arbeitsprozesse zur Leitung des Teams. Das Qualifikationsniveau 6 beinhaltet Leitungsverantwortung für Teams sowie für die intra- und interdisziplinäre Abstimmung und Koordination, auch mit externen Dienstleistern, die an der Versorgung beteiligt sind. Leitungsverantwortung beinhaltet die Mitwirkung bei der Auswahl, Förderung und Beurteilung der Teammitglieder und bei der Gewährleistung von Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz für Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter sowie die Beurteilung, Sicherung und Verbesserung fach- und einrichtungsspezifischer Qualität und der Effektivität der geleisteten Arbeit.

Zum Verantwortungsbereich gehören die Einschätzung der Aussagekraft pflegerelevanter Forschungsergebnisse, die Ableitung empirisch gestützter Problemlösungen und ihre zeitnahe Integration in die Pflegepraxis oder Teamleitung. Auf diesem Qualifikationsniveau wird, im Hinblick auf die Relevanz pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse und deren Integration in die Arbeitsprozesse, der Dialog mit den Qualifikationsniveaus 7 und 8 verantwortlich geführt.

◆ Aufgabenbereiche ◆

Beispielhafte
Klientenbezogene
Aufgaben

- Steuerung der Prozesse zur Erhebung von individuellen Ressourcen und Pflegebedarfen
- Recherche des aktuellen Standes von pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen und Problemlösungsansätzen als Grundlage zur Steuerung und Gestaltung der Pflegeprozesse
- Erhebung und Förderung von Ressourcen, die in Situationen der Pflegebedürftigkeit Lebensqualität, Wohlbefinden oder Gesundheit und soziale Integration erhalten
- Erhebung und Analyse von chronischen, progredienten, multiplen oder sozial-assoziierten Beeinträchtigungen sowie ihrer Deutungsvielfalt und Interdependenzen
- Organisation und Steuerung von klientenzentrierten Pflegevisiten
- Planung und Steuerung von multidisziplinären, integrativen Versorgungskonzepten für Klientinnen/ Klienten mit multiplen/ chronischen/ degenerativen Erkrankungen wie onkologische Erkrankungen oder Depressionen
- bedarfsorientierte Planung und Steuerung von Versorgungskonzepten auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Sterbebegleitung und Trauerarbeit

- Aufnahme, Entlassung und Überleitung im Kontext von ambulanten und stationären Versorgungsnetzwerken
- Initiierung der Antragsstellung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder zur Gewährung sozialrechtlicher Leistungen
- umfassende professionelle Beratung, Schulung und Begleitung von Klientinnen/ Klienten und deren Angehörigen in Bezug auf bedeutende Entscheidungen zur Versorgung
- psychosoziale Beratung und Begleitung bei der Bewältigung von einschneidenden Ereignissen, etwa beim Tod eines Angehörigen

Beispielhafte teambezogene Aufgaben

- kollegiale Beratung und Anleitung zur Ausrichtung des Pflegeprozesses an wissenschaftlichen Erkenntnissen, etwa Einführung neuer Pflegemethoden oder Modifikation von Handlungsabläufen auf Grundlage relevanter Forschungsergebnisse
- Planung und Leitung/ Moderation von Übergaben und Fallbesprechungen im intra- und interdisziplinären Team
- Planung, Gestaltung und Bewertung der zeitlichen Abfolge von Arbeitsabläufen in einem Team
- Beurteilung der Arbeitsleistung und wertschätzende Rückmeldung an Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter

Beispielhafte einrichtungsbezogene Aufgaben

- kritische Auseinandersetzung und Stellungnahme zum Einrichtungsleitbild sowie zum Pflege- und Berufsverständnis der Teammitglieder
- Mitwirkung an der Entwicklung des Leitbildes und an der Förderung entsprechender personaler Befähigungen
- Entwicklung und Organisation von sozialen Netzwerken, Kooperationsstrukturen oder Konzepten, die soziale Integration und Beschäftigung initiieren, etwa Angehörigengruppen
- Anwendung von Case-Management-Konzepten zur Koordination unterschiedlicher institutioneller Dienstleistungen
- Mitwirkung an der Gestaltung und Einrichtung von Wohnbereichen, die dem Einrichtungsprofil und den Bedürfnissen von Klientinnen/ Klienten entsprechen
- Mitwirkung an der Organisation und Begleitung der Verfahren zur Qualitätsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK)
- Steuerung der Einarbeitung von neuen Mitarbeiterinnen/ Mitarbeitern
- Koordination und Steuerung der Zusammenarbeit von Mitarbeiterinnen/ Mitarbeitern unterschiedlicher Qualifikationsniveaus
- Kooperation mit anderen Leitungspersonen und Vorgesetzten
- Mitwirkung an der Entwicklung und Steuerung von Qualitätsmanagementsystemen zur dynamischen Qualitätssicherung und -optimierung

- Mitwirkung an der Recherche, Analyse und Nutzung pflegerelevanter Forschungsergebnisse zur Qualitätsentwicklung
- fortlaufende Sammlung, Interpretation und Bewertung von relevanten Informationen über Entwicklungen, Projekte und Ergebnisse der Pflegewissenschaft
- Mitwirkung an pflegewissenschaftlicher Forschung im Handlungsbezug, etwa durch Mitwirkung an Datenerhebungen

◆ Wissen und Können ◆

Beispielhaftes Wissen

Personen mit dem Qualifikationsniveau 6 verfügen über breites, integriertes Wissen pflegewissenschaftlicher Grundlagen zur Übernahme des Verantwortungsbereiches.

Sie

- kennen Strategien und Methoden zur Identifikation, Beschreibung, Analyse und Bewertung pflegerelevanter Ressourcen und Problemstellungen unter Berücksichtigung pflegewissenschaftlicher Forschungsergebnisse.
- verfügen über integriertes Wissen zur diagnostischen Begriffsbildung und zu begründeten Problemlösungen sowie zum folgerichtigen, kontextgebundenen professionellen Handeln in Pflegeprozessen.
- verfügen über empirisch gesichertes Wissen über Ursachen und Auswirkungen von physischen, psychischen, sozial-kulturellen oder wirtschaftlichen Beeinträchtigungen bei älteren Menschen und deren Interdependenzen.
- kennen Theorien und Kriterien zur Priorisierung von Zielen und Maßnahmen im Pflegeprozess.
- kennen pflegewissenschaftlich gestützte Konzepte und Methoden zur Integration von physischen, psychischen, sozial-kulturellen und spirituellen Ressourcen in Pflegeprozesse.
- kennen Methoden und Verfahren zur Evaluation und Modifikation pflegerelevanter Problemlösungen im Kontext von Pflege und Teamleitung, die pflegewissenschaftlichen Standards entsprechen.
- kennen Kriterien und Strategien zur Delegation von Aufgaben im Rahmen pflegerischer Teams.
- kennen Methoden und Instrumente zur Beschreibung, Analyse und Bewertung von Arbeitsleistung.
- verfügen über Wissen zum Konfliktmanagement, zur Mitarbeitermotivation und zur Arbeitsorganisation.
- kennen einrichtungsbezogene Organisationsstrukturen sowie Methoden zur Dienstplangestaltung und zur Leitung von Dienstbesprechungen.

- kennen ausgewählte Modelle und Methoden des Qualitätsmanagements.
- kennen wesentliche Theoriehintergründe und empirisch gesicherte Prinzipien oder Methoden der Bezugswissenschaften zur Übernahme ihres Verantwortungsbereiches, etwa zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder zu den Auswirkungen von Altersarmut.
- kennen pflegerelevante Arbeits- und Sozialgesetze, insbesondere die Gesetzgebung zur Finanzierung von Pflegeleistungen oder Arbeitsschutzgesetze.

Beispielhaftes Können

Personen mit dem Qualifikationsniveau 6 können ihr Wissen interpretieren und beurteilen. Sie können neue Ideen und Probleme in ein Verhältnis zueinander setzen, mit ihrem Wissen in Übereinstimmung bringen, analysieren und nutzen.

Sie

- sind in der Lage, eigenes Verhalten und die Arbeit des Teams vor dem Hintergrund von grundlegenden wissenschaftlichen Erkenntnissen und institutionellen Rahmenbedingungen zu reflektieren, zu bewerten und zu steuern.
- sind in der Lage, Ressourcen, Interessen und Bedarfe der Klientinnen/ Klienten und deren Angehörigen kontinuierlich zu erheben, abzuwägen sowie als Grundlage für die Steuerung komplexer Pflegeprozesse zu begreifen.
- können multifaktorielle Probleme in komplexen Pflegesituationen analysieren, soziale, ökonomische, kulturelle oder psychologische Faktoren berücksichtigen und ausgewählte wissenschaftliche Erkenntnisse auf die Erfordernisse der Situationen übertragen.
- sind in der Lage, pflegebezogene Gesprächs-, Beratungs- und Schulungsbedarfe Einzelner oder von Gruppen zu erkennen und begründet geeignete Kommunikationsmodelle und Methoden einzusetzen, um den Bedarfen zu entsprechen.
- sind in der Lage, auch potenzielle physische und psychische Gefährdungen zu identifizieren, die aus dem Zusammenwirken unterschiedlicher Bedingungen oder Maßnahmen resultieren.
- können auf der Grundlage ihres Wissens individuell angepasste Strategien und Maßnahmen entwickeln, um diese Gefährdungen auszuschließen oder zu reduzieren.
- können entscheiden, auf welchem Anforderungsniveau Aufgaben in einem Team anfallen.
- können das Qualifikationsprofil von Teams oder Einzelpersonen anhand von Qualitätsmaßstäben beurteilen und anfallende Aufgaben entsprechend delegieren.
- können Gruppenprozesse zielorientiert moderieren, Ergebnisse bewerten und abschließende Entscheidungen treffen.

- können Teammitgliedern Anerkennung oder Kritik in angemessener Form vermitteln, sodass dies zur Arbeitsmotivation und zur Förderung der Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter beiträgt.
- sind in der Lage, mit Konflikten und Krisen konstruktiv umzugehen.
- sind in der Lage, die Kooperation mit anderen Berufsgruppen oder externen Dienstleistern zu initiieren und zu steuern.
- sind in der Lage, Fehleranzeigen auszuwerten und die Ergebnisse zur Vermeidung potenzieller Fehler zu nutzen.
- können eigene und fremde Fehler analysieren sowie Instrumente oder Methoden zur Fehlervermeidung auswählen und einsetzen.
- sind in der Lage, Forschungsergebnisse auszuwählen und zu bewerten, die für ihren Verantwortungsbereich relevant sind sowie die Ergebnisse zur Gestaltung von Pflegeprozessen zu nutzen.
- können wissenschaftlich begründete Positionen einnehmen und Problemlösungen entsprechend vertreten.




Qualifikationsniveau 7: Pflegerische Leitung in Einrichtungen

Projektleiterinnen Barbara Knigge-Demal, Gertrud Hundenborn

◆ Kurzbeschreibung ◆

Qualifikationsniveau 7

umfasst die Verantwortung für die pflegerische Leitung in Einrichtungen, wie zum Beispiel in Alten(wohn)heimen, Wohngemeinschaften, Generationenhäusern, Hospizen, Rehabilitationseinrichtungen, ambulanten oder psychosozialen Diensten, Beratungsstellen oder Pflegestützpunkten. Die Klienten- und Angehörigengruppen weisen unterschiedliche Versorgungsbedarfe auf, die, bezogen auf (Teil-) Kompensation oder Beratung und Anleitung, die Konzipierung, Implementierung und Evaluation problem- und bedarfsorientierter Versorgungskonzepte erforderlich machen. Deren Entwicklung erfolgt auf der Grundlage pflegewissenschaftlicher Forschung und berücksichtigt sowohl die Anliegen und Bedarfe von Klientinnen/ Klienten und Angehörigen als auch die zur Verfügung stehenden Ressourcen und Rahmenbedingungen. Ebenso gehört ein nachhaltiges Management der Qualität, der Finanzierung und der Schnittstellen zum Aufgabenbereich.

Das Qualifikationsniveau 7 erfordert erweiterte, detaillierte pflegewissenschaftliche und bezugswissenschaftliche Kenntnisse. Neue, komplexe oder unklare pflegerelevante Problemstellungen und vorhandene Lösungsmöglichkeiten können vor dem Hintergrund der aktuellen wissenschaftlichen Diskussion analysiert, beschrieben und bewertet werden.

Die Qualifikationsprofile der Qualifikationsniveaus 1 bis 6 sind in vollem Umfang bekannt, sodass alle im institutionellen Kontext anfallenden Versorgungsaufgaben gesteuert, Verantwortung übertragen sowie Aufgaben delegiert und bewertet werden können und damit Verantwortung für die Gestaltung und Steuerung des Qualifikationsmixes übernommen werden kann. Durch ein Zusammenwirken mit dem Qualifikationsniveau 8 können in der Organisation und Leitung oder zu pflegewissenschaftlichen Problemstellungen Lösungen herbeigeführt werden.

◆ Verantwortungsbereich ◆

Qualifikationsniveau 7

beinhaltet die Übernahme von Verantwortung für die pflegerische Leitung in Einrichtungen sowie für die Konzeption, Umsetzung und Evaluation von evidenzbasierten Angeboten zur Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen. Einrichtungsleitung und Versorgungskonzepte zielen auf Versorgungssicherheit, Gleichbehandlung, Teilhabe und Lebensqualität von Klientinnen/ Klienten sowie auf die Gewährleistung der dazu notwendigen Rahmenbedingungen ab.

Auf diesem Niveau wird Verantwortung für die eigenständige Erhebung des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstands zu Fragen der Analyse und Bewertung pflegerelevanter Problemstellungen übernommen und auf den Versorgungsbedarf von Klientengruppen, Angehörigen, sozialen Netzwerken und die verfügbaren Ressourcen bezogen. Dazu gehört die Erschließung angemessener Methoden, die dem Stand der pflegewissenschaftlichen Diskussion entsprechen.

Der Verantwortungsbereich umfasst eine auf die Analyseergebnisse gestützte Planung einrichtungsbezogener Versorgungsangebote, die die Autonomie und Teilhabe der Klientinnen/ Klienten im Alltag in der Einrichtung, in den Versorgungssituationen und

im gesellschaftlichen Leben gewährleisten. Er beinhaltet die Implementierung innovativer Verfahren und Methoden des pflegerischen Handelns sowie deren Erprobung und Evaluation hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Reichweite. Weiterhin gehört die Beratung von Klientinnen/ Klienten, Angehörigen und des sozialen Netzes hinsichtlich der Aufnahme und Überleitung in Einrichtungen, des Angebotes an Dienstleistung und Wohnraum sowie der Finanzierungsmöglichkeiten zum Verantwortungsbereich.

Zur gesamtverantwortlichen Leitung und Administration pflegerischer Versorgungsprozesse gehört die Verantwortung für die Auswahl, Organisation und Steuerung aller pflegebezogenen Arbeitsprozesse. Die Personalauswahl und -entwicklung sowie die Beurteilung von Arbeitsleistung gehören ebenso zum Verantwortungsbereich wie die Gestaltung von mitarbeiterorientierten Arbeitsumgebungen, Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz. Die Funktion der pflegerischen Leitung umfasst ferner die Budgetverantwortung für die pflegerische Versorgung der Klientinnen/ Klienten, in deren Rahmen notwendige Ressourcen beschafft sowie transparent, wirtschaftlich, nachhaltig und gerecht eingesetzt werden. Die Verantwortung für die kontinuierliche interne und externe Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität beinhaltet den Einsatz und die Weiterentwicklung geeigneter Methoden und Instrumente.

Auf Qualifikationsniveau 7 erfolgt Verantwortungsübernahme für die kontinuierliche Ausrichtung der einrichtungsbezogenen pflegerischen Versorgung an neuen Erkenntnissen der Pflegewissenschaft und deren Bezugswissenschaften.

Mit der einrichtungsbezogenen Entwicklung und Evaluation von Versorgungskonzepten wird ein verantwortlicher Beitrag zur Weiterentwicklung der Pflegewissenschaft, bezogen auf Theoriefundierung, Verfahren und Transfer, geleistet und die Erkenntnisse werden in den interdisziplinären Diskurs der Gesundheitsversorgung eingebracht.

◆ Aufgabenbereiche ◆

Beispielhafte Klientenbezogene Aufgaben

- Führen von Beratungsgesprächen mit Klientinnen/ Klienten und Angehörigen zur Aufnahme in die Einrichtung, zur Konfliktlösung oder im Rahmen des Qualitätsmanagements
- Erhebung der Bedarfe und Anliegen von Klientinnen/ Klienten und Angehörigen, unter anderem bei der Evaluation von innovativen Versorgungskonzepten
- Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Konzepten zur Reduktion oder Vermeidung von Infektionen mit multiresistenten Keimen

Beispielhafte teambezogene Aufgaben

- Steuerung und Abstimmung der Arbeitsprozesse zwischen disziplinären/ interdisziplinären Teams und Funktionsbereichen, etwa Gestaltung und Moderation von Leitungskonferenzen
- Organisation und/ oder Steuerung von Supervisionsprozessen zur Arbeitsbewältigung und Konfliktintervention
- Förderung von Gruppenkohäsion und Einrichtungskultur zur Steigerung der Arbeitszufriedenheit und Arbeitseffektivität
- Entwicklung, Steuerung und Evaluation von Arbeitsprozessen in den Teams einer Einrichtung, etwa die Einführung von interdisziplinären Fallbesprechungen

Beispielhafte einrichtungsbezogene Aufgaben

- Planung, Durchführung/ Organisation und Evaluation von bedarfsorientierten innerbetrieblichen Fort- und Weiterbildungsangeboten auf der Grundlage von gesicherten Erkenntnissen pflege- und bildungswissenschaftlicher Forschung
- Auseinandersetzung mit dem Einrichtungsleitbild und dessen kritische Bewertung im Verhältnis zum Handeln der Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter
- Steuerung der Zusammenarbeit der Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter zur kontinuierlichen Entwicklung und Konsensualisierung des Einrichtungsleitbildes
- Analyse potenzieller Versorgungsanforderungen vor dem Hintergrund des aktuellen und/ oder angestrebten Einrichtungsprofils
- Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Versorgungskonzepten für Klientengruppen und/ oder Angehörigengruppen, die einen besonderen Bedarf an Integration, Begleitung oder Pflege in einer Einrichtung haben, wie Klientinnen/ Klienten mit Migrationshintergrund oder Angehörige demenziell Erkrankter
- Entwicklung und Organisation von einrichtungsübergreifenden lebensweltorientierten Netzwerken und Kooperationsstrukturen, etwa die quartiersübergreifende Organisation von kulturellen Angeboten
- Planung und Akquise von finanziellen oder personellen Ressourcen zur pflegerischen Versorgung sowie die Steuerung des Ressourceneinsatzes
- Mitwirkung beim Erhalt der Wirtschaftlichkeit einer Einrichtung durch Bilanzierung/ Kontrolle der Ressourcenverwendung
- Auswahl und Einsatz von Modellen, Methoden und Instrumenten zum Qualitätsmanagement sowie Entwicklung von Qualitätsindikatoren oder Einrichtung von Qualitätszirkeln
- Steuerung der Vor- und Nachbereitung sowie Begleitung von Qualitätsprüfungen und Zertifizierungsverfahren
- Entwicklung von Kooperationsstrukturen und Netzwerken mit anderen Einrichtungen/ Organisationen
- begründeter Einsatz von Assessmentverfahren zur Auswahl neuer Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter unterschiedlicher Qualifikationsniveaus
- Einrichtung und Steuerung von spezifischen Personalmixen für jeden Versorgungsbereich
- Bewertung der Arbeitsleistung von Teams und Einzelpersonen
- Planung und Durchführung von Personalentwicklungsgesprächen
- Organisation und Koordination von (praktischen) Ausbildungsprozessen von Schülerinnen/ Schülern, Studentinnen/ Studenten, Praktikantinnen/ Praktikanten oder Freiwilligendienstleistenden
- Organisation, Durchführung und Evaluation von Innovationen oder Reformen in Leitungs- und Administrationsprozessen
- Mitwirkung an Studien oder Forschungsprojekten im Verbund mit

anderen Einrichtungen und Organisationen

- Mitwirkung an der Weiterentwicklung der pflegewissenschaftlichen Profession durch die systematische Integration anwendungsbezogener Erkenntnisse
- Entwicklung von klar umgrenzten anwendungsbezogenen Forschungsdesigns zur Lösung von pflegerelevanten Problemlagen in institutionellen Bezügen

◆ Wissen und Können ◆

Beispielhaftes Wissen

Personen mit dem Qualifikationsniveau 7 verfügen über erweitertes, detailliertes Wissen der wissenschaftlichen Grundlagen und Methoden zur Übernahme des Verantwortungsbereiches.

