



degro - n



degro - n

degro-n

AG Pflegeberufe

9. degro-n Pflegekongress 26.05. – 28.05.2005



Karlsruhe

Layout: Francisco de la Fuente; Heidelberg © 2005
Degro-n

Abstraktband

Abstraktband

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
Veranstalter	2
Programm 26.05.2005	3
Programm 27.05.2005	4
Programm 27.05.2005	5
Sterbebegleitung	6
Gesprächsführung	7
Meditation mit onkologischen Patienten	8
Motivationsförderung	9
Ethikkommission - Möglichkeiten für die Pflege	11
Radioonkologische Behandlungsoptimierung beim nicht-kleinzelligen Bronchialkarzinom	12
Das Nicht-kleinzellige Bronchialkarzinom –Ätiologie, Diagnostik und Therapie	14
Pflegerische Versorgung bei Bronchial-CA	15
Strukturveränderungen und Möglichkeiten in der stationären Pflege	16
Entlassungsmanagement	18
Strukturelle Änderungen in der Pflegeausbildung	20

Veranstalter

Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie

Kongresspräsidentin:

Frau Prof. Dr. med. M.L. Sautter-Bihl

Veranstalter des Pflegeprogramms

Degro-n

Veranstaltungsort

KMK Karlsruher Messe- und Kongress-GmbH
Kongresszentrum
Festplatz 9, 76137 Karlsruhe

02



Donnerstag, 26. Mai 2005

Pflegeprogramm

12:05–16:45 Ettlinger Tor I + II	Psychoonkologie Vorsitz: F. de la Fuente (Heidelberg); S. Kolb (Karlsruhe)
12:05	Begrüßung M.L. Sautter-Bihl (Karlsruhe)
12:10	Begrüßung (Sprecher der AG Degro-n) F. de la Fuente (Heidelberg)
12:15	Einführung in die Psychoonkologie R. Verres (Heidelberg)
13:15	Sterbebegleitung T. Kerkovius (Oberhammersbach)
14:15	Kaffeepause
14:45	Gesprächsführung G. Weizel (Mannheim)
15:45	Meditation (Für alle Berufsgruppen zugänglich) M. Fox (Karlsruhe)

Donnerstag

03

Pflegeprogramm

09:15-11:45
Ettlinger
Tor I + II

Bewältigungsstrategien

Vorsitz: U. Kopp (Freiburg); R. Groschke (Hamm)

09:15

Ekel in der Pflege

A. Günzel (Gauting)

09:45

Sexualität bei Schwerkranken

M. Kern (Bonn)

10:15

Kaffeepause

10:45

Motivationsförderung

C. Sommer-Gann (München)

11:15

Ethikkommission – Möglichkeiten für die Pflege

B. Dickmann (Freiburg)

12:00-13:00
Ettlinger
Tor I + II

Interdisziplinäres Forum

Vorsitz: B.F. Schmidt (Stuttgart)

12:00

Aktuelle Probleme in den Schnittstellen

Pflege, Ärzte, MTRA's

13:15-13:45
Ettlinger
Tor I + II

Medizin Update: Bronchialkarzinom

Vorsitz: B. Lebert (Heidelberg); F. de la Fuente (Heidelberg)

13:15

**Nicht-kleinzelliges Bronchialkarzinom
(Strahlentherapie)**

C. Rube (Homburg/Saar)

13:45

Nicht-kleinzelliges Bronchialkarzinom (Internist)

J. Kappes (Heidelberg)

14:15

Pflegerische Versorgung am Beispiel Thoraxklinik

A. Rössner (Heidelberg), G. Dubiel (Heidelberg)

15:15-17:00
Ettlinger
Tor I + II

Mitgliederversammlung + Vorstandswahl

Vorsitz: Vorstand Degro-n ()

Pflegeprogramm

09:15-11:45
Ettlinger
Tor I + II

Strukturwandel in der Pflege

Vorsitz: C. Sommer-Gann (München); K. Frey (Freiburg)