Sie

- kennen aktuelle wissenschaftliche Theorien, Modelle und Methoden zur eigenständigen Identifikation, Beschreibung, Analyse und Bewertung von pflegerelevanten Problemstellungen in Einrichtungen.
- verfügen über evidenzbasiertes Wissen zur Einschätzung der Evidenz, Auswirkung und Reichweite von professionellem Pflegehandeln.
- kennen ausgewählte aktuelle pflege- und bezugswissenschaftliche Forschungsergebnisse in Bezug auf Versorgungserfordernisse im Alter.
- kennen Reichweite, Spezifika und Grenzen pflegewissenschaftlicher Forschungsergebnisse und Modellprojekte.
- kennen Theoriehintergründe und Forschungsergebnisse der Pflege- und Bezugswissenschaften zur Bewertung und Integration unterschiedlicher Versorgungsangebote, etwa zur Lebensweltorientierung und Gesundheitsförderung.
- kennen aktuelle Theorien und Forschungsergebnisse zur Entwicklung und Umsetzung von innovativen Wohnkonzepten.
- kennen pflegewissenschaftlich relevante Forschungsdesigns und Evaluationsmethoden sowie Kriterien zu deren Auswahl und Einsatz.
- kennen relevante Theorien sowie empirisch erprobte Prinzipien und Methoden zur Planung, Organisation und Steuerung pflegerischer Arbeit in institutionellen Kontexten, etwa zur Kosten- und Leistungsrechnung sowie zum Risikomanagement, Controlling und Qualitätsmanagement.
- kennen Strategien, Methoden und Instrumente zur Ressourcenbeschaffung, -verwendung und -verwaltung und zur Öffentlichkeitsarbeit.

- kennen Theorien und Methoden zur gesundheitsökonomischen Evaluation wie Kosten-Nutzen-Analysen oder Kosten-Effektivitätsanalysen.
- kennen aktuelle, relevante sozial- und arbeitsrechtliche Grundlagen und Zusammenhänge.
- verfügen über Wissen zum Personalmanagement, etwa zur Auswahl, Entwicklung oder Entlohnung von Mitarbeiterinnen/ Mitarbeitern.
- kennen die Qualifikationsprofile der Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter einer Einrichtung.
- kennen Kriterien und Strategien zur Delegation von Aufgaben und Verantwortungsbereichen in Einrichtungen an einzelne Personen oder Personengruppen.

Beispielhaftes
Können

Personen mit dem Qualifikationsniveau 7 können ihr Wissen situativ modifizieren und Sachverhalte im Verhältnis zueinander, zu benachbarten Bereichen und zur eigenen Person analysieren. Vor diesem Hintergrund können sie innovative evidenzbasierte Lösungen für neue, komplexe oder vielschichtige pflegerelevante Problemstellungen in Einrichtungen entwickeln, implementieren und evaluieren.

Sie

- sind in der Lage, eigenes und fremdes Verhalten vor dem Hintergrund von erweiterten wissenschaftlichen Erkenntnissen und systemischen Rahmenbedingungen zu reflektieren, zu bewerten und zu steuern.
- können die Anliegen und Bedarfe von Klientinnen/ Klienten und Klientengruppen sowie die zur Verfügung stehenden finanziellen, sächlichen und personellen Ressourcen zur Gestaltung von lebensweltorientierten Versorgungsangeboten kontinuierlich abwägen und bewerten.
- sind in der Lage, Kommunikationsmodelle und -strategien einzusetzen, um Kooperationen zu initiieren, Synergien zu nutzen und Ressourcen zu gewinnen.
- können zur längerfristigen und planvollen Optimierung von Arbeitsabläufen unterschiedliche Interessen, Ziele und Lösungsstrategien gegeneinander abwägen.
- sind in der Lage, Veränderungen zu realisieren, um Gefährdungen für ältere Menschen, die institutionell oder personell bedingt sind, zu vermeiden oder zu reduzieren.
- sind in der Lage, über generelle und unter Umständen standardisierte Zuordnung von Aufgaben und Qualifikationsniveaus in Einrichtungen des Beschäftigungsbereichs abschließend zu entscheiden.
- können die Fortbildungsbedarfe der Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter und den Versorgungsauftrag der Einrichtung zur Gestaltung von Fort- und Weiterbildungsangeboten miteinander abstimmen.

- können die Versorgungsqualität in Einrichtungen anhand von empirisch erprobten, normierten oder weiterentwickelten Qualitätsmaßstäben erheben, bewerten, sichern und verbessern.
- sind in der Lage, Ressourcen, Versorgungsqualität, Finanzierbarkeit und Verteilungsgerechtigkeit abzuwägen und abschließende Entscheidungen zur Leitung und Gestaltung pflegerischer Versorgung zu treffen.
- sind in der Lage, auch auf der Grundlage unvollständiger, begrenzter oder widersprüchlicher Informationen Entscheidungen zur pflegerischen Leitung einer Einrichtung zu treffen.
- können ihre Entscheidungen adressatenorientiert und auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse begründen und präsentieren.
- können die Folgen von getroffenen Leitungsentscheidungen einschätzen und bewerten sowie entsprechende Modifikationen der Handlungen planen und umsetzen.
- können Ressourcen zur Etablierung einer transparenten, konstruktiven Fehlerkultur bereitstellen.
- sind in der Lage, Instrumente und Methoden zum Fehlermanagement in der Einrichtung zu konzeptualisieren, zu implementieren und zu evaluieren.
- können Auswertungen des Fehler-/ Beschwerdemanagements bei der Ausgestaltung der einrichtungsbezogenen Arbeitsprozesse berücksichtigen.
- können Planung, Inhalte, Konzeption und Administration pflegerischer Versorgung an gesicherten Erkenntnissen der pflege- und bezugswissenschaftlichen Forschung ausrichten sowie Problemlösungen evaluieren, Folgen abschätzen und zur Weiterentwicklung nutzen.
- sind in der Lage, die einrichtungsbezogenen Analyse- und Evaluationsergebnisse im interdisziplinären Diskurs der Gesundheitsversorgung einzubringen und zu vertreten.



Qualifikationsniveau 8: Steuerung und Gestaltung pfl egewissenschaftlicher Aufgaben

Projektleiterinnen Barbara Knigge-Demal, Gertrud Hundenborn

◆ Kurzbeschreibung ◆

Qualifikationsniveau 8

beinhaltet die Verantwortung für Forschungsvorhaben und Entwicklungsprojekte, mit deren Hilfe die Anforderungen an Pflege, persönlicher Assistenz und Service für ältere Bürgerinnen und Bürgern untersucht werden. Auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen werden Aussagen über erforderliche Qualifikationen getroffen und entsprechende Maßnahmen zum Personalmanagement initiiert. Darüber hinaus beinhaltet der Verantwortungsbereich die Erforschung und Weiterentwicklung der Qualität der angebotenen Pflege und persönlichen Assistenz. Dies schließt die Identifikation und Analyse von Problemlagen mit ausgewählten wissenschaftlichen Methoden ebenso ein wie die Entwicklung einrichtungsbezogener Lösungen. Hierzu gehören auch die forschungsbasierte Gestaltung und Ausstattung von den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohnern optimal angepassten Wohnräumen.

Pflegerelevante Problemstellungen sind eigenständig und eigenverantwortlich zu identifizieren, zu analysieren und zu bewerten. Zur Bearbeitung von Forschungsfragen sind Forschungs- und Entwicklungsteams eigenständig zu leiten. Erkenntnisse der Pflegeforschung sind im interdisziplinären Diskurs zu kommunizieren und die Forschungsfolgen kritisch zu beurteilen.

Das Qualifikationsniveau 8 erfordert umfassende, systematische und spezialisierte Kenntnisse der Pflegewissenschaft sowie von deren Bezugswissenschaften.

Die Qualifikationsprofile aller Qualifikationsniveaus sind bekannt, sodass Qualifikationsmixe in Forschungsprozessen gesteuert, Aufgaben abgestimmt, übertragen bzw. Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter entsprechend angeleitet werden können.

◆ Verantwortungsbereich ◆

Qualifikationsniveau 8

beinhaltet die Übernahme von Verantwortung für die Steuerung und Gestaltung von Forschung und Entwicklung zur Sicherung und Optimierung der Versorgungsqualität. Die Steuerung der wissenschaftlichen Aufgaben zielt auf Versorgungssicherung und die Gewährleistung von Autonomie, Lebensqualität und Teilhabe für ältere Menschen und ihre Angehörigen ab.

Dazu gehört die Übernahme von Verantwortung für die Beschreibung, Analyse und Bewertung von aktuellen und potenziellen Verantwortungs- und Aufgabenbereichen sowie von Qualifikationsprofilen im Beschäftigungsbereich. Dies umfasst einerseits die Analyse von gruppenspezifischen Bedarfslagen, Versorgungsdynamiken und von Verteilungsgerechtigkeit sowie andererseits die Untersuchung von Pflegehandeln auf unterschiedlichen Qualifikationsniveaus und dessen Auswirkungen und Rahmenbedingungen.

Des Weiteren umfasst dies eine auf die Analyseergebnisse bezogene Identifikation von Reformbedarfen und pflegewissenschaftlichen Fragestellungen sowie eine Überführung in Forschungsfragen.

Der Verantwortungsbereich umfasst die eigenständige Identifikation pflegerelevanter Problemstellungen in Abhängigkeit von wissenschaftstheoretischen Perspektiven sowie deren Analyse und Bewertung unter Berücksichtigung gesellschaftlicher, institutioneller oder normativer Einflussfaktoren und interdisziplinärer Bezüge. Die Verantwortung für

die Entwicklung von Innovationen und Problemlösungen schließt die eigenständige Planung und Konzeption von pflegewissenschaftlichen Forschungsvorhaben und Entwicklungsprojekten ein, verbunden mit der Anwendung von Methoden und Fertigkeiten, die in dem jeweiligen Forschungsgebiet relevant sind. Die Verantwortung für die Konzeption von Forschung beinhaltet eine kritische Bewertung und Einbeziehung pflegewissenschaftlich bedeutsamer Forschungsergebnisse und Theoriehintergründe, die dem neuesten Erkenntnisstand entsprechen.

Die verantwortliche Implementierung und Evaluation von Forschungs- und Entwicklungsprozessen in Einrichtungen schließt die Berücksichtigung institutioneller und administrativer Bedingungen sowie forschungsqualitativer und forschungsethischer Grundsätze ein.

Der Verantwortungsbereich beinhaltet die Aufbereitung, Veröffentlichung und Verbreitung von Forschungsergebnissen für Pflegepraxis und Pflegewissenschaft sowie den interdisziplinären Diskurs und die Vermittlung an Fachvertreter, Lehrende oder Laien.

Das Qualifikationsniveau 8 umfasst die verantwortliche Steuerung und Durchführung von Informations-, Beratungs- und Schulungsprozessen zur Umsetzung der wissenschaftlichen Arbeit. Die Leitungsverantwortung für disziplinäre und interdisziplinäre wissenschaftliche Teams schließt die Zuweisung von Forschungsaufgaben sowie die Sicherung der Qualität und Effektivität der geleisteten Arbeit ein. Dies beinhaltet die Erschließung, den Einsatz und die Verwaltung notwendiger personeller, sächlicher und finanzieller Ressourcen zur wissenschaftlichen Arbeit.

Auf diesem Qualifikationsniveau wird Verantwortung für den Inhalt, die Folgen und die Art der Ausgestaltung der Forschungsarbeit übernommen und ein Beitrag zur theoretischen, methodischen und empirischen Entwicklung der Pflegewissenschaft geleistet.

◆ Aufgabenbereiche ◆

Beispielhafte
Klientenbezogene
Aufgaben

- Steuerung und Gestaltung der Analyse, Konzeption, Implementierung und Evaluation von Versorgungskonzepten zur Förderung der Selbstständigkeit hochaltriger Menschen in häuslichen Umgebungen, etwa zur Reduktion von Sturzereignissen
- Steuerung und Gestaltung der Analyse, Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Konzepten zur Förderung der sozialen Integration von gerontopsychiatrisch erkrankten älteren Menschen
- bedarfsorientierte Entwicklung, Implementierung und Evaluation von ambulanten Betreuungsangeboten zur Entlastung pflegender Angehöriger
- eigenständige forschungsbasierte Weiterentwicklung von Pflegemaßnahmen zur Versorgung von Klientengruppen mit komplexem Pflegebedarf, etwa in den Bereichen Ernährung und Ausscheidung
- klientenorientierte Information, Aufklärung und Vermittlung von pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen

Beispielhafte teambezogene Aufgaben

- Abstimmung, kollegiale Beratung und Feedback im Forschungsprozess
- Begleitung, Beratung und Anleitung von Teams zur Einführung entwickelter Versorgungskonzepte oder zur Organisation der Arbeitsprozesse im Qualifikationsmix
- Beratung und Anleitung von Teams zur Einführung von klientenorientierten Arbeitsorganisationsmodellen
- Konzeptionalisierung, Durchführung und Evaluation von Informations- und Schulungsveranstaltungen

Beispielhafte einrichtungsbezogene Aufgaben

- Analyse und Diskurs zur Ausbildung kollektiver pflegeethischer Werthaltungen und Positionen
- Organisation und Steuerung der Arbeitsprozesse in Einrichtungen zur Einführung und Umsetzung von neuen, forschungsbasierten Konzepten, Maßnahmen und Strukturen
- Entwicklung und Evaluation von innovativen Wohn- und Lebensformen, die auf Integration und Partizipation älterer Menschen abzielen wie quartiersnahe, generationsübergreifende Wohnanlagen
- wissenschaftlich und gesellschaftspolitisch begründete Weiterentwicklung von einrichtungsbezogenen pflegerischen Versorgungsangeboten wie kultursensible Pflege oder ambulante Versorgungsangebote nach Krankenhausaufenthalten
- Identifikation spezieller einrichtungsbezogener Problemlagen sowie Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Konzepten unter anderem zur Reduktion oder Vermeidung von Infektionen mit multiresistenten Keimen
- Identifikation von Aufgaben in der Pflege, persönlichen Assistenz und im Service, die aus der Novellierung von Gesetzen resultieren
- Steuerung des Veränderungsmanagements zur Ausrichtung einrichtungsbezogener Arbeitsprinzipien und -abläufe an aktuell erhobenen Versorgungsbedarfen

◆ Wissen und Können ◆

Beispielhaftes Wissen

Personen mit dem Qualifikationsniveau 8 verfügen über umfassendes, spezialisiertes und systematisches Wissen der Forschungs- und Praxisdisziplin Pflegewissenschaft zur Übernahme des Verantwortungsbereichs.

Sie

- verfügen über einen systematischen Überblick zu aktuellen nationalen und internationalen Forschungsergebnissen bezüglich der Pflegewissenschaft.
- haben ein systematisches Verständnis ihres (inter-) disziplinären Forschungsgebiets sowie der Methoden, die in diesem Gebiet angewendet werden.

Projektleiterinnen Barbara Knigge-Demal, Gertrud Hundenborn

- verfügen über umfassende Kenntnisse bezüglich wissenschaftstheoretischer Modelle zur Einordnung pflegewissenschaftlicher Fragestellungen und Untersuchungsmethoden.
- verfügen über systematische Kenntnisse an den Schnittstellen der Pflegewissenschaft zu Bezugswissenschaften.
- kennen Theorien sowie evidenzbasierte Modelle und Methoden der Bezugswissenschaften zur Übernahme ihres Verantwortungsbereiches, etwa zu sozialen, ökonomischen und kulturellen Lebensbedingungen und deren Auswirkungen auf Lebenslagen älterer Menschen.
- verfügen über systematische forschungsbasierte Kenntnisse der Beziehungen zwischen Pflegeprozessen, Lebenswelten älterer Menschen und sozialpolitischen/ gesellschaftlichen Veränderungen.
- verfügen über integrierte, evidenzbasierte Erkenntnisse der Pflege- und Bezugswissenschaften zu Ursachen und Diagnostik von alters- und erkrankungsbedingten Versorgungsbedarfen sowie zu Evidenz, Wirkung und Reichweite assoziierter Handlungsprinzipien im Pflegeprozess.
- verfügen über Wissen auf neuestem Erkenntnisstand im Hinblick auf die Anforderungen des Beschäftigungsbereichs und Merkmale von Qualifikationsprofilen, die voraussichtlich geeignet sind, um die Anforderungen zu bewältigen.

Beispielhaftes
Können

Personen mit dem Qualifikationsniveau 8 können ihr Wissen folgerichtig in Bezug setzen, analysieren sowie begründete Schlussfolgerungen und Bewertungen daraus ziehen. Vor diesem Hintergrund können sie Probleme identifizieren sowie neue, wissenschaftlich begründete Lösungen oder Innovationen entwickeln, implementieren, evaluieren und hinsichtlich der Folgen bewerten.

Sie

- sind in der Lage, eigenes und fremdes Verhalten vor dem Hintergrund von umfassenden, spezialisierten wissenschaftlichen Erkenntnissen und systemischen Rahmenbedingungen für die Forschungs- und Praxisdisziplin Pflege zu reflektieren, zu bewerten und zu steuern.
- können Innovationen und Entscheidungen im Gesundheitssystem daraufhin überprüfen, welchen Beitrag sie zur Integration, Teilhabe und Lebensqualität älterer Menschen leisten.
- sind in der Lage, ihre Ziele engagiert und integer zu verfolgen und die Forschungsarbeit kritisch an wissenschaftsethischen Grundsätzen zu messen.
- sind in der Lage zu analysieren, welche Interdependenzen zwischen den unterschiedlichen Veränderungen im Beschäftigungsbereich bestehen und welche Trends verfolgt werden sowie die Erkenntnisse in ihre Arbeit einzubeziehen.

- können mit wissenschaftlicher Methodik gruppenbezogene Probleme, Beeinträchtigungen oder Versorgungsdefizite im Beschäftigungsbereich erheben, beschreiben, analysieren und bewerten.
- sind in der Lage, aus einem Pool an wissenschaftlichen Methoden begründet diejenigen auszuwählen und sicher anzuwenden, die geeignet sind, Forschungsfragen zu beantworten.
- können die wissenschaftlich begründete Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung auf soziale, normative und ethische Bedingungen eines spezifischen Umfelds abstimmen.
- können auf der Grundlage ihres Wissens erschließen, welche Aufgaben Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter im Beschäftigungsbereich zukünftig zu erfüllen haben.
- sind in der Lage, neue Aufgaben im Beschäftigungsbereich hinsichtlich ihrer Anforderungsniveaus zu bewerten und ihnen Qualifikationsniveaus zuzuordnen.
- können die Logik und die Begründungen, die sie zur Grundlage ihrer Entscheidungen und Schlussfolgerungen gemacht haben, adressatengerecht und plausibel darstellen.
- sind in der Lage, Methoden und Instrumente zum konstruktiven Umgang mit Fehlern im wissenschaftlichen Theorie- und Anwendungsbezug zu entwickeln, zu erproben und zu bewerten.
- sind in der Lage, generiertes Wissen hinsichtlich der Relevanz im Hinblick auf Versorgungsqualität zu bewerten, zur weiterführenden Forschung nutzbar zu machen und damit zur Entwicklung der Pflegewissenschaft beizutragen.
- sind in der Lage, die Relevanz pflegewissenschaftlicher Forschung im Kontext des Gesundheitssystems zu bewerten und gegenüber Akteuren und Entscheidungsträgern zu vertreten.



IV. Wissenschaftliche Begründung des Anforderungs- und Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen

Autorinnen
Constanze Eylmann
Barbara Knigge-Demal

1 Ausgangslage

Die Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland verändert sich in ähnlicher Weise wie in nahezu allen Ländern Europas: Die Bevölkerung altert und die Anzahl der Menschen nimmt ab. Heute besteht sie zu 19% aus Kindern und jungen Menschen unter 20 Jahren, zu 61% aus 20- bis unter 65-Jährigen und zu 20% aus 65-Jährigen und Älteren. Die Alterung schlägt sich insbesondere in den Zahlen der Hochbetagten nieder. Im Jahr 2008 lebten etwa vier Millionen 80-Jährige und Ältere in Deutschland. Das waren 5% der Bevölkerung. Diese Zahl wird bis 2050 mit 10 Millionen ihren bis dahin höchsten Wert erreichen. Es ist also damit zu rechnen, dass in fünfzig Jahren 14% der Bevölkerung 80 Jahre oder älter sein wird (vgl. Statistisches Bundesamt, 2009). Die Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“, die Altenberichte der Bundesregierung, die Analysen des Statistischen Bundesamtes und eine Fülle weiterer Publikationen haben den demographischen Wandel umfassend analysiert. Aus diesem Wandel ergeben sich erhebliche Herausforderungen für die Gestaltung der Sozialsysteme, des Arbeitsmarktes, des Zusammenlebens der Generationen und nicht zuletzt für die Pflege und persönliche Assistenz älterer Menschen in unserer Gesellschaft.

Für den überwiegenden Anteil der älteren Menschen in Deutschland ist das Leben gegenwärtig von Gesundheit, einer vergleichsweise hohen Versorgungsqualität und subjektiv empfundener Zufriedenheit geprägt. Ältere Menschen leben im Durchschnitt nicht nur länger als die Generationen vor ihnen, sie verfügen auch über einen höheren Bildungsstand und über nicht unerhebliche materielle Ressourcen (vgl. BMFSFJ, 2005, S. 27 - 34). Insbesondere „junge Alte“ erleben die Jahre nach ihrer Berufstätigkeit häufig als Lebensphase, in der sie selbstbestimmt und ohne Einschränkungen ihr Leben gestalten. Nur etwa jeder 20ste der 70-75-Jährigen ist pflegebedürftig und der Anteil derjenigen, die bis in das hohe Alter hinein mobil und aktiv sind, wird weiter zunehmen.

Fortgeschrittenes Alter konfrontiert jedoch mit Grenzen und mit zunehmender Verletzlichkeit, die als Teil der hochaltrigen Lebensphase gelten können. Die Wahrscheinlichkeit auf Hilfe angewiesen zu sein, nimmt mit dem Alter stark zu. Waren in der Bundesrepublik Deutschland 2011 2,5 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI), (Statistisches Bundesamt, 2013, S. 5), wird mit der überproportionalen Zunahme der Hochaltrigen auch die Zahl der Menschen zunehmen, die Versorgung in Anspruch nehmen. Für die 90-95-Jährigen wurde 2009 die höchste Pflegequote ermittelt: 57,8% von ihnen waren auf Hilfe angewiesen (Statistisches Bundesamt, 2013, S. 9).

Die Lebenssituation von pflegebedürftigen älteren Menschen ist in der Regel dadurch gekennzeichnet, dass Mobilität und Selbstständigkeit sukzessive abnehmen und im selben Zug Abhängigkeitsverhältnisse entstehen, die nicht reversibel sind. Mit wachsender Wahrscheinlichkeit leiden Menschen im hohen Alter an mehreren, oft chronischen Erkrankungen (vgl. BMFSFJ, 2002, S. 75). Degenerative Prozesse gewinnen an Bedeutung, Phänomene der Multimorbidität prägen das Krankheitsgeschehen. So gaben im Alters-

survey 2002 24% der über 70-Jährigen an, an fünf und mehr Erkrankungen zu leiden, während nur 7% keine Erkrankung aufwiesen (vgl. Sachverständigenrat, 2007, S. 129).

Besondere Risiken für die Lebensqualität im Alter stellen Beeinträchtigungen in der Wahrnehmung, Erinnerungs- und Denkfähigkeit dar, die sich in sensorischen oder demenziellen Erkrankungen manifestieren. Jene Menschen, die ein besonders hohes Alter erreichen, werden häufig mit dem Tod der Partner, von Familienangehörigen oder Freunden konfrontiert, ihr soziales Netz nimmt ab, obwohl die Bedeutung unterstützender Netzwerke im Lebensalltag steigt.

Insbesondere eine alternde Gesellschaft ist aufgefordert, für die Menschen der letzten Lebensphase, die mit einer besonderen Verletzlichkeit einhergeht, soziale Integration und Partizipation zu ermöglichen und dafür Sorge zu tragen, dass Autonomie bis zum Ende gewahrt bleibt. Lebensumstände und -bedingungen sind als Konsequenz in besonderer Weise zu berücksichtigen. Physische und psychische Gesundheit, soziale Kontakte und Netzwerke, materielle Sicherheit und angepasste Wohnumgebungen, Mobilität und Schutz erfordern besondere Aufmerksamkeit. Sie bilden ein komplexes System von Faktoren, die maßgeblich zum Wohlbefinden beitragen, im Alter aber besonderen Risiken ausgesetzt sind. Im Jahr 2011 wurden in Deutschland bereits 11,3% des Bruttoinlandproduktes für das Gesundheitssystem ausgegeben (vgl. Statistisches Bundesamt, 2013a), jeder neunte Erwerbstätige arbeitet im Gesundheitswesen (vgl. Statistisches Bundesamt 2013b). Die Prognosen einschlägiger Studien sind eindeutig: Die Anzahl der zu versorgenden Menschen wird steigen und ebenso der Fachkräftebedarf. Pflege wird sich zukünftig verstärkt mit der Versorgung älterer Menschen beschäftigen, sie wird noch häufiger in ambulanten Settings stattfinden und Betroffene längerfristig begleiten. Um Lebensqualität und Versorgung der älteren Generation auch zukünftig zu sichern, sind gemeinsame, koordinierte und systematische Anstrengungen im Gesundheitswesen notwendig. Angehörige, soziale Netzwerke, Helferinnen/ Helfer und professionelle Pflegefachkräfte sind zu ermutigen und entsprechend zu qualifizieren, um den Herausforderungen zu begegnen.

Mit den wachsenden Anforderungen und der sich parallel dazu entwickelnden Pflegewissenschaft hat sich das Berufs- und Pflegeverständnis in den letzten Jahren umfassend gewandelt. Aus der daraus resultierenden Erweiterung des Wissens und aus der Auseinandersetzung mit grundlegenden Theorien und Modellen, die zu einem kategorialen Grundgerüst für pflegerisches Handeln werden, haben sich Paradigmenwechsel ergeben. Zukünftig wird die Pflege und persönliche Assistenz älterer Menschen in stärkerem Maße davon abhängen, inwieweit es gelingt, die Versorgungsangebote in den Alltag und in die sozialen Bezüge, in die Wohnungen und Quartiere der Betroffenen zu integrieren. Vielfältigere Formen bürgerschaftlicher Hilfesysteme als bisher sind zu initiieren und einzubinden. Von Exklusion betroffene ältere Menschen sind in das Gemeinschaftsleben zu integrieren, das Leitbild einer „sorgenden Gesellschaft“ ist zu fördern (vgl. BMFSFJ, 2010, S. 370 - 372). Diese Anforderungen verweisen notwendigerweise darauf, den traditionell medizinischen Pflegebezug zugunsten eines Pflegeverständnisses abzulösen, das Alltags-

bewältigung, Integration, Lebensqualität, Teilhabe und Autonomie in besonderer Weise betont. Diese verschiedenen Paradigmen, an denen der Anforderungs- und Qualifikationsrahmen ausgerichtet ist, werden vielfältig miteinander verknüpft und an etlichen Stellen weitere Forschung beanspruchen. Das entstehende Gesamtkonstrukt spiegelt jedoch das im Anforderungs- und Qualifikationsrahmen zugrunde gelegte Berufs- und Pflegeverständnis wider.

Der vorliegende Anforderungs- und Qualifikationsrahmen gründet auf wissenschaftlichen Theorien, Modellen und Forschungsergebnissen. Sie bilden das theoretische und empirische Grundgerüst, vor dessen Hintergrund Diskurse und Entscheidungen erst möglich wurden. Im Anschluss werden diejenigen Grundlagen, die uns maßgeblich bei der Entwicklung geleitet haben, zusammengefasst dargestellt. Die jeweils zentralen Annahmen werden zunächst erörtert. Ihre Bedeutung für die Entstehung des Anforderungs- und Qualifikationsrahmens wird in weiteren Schritten dargestellt, um in diesem dritten Teil des Anforderungs- und Qualifikationsrahmens Entscheidungen und Begründungen näher zu erläutern.

2 Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen

Der Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz ist im pflegerischen Versorgungsbedarf älterer Bürgerinnen und Bürger begründet. Daraus resultieren Anforderungen, die durch entsprechend unterschiedliche Qualifikationen zu kompensieren sind. Pflegebedarfe fordern Qualifikationen ein, die pflegebezogene Ausbildungen an Berufsfachschulen oder Hochschulen voraussetzen. Die Pflege von einzelnen Klientinnen/ Klienten oder von Klientengruppen mit unterschiedlich komplexen Pflegeanforderungen ist ein Arbeitsbereich, der notwendigerweise ergänzt wird um Aufgaben des Pflegemanagements und der Pflegewissenschaft (vgl. 3).

Der Bedarf an Service- und Assistenzleistungen erfordert hingegen Qualifikationsprofile, die neben der Pflege oder in Kooperation mit ihr angeboten werden. Serviceleistungen umfassen Hilfestellungen bei der Ausübung von Alltagsroutinen, indem Klientinnen/ Klienten beispielsweise begleitet werden (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2009, S. 36 - 39) oder haushaltsnahe Dienstleistungen. Die persönliche Assistenz umfasst körpernahe Handreichungen und Hilfestellungen, die dazu beitragen, dass Klientinnen/ Klienten ihre Selbstpflege durchführen können, sowie die Mitwirkung bei Betreuungsaufgaben. Einen Bedarf an Betreuung haben Klientinnen/ Klienten, die eine beständige, wesentliche Einschränkung in ihrer Alltags- und Selbstpflegekompetenz aufweisen, weil sie an Beeinträchtigungen infolge von Demenzen leiden. Die Betreuung ist auf Wohlbefinden, Orientierung, Partizipation und Sicherheit der Betroffenen ausgerichtet. Sie kann darüber hinaus die stellvertretende Wahrnehmung von Rechten und Pflichten umfassen (vgl. §45, SGB XI und §§ 1896 - 1908, BGB). Die Verantwortung für die umfassende Gestaltung und Steuerung von Betreuungsprozessen ist als integraler Anteil beruflicher Pflege zu verstehen, die Ausbildungen an Fach- oder Hochschulen

voraussetzt. Die Qualifikationsniveaus 1-3 beinhalten die Mitwirkung an delegierten Betreuungsaufgaben.

Beschäftigungsverhältnisse in der Pflege, der persönlichen Assistenz und im Service für ältere Menschen stellen die formalen Rahmen entlohnter *und* ehrenamtlicher Arbeit dar. In der Regel erfolgt die Beschäftigung im Rahmen eines vertraglich geregelten Arbeitsverhältnisses, zudem ist sie in die Arbeitsorganisation einer Institution eingebettet. Institutionen können dabei sowohl ambulante, teilstationäre oder stationäre Pflegeeinrichtungen sein als auch Familien, Nachbarschaften und Quartiere. Im Anforderungs- und Qualifikationsrahmen bezieht sich der Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen auf die Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation älterer Menschen.

Gesundheitsförderung richtet sich an gesunde Menschen, sie zielt darauf, ihnen ein höheres Maß an Selbstbestimmung zu ermöglichen und sie dadurch zu befähigen, ihre Gesundheitsressourcen und -potenziale zu stärken (vgl. Laaser, Hurrelmann, Wolters, 1993, S. 176 - 203). Dabei orientieren sich die Maßnahmen vor allem an den Determinanten von Gesundheit, an salutogenetischen Ressourcen und weniger an den Stressoren, die Gesundheit potenziell beeinträchtigen (vgl. 4). Für ein gesundes Leben sind individuelle physische, psychische und soziale Ressourcen bedeutsam, sie gilt es ebenso zu fördern wie politische und gesellschaftliche Bedingungen, die Gesundheit erst ermöglichen, hierzu zählen Frieden, Obdach, Bildung, Nahrungsmittel, Einkommen, ein stabiles Ökosystem und nachhaltige Ressourcen (vgl. WHO, 1986).

(Primäre) Prävention richtet sich an die Träger gesundheitlicher Risiken und bemüht sich um die Reduktion der Risiken, bevor eine Pflegebedürftigkeit/ Erkrankung eintritt (vgl. Laaser, et al., 1993, S. 176 - 203). Prävention umfasst die Prozesse, die der Entstehung von Pflegeanlässen oder dem Auftreten von wiederholter Pflegebedürftigkeit vorbeugen. Wie die Gesundheitsförderung ist auch die Prävention in der Pflege traditionell auf einzelne Klientinnen/ Klienten ausgerichtet, während ein pflegerischer Settingansatz, der Bevölkerungsgruppen fokussiert, in Deutschland weiterzuentwickeln ist. Es gilt zur Verhinderung oder zur Verzögerung von Pflegebedürftigkeit, sowohl für Einzelne als auch für Gruppen, Risikofaktoren zu identifizieren, Maßnahmen/ Programme zu entwickeln, zur Anwendung zu bringen und zu evaluieren. Individuelle Maßnahmen können zum Beispiel darin bestehen, hinsichtlich gesundheitlicher Risiken im Lebensstil und Verhalten aufzuklären, zu beraten und zu schulen oder den gesundheitlichen Folgen von Institutionalisierung und belastenden Lebenslagen vorzubeugen. Bezogen auf Gruppen älterer Menschen, die einem erhöhten Gesundheitsrisiko ausgesetzt sind, könnten Screening-Programme, Programme zur Prophylaxe von Stürzen, Ernährungsberatung, etc. als präventive Pflegeinterventionen gelten (vgl. Hasseler, Meyer, 2006, S. 51 - 56).

Die pflegerische Kuration ist auf die Zielgruppe bereits pflegebedürftiger Menschen ausgerichtet und besteht in der Erkennung und Wiederherstellung von Gesundheit/ Kompensation der Beeinträchtigungen (in Anlehnung an Laaser, et al. 1993, S. 176 -

203). Der Beschäftigungsbereich der Kuration umfasst diejenigen Prozesse der Pflege und persönlichen Assistenz, die zu einer Beseitigung, Verbesserung oder Minderung einer bestehenden Pflegebedürftigkeit führen. Dazu gehört es zum Beispiel, die Auswirkungen und Folgen funktioneller Beeinträchtigungen oder medizinischer Therapie auf das Alltagsleben zu kompensieren, Klientinnen/ Klienten entsprechend zu begleiten, zu beraten oder Angehörige in die Versorgung zu integrieren.

Rehabilitation besteht in der Förderung von Ressourcen und der Wiederherstellung von Gesundheit bei chronisch pflegebedürftigen Menschen (in Anlehnung an Laaser, Hurrelmann, Wolters, 1993, S. 176 - 203). Der Beschäftigungsbereich der Rehabilitation umfasst diejenigen Prozesse der Pflege und persönlichen Assistenz, die auf die Stabilisierung und Wiederherstellung von Integrität, Aktivität, Autonomie und Partizipation, trotz beeinträchtigter Gesundheit, gerichtet sind. Klientinnen/ Klienten sind darin zu fördern, ihre Gesundheitspotenziale und Gestaltungsspielräume zu nutzen und insofern zur Bewältigung von chronischen Erkrankungen und zur Wiederherstellung von Selbstständigkeit im Alltag beizutragen.

Der Beschäftigungsbereich der pflegerischen Palliation richtet sich an den Bedürfnissen von sterbenden älteren Menschen aus, sei es, weil sie unheilbar erkrankt sind („palliative-care“) oder sich aus anderen Gründen am Ende ihres Lebens befinden („end-of-life-care“). In Anlehnung an die Definition der WHO 1990 umfasst pflegerische Palliation diejenigen Prozesse, die dazu führen, Wohlbefinden von Klientinnen/ Klienten im Sterbeprozess durch Vorbeugen und Lindern von physischen oder psychosozialen Belastungen, Beeinträchtigungen oder Schmerzen zu gewährleisten. Wesentlich sind die Gewährleistung von Autonomie und die Integration von Angehörigen und soziale Netze. Pflegerische Palliation umfasst die individualisierte psychosoziale Begleitung der Familien im Sterbe- und Trauerprozess. Um den Bedürfnissen von Patienten und Angehörigen gerecht zu werden, gehören die Überwindung einer somatischen Fixierung und die Steuerung von multidisziplinären Versorgungsstrategien zum Aufgabenbereich (vgl. Ewers, Schaeffer, 2005, S. 48).

Im Anforderungs- und Qualifikationsrahmen sind diese skizzierten Facetten des Beschäftigungsbereichs zusammengeführt worden. Auf acht Qualifikationsniveaus werden sowohl Anforderungen in Form von Verantwortungsbereichen und Aufgaben als auch Qualifikationsprofile in Form von Wissen und Können beschrieben (vgl. Teil II: Handreichung 3.3). Um die Beschreibungen zu strukturieren und darüber hinaus gleichzeitig eine systemische Perspektive einzunehmen, wurde auf den Theorieansatz Bronfenbrenners zurückgegriffen. Er hat „Mikrosysteme“ als Muster von Aktivitäten, Tätigkeiten, Rollen und zwischenmenschlichen Beziehungen charakterisiert, die eine Person erlebt. Diese Person ist durch ihre Lebenswelt, ihre physischen und materiellen Merkmale oder ihren Entwicklungsstand gekennzeichnet (vgl. Bronfenbrenner, 1981, S. 38). Die Interaktion in einer Pflegesituation oder in einer Situation mit Kolleginnen/ Kollegen kann als Beispiel für Mikrosysteme im Beschäftigungsbereich gelten. Mehrere Mikrosysteme bilden das „Mesosystem“. Es handelt sich um ein System, indem einzelne

Lebens-/ Arbeitsbereiche und Bedingungen miteinander zu verknüpfen, aufeinander zu beziehen und gegeneinander abzuwägen sind. Für die Anforderungen der einzelnen Mikrosysteme, die unterschiedlich oder sogar divergent sein können, stellt das Mesosystem einen allgemeinen Orientierungsrahmen dar, in dem Rollen auszugestalten und soziale Beziehungen zu verfestigen sind. Quartiere, Gemeinden, Pflegeeinrichtungen oder Verbände können im Beschäftigungsbereich Mesosysteme bilden. Darüber hinaus definiert Bronfenbrenner das Exosystem:

„Unter Exosystem verstehen wir einen Lebensbereich oder mehrere Lebensbereiche, an denen die sich entwickelnde Person nicht selbst beteiligt ist, in denen aber Ereignisse stattfinden, die beeinflussen, was in ihrem Lebensbereich geschieht, oder die davon beeinflusst werden“ (Bronfenbrenner, 1981, S. 42).

In Exosystemen können Personen nicht unmittelbar interagieren, dennoch wirken sie auf die Mikro- und Mesosysteme ein. Ergebnisse und Entwicklungen der Pflegewissenschaft wirken beispielsweise wie ein Exosystem, wenn sie Auswirkungen auf die Gestaltung eines Pflegeprozesses (Mikrosystem) oder einer Pflegeeinrichtung (Mesosystem) haben. Die Struktur der Beschreibungsmerkmale im Anforderungs- und Qualifikationsrahmen lehnt sich an diese Systeme an. Sie beginnt mit dem Mikrosystem Pflege-, Unterstützungs- und Betreuungssituation und fokussiert die jeweiligen Anforderungen und Qualifikationen im Hinblick auf Klientinnen/ Klienten, Angehörige und soziale Netze. Dabei wird nach Möglichkeit dem Verlauf des Pflegeprozesses (vgl. 3) gefolgt, einzelne Deskriptoren sind auf den Qualifikationsniveaus jedoch von unterschiedlicher Bedeutung, einige Beschreibungsmerkmale kommen nicht auf allen Niveaus vor. Das klientennahe Pflegehandeln verliert beispielsweise auf den Niveaus 7 und 8 an Bedeutung, während die Konzeption von Versorgungsangeboten für Klientengruppen an Bedeutung gewinnt. Es folgt die Beschreibung der Verantwortungs- und Aufgabenbereiche, des Wissens und Könnens im „Mikrosystem Team“ und weiter im Hinblick auf das „Mesosystem Einrichtungen des Beschäftigungsbereichs“. Im Sinne der Exosysteme können pädagogische, betriebswirtschaftliche oder wissenschaftliche Anforderungen und Qualifikationen, abhängig vom Niveau, in allen Systemen erforderlich sein. Über die genannten Systeme hinaus hat Bronfenbrenner das Makrosystem beschrieben. Es besteht in der Kultur, zugrunde liegenden Weltanschauungen und Ideologien, die alle anderen Systeme einschließen (vgl. Bronfenbrenner, 1981, S. 42). Im Anforderungs- und Qualifikationsrahmen findet es sich implizit im Berufs- und Pflegeverständnis, in den festgelegten Zielen sowie in den grundlegenden Befähigungen.

3 Grundlegende Fähigkeiten, Einstellungen und Haltungen

Wir gehen davon aus, dass alle Personen, die im Beschäftigungsbereich tätig werden, unabhängig vom Qualifikationsniveau über grundlegende Befähigungen verfügen sollten. Diese Befähigungen werden ebenso wie andere Kompetenzen in allen skizzierten Systemen wirksam. Die Entwicklung ethischer Maßstäbe, an denen Pflege, persönliche Assistenz und der Service für ältere Menschen auszurichten sind, ist von besonderer Bedeutung. Im Mikrosystem der Pflegesituation sind Akzeptanz, Empathie und Wertschätzung als wesentliche grundlegende Befähigungen anzusehen. Sie kommen im

inhärenten Berufs- und Pflegeverständnis zum Ausdruck. Insbesondere Empathiefähigkeit, als professionelle pflegetherapeutische Strategie, hat Bischoff-Wanner als pflegerische Grundhaltung beschrieben. Sie enthält kognitive Anteile, die dazu führen, dass Personen „verstehen, was ein anderer fühlt und denkt“, und affektive Anteile, die dazu führen, dass Personen „mitfühlen, was ein anderer fühlt“. Personen vollziehen einen Perspektivenwechsel, sie versetzen sich bewusst in die Situation von Klientinnen/ Klienten, um einen verstehenden Zugang herzustellen und die Kommunikation entsprechend zu gestalten (vgl. Bischoff-Wanner, 2002, S. 104f.). In Meso- und Makrosystemen können andere grundlegende Befähigungen im Vordergrund stehen, etwa Fähigkeiten, eine begründete ethische Position zu vertreten oder zur Reflexion von institutionellen und gesellschaftlichen Bedingungen.