09:15

Strukturveränderung am Beispiel St. Marien-Hospital

R. Groschke (Hamm)

09:45

DRG's und Pflege – aktueller Stand

T. Vogel (Karlsruhe)

10:15

Kaffeepause

10:45

Entlassmanagement

B. Bühler (Heidelberg)

11:15

Strukturelle Änderung in der Pflegeausbildung

H. Humbert (Speyer)

Sterbebegleitung

Thile Kerkovius

Diplompädagoge, Leiter des Hospiz Haus Maria Frieden,
Oberharmersbach

Im Hospiz betreuen wir schwerkranke und sterbende Menschen am Ende ihres Lebens. Neben einer guten palliativen Versorgung (medizinisch und pflegerisch) "rund um die Uhr" will das stationäre Hospiz Ersatz für die verlorengegangene Häuslichkeit bieten und eine familiäre Geborgenheit schaffen. Und wir wollen in aller Ernsthaftigkeit das Sterben wieder in den Blick nehmen. Das Sterben ist hier nicht mehr in erster Linie Krankheit, die es zu behandeln, vielleicht zu bekämpfen gilt, sondern die letzte große Lebenskrise, die ein Mensch durchlebt - und damit ein sehr bedeutsamer Lebensabschnitt. Als Helfer sind wir dann nicht mehr in erster Linie als Macher und Behandler gefordert, sondern viel mehr als Begleiter und Beistand. Diese Begleitung ist sicher immer eine sehr fürsorgliche, um mit vielen Handreichungen dem zunehmend hilflosen Kranken die verlorengegangenen Möglichkeiten so gut wie möglich zu ersetzen. Aber sie geschieht in der Haltung eines Begleitenden, nicht in der eines allwissenden und agierenden Spezialisten. Über den Alltag im Hospiz und eine Begleitung in diesem Sinne soll berichtet werden.

Gesprächsführung

Grit Welzel

Dipl.-Psych, Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie,
Universitätsklinikum Mannheim, Fakultät für Klinische Medizin
Mannheim

Kommunikationsfähigkeit ist nicht nur die am häufigsten geforderte Fähigkeit von Schlüsselqualifikationen auf dem Stellenmarkt, im Berufsfeld der Pflege kommt ihr eine besondere Bedeutung zu. Pflegekräfte sind vor allem während der stationären Behandlung in quantitativer und oft auch qualitativer Hinsicht ein wichtiger Ansprechpartner onkologischer Patienten. Eine wichtige Voraussetzung für eine gute Pflege-Patient-Beziehung ist die geglückte Kommunikation. Es gibt die weit verbreitete Meinung, dass man Kommunikation nicht lernen kann. Die einen haben das eben im Gefühl und die anderen nicht. Dennoch: Zahlreiche Untersuchungen bestätigen, dass das professionelle Gespräch erlernt werden kann. Dabei geht es nicht nur um das Vermitteln der richtigen Technik (aktives Zuhören, Strukturieren, Warten, Wiederholen, Spiegeln, Zusammenfassen), sondern auch um die Reflexion der eigenen Einstellungen und Meinungen, die wir zumeist unbewusst und nonverbal kommunizieren. Sowohl das gesprochene Wort, als auch die nonverbale Kommunikation sind wichtige Instrumente, um mit Patienten in Kontakt treten zu können und Informationen auszutauschen. Ziel der Fortbildung ist es, grundlegende, allgemeine Merkmale der Kommunikation und Gesprächsführung zu vermitteln. Des Weiteren werden einige erprobte Kommunikationstechniken vorgestellt.

Meditation mit onkologischen Patienten

Maria Fox*

Krankenschwester, Städtisches Klinikum Karlsruhe

Meditation mit onkologischen Patienten

- Öffnet diesen die Möglichkeit:
 - dem Leben neu zu begegnen, es in Stille wahrnehmen und anzunehmen
 - sich wohl zu fühlen, zu entspannen
 - sich zu öffnen, um den Fragen des Herzens zu lauschen und seine Antwort erspüren zu lernen
- bedeutet, auf dem Weg zu sein um das Wasser des Lebens zu finden, welches neues Kraft gibt den Alltag zu bestehen

In dieser Sitzung sollen die Besucher, durch eigene Meditationserfahrung des Referenten, an das Thema herangeführt werden.