4. Pflegebedarf, Pflegebedürftigkeit und Pflegeprozess

Der Pflegebedarf älterer Menschen wird je nach Perspektive unterschiedlich wahrgenommen und bewertet. Im Anforderungs- und Qualifikationsrahmen wird eine pflegerische Perspektive eingenommen. Das Individuum, das Bedürfnisse zum Ausdruck bringt, mit seiner Biographie und Lebenswelt, mit spezifischen Ressourcen und Problemen, steht im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Um die Ursachen von Pflegebedürftigkeit aus dieser Perspektive und um unterschiedliche Pflegesysteme zu beschreiben, bietet Orem (1997) einen grundlegenden Ansatz. Pflegebedürftigkeit entsteht demnach durch ein Ungleichgewicht zwischen gesundheits-/ altersbedingten Anforderungen, Belastungen, Beeinträchtigungen (Selbstpflegedefizite) und den vorhandenen individuellen Ressourcen (Selbstpflegekompetenz). Beeinträchtigungen stellen Hindernisse dar, die Menschen grundsätzlich in ihrer alltäglichen Aktivität, gesellschaftlichen Teilhabe, Selbstbestimmung oder Selbstständigkeit betreffen.

Das Ungleichgewicht zwischen Selbstpflegekompetenzen und Selbstpflegedefizit begründet einen Bedarf an personaler Hilfe, der in unserer Gesellschaft mehrheitlich durch Angehörige oder das soziale Netz erbracht wird. Im Anforderungs- und Qualifikationsrahmen werden mit dem Begriff Angehörige, analog zum geltenden Recht, alle Personen bezeichnet, die in einem verwandtschaftlichen Verhältnis zu der Klientin/ dem Klienten stehen (vgl. §16, Abs. 5, SGB X, und §11, StGB). Das soziale Netz umfasst alle weiteren sozialen Beziehungen, die Klientinnen/ Klienten in ihrer Lebenswelt unterhalten. Berufliche Pflege wird dann aktiv, wenn der Pflegebedarf nicht durch die Betroffenen selbst oder durch Angehörige/ soziale Netze zu decken ist. Sie richtet sich nicht allein auf physische, sondern auch auf psychische, soziale, kulturelle oder spirituelle Integrität von Klientinnen/ Klienten aus. Friedmann hat, rekurrierend auf der Systemtheorie, darauf hingewiesen, dass Klientinnen/ Klienten, die Familie und die Umwelt Subsysteme darstellen, die in einem System miteinander verknüpft sind. Gleichzeitig bilden sie Anteile anderer Systeme. Der Begriff der Familie bezieht sich auf alle Menschen, die sich als Familie betrachten und ist mit dem o.g. Begriff der Angehörigen vergleichbar, während Gemeinden, ähnlich wie soziale Netze, weitere soziale Bezugssysteme darstellen (vgl. Friedmann, S. 74f.). Alle Systeme interagieren, sie nehmen Informationen, Energien oder Substanzen auf, erzeugen neue Produkte und

geben sie an ihr Umfeld weiter. Veränderungen eines Subsystems führen zu Veränderungen in allen anderen vernetzten Systemen. Familien bilden ein komplexes System, dessen gesamtes Gleichgewicht durch Beeinträchtigungen oder Krisen eines Mitgliedes gefährdet ist. Pflege umfasst daher alle Prozesse, die im Kontext der Beziehungen zwischen Klientin/ Klient, Pflegefachkraft, Familien und Gemeinden entstehen. Insofern werden Potenziale und Ressourcen der Familien und Gemeinden in das Pflegehandeln einbezogen, das Pflegehandeln ist: „...gesundheitsorientiert, umfassend (holistisch), interaktionistisch, die Familie stärkend und fördernd.“ (Friedemann, 2003, S. 22). Die Integration von Angehörigen und sozialen Netzen in Pflegeprozesse, im skizzierten Sinn Friedemanns, hat den Anforderungs- und Qualifikationsrahmen mitbestimmt.

Darüber hinaus wird Pflege in dem umfassenden Sinn des International Council of Nurses (ICN) verstanden, nach dem sie die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen in allen Lebenssituationen einschließt.

„Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung“ (vgl. ICN, 2010).

Die Beschreibung, Strukturierung und Theorieleitung des Pflegehandelns weist inzwischen eine längere Geschichte auf. Peplau, Henderson, Orem oder Roper haben jeweils spezifische Aspekte herausgearbeitet, die zum Verständnis und zur Gestaltung des Pflegeprozesses beitragen (vgl. zusammenfassend Schaeffer et. al., 1997). Henderson beschrieb bereits 1960 die Aktivitäten, bei denen die Pflegefachkraft Pflegebedürftigen hilft. Roper et al. integrierten 1980 Lebensaktivitäten in ihr Pflegemodell und 1991 beschrieb Juchli die Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) als Gegenstand pflegerischen Handelns (vgl. Juchli, 1991, S. 121). Vor diesem Hintergrund entwickelte Krohwinkel die Aktivitäten, Beziehungen und Existenzielle Erfahrungen des Lebens (AEDL) (vgl. Krohwinkel, 2008, S. 222). Die Darstellung der Lebensbereiche, auf die pflegerisches Handeln zielt, bilden bis heute notwendige Kategorien, die der Erfassung, Strukturierung und Entwicklung von Pflege dienen. Sie haben es möglich gemacht, Elemente der Pflege zu benennen, sie zum Gegenstand von Verständigung zu machen und sind daher als bedeutender Schritt auf dem Weg zur Professionalisierung anzusehen. Die Theorien und Modelle fokussieren überwiegend eine Klientin/ einen Klienten und den direkten, körpernahen Handlungsbezug. Die Aufrechterhaltung von Körperfunktionen und die Bewältigung von existenziellen Verrichtungen werden ebenfalls vordringlich betrachtet. Im Rahmen des eingangs geschilderten Paradigmenwechsels, der verstärkt die längerfristige, lebensweltorientierte Versorgung älterer Menschen einfordert, wird der Verantwortungsbereich der Pflege im Anforderungs- und Qualifikationsrahmen erweitert um systemische Bezüge und übergeordnete Paradigmen, wie die Orientierung an Lebenswelt, Lebenslage, Gesundheit, Autonomie und Partizipation.

Das pflegerische Handeln erfolgt im strukturgebenden Rahmen des Pflegeprozesses, der im Anforderungs- und Qualifikationsrahmen wie nachfolgend beschrieben angenommen wird: Zur eigenverantwortlichen Pflege und persönlichen Assistenz ermitteln Pflegefachkräfte systematisch die aktuellen und potenziellen Ressourcen und den Pflegebedarf von Klientinnen/ Klienten. Die Informationssammlung umfasst relevante physische, psychische, soziokulturelle, spirituelle, entwicklungsbedingte Aspekte sowie den Einfluss von wirtschaftlichen Bedingungen. Die Ermittlung des Pflege-, Unterstützungs- und Betreuungsbedarfs geschieht durch Befragungen, Beobachtungen, körperliche Untersuchungen und mittels Dokumentenanalyse. Ergänzt wird die Informationserhebung durch den Einsatz von allgemeinen oder speziellen Assessmentverfahren. Dieser Prozess wird auch als Pflegediagnostik beschrieben. Es gilt, nicht nur die Beeinträchtigungen der Klientin/ des Klienten zu fokussieren sondern vor allem die Ressourcen und Kompetenzen in den Blick zu nehmen. Im weiteren Prozess sind die erhobenen Daten zu analysieren und zu bewerten. Aspekte, an denen Ressourcen und Bedarfe vorrangig auszumachen sind, werden herausgearbeitet und priorisiert (zum Beispiel mit Hilfe von Pflegediagnosen). Dabei werden Verknüpfungen, Interdependenzen oder Bedingungen wahrgenommen und berücksichtigt. Auf Grundlage der Analyse werden Pflegeziele und -maßnahmen geplant. Die Planung der Pflegeziele ist den übergeordneten Paradigmen, wie der Erhaltung und Förderung der Lebensqualität, verpflichtet. Sowohl die Gewinnung der Pflegeziele als auch die Festlegung der Pflegemaßnahmen erfolgen in einem Aushandlungs- und Abstimmungsprozess gemeinsam mit den Klientinnen/ Klienten, deren Angehörigen und/ oder dem sozialen Netz (vgl. BMFSFJ, 2010, S. 13 - 14.). In erster Linie bewertet die Klientin/ der Klient die Wirksamkeit der Maßnahmen zur Pflege und persönlichen Assistenz, ergänzt durch das soziale Bezugssystem und Pflegefachkräfte. Zu bewerten sind der Zielerreichungsgrad, die Angemessenheit und Wirksamkeit der Maßnahmen (vgl. Ashworth et. al., 1987 und Doenges, Moorhouse, 2003, S. 19 - 26).

In Anlehnung an Orem 1997 werden im Anforderungs- und Qualifikationsrahmen drei Pflegesysteme unterschieden: Wenn der erhobene Pflege-, Unterstützungs- und Betreuungsbedarf sich auf die Entscheidungsfindung, das Erlangen von Wissen oder das Einüben von Handlungen bezieht, ist ein edukatives, koproduktives Pflegesystem gefragt. Die Pflege besteht in diesen Situationen aus Unterstützung, Anleitung, Beratung, Begleitung oder Schulung. Darüber hinaus gehört die Sorge für eine förderliche, sichere Umgebung zum Aufgabenbereich. Wenn sich der/ die festgestellte Pflegebedarf/ -bedürfnisse darauf beziehen, dass Klientinnen/ Klienten und Pflegefachkräfte gemeinsam Beeinträchtigungen kompensieren, ist von einem teilweise kompensatorischen Pflegesystem die Rede. Je nach aktueller Befindlichkeit oder aufgrund von Delegationen variiert die Aufteilung der Aufgaben und Verantwortungsbereiche zwischen Klienten und Pflegefachkräften. Im vollständig kompensatorischen Pflegesystem kompensieren Pflegefachkräfte vollständig die Pflegeerfordernisse der Klientinnen/ Klientinnen, unterstützen und schützen sie. Es wird notwendig, wenn Klientinnen/ Klienten ihre Bewegungen nicht kontrollieren können, wenn sie nicht wahrnehmbar auf ihre Umgebung reagieren oder anderen keine wahrnehmbaren Informationen vermitteln. Sie reagieren

auf interne oder externe Reize allenfalls durch Hören und Fühlen (vgl. ebd., S. 332 - 336). Werden Selbstpflegetherfordernisse von Angehörigen oder dem sozialen Netz kompensiert, wird hierfür der von Orem geprägte Begriff Dependenzpflege genutzt. (vgl. ebd., S. 264 - 267).

Pflegesituationen, so lässt sich folgern, weisen ungleiche Komplexitäten auf. Während jedoch erworbenes Wissen oder Handlungsbefähigung schon in unterschiedlichen Kontexten kategorisiert und im Hinblick auf Komplexitätsgrade beschrieben wurden¹, sind entsprechende Beiträge, die sich auf Pflegesituationen beziehen, selten. Im Anforderungs- und Qualifikationsrahmen wird der Begriff Komplexität durch die im Folgenden dargestellten Annahmen näher bestimmt. Es ist weitere Forschung erforderlich, um diese auszudifferenzieren und zu operationalisieren. Wir gehen von der Hypothese aus, dass der Komplexitätsgrad von Pflegesituationen von verschiedenen Variablen beeinflusst wird. Zunächst kann der Pflegeanlass selbst als konstitutiv für die Komplexität gelten. Abhängig davon, welche Ressourcen, Selbstpflegekompetenzen (auch Dependenzpflegekompetenzen) und Beeinträchtigungen in welcher Ausprägung vorliegen und wie sie sich zueinander verhalten, ist die Pflegesituation komplexer oder weniger komplex. Auch die Anzahl und die Art der vereinbarten Pflegeziele- und Maßnahmen nehmen Einfluss auf den Komplexitätsgrad der Pflegesituation, ebenso wie das Erleben und Verarbeiten des Krankheitsgeschehens/ der Altersbelastungen. Die Ressourcen und Selbstpflegekompetenzen der Betroffenen, wie Fähigkeiten zur Bewältigung und Kontrolle von belastenden Situationen oder die Möglichkeit, Hilfe einzufordern und anzunehmen, wird Einfluss auf den Komplexitätsgrad der Situation nehmen. Eine weitere Variable, die die Komplexität der Pflegesituation mitbestimmt, sind die Interaktionsstrukturen. Die Anzahl der Personen und ihre impliziten und expliziten Erwartungen an die Situation, die Art der Beziehungen und das Verhalten der Personen zueinander, wirken sich auf den Komplexitätsgrad der Pflegesituation aus. (Hundenborn, Knigge-Demal, 1996, S. 19 und Knigge-Demal, 1999). Pflege-, Unterstützungs- und Betreuungssituationen sind eingebettet in meso- und makrosystemische Rahmenbedingungen (vgl. 2), die die Komplexität ebenfalls beeinflussen. Auch sie wirken auf die Ausgestaltung des Pflegeprozesses ein.

Rahmenbedingungen können die Deutung der Situation mitbestimmen, sie können dazu führen, dass Handlungsalternativen ausgewählt werden, die selbstständiges Entscheiden und kreatives Gestalten der Situation ermöglichen oder die Bewältigung der situativen Herausforderungen hemmen. Institutionelle und gesellschaftliche Kontexte können das professionelle Handeln in Pflegesituationen begünstigen oder behindern und insofern den Komplexitätsgrad erhöhen oder verringern (vgl. Hundeborn, Knigge-Demal, 1996, S. 19 f). Besonders sozialpolitische Entscheidungen und Instrumente, wie das Steuerungsinstrument des Pflegeversicherungsgesetzes, stellen im Beschäftigungsbereich Rahmenbedingungen dar, mit denen der Gesetzgeber in die Ausgestaltung der ambulanten,

¹ Zum Beispiel im „Zusammenhängenden Ausbildungssystem für die Pflegeberufe“ in den Niederlanden oder im Zusammenhang mit Modellprojekten wie Holoch, 2007, „Darstellung und Analyse von Pflegesystemen“ (Robert Bosch Stiftung) oder Knigge-Demal, 2008, „Gestufte Pflegeausbildung der Robert Bosch Stiftung“.

stationären Pflege und persönlichen Assistenz eingreift. Dabei unterscheiden sich die skizzierten pflegewissenschaftlichen Perspektiven auf Pflegebedürftigkeit häufig von den sozialrechtlichen Definitionen, wie sie zum Beispiel im Pflegeversicherungsgesetz verankert wurden. Der Bedarf und dementsprechend die Nachfrage an Versorgungsleistungen sowie die Aufgaben der Pflegekräfte sind wohl in den individuellen Bedürfnissen der älteren Menschen begründet, gleichzeitig unterliegen sie jedoch sozial- und arbeitsmarktpolitischer Steuerung sowie juristischen oder technischen Entwicklungen. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit wurde in der Zeit von 2006 - 2008 im Rahmen des Modellprojektes „Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundeseinheitlichen und reliablen Begutachtungsinstrumentes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI“ ein neuer, erweiterter Pflegebedürftigkeitsbegriff entwickelt. Kognitive, psychische und körperliche Beeinträchtigungen sollen damit gleich gewichtet, aber auch differenzierter und transparenter erfasst werden können. Zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Sinn des Sozialrechts soll danach der Grad der Selbstständigkeit bei der Durchführung von Selbstpflegeerfordernissen maßgeblich sein und nicht länger Häufigkeiten oder Zeiten (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2009, S. 70 - 72).

Die Interventionen zur Pflege und persönlichen Assistenz entsprechen im Anforderungs- und Qualifikationsrahmen der Komplexität der Anforderungen (an Assessmentverfahren, Pflegediagnostik, die Steuerung von Aushandlungsprozessen, die Durchführung und Evaluation der Pflege) und fordern damit entsprechend unterschiedliche Qualifikationen ein. In den Einrichtungen entstehen Teams mit unterschiedlich qualifizierten Mitarbeiterinnen/ Mitarbeitern, die definierten Voraussetzungen entsprechen müssen, um erfolgreiches Zusammenarbeiten zu ermöglichen. Damit die Teammitglieder gemeinsam klientenorientiert handeln, übernimmt die Teamleitung Verantwortung für die Steuerung der Arbeits- und Interaktionsprozesse. Aufgaben oder Tätigkeitsbereiche sind verantwortlich von einem/ einer Mitarbeiterin/ Mitarbeiter auf eine/ einen andere/ anderen Mitarbeiterin/ Mitarbeiter übertragbar (Delegation) (vgl. Igl, Deutscher Pflegerat, 2008, S. 11f und vgl. Tönnis, 2000, S. 290 – 292). Im Anforderungs- und Qualifikationsrahmen ist der definierte Verantwortungsbereich von zentraler Bedeutung, in ihm verdeutlicht sich das Verständnis von Partizipation und Mitbestimmung der Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter im Beschäftigungssystem. Gleichzeitig sind grundlegende Befähigungen der Teammitglieder wie Toleranz, Wertschätzung, Perspektivität und Empathiefähigkeit eingefordert. Die Arbeit der Pflegefachkräfte wird ergänzt und ausgestaltet durch Pflegewissenschaft und Pflegemanagement, auf die nachfolgend Bezug genommen wird.

Pflegewissenschaft bezeichnet die Gesamtheit des pflegerischen Wissens, dessen Genese und Vermittlung. Erste Schritte dazu, Pflege in Deutschland als akademische Disziplin zu entwickeln, wurden mit der Konstituierung pflegebezogener Studiengänge zu Beginn der 90er Jahre eingeleitet. Rückblickend stellen Dornheim et al. 1999 fest, dass Pflegewissenschaft und Pflegepraxis ein schwierig zu bestimmendes Verhältnis eingehen. Während eine Wissenschaft der Pflege denselben Regeln unterliegt wie andere

Wissenschaften - sie benötigt eine „praxisdistanzierte Selbstbezüglichkeit“, um ihre Theorieentwicklung voranzutreiben - folgt die Pflegepraxis eigenen Gesetzmäßigkeiten (Dornheim et al. 1999, S. 73 - 74). Eine ausschließliche Hinwendung zur Anwendbarkeit der Forschungsergebnisse in der Praxis, eine Fokussierung auf „Produktrelevanz“, kann zu einer Funktionalisierung und „Verarmung“ der Wissenschaft führen. Die Entwicklung von theoretischen Grundlagen und entsprechender Forschungsfreiheit ist notwendig zur Entwicklung einer eigenständigen wissenschaftlichen Disziplin (vgl. ebd. S. 74). Unverzichtbares wissenschaftliches Regelwissen, das sich auf Methoden und Fachwissen bezieht, ist jedoch in einer pflegerischen Intervention selektiv auf die Situation und Person der Klientin/ des Klienten zu transferieren. Pflegewissenschaft ist vor diesem Hintergrund auf die Pflegepraxis verwiesen. Sie beschreibt, untersucht und deutet Situationen. Die Generierung einer Theorie kann nur über die Praxis erfolgen, die wiederum Praxis verändert, was zu weiteren, neuen Theorien führt. Mit Hilfe der Wissenschaft sollen Praxissituationen besser als zuvor zu bewältigen und zu kontrollieren sein (Dornheim et al. 1999, S. 73). Pflegewissenschaft kann als Handlungswissenschaft gelten, wenn der Handlungsbegriff ein entsprechend weit gefasster ist. Handlung ist demnach eine „objektiv feststellbare und intersubjektiv nachprüfbare Ereignisfolge und *gleichzeitig* eine „teleologisch-intentional“ erklärable, bewusst initiierte Tätigkeit (ebd. S. 74). Im Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen können Pflegefachkräfte mit Verhalten konfrontiert sein, das zunächst nicht rational, nicht artikulierbar und diffus erscheint. Eine verbale Kommunikation ist oft nicht möglich. Neben intentionalem, geplantem, retrospektiv prüfbarem Handeln, ist die Fähigkeit eingefordert, einen verstehenden Zugang zu Menschen in ihren Lebenswelten herzustellen, es ist die Fähigkeit einer phänomenologischen Erfassung von Problemen. Problemlösung in der Pflege ist insofern durch Doppelseitigkeit gekennzeichnet: Sie geschieht auf der einen Seite auf der Grundlage von theoretischem und empirischem Erklärungswissen, das einem wissenschaftstheoretischen Bezugsrahmen gleichkommt. Auf der anderen Seite wird zur Problemlösung ein auf die jeweiligen Bedarfe von Klientinnen/ Klienten bezogenes Fallverstehen verlangt. Dornheim et al. gehen der Frage nach, welche Wissenschaftsparadigma geeignet erscheinen, beiden Aspekten der Pflege gerecht zu werden, ohne sie methodologisch gegeneinander abzugrenzen. Sie schlagen eine „theoretische Praxiswissenschaft“ vor, in der Erkennen, Deuten, Beurteilen und Begründen von Handlungen in metatheoretische Überlegungen zu integrieren sind. Pflegewissenschaft hat sich demnach um zweierlei zu bemühen: um die wissenschaftstheoretischen Grundlagen von Handlungswissenschaften und, nachholend, um eine „spezifisch-disziplinäre Handlungstheorie der Pflege“ (Dornheim et al. 1999, S. 78).

2002 greift Schaeffer die Aspekte auf. Sie bescheinigt der Pflegeforschung einen großen Anstieg an Forschungsaktivitäten und plädiert dafür, Vorhaben die sich mit den Bedingungen des Pflegehandelns beschäftigen, zugunsten der Erforschung „inhaltlicher Probleme des Pflegehandelns“ abzulösen. Beispielsweise sind patientenbezogene Studien notwendig, um Fragen der Evidenzbasierung zu klären. Unabhängig davon, ob sich Pflegewissenschaft als Praxiswissenschaft oder Handlungswissenschaft entwickelt, gelten für sie dieselben Voraussetzungen, um eine eigenständige wissenschaftliche Disziplin

auszubilden wie für andere Wissenschaften. Dazu sei Grundlagenforschung ebenso notwendig wie anwendungsorientierte Forschung und Entwicklung/ Evaluation (vgl. Schaeffer, 2002). Grundlagenforschung ist notwendig, um die Theorieentwicklung als wissenschaftliche Grundlegung der Pflege voranzutreiben, anwendungsorientierte Forschung zielt auf die Bewältigung von Praxisproblemen und die „Entwicklung“ bezieht sich auf Instrumente, Interventionen oder Konzepte, die zur Problemlösung erprobt und evaluiert werden. Grundsätzlich beschäftigt sich Pflegeforschung mit der Frage, wie pflegerische Versorgung zukünftig aussehen kann. Angesichts der aktuellen Entwicklungen stehen Fragen nach Gesundheitsproblemen im Alter im Mittelpunkt, zum Beispiel danach, chronische Prozesse oder dementielle Beeinträchtigungen zu bewältigen. Pflegemodelle und Versorgungskonzepte, die stärker als bislang präventive, rehabilitative und palliative Aspekte integrieren, sind von hoher Bedeutung. Auch sind interprofessionelle Fragen im fachlichen Diskurs mit Bezugswissenschaften zu bearbeiten (vgl. Schaeffer, 2002). Im Anforderungs- und Qualifikationsrahmen werden die wissenschaftlichen Disziplinen, die einen unmittelbaren Bezug zur Pflegewissenschaft aufweisen, Bezugswissenschaften genannt. Die Inhalte von Pflege- und Bezugswissenschaften können sich partiell überschneiden. Vor allem die Soziale Arbeit, Geriatrie, Gesundheitswissenschaften, Gerontopsychologie, Alterssoziologie, die auf ältere Menschen fokussierte Pädagogik (Geragogik), Rechtswissenschaften und Betriebswirtschaft werden als Bezugswissenschaften zum Beschäftigungsbereich angesehen.

2010 resümieren Schaeffer et al. rückblickend, dass die Entwicklung der Pflegewissenschaft als Erfolgsgeschichte zu bewerten sei, für die keine rückläufigen Trends, wohl aber einige Erosionstendenzen auszumachen seien. Viele Initiativen zur Entwicklung der Pflegepraxis im Bereich der Versorgungsforschung oder der klinischen Pflege sind entstanden (z. B. Schmerzmanagement, Wundversorgung, etc.), während die Theoriebildung tendenziell dahinter zurückbleibt (vgl. Schaeffer, Moers, Hurrelmann, 2010).

Mit dem Erstarren der Pflegewissenschaft wird die Diskussion um Professionalisierung der Pflegeberufe in der Fachöffentlichkeit verstärkt geführt. Seitdem sind Fragen nach der Definition von Professionen, nach der Professionalisierbarkeit von Tätigkeiten oder nach dem Sinn und Ziel von Professionalisierungsbestrebungen von Interesse. In der Pflegewissenschaft sind die Fragen vor allem auf die Binnenstrukturen und damit auf die Logik professionellen Handelns gerichtet. Anders als die (traditionellen) Merkmalskataloge, aber auch anders als funktionalistische und machttheoretische Erklärungsansätze, lenkt die revidierte Professionalisierungstheorie Oevermanns (1996) den Blick auf die Spezifität des beruflichen Handelns. Professionalisierung wird verstanden als das Hervorbringen einer Handlungsstruktur, die es ermöglicht, in der Berufspraxis auftretende Probleme individuell, der jeweiligen Lebenswelt orientiert, und zugleich aus der Distanz wissenschaftlich reflektiert zu bearbeiten (vgl. Oevermann, 1996, S. 75 - 80). Die Basis der Professionalisierung beruht auf der „Dialektik universalisierter Regelanwendung bei striktem Fallbezug“ (vgl. Dewe, 2006, S. 29):

„Professionalisiertes Handeln ist wesentlich der gesellschaftliche Ort der Vermittlung von Theorie und Praxis unter Bedingungen der verwissenschaftlichten Rationalität, das heißt unter Bedingungen der wissenschaftlich zu begründeten Problemlösungen in der Praxis.“ (Oevermann, 1996, S. 80).

Die professionelle Pflegefachkraft ist demnach in der Lage, wissenschaftlich generiertes Wissen und praktisches Handlungswissen in einer konkreten Pflegesituation, die sie (stellvertretend) im direkten Fallbezug deutet, zu einer widersprüchlichen Einheit zu verknüpfen. Die Dialektik zwischen Entscheidung, Begründung, Wissen und Angemessenheit hat sie in ihrer Person auszuhalten bzw. immer wieder neu auszubalancieren (vgl. Oevermann, 1996, S. 123 - 125). Dieses semantische Postulat Oevermanns trägt den divergierenden Anforderungen der Pflegepraxis Rechnung, konnte jedoch bisher nicht in entsprechende, empirisch haltbare Handlungsmaxime übersetzt werden. Es stellt die Struktur professionellen Handelns in den Mittelpunkt und hat dazu beigetragen, ein Professionsdefizit zu bearbeiten, das in der „systematischen Vermeidung der stellvertretenden Deutung und der Missachtung der Autonomie und Einzigartigkeit der Klienten“ (vgl. Oevermann, 1983, S. 152) besteht.

Im Anforderungs- und Qualifikationsrahmen sind die aufgezeigten Aspekte in die Qualifikationsniveaus 4-8 eingeflossen, um das Ziel des evidenzbasierten Pflegehandelns zukünftig weiterzuverfolgen und Versorgungsqualität fortlaufend optimieren zu können. Die o.g. Bereiche der wissenschaftlichen Disziplin, anwendungsorientierte Forschung, Entwicklung/ Evaluation und Grundlagenforschung, wurden berücksichtigt und mit der Praxis verschränkt. Auf den Niveaus 4 und 5 werden komplexe Pflegeprozesse auf Grundlage empirisch gesicherter Erkenntnisse gesteuert und gestaltet. Zum Beispiel sind Expertenstandards oder forschungsgestützte Handlungsrichtlinien auf die besonderen Anforderungen eines Pflegeprozesses zu übertragen. Auf diesen Niveaus kann an der Erprobung und Entwicklung anwendungsbezogener wissenschaftlicher Erkenntnisse und Modelle mitgewirkt werden, indem Expertisen aus der Praxis in die Forschungsbezüge gelangen. Auf Niveau 6 werden pflegewissenschaftliche Erkenntnisse und Problemlösungsansätze, die zur Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse geeignet erscheinen, recherchiert. Ihre Aussagekraft kann eingeschätzt und entsprechend der Anforderungen in die Pflegepraxis integriert werden. An pflegewissenschaftlicher Forschung kann im Handlungsbezug mitgewirkt werden. Auf Qualifikationsniveau 7 kann Verantwortung dafür übernommen werden, dass die pflegerische Versorgung in Einrichtungen an neuen Erkenntnissen der Pflege- und Bezugswissenschaften ausgerichtet wird. Auch können Versorgungskonzepte, die einrichtungsbezogene Problemlösungen bieten, entwickelt, implementiert und evaluiert werden. Gewonnene Erkenntnisse werden als Beitrag zur Weiterentwicklung der Pflegewissenschaft in den Diskurs zurückgetragen, so dass der von Dornheim beschriebene Transfer gewährleistet bleibt. Qualifikationsniveau 8 umfasst schließlich die Steuerung und Gestaltung pflegewissenschaftlicher Forschungsvorhaben in Abhängigkeit von wissenschaftstheoretischen Perspektiven, unter Berücksichtigung gesellschaftlicher, institutioneller oder normativer Einflussfaktoren und interdisziplinärer Bezüge. Die Forschung zielt an dieser Stelle auf die Weiterentwicklung der Pflegequalität, die

Untersuchung von Anforderungen, die an den Beschäftigungsbereich gestellt werden, und die Entwicklung entsprechender Problemlösungen und Kompetenzen (vgl. Hülken-Giesler, 2010).

Das Pflegemanagement ist notwendig, um Pflegebereiche in Einrichtungen des Beschäftigungsbereichs zielorientiert zu steuern und zu gestalten. Dazu sind Angebote, Ressourcen und Arbeitsprozesse verantwortlich zu planen, zu organisieren, zu steuern und zu evaluieren. Ein weiterer Arbeitsbereich des Pflegemanagements ist das Personalmanagement. Es beinhaltet die Übernahme von Verantwortung für die Auswahl, Einführung, Entwicklung und Beurteilung von Mitarbeiterinnen/ Mitarbeitern sowie für die Verwaltung und Entlohnung. Die Gesundheit und Zufriedenheit von Mitarbeiterinnen/ Mitarbeitern und des Konfliktmanagements sind ebenfalls Arbeitsbereiche des Personalmanagements (vgl. Kämmer, Entzian, 2008, S. 209 oder vgl. Loffing, Geise, 2005, S. 309ff.).

5. Gesundheit, Krankheit und Alter

Der Gesundheitsbegriff wird von unterschiedlichen Berufsgruppen im Gesundheitssystem, je nach Perspektive und Intention, normativ genutzt, so dass verschiedene, teils divergierende Vorstellungen transportiert werden. Die Vorstellungen variieren im Hinblick auf die zugemessenen Mittel für die Förderung, den Erhalt und die Wiederherstellung von Gesundheit und auch das zugeschriebene Ausmaß an Selbstverantwortung unterscheidet sich. Das immer noch vorherrschende biomedizinische Modell beschreibt Gesundheit mit der Abwesenheit von Krankheit. Der gesunde Körper befindet sich demnach in einem Zustand der Homöostase, wobei die menschlichen Organe selbstregulativ und störungsfrei in ihrer physiologischen Form funktionieren. Wenn Störungen auftreten, verursachen sie Krankheiten, die durch Diagnose und Therapie geheilt werden oder zu einer längerfristigen Behandlung und Rehabilitation führen. Es resultiert ein dichotomes Modell, nachdem ein Mensch entweder gesund oder krank sein kann und Gesundheit ein dementsprechend statischer Zustand ist. Die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1948 führte, als Programm und Ziel gleichermaßen, einen erweiterten, differenzierteren Gesundheitsbegriff ein, der dazu beitrug, die biologische Perspektive zu ergänzen:

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“. (WHO, 1946).

Die WHO definiert Gesundheit in ihrer Verfassung als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens“ und nicht nur als „das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“. Mit dieser, bereits 65 Jahre alten Definition, wird Gesundheit mit vollständigem Wohlergehen gleichgesetzt, sie wird damit nahezu ein ideelles Ziel. Gesundheit wird auch hier nicht als Prozess, sondern als statischer Zustand betrachtet.

Mit der richtungsweisenden Beschreibung Hurrelmanns 2003 wird im Vergleich dazu deutlich, dass Gesundheit sich entwickelt und Gesundheitsverläufe unterschiedliche Richtungen einschlagen können. Gesundheit wird nun als dynamischer Prozess ange-

sehen, dessen Entwicklung von bestimmten Faktoren abhängt. Gesundheit bezeichnet demnach:

„...den Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung im Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. [...] Gesundheit ist nach diesem Verständnis ein Gleichgewichtsstadium, das zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer erneut hergestellt werden muss.“ (Hurrelmann, 2000, S. 8).

Neben der Mehrdimensionalität des Gesundheitsbegriffs wird betont, dass Gesundheit individuell und aktiv herbeigeführt wird, indem sich der Betreffende immer wieder zu bestimmten Zeitpunkten mit sich selbst und seiner Umwelt auseinandersetzt. Gesundheit, so wird deutlich, wird subjektiv empfunden und fortlaufend aktualisiert.

Mit seiner Definition nimmt Hurrelmann einerseits Bezug zur Definition der WHO und andererseits zu dem von Antonovsky in den 70er und 80er Jahren entwickelten Modell der Salutogenese (vgl. Antonovsky, 1993). In Auseinandersetzung mit der Frage, warum Menschen häufig trotz gesundheitsgefährdender Einflüsse gesund bleiben, postulierte Antonovsky Gesundheit und Krankheit als Zustände, die sich nicht gegenseitig ausschließen. Gesundheit auf der einen und Krankheit auf der anderen Seite bilden stattdessen die äußersten Pole eines Kontinuums, zwischen denen Menschen sich permanent bewegen. Innere und äußere Einflüsse, denen die Menschen ausgesetzt sind, bewirken Bewegungen in Richtung Krankheit oder Gesundheit. Nach Antonovsky stoßen zum einen „Stressoren“ die Bewegung in Richtung Krankheit an und zum anderen führen persönliche „(Widerstands-) Ressourcen“ jedes Individuums in Richtung Gesundheit. Ressourcen können aktiv mobilisiert werden, um den belastenden Stressoren produktiv zu begegnen und Krankheiten entgegenzuwirken. Antonovsky unterscheidet vier verschiedene Arten von Ressourcen nach systemischen Bezügen. Die Ressourcen des einzelnen Menschen bestehen in seiner Intelligenz und Bildung, in erworbenen Bewältigungsstrategien und Ich-Stärke. Besonders die Ich-Stärke stellt eine der zentralen emotionalen Ressourcen dar und entspricht dem Selbstvertrauen und einem positivem Selbstwertgefühl eines Menschen. Als Ressourcen im sozialen Nahraum beschreibt Antonovsky soziale Beziehungen zu anderen Menschen, die mit dem Gefühl der Zugehörigkeit und Anerkennung einhergehen. Auch die potenzielle Aussicht auf verlässliche Unterstützung und Hilfe durch Angehörige, Freunde oder Nachbarn stellt eine Ressource dar. Auf gesellschaftlicher Ebene entstehen Ressourcen durch die Teilhabe an sinnvollen Formen von Beschäftigungen und ein verlässliches Maß an existenzieller Sicherheit, zu der die Absicherung von Armut, Arbeitslosigkeit oder Invalidität zählt. Auch durch den Zugang zu kulturell vermittelten, tragfähigen Wertvorstellungen als „ethisches Grundgerüst“ zur Lebensgestaltung entstehen Ressourcen zur Gesunderhaltung (vgl. BMFSFJ, 2009a, S. 56 - 60). Fehlen diese (Widerstands-) Ressourcen, so ist die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen sich entwickeln. Fehlende Ressourcen allein sind jedoch nach Antonovsky nicht ausschlaggebend für die Entstehung von Gesundheitsproblemen. Vielmehr liegt ein Teil der Probleme auch darin, dass vorhandene Ressourcen nicht ausreichend genutzt werden. Die Fähigkeit, die eigenen

Ressourcen zu erkennen, erforderliche zu aktivieren und nutzbringend für sich einzusetzen, bezeichnet Antonovsky als Kohärenzgefühl. Das Kohärenzgefühl ist eine Art generelle Lebenseinstellung. Es drückt das Ausmaß aus, mit dem Menschen die Anforderungen des Lebens als strukturiert, vorhersagbar und erklärbar wahrnehmen und das Gefühl haben, dass sie über die notwendigen Ressourcen verfügen, um diesen Anforderungen gerecht werden zu können. Die universelle Haltung, dass die vom Leben gestellten Probleme es wert sind Energie aufzubringen, um sie zu lösen, geht mit dem Kohärenzgefühl einher. Die drei Bestandteile des Kohärenzgefühls sind zusammenfassend Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit bzw. Sinnhaftigkeit der individuellen Lebenssituation (vgl. Antonovsky, 1993, S. 33 - 43).

Im Hinblick auf das zugrunde gelegte Modell der Salutogenese ist ein Mensch „mehr oder weniger gesund oder krank“. Krankheit beinhaltet dementsprechend mehr als eine physiologische Fehlfunktion oder Schädigung. Beeinträchtigte Fähigkeiten, Ressourcen nutzen zu können, Anforderungen im Leben bewältigen zu können oder ein geringes Kohärenzgefühl, sind ebenso Ausdruck von Krankheit. Dabei entstehen Wechselwirkungen zwischen somatischen, psychischen, sozialen, spirituellen und kulturellen Beeinträchtigungen, die Bewegungen in Richtung Krankheit potenzieren können.

Obwohl Alter und Krankheit/ Beeinträchtigung häufig assoziiert oder gar gleichgesetzt werden, sind sie grundsätzlich zu differenzieren. Das Alter ist eine Lebensphase, die von kollektiven und individuellen Meinungen, Einstellungen und Werthaltungen geprägt wird. Diese gesellschaftlichen Bilder vom Altwerden und Altsein sind sozial konstruiert und haben einen entscheidenden Einfluss darauf, welche sozialen Rollen älteren Menschen in einer Gesellschaft offen stehen, was von diesen Rollen erwartet wird und welchen Begrenzungen (Rahmungen) sie unterliegen. „Altersbilder haben einen Einfluss darauf, was jüngere Menschen für ihr Alter erwarten und darauf, was Ältere sich zutrauen.“ (BMFSFJ, 2010, S. -V-). Sie definieren, wer alt ist und was es bedeutet alt zu sein. Das Altern ist im Anforderungs- und Qualifikationsrahmen als Prozess anzusehen, der von der Geburt bis zum Tod andauert und eingebettet ist in Geschichte und Kultur. Er beinhaltet psychologische, physische, biologische und soziale Veränderungen, die eher kontinuierlich als diskontinuierlich verlaufen. Funktionsstatus und Lebenssituation lassen sich nicht allein durch das chronologische Alter vorhersagen, die jüngere Altersforschung betont vielmehr die Unterschiedlichkeit in den Fähigkeiten der materiellen und gesundheitlichen Ressourcen sowie der Lebensentwürfe, Anliegen und Interessen (vgl. BMFSFJ, 2010, S. 22). Dennoch lassen sich Charakteristika der Bevölkerungsgruppe der über 65-Jährigen empirisch ermitteln. In unserer Gesellschaft des langen Lebens verfügen ältere Menschen im Durchschnitt nicht nur über eine wachsende Anzahl „gewonnener Jahre“, sondern auch über mehr finanzielle Ressourcen, über einen besseren Gesundheitszustand und einen höheren Bildungsstand als jede andere vorangegangene Generation. Gleichzeitig steigt die Prävalenz von Krankheiten und Beeinträchtigungen im höheren und höchsten Alter an und verweist Individuen ebenso wie die Gesellschaft auf die Grenzen des Alters. Altersphysiologische Veränderungen des Körpers, aber auch biographische Entscheidungen, Unterlassungen und Verhaltensweisen bedingen häufiger gesundheitliche

Beeinträchtigungen im Alter. Chronische Erkrankungen und Multimorbidität sind zwei wesentliche Entwicklungen im Bereich der somatischen und psychischen Gesundheit von hochaltrigen Menschen. Alter oder Krankheit führen dennoch nicht zwangsläufig zur Pflegebedürftigkeit (vgl. 1).