*jahrzehnte lange eigene Meditationserfahrung, langjährige Teilnahme an vieljährigen Meditationskursen, Psychotherapeutischen Ausbildung, seit Okt. 2004 Leitung einer offenen Meditationsgruppe für onkologische Patienten in der Radioonkologischen Abt. des Klinikums Karlsruhe

Motivationsförderung

Christine Sommer-Gann

Stationsleitung, Station K21, Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie, Klinikum der Universität München, Großhadern

Besonders in der Strahlentherapie mit den außerordentlich hohen Belastungen in der Pflege durch die komplexen Krankheitsbilder der Patienten spielt die Mitarbeiterführung und -motivation eine sehr wichtige Rolle im Aufgabenfeld einer Stationsleitung. Zu den klassischen Aufgaben einer Stationsleitung gehören die Sicherung des Personaleinsatzes (z. B. Dienstplangestaltung), Arbeitsorganisation (z. B. Tages- und Arbeitsablaufplanung), Qualitätssicherung (z. B. Pflegeplanung und -dokumentation, Einhaltung von Hygiene- und Sicherheitsvorschriften) sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. Mit steigendem Kostendruck, zunehmender Arbeitsintensität durch kürzere Verweildauer und höhere Fluktuation der Patienten bei gleichzeitigen betriebswirtschaftlichen Erfordernissen erweitern sich diese Aufgaben im Managementbereich. Am Beispiel von zwei ausgesuchten Themen aus dem Stationsalltag, die unter pflegenden KollegeInnen kontrovers diskutiert werden, sollen die notwendigen Kompetenzen einer Stationsleitung dargestellt werden. Am Beispiel der Arbeitsorganisation wird diskutiert, wie viel eine Stationsleitung aktiv „am Patienten“, also in der Pflege unmittelbar arbeitet. Eine Entscheidung und entsprechende Einteilung muss in jedem Fall für alle Mitarbeiter transparent und nachvollziehbar sein. Dabei spielt die Kommunikation im Team eine große Rolle. Im Dienstplan als sogenannte „Bürotage“ gekennzeichnet, wird eine Planung der Führungsaufgaben außerhalb der unmittelbaren Patienten-

versorgung für alle Mitarbeiter sichtbar. Ein optimaler Führungsstil ist dabei immer situationsgerecht. Das zweite Beispiel zeigt auf, wie gezielte Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter zur Motivationsförderung und Qualitätshebung beitragen kann. Der Transfer von in der Theorie erworbenen Kenntnissen in die tägliche Arbeitspraxis geschieht auf der Station K21 durch gezielte Nachbereitung an sogenannten „Bürotagen“ mit anschließendem Vorstellen der Inhalte. Regelmäßige Mitarbeitergespräche, Teambesprechungen und ein intensiver Austausch miteinander ermöglicht eine Teamarbeit, die durch ein gutes Betriebsklima gekennzeichnet ist.

Der sozialen Zusammenhalt innerhalb des Teams und ein gegenseitiges Verständnis wird u. a. durch gemeinsame Betriebsausflüge, Betriebsfeiern oder geplante Besichtigungen angrenzender Arbeitsbereiche gefördert.

Angesichts einer geringen Verweildauer im pflegerischen Beruf und einer hohen Fluktuation kommt der Mitarbeiterführung, besonders einer Motivationsförderung zur Steigerung der Arbeitszufriedenheit eine sehr große Bedeutung zu. So wird an die soziale und kommunikative Kompetenz einer Stationsleitung die höchste Anforderung gestellt.

Ethikkommission - Möglichkeiten für die Pflege

Barbara Dickmann*

Lehrerin, Ehrenamtliche Klinikseelsorgerin

Kath. Klinikpfarrei *Heilig Geist* Freiburg

*unter anderem 20 Jahre lang ehrenamtlich für UNICEF tätig

Auf ein paar allgemeine Gedanken zum Thema und zur Klinikseelsorge folgen Berichte über Begegnungen des Seelsorgers mit Patienten, Angehörigen, Ärzten und Pflegepersonal.

Dies mag die unterstützende Wirkung von Seelsorgergesprächen auf allen Beteiligten deutlich machen und ermutigen, Klinikseelsorge auch in anderen Kliniken einzubeziehen und als ergänzende Therapie zu unterstützen.

Radioonkologische Behandlungsoptimierung beim nicht-kleinzelligen Bronchialkarzinom

Jochen Fleckenstein, Dr.

Oberarzt in der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie,
Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg (Saar)

J. Fleckenstein, Ch. Rube

In der Behandlung des lokal fortgeschrittenen nichtkleinzelligen Bronchialkarzinoms zeichnet sich ein messbarer Fortschritt ab, in dem neue, auf biologischen Therapieprinzipien beruhende, Ansätze noch nicht enthalten sind. Allein die Optimierung der Verfahren in jeder der drei klassischen Modalitäten Operation, Strahlen- und Chemotherapie für sich, sowie deren überlegte Kombination beinhaltet ein erhebliches Verbesserungspotenzial.