Der Anforderungs- und Qualifikationsrahmen greift diese Hintergründe insofern auf, dass Gesundheitsförderung, Ressourcenorientierung und Altersbewältigung zentrale Aspekte der Pflege und persönlichen Assistenz darstellen. Gesundheitsförderung bedeutet, wie in der WHO Definition von 1986,

„...einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“

Zur Stärkung der Gesundheit sind mit den Versorgungsprozessen vor allem Selbstbestimmung und Kohärenz zu fördern. Ressourcen und Stressoren sind wahrzunehmen und gemeinsam zu bewerten. Gemeinsam mit Klientinnen/ Klienten, Angehörigen und dem sozialen Netzwerk sind Strategien zu entwickeln, um Ressourcen neu zu entdecken, zu entwickeln und zu nutzen. Im Sinne einer Ermächtigung sind damit Selbstwirksamkeit und -vertrauen zu fördern und Empfindungen von Hilflosigkeit und mangelnder Einflussnahme entgegenzuwirken. Die Stärkung und Wiedererlangung von körperlicher Unversehrtheit ist im Alter begrenzt. Es gilt, über das Ziel der körperlichen Funktionsfähigkeit hinaus, subjektive Gesundheit anzubahnen, die eine bewusste Auseinandersetzung und Gestaltung der letzten Lebensphase beinhaltet. Freiräume, die Gelassenheit, Auseinandersetzung und Bewältigung erst ermöglichen, sind zu schaffen, so dass persönlich bedeutsame Anliegen und Bedürfnisse realisiert werden können. Die Versorgung zum Lebensende beginnt insofern nicht mit dem Sterbeprozess, sondern mit dem Wissen und Verstehen der Unausweichlichkeit des Todes, das vor allem mit Unsicherheit, Hilflosigkeit und Angst verbunden ist. Die Unterstützung und Begleitung bei Bewältigungs- und Anpassungsleistungen sind bei der Versorgung zum Lebensende von fundamentaler Bedeutung. Die Wünsche und Bedürfnisse des Sterbenden sind die zentrale Richtschnur im Sterbeprozess. Um zu einem würdigen Sterben beizutragen, ist der behutsamen Einbindung der Angehörigen, Maßnahmen zur Erleichterung belastender Symptome, der verlässlichen Begleitung und Koordination der Interaktionen sowie der verantwortlichen Abstimmung und Integration unterschiedlicher Versorgungsleistungen besondere Aufmerksamkeit entgegenzubringen (vgl. 2).

6. Lebenswelt und Lebenslage

Das Paradigma der Lebensweltorientierung hat seit den 80er Jahren, unter anderem in der sozialwissenschaftlichen und sozialen Gerontologie, der Erwachsenenbildung und zuletzt auch in den Gesundheits- und Pflegewissenschaften an Bedeutung gewonnen. Es ist historisch in der Phänomenologie verwurzelt, exemplarisch dafür kann Husserls Ansatz des 20. Jahrhunderts gelten, mit der die Kritik des Alltags als „verachtete Doxa“, rehabilitiert wurde. Nicht das, was hinter dem verschleiernden Alltag liegt sei Wahrheit oder Erkenntnis, sondern der Alltag selbst stelle das Fundament, die Quelle von Evidenz und Bewährung dar, aus der Erkenntnis entstehen kann.

Um die Erkenntnis zu erschließen, sind ihre Phänomene unmittelbar wahrzunehmen und erfahrungsunabhängig in ihren Zusammenhängen zu beschreiben. Mit der „Phänomenologie der Lebenswelt“ sollte Husserl eine Brücke schlagen zwischen analytisch-naturwissenschaftlichem Denken und der entgegengesetzten Kritik, die negiert, dass die einzige, letzte Wahrheit gefunden werden kann (vgl. Husserl, 1986). Die Betonung des Beschreibbaren, Anschaulichen, Erlebbaren und ihre Dekonstruktion ermöglicht bis heute einen verstehenden Zugang zur subjektiven Lebenswelt und ihre Verschränkung mit Welt der Wissenschaft. An Husserls Ansatz wurde vor allem die geforderte Aussetzung vorhandenen Wissens kritisiert. Die Deutung von Lebenswelt könne sinnvoll nicht unabhängig von Erfahrungen und vorhandenem Wissen erfolgen. Menschliche Existenz, Bewusstsein, Erfahrung und Verhalten seien untrennbar miteinander verknüpft (vgl. Heidegger, 1926, S. 59 - 62).

Erste soziologische Wurzeln erhielt der Begriff der Lebenswelt mit Alfred Schütz, 1932, (Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt), Berger und Luckmann, 1969, (Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit), sowie mit Schütz und Luckmann, 1975, (Strukturen der Lebenswelt). Vor allem Schütz greift Husserls philosophische Ausführungen auf und exploriert Lebenswelt und Alltagswissen als Gegenstand von sozialwissenschaftlicher Intervention und Forschung. Die Lebenswelt ist demnach eine gegebene, historische, soziale Welt, in der das Subjekt existiert, um eigene Erfahrungen zu machen, um gemeinsam mit Anderen Wirklichkeit zu deuten und insofern zu interagieren und zu handeln.

„Die Lebenswelt des Alltags ist folglich die vornehme und ausgezeichnete Wirklichkeit des Menschen“ (Schütz, Luckmann, 1975, S. 25).

Jedem Menschen ist demnach ein eigener, situationsgebundener Ausschnitt der Welt gegeben. Der Wissensvorrat der Lebenswelt, das Alltagswissen, ist jedoch kein privates Wissen, sondern ein intersubjektives, es wird kollektiv abgeleitet, gedeutet und kommuniziert. Alltagswissen wird also von einem sozialen Netz geprägt und geteilt, es stellt Schütz zufolge selbstverständlich erachtete Kenntnisse, Erfahrungen, Erwartungen, Werte, Wahrnehmungsmuster und Handlungsrezepte dar. Im Verlauf der individuellen Sozialisation „entnimmt“ das Subjekt die für es konstitutiven Wissens Elemente und deutet sie. So variieren Alltagswissen und Lebenswelt von Individuum zu Individuum, obwohl sie eine gemeinsame innere Verfasstheit teilen. Ein Teil der gemeinsamen Deutungsmuster wird über Typisierungen hergestellt. Zur Deutung der Alltagswelt greifen Subjekte auf Typisierungen zurück, die einerseits dazu führen, dass Interaktionspartner „nur als partielles Selbst“, als Darsteller typischer Rollen und Funktionen angesehen werden. Andererseits stellen diese Klassifikationssysteme und Idealtypen eine notwendige Struktur dar, mit deren Hilfe Individuen in der Lage sind, sich in der Lebenswelt zu orientieren: „Durch Typisierung entsteht eine Welt des Vertrauten“. Dadurch gelingt es, dass Menschen sich ungefragt in unproblematischen Alltagssituationen an routinierte, normierende, kollektiv akzeptierte Denk- und Verhaltensschemata halten. Die Alltagswelt wird damit zu einer vertrauten Welt, die Orientierung und Sicherheit bietet (vgl. Schütz, Luckmann, 1975, S. 25 - 50).

Unter anderem kritisiert Habermas, rückgreifend auf den symbolischen Interaktionismus, die Theorie der Lebenswelt von Schütz und Luckmann als „kulturalistisch verkürzt“ (vgl. Habermas, 1997, S. 205), weil in ihr soziale Integration und Vergesellschaftung als Prozesse der Reproduktion von Lebenswelt nicht ausreichend aufgegriffen werden. So könne die Lebenswelt nicht ausschließlich als Produkt der Konstruktion durch das Subjekt betrachtet werden, vielmehr sei das Subjekt Initiator und Produkt von Handlungen zugleich. Soziale Realität erschöpft sich demnach nicht allein darin, wie Menschen sie in ihrem Alltag erfahren und deuten. Denn so würde nur die Erfahrung der Menschen Wirklichkeit konstituieren, während Gesellschaft und Geschichte struktur- und wirkungslos blieben (vgl. Habermas, 1997, S. 203f). Habermas unterscheidet zwischen den Strukturen der Lebenswelt, innerhalb derer sich kommunikativ Handelnde sich stets bewegen, aus denen sie nicht heraustreten können und den Tatsachen, Normen oder Erlebnisse, über die Verständigung erzielt werden muss. Die Lebenswelt bietet einen „Vorrat an Deutungsmustern“, die kulturell überliefert und sprachlich organisiert sind.

„Die Lebenswelt ist gleichsam der transzendente Ort, an dem sich Sprecher und Hörer begegnen, wo sie reziprok den Anspruch erheben können, dass ihre Äußerungen mit der Welt (...) zusammenpassen; und wo sie diese Geltungsansprüche kritisieren und bestätigen, ihren Dissens austragen und Einverständnis erzielen können“ (Habermas, 1997, S. 192).

Aus der gemeinsamen Lebenswelt heraus verständigen sich Kommunikationsteilnehmer über den Gegenstand der objektiven, subjektiven oder sozialen Welt. Die Lebenswelt stellt damit das konstitutive Bezugssystem dar, in dem zwischen Menschen Verständigung erzielt werden kann. In der Gesellschaft manifestieren sich legitime Ordnungen und mit ihnen Zugehörigkeit zu sozialen Gruppen. Kultur, Gesellschaft und Person, reproduzieren sich im kommunikativen Handeln und erzeugen damit die gemeinsamen Überzeugungen, aus denen das Selbstverständliche der Lebenswelt besteht (vgl. Habermas, 1997, S. 190ff).

Um unterschiedliche Lebensweltansätze zu präzisieren und sie zum Bezugspunkt einer modernen sozialen Gerontologie zu machen, resümieren Otto und Bauer 2004:

„Sie (die Lebenswelt, A.d.V.) bezeichnet jenen Wirklichkeitsausschnitt, zu dem das Subjekt Zugang hat und in dem es sich zu Hause fühlt. Lebenswelt als die Subjekte umgebende Wirklichkeit unter Einschluss anderer Personen, mit denen sie durch eine Wir-Beziehung verbunden sind, die sich durch gemeinsame Orientierungen, Werte und Normen herstellt, ist intersubjektiv und fraglos gegeben. Die Lebenswelt hat ihren Ausgangspunkt im Alltag als einem wiederkehrenden eingeschliffenen Ablauf. Die Möglichkeit, in sozialer Alltäglichkeit routinemäßig handeln zu können, entsteht ... im Wissen um die Verlässlichkeit der Lebensbedingungen“ (Otto, Bauer, 2004, S. 196).

Im vorliegenden Anforderungs- und Qualifikationsrahmen gehen wir davon aus, dass das Vertrauen darauf, mit den vorhandenen Kräften den Alltag deuten und bewältigen zu können für das psychische und physische Wohlbefinden älterer Menschen von zentraler Bedeutung ist. Entstehen Anforderungen und Belastungen, die Menschen nicht im Kontext lebensweltinhärenter Ressourcen lösen können, gefährdet dies Wohlbefinden und Gesundheit. Lebensweltorientierung in der Pflege und persönlichen Assistenz verweist vor

diesem Hintergrund auf zwei Aspekte: Einerseits gehören die Potenziale und Ressourcen sozialer Unterstützungsnetzwerke zur subjektiven Lebenswelt und sind Teil des gemeinsam codierten Alltages, der wiederkehrende Abläufe im Tages- und Wochenzyklus durch Verlässlichkeit und Vertrauen befördert. Zum zweiten befindet sich berufliche Pflege zum überwiegenden Teil außerhalb subjektiver Lebenswelt und wird nur dann zu einem gelingenden Alltag beitragen können, wenn sie der subjektiven Wirklichkeit der Betroffenen weitestgehend angenähert wird. Unterschiedliche Ressourcen aus der Lebenswelt und der Fachwelt sind zu gemeinsamen Hilfsarrangements zusammenzuführen. Dazu ist es für Pflegefachkräfte erforderlich, die eigene Lebenswelt zu reflektieren und andere, individuelle Lebenswelten mit dem Recht auf Selbstbestimmung anzuerkennen. Eine lebensweltliche Pflege geht mit der Ermöglichung von Wahlfreiheit, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung einher. Sie lenkt den Blick auf die alltägliche Lebensführung Pflegebedürftiger inmitten ihrer sozialen Beziehungen und richtet Pflegeprozesse daran aus. Sie bietet auch die Voraussetzung zu Integration kultursensibler Pflegekonzepte, die sich in besonderer Weise auf Wertesysteme (Religion), soziale Systeme (Familien und ethnische Netzwerke) und Gesundheitsverständnisse beziehen (vgl. hierzu Sieling, 2008 oder Borde, David, 2003). Vorgefundene individuelle Einstellungen, Deutungsmuster und Ressourcen werden zur Ausgestaltung der Angebote genutzt. Über eine formelle Verzahnung unterschiedlicher Hilfeleistungen hinaus ist eine kommunikative Kompetenz der Pflegefachkräfte eingefordert, die eine kooperative und dialogische Grundhaltung beinhaltet. Ein solches pflegerisches Selbstverständnis berücksichtigt die Besonderheit jeder individuellen Lebenswelt und erhält dadurch die Chance, sich normierenden Erwartungen oder Zugriffen zu entziehen. Dabei geht es gerade nicht darum, aus professioneller oder institutioneller Eigenlogik heraus zu handeln. Pflegeinterventionen gehen über die funktionsbezogene Kompensation von Beeinträchtigungen und Krisen hinaus, indem sie nachhaltige soziale Integration, Prävention in lebensweltlichen Settings oder Resilienz zur Alltagsbewältigung anbahnen. Angebote an Pflege und persönlicher Assistenz sind dazu an den Plänen und Selbstbildern der Klientinnen/ Klienten auszurichten, das subjektive Alltags- und Organisationswissen ist aufzugreifen und einzubeziehen, so dass sie im Einklang stehen mit der Normalität des klientenbezogenen Alltags. Weil vorgefundene individuelle Einstellungen, Deutungsmuster und Ressourcen grundlegend für die Gestaltung der Angebote sind, kann Lebensweltorientierung aber auch bedeuten, vorgefundene Alltagsbedingungen kritisch zu reflektieren, um Krankheitsrisiken, Ausgrenzung oder Vernachlässigung zu verhindern (vgl. Thiersch, 2009, S. 25 - 28).

Abgestimmte Pflegeprozesse richten sich stets an Klientinnen/ Klienten, ihre Angehörigen und sozialen Netze im Alltag und sollen dort anschlussfähig sein. Lebensweltorientierte Pflege und persönliche Assistenz bettet ihre Angebote daher primär in die bestehende Infrastruktur und in die sozialen Netzwerke der betreffenden Quartiere ein. Der Zugang zu Versorgungsleistungen ist niedrigschwellig zu gestalten und möglichst zu erleichtern. Lebensweltorientierte Pflege und persönliche Assistenz zielt auf Integration und steht den Angeboten entgegen, die einzelne ältere Menschen, Paare oder Gruppen isolieren. Integration bezieht sich auf das gemeinschaftliche Leben von Menschen mit

unterschiedlichem Alter, mit verschiedenen Geschlechtern, Beeinträchtigungen, Religionen, Lebensentwürfen und Herkunftten. Lebensweltorientierte Pflege ist neben der Orientierung an dem Paradigma Lebensqualität ein weiteres Merkmal zur Gewährleistung von Autonomie und Partizipation.

Während der Ansatz der Lebensweltorientierung vor allem auf die Notwendigkeit einer kritischen, intersubjektiven Verständigung und Koproduktion von Pflege und persönlicher Assistenz verweist, lenkt das Paradigma der Lebenslagen den Blick auf die unterschiedlichen Lebensbedingungen älterer Menschen in der Gesellschaft, die von sozialer Ungleichheit gekennzeichnet sind. Das übergreifende Konzept der Lebenslagen verbindet klassische Elemente der Klassen- und Schichtenmodelle mit moderneren Milieu- und Lebensstilanalysen. Neben den objektiven, statusanzeigenden Lebensumständen, wie Einkommen, Berufsstand oder Bildungsabschluss, fließen subjektive Wahrnehmungen, Einstellungen oder Deutungen in die Analyse von Lebenslagen ein. Eine sozialstrukturelle Perspektive ist integraler Bestandteil der aktuellen gesundheitswissenschaftlichen Diskussion, da als unstrittig gelten kann, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen in hohem Maß durch soziale und materielle/ physikalische Umweltkonstellationen beeinflusst werden. Einzelne Faktoren, wie etwa eine genetische Disposition, führen nur in den seltensten Fällen gradlinig zum Ausbruch einer Erkrankung oder zu dem Entstehen von Pflegebedürftigkeit. Wohl aber bestehen sensible Situationen im Lebenslauf, die dadurch gekennzeichnet sind, dass Sicherheit und Schutz zurückgedrängt oder zugedeckt werden. Diese Umstände gehen mit einer besonderen Verletzlichkeit einher, in der Krankheitsrisiken und mithin auch genetische Dispositionen sich leichter den Weg bahnen. Hurrelmann weist darauf hin, dass die Verletzlichkeit in kulturell und finanziell benachteiligten Bevölkerungsgruppen besonders oft gegeben ist. Je niedriger die soziale Herkunft, gemessen an den genannten Parametern, desto häufiger kommt es zu somatischen, psychischen oder sozialen Beeinträchtigungen und Krankheiten (vgl. Hurrelmann, 2009, S. 293).

Sozialstrukturelle Verteilungsungleichheit im Alter wird durch ökonomische, materiell/ physikalische aber auch durch immaterielle Dimensionen bestimmt. Zentrales Merkmal der Lebenslage stellt immer noch das Haushaltseinkommen dar, weil es Zugang oder Beschränkung für zahlreiche Bedürfnisbefriedigungen bedeutet. Als weitere Merkmale der Lebenslage gelten die Qualität des Wohnraums, der Ernährung, das erreichte Bildungsniveau bzw. der Zugang zu Bildungsangeboten. Aber auch die Art der sozialen Integration und Beschäftigung, der Zugang zu Versorgungsangeboten des Gesundheitssystems oder die damit verbundenen, subjektiv wahrgenommenen Handlungsspielräume und Restriktionen sind Merkmale von Lebenslagen, die mit den materiellen und immateriellen Merkmalen korrelieren.

Innerhalb der sozialwissenschaftlichen Gerontologie wird das Altwerden und Altsein selbst als Lebenslage begriffen, die mit einer gravierenden sozialen Problematik verbunden ist. Demnach entstehen für alte Menschen soziale Benachteiligungen im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen. Ein charakteristisches Kennzeichen der Lebenslage im Alter ist das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben und der Eintritt in das Rentenalter. Dieser Bruch im

Lebenslauf geht häufig mit einer Reduzierung des ökonomisch bedingten Handlungsspielraums einher, mit dem Verlust von sozialen Beziehungen, Funktionen und bedingt dadurch einen sozialen Abstieg (vgl. Backes, Clemens, 2008, S. 172f, 191f und 269f).

Im Anforderungs- und Qualifikationsrahmen ist die Analyse und Berücksichtigung von Lebenslagen im Pflegeprozess von Bedeutung, weil es dadurch möglich wird, Ungleichheit sowie resultierende Zumutungen und Restriktionen in Pflegesituationen wahrzunehmen, die zu erheblichen Unterschieden in der Realisierung von Bewältigung, Autonomie und Wohlergehen führen. Pflege und persönliche Assistenz kann auf diese Weise, über die Reproduktion der Ungleichheit hinaus, im Handlungsbezug die Rechte älterer Menschen vertreten und zum Ausgleich der Chancen beitragen. Ebenso können vorhandene Ressourcen eher wahrgenommen und genutzt werden, um Lebensqualität zu fördern. Typische Muster der Wahrnehmung und Deutung des Alltagslebens, Lebensstile, Vorlieben oder Bedürfnisse, die mit sozialen Positionen verknüpft sind, werden nachvollziehbar und eröffnen einen verstehenden Zugang zur Lebenswelt.

7. Lebensqualität, Autonomie, Partizipation

Lebensqualität, mit ihren Facetten von Wohlergehen, Zufriedenheit und Glück, erlebt jeder Mensch für sich selbst, zugleich beeinflussen äußere Faktoren, wie materieller Wohlstand, das Erleben. Die Operationalisierung des Begriffs ist komplex, es gestaltet sich schwierig, alle Faktoren zu messen, zu quantifizieren und ins rechte Verhältnis zu rücken. 1997 hat die WHO eine Definition von Lebensqualität vorgelegt, die maßgebliche Faktoren integriert:

„Lebensqualität ist die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertesystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Maßstäbe und Anliegen. Es handelt sich um ein breites Konzept, das in komplexer Weise beeinflusst wird durch die körperliche Gesundheit einer Person, den psychischen Zustand, die sozialen Beziehungen, die persönlichen Überzeugungen und ihre Stellung zu den hervorstechenden Eigenschaften der Umwelt“ (WHO, 1997).

Lebensqualität, so lässt sich konstatieren, ist ein mehrdimensionales Konstrukt, das physische, psychische, soziale, ökologische Aspekte beinhaltet und subjektiv erlebt und bewertet wird. Das subjektive Erleben und Bewerten ist abhängig von der Umwelt, der Kultur und den Wertvorstellungen, mit denen Menschen leben und an denen sie ihre Wünsche und Maßstäbe ausrichten. In der fachwissenschaftlichen Diskussion werden die Merkmale von Lebensqualität häufig mit drei Perspektiven verknüpft: Die subjektiven Wahrnehmungen und Befindlichkeiten, die kognitiven Bewertungen und die „objektiven“, weil davon unabhängigen Potenziale, Ressourcen, Barrieren und Defizite (vgl. Riedel, 2007, S. 460).

Was verstehen ältere Menschen im Alltag selbst unter Lebensqualität und Glück? Als Ergebnis explorativer Interviews mit 65-74-jährigen Bürgerinnen und Bürgern konnten Fliege und Filipp 2000 vor allem Gesundheit, soziale Einbindung und selbstbestimmte Interaktion, sinnerfüllende Aktivität sowie ausreichende materielle Ressourcen (z. B. „eine Wohnung, in der man sich wohl fühlt“) als konstitutive Elemente von Lebensqualität und Glück identifizieren (vgl. Fliege, Filipp, 2000, S. 310). Vor allem diese Elemente

werden wahrgenommen, bewertet und in Relation zu den individuellen Zielen und Hoffnungen gesetzt. Der Grad der Übereinstimmung der aktuellen Lebensumstände und der Wünsche, den Menschen für sich feststellen, ergibt ein Maß an Lebensqualität. Es ist abhängig vom Ausmaß der wahrgenommenen Spielräume, die notwendig sind, um die aktuelle Situation beeinflussen oder verändern zu können.

Im Anforderungs- und Qualifikationsrahmen bezieht sich Lebensqualität vor allem auf die Lebensumstände körperliche und psychische Gesundheit, Grad der Autonomie und Partizipation, Integrität sowie bedingende Umgebungsfaktoren. Dabei verweisen King und Hinds darauf, dass Lebensqualität nicht an Gesundheit gebunden ist, sondern auch bei eingeschränkter Gesundheit empfunden werden kann. Durch die subjektive Erfassung der Lebensumstände und ihrer Bewertung vor dem Hintergrund der eigenen Hoffnungen, Erwartungen, Ängste und Anliegen wird ein Prozess der Auseinandersetzung mit dem Leben und dem Lebensende gestaltet (vgl. King, Hinds, 2001, S. 31ff.). Lebensqualität ist insofern kein statischer Zustand, sondern als Prozess anzusehen, der positive und negative Aspekte beinhaltet. Im Alter kann Lebensqualität auch als ein erfolgreich bewältigter Alterungsprozess angesehen werden, an dessen Ende eine positive Lebensbilanz, ein selbstbestimmter Abschied und die Annahme des Lebensendes steht. Lebensqualität ist folglich nicht per se gegeben, sondern bei ihren Merkmalen handelt es auch um Fähigkeiten, die erworben werden können und die dazu beitragen, dass die Lebensbewältigung gelingt.

Im Alter sind interdependente Faktoren, die maßgeblich zu Lebensqualität und Wohlbefinden führen können, wie Gesundheit, soziale Kontakte und Netzwerke, materielle Sicherheit und angepasste Wohnumgebung, Mobilität und Schutz, besonderen Risiken ausgesetzt. Mit ansteigendem Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit für gesundheitliche Beeinträchtigungen zu, dazu zählen vor allem degenerative Prozesse, chronische Erkrankungen und Multimorbidität (vgl. Sachverständigenrat, 2007, S. 128 - 129). Das soziale Netz jener Menschen, die ein hohes Alter erreichen, nimmt hingegen ab, häufig werden sie mit dem Tod der Partner, von Familienangehörigen oder Freunden konfrontiert, obwohl die Bedeutung unterstützender Netzwerke im Lebensalltag steigt. Mit nachlassender Mobilität ist die Möglichkeit eingeschränkt, Beschäftigungen nachzugehen, die als sinnvoll wahrgenommen werden und mit eintretender Pflegebedürftigkeit ist zudem oft auch ein Wohnungswechsel verbunden, der mit einem Verlust an Vertrautheit und Orientierung einhergeht.

Im Anforderungs- und Qualifikationsrahmen gehen wir davon aus, dass Pflegefachkräfte, die ihr Handeln auf Förderung von Lebensqualität richten, diejenigen Fähigkeiten von Klientinnen/ Klienten stärken und unterstützen, die dazu beitragen, dass die Bewältigung der subjektiv wahrgenommenen Diskrepanz zwischen Lebensumständen und den Erwartungen und Hoffnungen gelingt. Nach Wilkening und Martin sind folgende Kriterien dabei von besonderer Bedeutung: Die Förderung vorhandener Stärken und die Nutzung kompensatorischer Potentiale, die Gelegenheit, ideelle oder materielle Vermächnisse

weiterzugeben, die Ermöglichung bewusst gestalteter sozialer Interaktionen und einer positiven Bewertung der Vergangenheit (vgl. Wilkening, Martin, 2003, S. 335 - 336).

Wesentlich für die Erfahrung von Lebensqualität und Wohlbefinden ist die Gewährleistung von Selbstbestimmung und Partizipation in dem o.g. Prozess. Die Förderung und der Erhalt von größtmöglicher Selbstbestimmung, die Beachtung der Willens- und Entscheidungsfreiheit, sind ein grundsätzliches Recht Pflegebedürftiger (vgl. BMFSFJ, 2010, S. 8) und das Fundament der Ausgestaltung von Pflege und persönlicher Assistenz. Im Anforderungs- und Qualifikationsrahmen bezeichnet Selbstbestimmung die Entscheidungshoheit und damit das grundsätzliche Recht eines Menschen, über seinen Körper und die Gestaltung seiner Lebenssituation selbst zu entscheiden. Synonym wird der Begriff Autonomie verwendet. Menschen können im Hinblick auf Alter, Erkrankungen und Tod auf Situationen verwiesen sein, in denen sie abhängig von der Hilfe anderer sind. Im Gegensatz dazu bezeichnet Selbstständigkeit die funktionelle Eigenständigkeit eines Menschen und damit seine Unabhängigkeit von personaler Hilfe. Der Grad der Selbstständigkeit ist durch vorhandene Fähigkeiten in spezifischen Lebensbereichen definiert. Auch wenn Menschen in ihrer Selbstständigkeit beeinträchtigt sind, können sie selbstbestimmt handeln. Nach dem Pflegeverständnis, das dem Anforderungs- und Qualifikationsrahmen zugrunde liegt, beziehen Pflegefachkräfte Pflegebedürftige daher grundsätzlich in Entscheidungen ein, die sie betreffen und vermitteln in Grenzsituationen im Sinn der Betroffenen zwischen (unterschiedlichen) Selbstbestimmungsrechten und Fürsorgepflichten. Das Einbezogenensein in Pflege-, Unterstützungs- und Betreuungsprozesse wird mit dem Begriff Partizipation/ Teilhabe beschrieben. Partizipation beinhaltet nicht allein das Einbezogenensein in kognitive Prozesse, wie Analyse und Bewertung im Pflegeprozess, sondern ebenso das Einbezogenensein in Handlungen, wie in die Durchführung von Pflegemaßnahmen oder das Einbezogenensein in Emotionen, wie Freude oder Trauer. Im Anforderungs- und Qualifikationsrahmen sind Pflege, Assistenz und Service grundsätzlich auf Lebensqualität, Partizipation und Autonomie älterer Menschen ausgerichtet.



Bibliographie

Bibliographie

- Anderson, N. R. & West, M. A. (1996). Innovation in top-management teams. *Journal of Applied Psychology* 81 (6). S. 680-693.
- Antonovsky, A. & Franke, A. (Hrsg.) (1993). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen (AK DQR). (2011). *Deutscher Qualifikationsrahmen für Lebenslanges Lernen*. Internet: <http://www.deutscherqualifikationsrahmen.de/de?t=/documentManager/sfdoc.file>. Abruf: 11.08.2013.
- Arbeitsgruppe Qualifikationsrahmen des Fachbereichstages Soziale Arbeit (2008). *Qualifikationsrahmen Soziale Arbeit (QR SArb) Version 5.1*. Internet: http://www.fbts.de/fileadmin/fbts/Aktuelles/QRSArb_Version_5.1.pdf. Abruf: 11.08.2013.
- Ashworth, P., Björn, A., Dechanoz, G., Delmotte, L., Farmer, E., Kordas A., et al., World Health Organisation - WHO -. Regional Office for Europe (Hrsg.). (1987). *People´s needs for nursing care: a European study*. Kopenhagen. S. 35–38.
- Auhagen, A. E. (2003). *Angewandte Sozialpsychologie. Das Praxishandbuch*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Backes, G. M. & Clemens, W. (2009): *Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung*. Weinheim, München: Juventa.
- Bäcker, G., Naegele, G., Bispinck, R., Hofemann, K., Neubauer, J. (2008). *Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. Band 2: Gesundheit, Familie, Alter und Soziale Dienste*. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Behrens, J. & Langer, G. (2004). *Evidence-based Nursing: Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“*. Qualitative und quantitative Methoden bei täglichen Pflegeentscheidungen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Benner, P., Tanner, C. A. & Chesla, C. A. (2000). *Pflegeexperten. Pflegekompetenz, klinisches Wissen und alltägliche Ethik*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Berger, P. & Luckmann, T. (1969). *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Berthel, J. & Becker, F. (2010). *Personal-Management. Grundzüge für Konzeptionen betrieblicher Personalarbeit*. 9. vollständig überarbeitete Auflage. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.
- Bischoff-Wanner, C. (2002). *Empathiefähigkeit in der Pflege. Begriffsklärung und die Entwicklung eines Rahmenmodells*. Bern, Göttingen, Toronto: Verlag Hans Huber.
- Borde, T. & David, M. (Hrsg.). (2003). *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen*. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Bronfenbrenner, U. (1981). *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Natürliche und geplante Experimente*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brobst, R. A. (2007). *Der Pflegeprozess in der Praxis. Teil 1*. 2. Auflage. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Büssing, A. & Glaser, J. (1991). *Tätigkeitsspielräume und Restriktion in der Krankenpflege*. In: *Pflege*, Jg. 4. S. 145-155.
- Bundesärztekammer (2008). *Gutachten zur Frage der stärkeren Einbeziehung von (nicht-ärztlichen) Gesundheitsberufen in Versorgungskonzepte am Beispiel Case Management*. Berlin: Bundesärztekammer.
- Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (2006). *Fachlicher Prüfbericht zu den Grundbegriffen und Deskriptoren des Entwurfs für einen Europäischen Qualifikationsrahmen*. Internet: <http://www.bibb.de/de/25717.htm>. Abruf: 11.08.2013.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2007). *Drucksache 16/ 6907. Antwort der Bundesregierung. Auswirkungen des Deutschen Qualifikationsrahmens auf den Bildungs-*

Bibliographie

- föderalismus. Internet: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/069/1606907.pdf>. Abruf: 11.08.2013.
- BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (1998). Möglichkeiten und Grenzen selbständigen Lebens und Arbeitens in stationären Einrichtungen. Belastungsfigurationen und Empfehlungen zur Weiterbildung der Hilfen. Band 147. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002). Vierter Altenbericht. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin: BMFSFJ.
- BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005). Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Bericht der Sachverständigenkommission. Berlin: BMFSFJ.
- BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009a). 13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Berlin: BMFSFJ.
- BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und BMG - Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2010). Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Berlin: Druck Vogt GmbH.
- BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Sechste Altenberichtscommission (2010a). Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft. Deutscher Bundestag. Drucksache 17/ 3815.
- BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2009). Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin: Referat für Öffentlichkeitsarbeit.
- Bundesverband Informationswirtschaft Telekommunikation und neue Medien e.V. (BITKOM), Gesamtmetall, Zentralverband Elektrotechnik- und Elektronikindustrie e.V. (ZVEI) & Verband Deutscher Maschinen- und Anlagenbau e.V. (VDMA) (2007). Die Anforderungen des Beschäftigungssystems. Ein Beitrag zur Gestaltung des Deutschen Qualifikationsrahmens. Meckenheim: Warlich Druck.
- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), Bundesverband der deutschen Industrie (BDI), Bundesverband des Deutschen Groß- und Außenhandels e.V. (BGA), Deutscher Bauernverband (DBV), Deutscher Industrie- und Handelskammertag (DIHK), Hauptverband des Deutschen Einzelhandels (HDE) & Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH) (2008). Deutscher Qualifikationsrahmen (DQR). Position der Deutschen Wirtschaft. Vorschlag für den Deutschen Qualifikationsrahmen. Internet: [http://www.arbeitgeber.de/www/arbeitgeber.nsf/res/Spitzenverbaende_zum_NQR.pdf/\\$file/Spitzenverbaende_zum_NQR.pdf](http://www.arbeitgeber.de/www/arbeitgeber.nsf/res/Spitzenverbaende_zum_NQR.pdf/$file/Spitzenverbaende_zum_NQR.pdf). Abruf: 11.08.2013.
- Cella, D. F. & Tulsy, D. S. (1990). Measuring quality of life today: methodological aspects. In: *Oncology* 4 (5). S. 29-38.
- Corbin, J. M. & Strauss, A. L. (2004). Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Dapp, U. (2008). Gesundheitsförderung und Prävention selbstständig lebender älterer Menschen. Eine medizinisch-geographische Untersuchung. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (Hrsg.) (2006). Pflegebildung offensiv. Das Bildungskonzept des deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe. München, Jena: Urban & Fischer.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen (Hrsg.) (2005). ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf: WHO.

Bibliographie

- Dewe, B. (2006). Professionalisierungsverständnisse – eine berufssoziologische Betrachtung. In: Pundt, J. (Hrsg.). Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven. Bern: Verlag Hans Huber.
- Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (EKD) (Hrsg.) (2008). Zukunftswege Pflegeausbildung. Ein Strukturmodell für die Ausbildung in der Diakonie. Leinfelden-Echterdingen: Zentraler Vertrieb der EKD.
- Dillerup, P. & Stoi, R. (2008). Unternehmensführung. 2. überarbeitete Auflage. München: Verlag Franz Vahlen.
- Doenges, M. & Moorhouse, M. (1997). Pflegediagnosen und Maßnahmen. Bern: Verlag Hans Huber.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F. & Geissler, A. C. (1997). Nursing Care Plans. Guidelines for individualizing patient care. Edition 4. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Dornheim, J., van Maanen, H., Meyer, J.A., Remmers, H., Schöninger, U., Schwerdt, R. & Wittneben, K. (1999). Pflegewissenschaft als Praxiswissenschaft und Handlungswissenschaft. Pflege & Gesellschaft, Jg. 4, Nr. 4. S. 73-79.
- Drolshagen, B. (2007). Assistenzberufe in der Hilfe für Menschen mit Behinderung – Paradigma der Autonomie. Internet: http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Vortrag_Dr_Birgit_Drolshagen.pdf. Abruf: 11.08.2013.
- Edelstein, W. & Keller, M. (1982). Beiträge zur Entwicklung des sozialen Verstehens. In: Edelstein, W. & Keller, M. (Hrsg.). Perspektivität und Interpretation. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Engel, F., Nestmann, F. & Sickendiek, U. (2004). Beratung – Ein Selbstverständnis in Bewegung. In: Nestmann, F., Engel, F. & Sickendiek, U. (Hrsg.). Das Handbuch der Beratung. Band 1. Disziplinen und Zugänge. Tübingen: Dgvt-Verlag. S. 33-43.
- Europäische Kommission Bildung und Kultur (2008). Der Europäische Qualifikationsrahmen für Lebenslanges Lernen (EQR). Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften. Internet: http://ec.europa.eu/education/pub/pdf/general/eqf/broch_de.pdf. Abruf: 11.08.2013.
- Ewers, M. & Schaeffer, D. (Hrsg.) (2000). Case Management in Theorie und Praxis. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Ewers, M. & Schaeffer, D. (Hrsg.) (2005). Am Ende des Lebens. Versorgung und Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Fliege, H. & Filipp, S.-H. (2000). Subjektive Theorien zu Glück und Lebensqualität. Ergebnisse explorativer Interviews mit 65- bis 70-Jährigen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie Band 33, Heft 4. S. 307-313.
- Forschungsinstitut für Betriebliche Bildung (f-bb) gGmbH, Svering, E. & Reglin, T. (Hrsg.) (2010). Mobilität steigern – Durchlässigkeit fördern. Europäische Impulse für die Berufsbildung. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag.
- Friedemann, M.-L. & Köhlen, C. (2003). Familien- und umweltbezogene Pflege. 2. Auflage. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Garms-Homolová, V. & Roth, G. (2004). Vorkommen, Ursachen und Vermeidung von Pflegemängeln. Forschungsbericht im Auftrag der Enquetekommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ des Landtages von Nordrhein-Westfalen. Göttingen, Berlin: Enquetekommission.
- Garms-Homolová, V. (2008). Prävention bei Hochbetagten. In: Kuhlmeier, A. & Schaeffer, D. (Hrsg.). Alter, Gesundheit und Erkrankung. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Gensch, S. K. (2001). Die Situation der Pflegewissenschaft und der pflegewissenschaftlichen Studiengänge in Deutschland. Beiträge zur Hochschulforschung 23 (4). S. 44-56.

Bibliographie

- Großkopf, V. & Klein, H. (2000). Krankenpflege und Recht. Balingen: Spitta Verlag.
- Gymnich, R. (2005). PädPsych. Das Pädagogische Lexikon für Schule und Studium. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Habermas, J. (1997). Theorie des kommunikativen Handelns. Band 2. Zur Kritik der funktionalistischen Vernunft. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Hasseler, M. & Meyer, M. (2006). Prävention und Gesundheitsförderung - Neue Aufgaben für die Pflege. Grundlagen und Beispiele. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Heering, C. (2006). Das Pflegevisiten-Buch. 2. Auflage. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Heidegger, M. (1926/ 2006). Sein und Zeit. 19. Auflage. Thübingen: Max Niemeyer Verlag.
- Hendersen, V. (1960). Basic principles of nursing care. International council of nurses, London. Deutschsprachig (1963). Grundregeln der Krankenpflege. Frankfurt am Main: AKV.
- Henke, F. (2006). Pflegeplanung nach dem Pflegeprozess – individuell – prägnant – praktikabel. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Hentig, H. von (1996). Bildung. Ein Essay. München. Wien: Carl Hanser Verlag.
- Hochschulrektorenkonferenz, Kultusministerkonferenz & Bundesministerium für Bildung und Forschung (2005). Qualifikationsrahmen für Deutsche Hochschulabschlüsse. Internet: http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2005/2005_04_21-Qualifikationsrahmen-HS-Abschluesse.pdf. Abruf: 11.08.2013.
- Hradil, S. (1990): Lebenslagenanalysen in der Bundesrepublik. In: Timmermann, H. (Hrsg.): Lebenslagen. Sozialindikatorenforschung in beiden Teilen Deutschlands. Forum Politik Bd. 12. Saarbrücken: Dadder. S. 125-146.
- Huber, M., Siegel, S. A., Wächter, W. & Brandenburg, A. (2005). Autonomie im Alter. Leben und Altwerden im Pflegeheim. Wie Pflegende die Autonomie von alten und pflegebedürftigen Menschen fördern. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft .
- Hülken-Giesler, M., Brinker-Meyendriesch, E., Keogh, J., Muths, S., Sieger, M., Stemmer, R., Stöcker, G. & Walther, A. (2010). Kerncurriculum Pflegewissenschaft für pflegebezogene Studiengänge. Eine Initiative zur Weiterentwicklung der hochschulischen Pflege in Deutschland. In: Pflege & Gesellschaft Jg. 2010/ 3. S. 216-236.
- Hundenborn, G. & Knigge-Demal, B. (1996). Curriculare Rahmenkonzeption. Zum Begriff von Pflegesituationen und ihren konstitutiven Merkmalen. Ausdifferenzierung von Berufssituationen und Generierung von Qualifikationen. Teil 5 des Zwischenberichts. Im Auftrag des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales.
- Hurrelmann, K. (2000). Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 4. völlig überarbeitete Auflage von „Sozialisation und Gesundheit“. Weinheim, München: Juventa.
- Hurrelmann, K. (2003). Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim, München: Juventa.
- Hurrelmann, K. (2009). Gesundheit und Krankheit im Lebenslauf. In: Schaeffer, D. (Hrsg.). Bewältigung chronischer Krankheit. Bern: Verlag Hans Huber. S. 283-297.
- Husserl, E. (1986). Phänomenologie der Lebenswelt. Ausgewählte Texte Band II. Stuttgart: Reclam.
- ICN - International Council of Nurses (2010). Definition of Nursing. Internet: <http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/> . Zugriff: 11.08.2013.
- Igl, G. & Deutscher Pflegerat e.V. (Hrsg.). (2008). Weitere öffentlich-rechtliche Regulierung der Pflegeberufe und ihrer Tätigkeit. Voraussetzungen und Anforderungen. München: Urban & Vogel GmbH.