Neuere Daten deuten darauf hin, dass die vollständige Tumoresektion die besten Heilungschancen beinhaltet. So sollte diese im Frühstadium sowie beim lokal fortgeschrittenen, jedoch resektablen Bronchialkarzinom angestrebt und grundsätzlich um ein Chemotherapie und in besonderen Situationen eine Strahlentherapie ergänzt werden. Dabei ist das Herausfinden der optimalen Therapiesequenz Gegenstand aktueller Studien.

Beim definitiv inoperablen Tumor zeichnet sich ein Vorteil für die kombinierte Radiochemotherapie im Vergleich zur alleinigen Radiatio ab. Prinzipiell konkurriert hier die sequenzielle mit der simultanen Radiochemotherapie, wobei sich auf Grundlage neuerer Studien ein relativ deutlicher Trend zur Überlegenheit des simultanen Ansatzes in Hinsicht auf die lokale Tumorkontrolle und das Gesamtüberleben abzeichnet.

Die höhere Akuttoxizität der simultanen Radiochemotherapie, insbes. Ösophagitis, Hämatoxizität und Pneumonitis stellen nicht zuletzt auch besondere pflegerische Herausforderungen in der Supportivtherapie dar.

Nachdem nun flächendeckend die „dreidimensionale Bestrahlungsplanung“ zum Standard geworden ist, sind aktuell viel versprechende Entwicklungen in der Erforschung effizienterer, alternativer strahlentherapeutischer Fraktionierungsschemata sowie der Möglichkeit der Dosisescalation durch hochkonformale Bestrahlung zu verzeichnen.

Das Nicht-kleinzellige Bronchialkarzinom –Ätiologie, Diagnostik und Therapie

Jutta Kappes, Dr.

Oberärztin, Leiterin der Ambulanz, Thoraxklinik-Heidelberg

Das Bronchialkarzinom ist heute global der häufigste zum Tode führende Tumor. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts war das Bronchialkarzinom in Europa eine seltene Erkrankung. Zwischen 1920 und 1980 stieg die Mortalität um das 50fache. Bis Mitte der 80er Jahre war der Erkrankungsgipfel bei den Männern erreicht und bleibt bei diesen seitdem konstant die häufigste Krebsursache. Bei Frauen ist den letzten 20 Jahren eine stetig steigende Anzahl an Erkrankten zu verzeichnen, was sicherlich auf das veränderte Rauchverhalten im Wandel der Zeit zurückzuführen ist. Dauer und Ausmaß des Zigarettenkonsums bestimmen das Lungenkrebsrisiko. Auch Passivrauchen erhöht das Risiko für Bronchialkrebs um den Faktor 1.3 – 2.0. Somit spielt neben der Diagnostik und Therapie dieses Tumors vor allen Dingen die Prävention eine zentrale Rolle bei der Betreuung onkologischer Patienten.

Insgesamt kann man 75 % aller Bronchialkarzinome dem Nicht-kleinzelligen Bronchialkarzinom (= NSCLC= „non- small cell lung cancer“) zuordnen, 25% zählen zu den kleinzelligen Bronchialkarzinomen (= SCLC= „small cell lung cancer“).

In diesem Vortrag sollen Einblicke in die diagnostischen Möglichkeiten und therapeutische Grundlagen gewährt werden. Auch die Ätiologie dieser Erkrankung sollte unter besonderer Berücksichtigung der Prävention eines Tumors stehen, der zu 85 % im kausalen Zusammenhang zum Inhalationsrauchen steht.

Pflegerische Versorgung bei Bronchial-CA (am Beispiel der Thoraxklinik HD)

Alexandra Rössner-Fischer,

Stellv. Stationsleitung, Thoraxklinik Heidelberg

Gerd Dubiel

Krankenpfleger, Thoraxklinik Heidelberg

Die Versorgung tumor erkrankter Menschen stellt für alle Berufsgruppen eine außerordentliche Herausforderung dar. Das Pflegepersonal muß sich sowohl in der therapeutischen, als auch in der Grund- und Palliativpflege, sehr gut auskennen.

Patienten mit Bronchial-Ca. sowie deren Angehörige befinden sich in der schwersten Krise ihres Lebens und die psychische und seelsorgerische Betreuung ist ein weiterer wichtiger Schwerpunkt für Pflegende.

Am Anfang wird durch ein ausführliches Staging die genaue Diagnose erstellt. Danach wird die geeignete Therapie - Operation, Chemotherapie, und/oder Bestrahlung - festgelegt. Trotz neuer Medikamente können dabei multiple Nebenwirkungen auftreten. Diese sind u.a. Appetitlosigkeit, Übelkeit, Nadir, Hautschäden, Parästhesien und Fieber. Die Letalität bei Bronchialtumoren ist sehr hoch.

Im Vortrag werden wir darauf eingehen, wie Pflegekräfte den Patienten vom Aufnahmetag bis zur Entlassung oder seinem Tod begleiten, wie durch frühzeitige Prophylaxen typische Nebenwirkungen wie Soor oder Hautschäden vermieden werden können und Therapiebegleitung aus pflegerischer Sicht aussehen kann. Weitere Themen sind palliative Betreuung, die psychische Belastung der Pflegenden und Notfallsituationen.

Strukturveränderungen und Möglichkeiten in der stationären Pflege am Beispiel des St. Marienhospitals Hamm

Ralf Groschke

Stationsleitung, St. Marienhospital Hamm

Ein neues Abrechnungssystem und immer mehr Kürzungen und Einsparungen im Gesundheitswesen machen eine optimal Nutzung der vorhandenen Ressourcen und Arbeitsabläufe zwingend erforderlich.

Auch um die Zertifizierungsprogramme zu ermöglichen und ein Qualitätsmanagement einzuführen sind alle Mitarbeiter aufgefordert über Möglichkeiten und Veränderung nachzudenken. In der Strahlentherapie des St. Marien-Hospital werden schon über einige Jahre berufsübergreifend eine Optimierung der Arbeitsabläufe umgesetzt. Besonderst aus der Pflege sind Ideen und Vorschläge zur Verbesserung der Qualität für Patienten, aber auch für die Gestaltung der Abläufe, umgesetzt worden.

Hierzu gehören die Einführung der,

- Bereichspflege
- Besetzung einer Pflegesekretärin
- Patientengespräche
- Übergabe am Patientenbett
- Schaffung eines Aufnahmekalenders über EDV
- Fortbildungsmöglichkeiten für alle Mitarbeiter der Klinik für Strahlentherapie
- Pflegeberatung
- Erstellen von Arbeitsplänen

und vieles mehr.

Die einzelnen Bausteine werden in einem Konzept für die Arbeit der Station zusammengefasst "Pflegekonzept" woraus hervorgeht, wie die Station arbeitet z.B. Organisation, Tagesablaufplan, Dokumentation usw. Aber auch wie wir, auf die neue Entwicklung, kürzere Liegezeiten und mehr pflegeintensive Patienten, reagiert haben.

Hierüber wird in meinem Referat aus der Praxis berichtete und soll zur Diskussion und Meinungsaustausch anregen.

Entlassungsmanagement an der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg

Brigitte Bühler

Krankenschwester, Entlassmanagement Uniklinik Heidelberg

Aufgrund des Demographischen Wandels und den veränderten sozialen Strukturen, sowie den verkürzten Verweildauern der Patienten in den Kliniken und den dadurch verschobenen Abläufen, nämlich Pflege und Genesung zu Hause, wurde in der chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg in der Abteilung Viszeralchirurgie eine Stabstelle für das Entlassungsmanagement geschaffen.

Das Ziel dieser Stelle ist es, eine optimale Entlassungsplanung für die Patienten unter Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse und der wirtschaftlichen Aspekte zu erreichen.

Ebenso soll die Vermeidung des so genannten Drehtüreffekts erreicht werden.

Zum Aufbau dieser Tätigkeit hat sich das Entlassungsmanagement am nationalen Expertenstandard und am Regelkreis des Casemanagements nach Ewers orientiert.

Es werden alle Patienten, die zur elektiven Aufnahme in unsere Abteilung kommen, bereits am Aufnahmetag gesehen.

Bei einem Erstgespräch wird eine Sozial- und Pflegeanamnese erhoben und gemeinsam mit dem Patienten und dessen Angehörigen wird ein vorläufiger Entlassungsplan erstellt.

Durch die täglichen Rundgänge über die Stationen und ein wöchentliches Meeting mit den Mitarbeitern des Sozialdienstes und der Brückenpflege ist ein regelmäßiger Informationsaustausch mit allen am Entlassungsprozess beteiligten Berufsgruppen gewährleistet, und die Entlassungsmanagerin ist über den aktuellsten Stand des Patienten informiert.

Der Patient hat zur Entlassungsvorbereitung einen festen Ansprechpartner und eine kontinuierliche Betreuung während des gesamten Krankenhausaufenthaltes.

Die nötigen Hilfen (z.B. Anschlussheilbehandlung oder Organisation häuslicher Krankenpflege) können schon während des Krankenhausaufenthaltes des Patienten organisiert werden.

Der Patient fühlt sich sicher und hat eine problemlose Überleitung in Rehabilitationseinrichtungen oder andere weiterversorgende Einrichtungen.

Strukturelle Änderungen in der Pflegeausbildung

Hartwig HUMBERT

Leiter der Pflegerischen Schulen Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer

Durch das Inkrafttreten neuer Ausbildungsgesetze in der Kranken- und Altenpflege in den Jahren 2003 und 2004 wurden die Inhalte und die Rahmenbedingungen von Pflegeausbildung von Grund auf verändert. Allein die Verabschiedung des Altenpflegegesetzes als Bundesgesetz und die Veränderung der Berufsbezeichnung der bisherigen Kranken- bzw. Kinderkrankenschwester zur Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin zeigen die Wandlungen berufspolitischer, inhaltlicher und konzeptioneller Art auf.

Politischer Wille, wenn auch hie und da berufspolitisch umstritten, ist die Zusammenführung der drei divergierenden Pflegeausbildungen, mit denen die BRD im internationalen Vergleich der Grundausbildungen bisher weitgehend alleine steht. Eine darauf hinzielende Entwicklung unterstützen Bund und Länder durch die Einrichtung und Genehmigung von derzeit ca. 50 berufsgruppenübergreifenden generalistischen bzw. integrativen Pflegeausbildungen innerhalb der sog. Experimentierklausel beider Ausbildungsgesetze.

Die Ausbildungsinhalte sind erweitert worden, und dies stellt eine große Herausforderung für die Ausbildungsstätten dar und verlangt eine grundlegende curriculare Neugestaltung mit Auswirkungen auf den Lernstil der Auszubildenden und die angewandte Methodik der Unterrichtenden.

Dass die theoretischen Mindeststunden in der Kranken- und Kinderkrankenpflegeausbildung von 1600 h auf 2100 h erhöht wurde, verlangt eine Erhöhung der Lehrerstellen in den Schulen in Zeiten knapper Kassen im Gesundheitswesen und strukturelle Umstellungen und Schwierigkeiten der Krankenhäuser.

Deutlich gestärkt wurde der Einsatz im der ambulanten Pflege mit 500 Mindeststunden, also 13 Wochen. Dies ist einesteils für die Erweiterung des Spektrums für die Pflegeschüler begrüßenswert, doch da Pflegeschüler weiterhin auf den Stellenplänen (jetzt im Verhältnis 9,5 Schüler auf 1 Pflegestelle) angerechnet werden, reduzieren immer mehr Krankenhausträger ihre Ausbildungsplätze, da Pflegeschüler immer weniger zu Arbeitsleistungen in der eigenen Klinik herangezogen werden können. Einsparpotential erhofft man sich durch das Zusammenführen der Ausbildungsstätten in Verbund- und Zentralschulen.

Durch die im Vergleich zur Kranken- und Kinderkrankenpflege geringeren „Außeneinsätze“ und das duale System in der Altenpflegeausbildung, in dem die schulische Ausbildung meist durch die Kultusministerien finanziert und häufig an den Berufsschulen erfolgt, ist das Ausbildungsengagement der Träger dort nicht großem Ausmaß in Frage gestellt. Durch Fondlösungen werden die Kosten der Ausbildungsvergütungen auch hier auf die Einrichtungsträger verteilt.

Von berufspolitischem und juristischem Interesse ist im neuen Krankenpflegegesetz die Differenzierung der Verantwortlichkeiten in der Pflege. Die Arbeitsfelder der Pflegenden werden unterteilt in eigenverantwortliche Tätigkeiten, in Tätigkeiten der Mitwirkung und Aufgaben in einer interdisziplinären Zusammenarbeit der Berufsgruppen im Gesundheitswesen.