Bibliographie

- Jacob, C. (2004). Gesundheitsförderung im pflegerisch-klinischen Kontext. Eine deskriptive Studie zur Selbsteinschätzung gesundheitsfördernder Kompetenzen von Pflegenden. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Juchli, L. (1991). Krankenpflege. Praxis und Theorie der Gesundheitsförderung und Pflege Kranker. Stuttgart, New York: Thieme Verlag.
- Kämmer, K. & Entzian, H. (2008). Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Kaiser, A. (1992). Lebensweltorientierter Ansatz in der Erwachsenenbildung. In: Grundlagen der Weiterbildung 3 (1992). S. 288-290.
- Kaufmann, I. M., Patzer, M. & Scherer, A. G. (Hrsg.) (2009). Methoden in der Betriebswirtschaftslehre. Wiesbaden: Gabler Verlag/ GWV Fachverlage GmbH.
- Kelly-Heidenthal, P. & Marthaler, M. (2008). Pflege delegieren. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- King, C. R. & Hinds, P. S. (Hrsg.) (2001). Lebensqualität. Pflege- und Patientenperspektiven. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Kirkevoid, M. (2002). Pflegewissenschaft als Praxisdisziplin. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Klein, B., Gaugisch, P. & Stopper, K. (2008). „Pflege 2015“. Neue Arbeitsanforderungen und zukünftige Qualifizierungsbedarfe. Abschlussbericht. Hrsg.: Hans-Böckler-Stiftung & Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di). Stuttgart: Fraunhofer - Informationszentrum Raum und Bau.
- Klie, T. & Guerra, V. (2007). Synopse zu Service-, Assistenz- und Präsenzberufen in der Erziehung, Pflege und Betreuung (Care). Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.
- Knigge-Demal, B., Rustemeier-Holtwick, A., Schönlau, K. & Sieger, M. (1993). Strukturmodell der praktischen Anleitung. In: Pflege 6 (3). S. 221-230.
- Knigge-Demal, B., Rustemeier-Holtwick, A., Schönlau, K. & Sieger, M. (1994). Anwendung des Strukturmodells. In: Pflege 7 (1). S. 33-48.
- Knigge-Demal, B. (1999). Förderung der professionellen Beziehungsfähigkeit in der Ausbildung zur Kinderkrankenschwester und zum Kinderkrankenpfleger. Dissertation. Universität Osnabrück.
- Knigge-Demal, B., Holoch, E., Flüs, I. & Lauber, A. (2008). Projekt „Gestufte Pflegeausbildung der Robert Bosch Stiftung“. Abschlussbericht der AG II. Qualifizierung zur Fachangestellten für Gesundheit und Pflege. Unveröffentlichter Abschlussbericht.
- Knigge-Demal, B., Holoch, E., Flüs, I. & Lauber, A. (2009). Kompetenzniveaus in der Pflegeausbildung. Grundlagenarbeit für ein differenziertes Stufenmodell. Teil 3. In: Padua – Fachzeitschrift für Pflegepädagogik 2/ 2009. S. 46-50.
- Knippling, C. (Hrsg.) (2007). Lehrbuch Palliative Care. 2. durchgesehene und korrigierte Auflage. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Koch-Straube, U. (2001). Beratung in der Pflege. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- König, E. & Vollmer, G. (2002). Systemisches Coaching. Handbuch für Führungskräfte, Berater und Trainer. Weinheim, Basel: Beltz.
- Korndoerfer, W. (2003). Allgemeine Betriebswirtschaftslehre. Aufbau – Ablauf – Führung – Leitung. 13. überarbeitete Auflage. Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler.
- Kostrzewa, S. & Gerhard, C. (2010). Hospizliche Altenpflege. Palliative Versorgungskonzepte in Altenpflegeheimen entwickeln, etablieren und evaluieren. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

Bibliographie

- Kowalzik, U. (2006). Personalentwicklung und Personalmanagement. In: Blonski, H. (Hrsg.). Strategisches Management in Pflegeorganisationen. Konzepte, Instrumente und Anregungen. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft. S. 79-101.
- Krohwinkel, M. (2008). Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranken. Fördernde Prozesspflege als System. 3. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Laaser, U., Hurrelmann, K. & Wolters, P. (1993). Prävention, Gesundheitserziehung, und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K. & Laaser, U. (Hrsg.). Gesundheitswissenschaften. Handbuch für die Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim: Beltz-Verlag. S. 176 - 203.
- Ley, R. (2004). Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Loffing, C. & Geise, S. (2005). Management und Betriebswirtschaft in der ambulanten und stationären Altenpflege. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Lummer, C. (2005). Praxisanleitung und Einarbeitung in der Altenpflege. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Lunney, M. (2007). Arbeitsbuch Pflegediagnostik. Pflegerische Entscheidungsfindung, kritisches Denken und diagnostischer Prozess. Fallstudien und -analysen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Messner, H. (1978). Wissen und Anwenden. Zur Problematik des Transfers im Unterricht. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- Mietzel, G. (2007). Pädagogische Psychologie des Lernens und Lehrens. 8. überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW. (2006). Ausbildung in der Altenpflegehilfe. Leitfaden – Teil 1. Internet: http://www.drkcms.de/drkbo/fileadmin/dokumente/FSA_Downloads/1._J._Altenpflegehelferausb/Allgemeins/Leitfaden-Altenpflegehilfeausbildung-NRW.pdf. Abruf: 24.07.2008.
- Ministerium für Unterricht, Kultur und Wissenschaft & Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport (1997). Qualifiziert für die Zukunft. Zusammenhängendes Ausbildungssystem für die Pflegeberufe in Krankenhäusern, Heimen und in der häuslichen Pflege in den Niederlanden: eine Zusammenfassung. Zoetermeer, Rijswijk.
- Müller, H. (2008). Arbeitsorganisation in der Altenpflege. Ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung. 3. aktualisierte und erweiterte Auflage. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Nerdinger, F. W., Blickle, G. & Schaper, N. (2008). Arbeits- und Organisationspsychologie. Heidelberg: Springer Verlag.
- Nestmann, F. (2008). Ressourcenarbeit. In: Grunwald, K. & Thirsch, H. (Hrsg.). Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. 2. Auflage. Weinheim, München: Juventa. S. 69-86.
- Neumann, E. M. (1996). Emanzipation der Pflege durch Verwissenschaftlichung der Pflegepraxis. In: Krüger, H., Piechotta, G. & Remmers, H. (Hrsg.). Innovation der Pflege durch Wissenschaft. Bremen: Altera Verlagsgesellschaft. S. 43-54.
- Niehoff, U. (2003). Grundbegriffe selbstbestimmten Lebens. In: Hähner, U., Niehoff, U., Sack, R., Walther, H., Theunissen, G., Wagner, H. V. (Hrsg.). Vom Betreuer zum Begleiter. Eine Neuorientierung unter dem Paradigma der Selbstbestimmung. 4. unveränderte Auflage. Marburg: Lebenshilfe-Verlag. S. 53-68.
- Oevermann, U. (1996). Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe, A., Helsper, W. (Hrsg.). Pädagogische Professionalität, Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt. S. 70-182.

Bibliographie

- Oevermann, U. (1983). Hermeneutische Sinnrekonstruktion: Als Therapie und Pädagogik missverstanden, oder: Das notorische Strukturdefizit pädagogischer Wissenschaft. In: Garz, D. & Kraimer, K. (Hrsg.). Brauchen wir andere Forschungsmethoden? Beiträge zur Diskussion interpretativer Verfahren. Frankfurt am Main: Surkamp. S. 113-155.
- Offermanns, M. & Bergmann, K. O. (2008). Neuordnung von Aufgaben des ärztlichen Dienstes – Bericht des Deutschen Krankenhausinstitutes (DKI). Internet: http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/4880/title/DKG_zur_DKI-Studie_%E2%80%99Neuordnung_von_Aufgaben_des_AErztlichen_Dienstes. Abruf: 11.08.2013.
- Olbrich, C. (1999). Pflegekompetenz. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Orem, D. (1997). Strukturkonzepte der Pflegepraxis. 5. Auflage. Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby.
- Otto, U. & Bauer, P. (2004). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit mit älteren Menschen. In: Thiersch, H. & Grunwald, K. (Hrsg.). Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. Weinheim, München: Juventa. S. 195-212.
- Peters, H. P. (2007). Lexikon. Psychiatrie, Psychotherapie, Medizinische Psychologie. 6. erweiterte Auflage. München, Jena: Urban & Fischer.
- Pfaff, H. (2003). Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: Pfaff, H., Schrappe, M., Lauterbach, K. W., Engelmann, U. & Halber, M. (Hrsg.). Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse. Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Bern: Verlag Hans Huber. S. 13-23.
- Pickl, C. (2004). Selbstregulation und Transfer. Psychologie Forschung aktuell, Nr. 18. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Pollmann, A. (2004). Integrität: Aufnahme einer sozialphilosophischen Personalie. Bielefeld: Transcript-Verlag.
- Rabe, M. (2009). Ethik in der Pflegeausbildung. Beiträge zur Theorie und Didaktik. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Remmers, H. (1999). Pflegewissenschaft und ihre Bezugswissenschaften. Fragen pflegewissenschaftlicher Zentrierung interdisziplinären Wissens. In: Pflege 12 (4). S. 367-376.
- Riedel, A. (2007). Professionelle Pflege alter Menschen. Moderne (Alten-) Pflegeausbildung als Reaktion auf gesellschaftlichen Bedarf und die Reformen der Pflegeberufe. Marburg: Tectum Verlag.
- Riedel, A. (2008). Servicehelfer im Sozial- und Gesundheitswesen. Arbeitsmaterialien, Band 1. Einführung in das Curriculum und erste Ergebnisse des Modellversuchs. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.
- Robert Bosch Stiftung (1996). Pflegewissenschaft. Grundlegung für Lehre, Forschung und Praxis. Denkschrift. Materialien und Berichte 46. Gerlingen: Bleicher.
- Roes, M. (2004). Wissenstransfer in der Pflege. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Rogers, C. (1977). Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. München: Kindler Verlag.
- Roper, N., Logen, W. & Tierney, A. J. (1980). The elements of nursing. Edingburgh: Churchill & Liningstone.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2007). Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Baden-Baden: Nomos-Verlag.

Bibliographie

- Schaeffer, D., Moers, M., Steppe, H. & Meleis, A. (Hrsg.). (1997). *Pflegetheorien. Beispiele aus den USA*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Schaeffer, D. (1999). Entwicklungsstand und -herausforderungen der bundesdeutschen Pflegewissenschaft. In: *Pflege* 12 (3). S. 141-157.
- Schaeffer, D. (2002). Pflegeforschung: aktuelle Entwicklungstendenzen und -herausforderungen. *Pflege & Gesellschaft*, 7. Jg., Nr.3. S. 73-79.
- Schaeffer, D., Moers, M. & Hurrelmann, K. (2010). Public Health und Pflegewissenschaft - zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Eine Bilanz nach 15 Jahren. In: Gerlinger, T., Kümpers, S.; Lenhardt, U. & Wright, M. T. (Hrsg.) *Politik für Gesundheit. Fest- und Streitschriften zum 65. Geburtstag von Rolf Rosenbrock*. Bern: Verlag Hans Huber. S. 75 - 92.
- Schaub, H. & Zenke, K. G. (2002). *Wörterbuch Pädagogik*. 5. Auflage. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Schmidtbauer, W. (2001). *Lexikon Psychologie*. Reinbek: Rowohlt.
- Schott, T., Badura, B., Schwager, H., Wolf, P. & Wolters, P. (Hrsg.) (1996). *Neue Wege in der Rehabilitation. Von der Versorgung zur Selbstbestimmung chronisch Kranker*. Weinheim, München: Juventa.
- Schütz, A. (1932). *Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt. Eine Einleitung in die verstehende Soziologie*. Wien: Springer.
- Schütz, A. & Luckmann, T. (1975). *Strukturen der Lebenswelt*. Darmstadt, Neuwied: Luchterhand.
- Schweizerisches Rotes Kreuz (1993). Bestimmungen für die Ausbildung zur Pflegeassistentin an den vom Schweizerischen Roten Kreuz anerkannten Schulen. Internet: http://www.redcross.ch/data/info/pubs/pdfbb/redcross_best_15_de.pdf. Abruf: 11.08.2013.
- Schwerdt, R. (1998). *Eine Ethik für die Altenpflege*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Seidl, E., Stankova, M. & Walter, I. (2000). *Studien zur Verbesserung der Lebensqualität durch professionelle Pflege*. Wien, München Bern: Verlag Wilhelm Mandrich.
- Sieling, D. (2008). *Kulturelle Identität in der Pflege. Fallverstehen und Regelwissen als Grundlage kultursensibler Kompetenz am Beispiel familiärer Strukturen von türkischen Migranten*. Hamburg: Diplomica Verlag.
- Spitzenverbände der Pflegekassen (2005). Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (Qualitätsprüfungsrichtlinien – QPR). Internet: http://www.vdd.de/fileadmin/downloads/VDD_Downloads_geriatrie/Richtlinie_zur_Qualitaetspruefung_durch_den_MDK.pdf. Abruf: 11.08.2013.
- Statistisches Bundesamt (2009). *Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausrechnung*. Internet: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204099004.pdf?__blob=publicationFile. Abruf: 11.08.2013.
- Statistisches Bundesamt (2013). *Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Internet: <http://www.gpverbund.de/images/publikationen/fremd/destatis-pflegeergebnisse-deutschland-2011.pdf>. Abruf: 11.08.2013.
- Statistisches Bundesamt (2013a). *Gesundheit. Ausgaben 2011. Fachserie 12 Reihe 7.1.1*. Internet: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/AusgabenGesundheitPDF_2120711.pdf?__blob=publicationFile. Abruf: 11.08.2013.

Bibliographie

- Statistisches Bundesamt (2013b). 2011: Beschäftigung im Gesundheitswesen um 1,8 % gestiegen. Internet: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/01/PD13_037_23621.html. Abruf: 11.08.2013.
- Steiner, G. (2001). Wie alles anfang – Konsequenzen politischer Behindertenselbsthilfe. In: Inforum. 20 Jahre Assistenz – Behinderte auf dem Weg zu mehr Selbstbestimmung. Publikation über Geschichte, Gegenwart und Zukunft der Persönlichen Assistenz. Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen, Forsea e.V. Berlin. Internet: http://www.forsea.de/projekte/20_jahre_assistenz/steiner.shtml. Abruf: 11.08.2013.
- Steinmann, H. & Schreyögg, G. (2005). Management. Grundlagen der Unternehmensführung. Konzepte – Funktionen – Fallstudien. 6. vollständig überarbeitete Auflage. Wiesbaden: Gabler.
- Tewes, R. & Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2002). Pflegerische Verantwortung. Reihe Pflegewissenschaft. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Thiersch, H. (2006). Die Erfahrung der Wirklichkeit. Perspektiven einer alltagsorientierten Sozialpädagogik. 2. ergänzte Auflage. Weinheim, München: Juventa.
- Thiersch, H. (2009). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. 7. Auflage. Weinheim, München: Juventa.
- Tönnis, M. (2000). Delegation und Durchführungsverpflichtung – Rechtliche Grundlagen und berufliche Verpflichtung. In: Pflege aktuell 5/ 2000, S. 290-292.
- UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (CESCR) (2000). The right to the highest attainable standard of health. UN Doc. E/ C.12/ 2000/ 4. General Comment Nr. 14. Internet: [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En). Abruf: 11.08.2013.
- Van der Arend, A. & Gastmans, C. (1996). Ethik für Pflegende. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Von Troschke, J. (2008). Grundwissen Prävention Gesundheitsförderung. Querschnittsbereich 10. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Weber, M. (1922). Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie. Kapitel IV, Stände und Klassen. Tübingen: Mohr Siebeck. Online (Open Library): <http://www.archive.org/stream/wirtschaftundges00webeuoft#page/n5/mode/2up>. Zugriff: 11.08.2013.
- WE'G Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe & Lüthi, R. (2004). Bereich Pflege und Betreuung. Kompetenzzuschreibung entsprechend den Qualifikationsniveaus der Bildungssystematik. Aarau: WE'G.
- WE'G Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe (Projektteam des Konsortiums WE'G & REF) (2007). Bericht Mandat BBT – WE'G. Referenzmodelle ausgewählter Gesundheits- und Sozialberufe. Schlussbericht Teilprojekt Gesundheit. Bern: WE'G & REF. Internet: <http://www.bbaktuell.ch/pdf/bba2332.pdf>. Abruf: 11.08.2013.
- Wendt, W. R. (2008). Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. 4. Auflage. Freiburg: Lambertus.
- Weninger, G. (Hrsg.) (2001). Lexikon der Psychologie. Heidelberg, Berlin: Spektrum Akademischer Verlag.
- Werner, M. H. (2002). Verantwortung. In: Düwell, M., Hübenenthal, C. & Werner, M. H. (Hrsg.). Handbuch Ethik. Stuttgart, Weimar: J. B. Metzler. S. 541-547.
- Wied, S. & Warmbrunn, A. (2003). Pschyrembel. Wörterbuch Pflege. Berlin, New York: Walter de Gruyter.
- Wild, E. & Möller, J. (2009). Pädagogische Psychologie. Heidelberg: Springer.

Bibliographie

- Wilkening, K. & Martin, M. (2003). Lebensqualität am Lebensende: Erfahrungen, Modelle und Perspektiven. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie Band 36, Heft 5. S. 333-338.
- WHO - World Health Organization. (1946). Übersetzte Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Internet: http://www.admin.ch/ch/d/sr/0_810_1/index.html. Abruf: 11.08.2013.
- WHO - World Health Organization (1986). Ottawa Charta for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. WHO/ HPR/ HEP/ 95.1. Internet: <http://www.euro.who.int/de/who-we-are/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>. Abruf: 11.08.2013.
- WHO - World Health Organization. Regional Office for Europe (1987). People's needs for nursing care. A European Study. Kopenhagen: WHO.
- WHO - World Health Organization. (1990). Definition of Palliative Care. Internet: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Abruf: 11.08.2013.
- WHO - World Health Organization, Division of Mental Health (1997). WHOQOL Measuring Quality of life. (MNG/ PSF/ 97.4). Genf: WHO.
- Zegelin, A. (2008). Klientenorientierte Information, Schulung und Beratung in der Pflege. In: Kirch, W., Badura, B. & Pfaff, H. (Hrsg.). Prävention und Versorgungsforschung. Heidelberg: Springer Verlag. S. 559-568.



Rechtsquellenverzeichnis

Rechtsquellen

- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung - AltPfiAPrV) vom 26. November 2002 (BGBl. I S. 4418), zuletzt geändert durch Artikel 31 des Gesetzes vom 2. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2686).
- Ausbildungs- und Prüfungsordnung für den Beruf der Gesundheits- und Krankenpflegeassistentin und des Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten (GesKrPflaAPrV) vom 6.10.2008 (Gesetz- und Verordnungsblatt NRW S. 652).
- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Altenpflegehilfeausbildung in NRW (APRO-APH) vom 23. August 2006.
- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPfiAPrV) vom 10. November 2003 (BGBl. I S. 2263), zuletzt geändert durch Artikel 35 des Gesetzes vom Dezember 2007 (BGBl. I S. 2686).
- Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), zuletzt geändert durch Artikel 27 des Gesetzes vom 8. Dezember 2010 (BGBl. I S. 1864).
- Entscheidung des Rates vom 7. Juli 2009 über Leitlinien für beschäftigungspolitische Maßnahmen der Mitgliedsstaaten (2009/ 536/ EG).
- Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz - AltPfiG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. August 2003 (BGBl. I S. 1690), zuletzt geändert durch Artikel 12b des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990).
- Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz - KrPfiG) vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983).
- Gesetz über die Hochschulen des Landes Nordrhein-Westfalen (Hochschulgesetz - HG) in der Fassung des Hochschulfreiheitsgesetzes vom 1. Januar 2007 (Hochschulfreiheitsgesetz - HFG).
- Gesetz zur Durchführung des Altenpflegegesetzes und zur Ausbildung in der Altenpflege (Landesaltenpflegegesetz - AltPfiG NRW) vom 27. Juni 2006.
- Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874).
- Hochschulrahmengesetz (HRG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Januar 1999 (BGBl. I S. 18), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 12. April 2007 (BGBl. I S. 506).
- Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 30. Juli 2009 (BGBl. I S. 2495).
- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, geändert durch Artikel 1 u. 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309).
- Sozialgesetzbuch (SGB) Viertes Buch (IV) - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 1976, BGBl. I S. 3845 in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3974), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309).
- Strafgesetzbuch (StGB) in der Fassung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2300).
- Verordnung über personelle Anforderungen für Heime (Heimpersonalverordnung - HeimPersV) vom 19. Juli 1993 (BGBl. I S. 1205), geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 22. Juni 1998 (BGBl. I S. 1506).

Rechtsquellen

Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung für die Heranbildung von Fachkräften für die gerontopsychiatrische Betreuung und Pflege (Gerontopsychiatrische Fachkraft-Weiterbildungsverordnung - GerPsychFWV) des Landes Brandenburg vom 08. Februar 2004 (GVBl. II/ 04, [Nr. 05], S. 125).

Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz - (SGB X) (Artikel 1 Gesetzes vom 18. August 1980, BGBl. I S. 1469 und Artikel 1 des Gesetzes vom 4. November 1982, BGBl. I S. 1450) in der Fassung vom 18. Januar 2001 (BGBl. I S. 130), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 05. August 2010 (BGBl. I S. 1127)

Gefördert vom:

