



fnb

Fachverband nephrologischer Berufsgruppen

© Barcin/istockphoto



Dialyse-Pflege- Standard (DPS)

für die Nierenersatztherapie

Fachverband nephrologischer Berufsgruppen e. V.

Dialyse-Pflege-Standard (DPS) für die Nierenersatztherapie

Fachverband nephrologischer Berufsgruppen e. V.

Titel

Dialyse-Pflege-Standard (DPS)
für die Nierenersatztherapie

Herausgeber

Fachverband nephrologischer
Berufsgruppen e. V. (fnb),
www.nephro-fachverband.de

Vorstand des fnb

Ina Wiegard-Szramek,
Vorsitzende fnb e. V.

Matthias Eikelman,
stellv. Vorsitzender fnb e. V.

Erscheinungsjahr DPS

1. Auflage, erschienen in 05 / 2023

Layout & Satz

www.claudia-mayerle.de

Lektorat

Andreas Spector, www.ueber-setzer.de

Geschäftsstelle

des Fachverbands nephrologischer
Berufsgruppen e. V. (fnb):
An der Wuhlheide 232A
D-12459 Berlin
Telefon 030 / 5213 7273
Telefax 030 / 5213 7272
info@nephro-fachverband.de

Autoren

Fernsebner, Thomas M. A.

Traunstein (red. Ltg.)
Akademie nephrologischer Berufs-
gruppen Traunstein

- Akademieleitung
- Master of Arts eEducation (M.A.),
- Lehrer für Gesundheitsberufe,
- Gesundheits- und Krankenpflege
für Nephrologie (DKG)
- fnb-Mitglied

Birkner, Hans

Traunstein

- Qualität-Effizienz-Beratung
- Fortbildung: Ethik-Recht-Ökonomie
- Jurist

Eikelman, Matthias

Essen

Helios Universitätsklinikum Wuppertal

- Leitende Pflegekraft Dialyse
- Fachkrankenschwester für
Nephrologie & Dialyse
- Praxisanleiter
- fnb-Mitglied

Reichardt, Michael

Essen

- Lehrer für Gesundheitsberufe
- Gesundheits- und Krankenpflege
für Nephrologie (DKG)
- fnb-Mitglied



Vorwort	11
Einführung	12

Teil A: Unser Grundverständnis von Pflege in der Nierenersatztherapie im Kontext gesellschaftlicher Spannungsfelder

1 Unsere Wirklichkeit – im Widerspruch zwischen Realität und Anspruch	14
1.1 Die Realität – übergreifende, ökonomische Dominanz	14
1.2 Unser Anspruch – die gemeinsamen, normativen, wertebasierten Grundlagen	15
1.3 Unsere Antwort – der DPS	15
<hr/>	
2 Pflege in der Nierenersatztherapie	15
2.1 Was eigentlich meint „Pflege“?	15
2.2 Besonderheiten der Pflege in der Nierenersatztherapie	16
<hr/>	
3 Dementsprechend notwendiger qualitativer und quantitativer Personalbedarf – der Personalschlüssel	18
<hr/>	
4 „Rote Linien“ in Sachen Qualität und Quantität – Unabdingbares / Unverhandelbares	18
<hr/>	
5 Die Notwendigkeit einer „Fehlerkultur“ – das Null-Fehler-Prinzip?	20
<hr/>	
6 Zu Teil B: Der „Dialyse-Pflege-Standard (DPS) für die Nierenersatztherapie“	21

**Teil B: Die besonderen qualitativen und quantitativen
Erfordernisse in der Nierenersatztherapie
– das 5-Kriterien-Modell**

Grundhaltung der Pflege Tätigkeit im Gesundheitswesen – zur Klarstellung	22
Es gibt nichts Selbstverständliches	22
Nochmal zur Besonderheit der Pflege Tätigkeit	22
Die Notwendigkeit konsequenter Kernkriterien (5-Kriterien-Modell)	23
<hr/>	
1 Der Pflegeprozess und die daraus resultierenden Aufgaben in der Nierenersatztherapie	23
1.1 Der Pflegeprozess umfasst das Gesamtgeschehen der Pflege	23
1.2 Die essentielle Notwendigkeit der Pflegeanamnese	24
1.3 Resümee zum Pflegeprozess und dessen Unverzichtbarkeit	25
1.4 Aufgaben als Ergebnis des Pflegeprozesses	25
<hr/>	
2 Pflegende Qualitätsanforderungen in der Nierenersatztherapie	28
2.1 Definition der nephrologischen Fachpflege – unsere Qualitätsanforderung	29
2.2 Qualitäts-Erfordernisse nephrologischer Pflege	30
<hr/>	
3 Pflege-Quantität in der Nierenersatztherapie	31
3.1 Dialysepfleger Aufwandsberechnung	31
3.2 PaBA DIA – PflegeAufwandBemessungsAssessment in der Dialyse	32
3.3 Quantitativer Personalbedarf	34
3.4 Qualitativer Personalbedarf	34
<hr/>	
4 Pflege-Personal-Qualifikation in der Nierenersatztherapie	35
4.1 Berufsgruppen	36
4.2 Wie wird qualifiziert?	37
4.3 Die Kompetenzstufen nach Patricia Benner	38
<hr/>	
5 Die Pflege-Qualitätsprüfung in der Nierenersatztherapie	41
<hr/>	
Resümee – ihre Entsprechung des 5-Kriterien-Modells	42

Teil C: Resümee und Ausblick zur praktischen Umsetzung und Absicherung des DPS in der Nierenersatztherapie

1.1 Der DPS – unsere Entscheidung	44
1.2 Unsere Hauptaufgabe	45
1.3 Weiter anstehende Aufgaben	45
1.4 Entscheidend, unsere gemeinsame Praxis	46

Anhang

ATL Wach sein und schlafen	48
ATL Essen und trinken	48
ATL Sich bewegen	49
ATL Für Sicherheit sorgen	49
ATL Atmen	49
ATL Körpertemperatur regeln	49
ATL Kommunikation	50
ATL Ausscheiden	50
ATL Sich waschen und kleiden	50
Literaturverzeichnis	51

Zur besseren Lesbarkeit werden unterschiedliche übliche umgangssprachliche geschlechtliche Identitäten verwendet. Personenbezeichnungen beziehen sich – sofern nicht anders kenntlich gemacht – auf alle Geschlechter.

Vorwort

In den vergangenen 30 Jahren hat sich der Fokus von Pflegekräften in der Versorgung von Dialysepatienten von der rein technisch-medizinischen Betreuung der Dialysepatienten hin zu einer umfassenden pflegerischen Versorgung von Menschen mit terminalem Nierenversagen entwickelt. Als Pflegekräfte in der Nephrologie waren wir anfangs vor allem mit der anspruchsvollen Überwachung von Menschen bei der Dialysebehandlung beschäftigt. Doch im Laufe der letzten vier Dekaden hat sich unser Berufsfeld kontinuierlich weiterentwickelt, und wir kümmern uns nun verstärkt um die Betreuung älterer und kränkerer Dialysepatienten mit immer größeren Herausforderungen.

Dank technologischer Fortschritte wurden wir in den letzten Jahren zwar spürbar entlastet, doch gleichzeitig hat die Zahl der multimorbiden Patienten stark zugenommen, was zu einer spürbaren Verschlechterung der Versorgungsqualität für diese schwer kranken Menschen geführt hat.

Diese Entwicklung stellt für uns als nephrologisch Pflegenden eine enorme Arbeitsbelastung dar, die sowohl körperlich als auch psychisch sehr belastend ist.

In diesem Spannungsfeld halten wir es für unerlässlich, die unverhandelbaren Eckpfeiler nephrologischer Pflege festzulegen.

Daher haben wir mit der Veröffentlichung der ersten Ausgabe der hier vorliegenden Dialyse-Pflege-Standards (DPS) diese als sinnvolle und logische Ergänzung zum Dialysestandard, der von ärztlichen Vertretern veröffentlicht wurde, sowie zur Qualitätsrichtlinie Nierenersatztherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses verfasst.

Wir sind stolz darauf, dass wir mit dieser Veröffentlichung einen Beitrag zur weiteren Verbesserung der Versorgung unserer Dialysepatienten leisten können und planen, die DPS in Zukunft weiter zu verbessern und zu aktualisieren.

Wir laden alle interessierten Kolleginnen und Kollegen aus dem Bereich der nephrologischen Pflege sowie auch ausdrücklich Ärztinnen und Ärzte ein, an diesem wichtigen Projekt mitzuarbeiten.

Berlin, 12. 05. 2023
Vorstand des fnb

1. Gesundheits- und Krankenpflege in den letzten Jahren, Jahrzehnten

Die Gesundheits- und Krankenpflege hat in den letzten Jahren und Jahrzehnten in Zusammenhang mit den Entwicklungen in den medizinisch-chemisch-biologischen sowie medizintechnischen Wissenschaften sowohl individuell, als auch gesellschaftlich, ökonomisch und politisch enorme Bedeutung erlangt.

Dementsprechend herausfordernd haben die materiell-sachlichen, fachlichen, finanziellen sowie personellen Anforderungen zugenommen und ebenso die menschlichen, psychosozialen und idealen Ansprüche.

Die Folgen sind regelmäßig wiederkehrende Milliarden-Defizite in den gesetzlichen Krankenversicherungen, Diskussionen um weiter ansteigende Bundeszuschüsse, um höhere Krankenversicherungsbeiträge oder um ein Anheben der Beitragsbemessungsgrenze der Versicherten – allemal weiter steigende Belastungen für den Staat bzw. die Bürger¹.

Im Zuge dieser Entwicklungen sind die Krankenpflege und die Krankenpflegeberufe generell in ein gesellschaftliches Schattendasein von Selbstverständlichkeit gedrängt worden.

Corona schließlich hat ihre grundlegende gesellschaftliche Relevanz, ihre sogenannte „Systemrelevanz“, ins öffentliche Bewusstsein gerückt.

Nach wie vor steigt die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen. Zeitgleich verlassen Pflegekräfte ihren Beruf aufgrund

unzureichender Arbeitsbedingungen, wegen mangelnder gesellschaftlicher Wertschätzung und Anerkennung.

In Bezug auf die elementaren Pflegeprozesse sind allgemeine, gravierende Defizite an Personal und pflegerischer Versorgungsqualität offensichtlich.

Es sind dringend aktuelle Standards notwendig, allgemeine, nicht unterschreitbare Mindeststandards.

2. Der Stellenwert des DPS für die Nierenersatztherapie insgesamt

Dazu gibt es wertvolle Empfehlungen seitens nephrologischer Fachverbände und die Grundlagen der Strukturen der nephrologischen Pflege der EDTNA / ERCA D-Zweig². Auch die Dialyse-Einrichtungen haben gemäß den gesetzlichen Vorschriften des SGB ihre Qualitätsmanagementsysteme, ihre erarbeiteten Qualitätshandbücher etc.

Was nach wie vor fehlt, sind vor allem klare, einheitliche und allgemeinverbindliche Feststellungen dazu, welche Aufgaben und Tätigkeiten der Pflegekräfte notwendigerweise wie viel bzw. welche Qualifikationen erfordern, weil nur unter diesen Voraussetzungen eine angemessene Versorgung der Patienten gewährleistet sein kann.

Auch seitens des Fachverbands nephrologischer Berufsgruppen fnb ist bisher eine solche verbindliche Zusammenfassung, die den Qualitätsanforderungen des Pflegeprozesses insgesamt und besonders einer diesem gemäß dif-

ferenzierenden Qualifikation der Pflegekräfte entsprechen würde, nicht erarbeitet.

Deshalb wird hiermit erstmals ein von den Pflegekräften auf Grundlage ihres eigenen, langjährigen und empirischen Erfahrungs- und Erkenntnisstands selbst erarbeitetes und ihren eigenen professionellen Ansprüchen angemessenes Qualitätsmanagement-Konzept von insgesamt notwendig erkannten Standards aufgespannt – in Form des hier vorgelegten „Dialyse-Pflege-Standards (DPS) für die Nierenersatztherapie“.

Die Implementierung des DPS für die Nierenersatztherapie stellt somit eine notwendige Komplementierung und Konkretisierung der

- *Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten, einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (GBA), Verfahren 4 – Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS-NET)*

und des

- *Dialyse-Standards der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie in Zusammenarbeit mit dem Verband Deutscher Nierenzentren e. V. sowie der Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie (GPN)*

dar.

3. DPS als die dritte Säule der Nierenersatztherapie

Der DPS für die Nierenersatztherapie stellt damit die dritte Säule der Qualitätsausrichtung und -sicherung der Nierenersatztherapie in Deutschland dar.

Jede dieser drei Säulen ist in ihren Tätigkeiten eigenständig, ist an sich eine eigenständige Profession, wobei jede auf die jeweils andere verwiesen ist: Sie gehen ineinander über, sie ergänzen einander wesentlich – die eine ist nichts ohne die andere/n, sie durchdringen einander gegenseitig und bedingen sich wechselseitig.

Die drei Säulen in ihrer kollegialen Einheit und ihrem kollegialem Miteinander ermöglichen so ein bestmögliches, sorgendes Versorgen der ihnen gemeinsam anvertrauten, erkrankten Menschen.

Teil A: Unser Grundverständnis von Pflege in der Nierenersatztherapie im Kontext gesellschaftlicher Spannungsfelder

1 | Unsere Wirklichkeit – im Widerspruch zwischen Realität und Anspruch

Unser Grundverständnis von unserer Pflegetätigkeit hat von unserer gesellschaftlichen Wirklichkeit, von der Wirklichkeit unseres Gesundheitssystems auszugehen. Die Wirklichkeit unseres Gesundheitssystems ist durchdrungen von einem wesentlichen, grundlegenden Widerspruch – dem Grundwiderspruch zwischen Realität und Anspruch.

1.1 | Die Realität – übergreifende, ökonomische Dominanz

Die Dynamik der Lebenswirklichkeit in der Gesundheits- und Krankenpflege bewegt sich in einem allgemeinen Spannungsfeld, dessen Bipolarität – kurz auf den Begriff gebracht – durch die Kategorien von Zeit und Geld bestimmt ist.

Pflege lässt sich nicht gleichsam im Vorbeigehen, sozusagen im versorgenden Tätigsein, zugleich gratis mit erledigen. Pflege ist nicht ohne Pflege möglich; sie lässt sich nicht gegen null rechnen. Pflege, in welcher Weise auch immer,

erfordert Zeit, welche als Arbeitszeit = Geld kostet: Ein Mehr an Zeit für Pflege erhöht den Geld- / Kosten-Aufwand, schmälert den Ertrag, und umgekehrt erhöht sich dieser bei um so weniger Pflegezeit = Pflegekosten. Das jeweils eine geht stets auf Kosten des anderen.

Andererseits kann es Zeit für Pflege nicht unbegrenzt geben. Pflegezeit ist nolens volens ein ökonomischer Faktor, dessen Kosten mitzukalkulieren und begrenzt sind. Es liegt in der Logik der Ökonomie, Kosten und so auch Pflegekosten / -zeit zu minimieren.

Je eingeschränkter, verengter der Blick auf die Kosten, um so größer die Gefahr, dass Qualität auf der Strecke bleibt, hinten runter fällt. Die über das Gesundheitswesen übergreifende Dominanz der Ökonomie unterminiert daher mittlerweile die qualitativen und quantitativen Voraussetzungen der Pflegebedarfe derart, dass Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach sich kürzlich in einem Gespräch zu „Pflegetnotstand und Insolvenzen“ zur Aussage veranlasst sah:

„Künftig soll nicht mehr die Ökonomie, sondern wieder mehr das Medizinische und eine bessere Patientenversorgung im Vordergrund stehen.“³

1.2 | Unser Anspruch – die gemeinsamen, normativen, wertebasierten Grundlagen

Es soll „wieder mehr das Medizinische und eine bessere Patientenversorgung im Vordergrund stehen“, also ebenso – die Pflege!

Gesellschaftlich allgemein und auch für alle in der Gesundheits- und Krankenpflege beruflich tätigen Menschen gelten als gemeinsame, ideell-normative, wertebasierte Grundlage vornehmlich die aus dem Bekenntnis zur Würde des Menschen und der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte abgeleiteten Berufskodizes⁴. Sie verpflichten Ärzteschaft und Pflegenden insgesamt, gemeinsam und gleichermaßen

- zur *Erhaltung des Lebens der einzelnen Menschen,*
- zum *Schutz und zur Wiederherstellung ihrer Gesundheit,*
- zur *Linderung von Leid,*
- zum *Beistand Sterbender und*
- zur *Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen.*

Das bedeutet also, sie alle sind verpflichtet, verpflichten sich⁵, in diesem Sinne gemeinsam an einem Strang ziehend, zum Wohlbefinden und Wohlergehen der ihnen sich anvertrauenden Menschen tätig zu sein: eine gemeinsame Verpflichtung auf ideelle Werte, die – wohlverstanden – wesentlich in einem im Grunde gemeinsamen Bedürfnis der Menschen nach Menschlichkeit grün-

den, sorgend, pflegend und heilend für bedürftige Mitmenschen da zu sein⁶, was für ihre berufliche Grundhaltung maßgebend sein sollte.

1.3 | Unsere Antwort – der DPS

Fürsorgend, pflegend und heilend für erkrankte, bedürftige Menschen da zu sein ist unser Grundverständnis von Pflege gemäß unserem Bekenntnis zu diesen unseren gemeinsamen genannten Grundwerten.

Sie entsprechen unserem menschlichen Bedürfnis, sie bestimmen unsere berufliche Grundhaltung; wir positionieren uns durch diese. Sie stehen für uns und unsere Patienten im Vordergrund.

Wir behaupten uns so gegenüber der allseitigen Dominanz der Ökonomie auf Kosten der Pflege – mittels unseres DPS.

2 | Pflege in der Nierenersatztherapie

Pflege in der Nierenersatztherapie ist zunächst wesentlich Pflege.

2.1 | Was eigentlich meint „Pflege“?

Pflegetätigkeiten haben nicht anders als im gesamten Gesundheitswesen den in den jeweils einschlägigen Qualitäts-Programmen beschriebenen Aufgaben, Anweisungen, Abläufen, Kontrollen, Fertigkeiten, Fähigkeiten etc. zu entsprechen, in der Tat. Soweit sie direkt und unmittelbar beim Patienten,

zusammen mit dem Patienten bzw. am Patienten ausgeübt werden, sind sie, was ausdrücklich festzuhalten ist, immer schon, per se, praktisch sorgende, fürsorglich versorgende Zuwendung:

An Aufmerksamkeit, an Achtsamkeit, an Bedachtsamkeit, an Geduld, an Mitgefühl, an Zuhören, an Anteilnahme, an Zuspruch, an Offenheit, an Aufgeschlossenheit, an Freundlichkeit, an Vertrauen, an Gewissenhaftigkeit etc. sowie in Form konzentrierten Zuteilwerdendlassens all ihres / seines insgesamt Erlernten, ihrer / seiner insgesamt erworbenen praktisch-technischen Fertigkeiten und kommunikativen, therapeutischen Fähigkeiten und Kompetenzen etc., stets auf das Wohl ihrer Patienten fokussiert.

Dabei ist Hingabe der ‚ganzen Person‘ gefordert, ein sensibilisiertes Auge und Ohr für die Wahrnehmung menschlicher Bedürftigkeit – so, überhaupt, wesentlich, Pflege sich vollzieht.

2.2 | Besonderheiten der Pflege in der Nierenersatztherapie

Die Pflege in der Nierenersatztherapie zeichnet sich im Unterschied zu anderen Berufen im Gesundheitswesen durch besondere Bedingungen aus:

a. Ausgangspunkt – Pflege, auf Dauer

Ein ganz wesentlicher Umstand ergibt sich aufgrund der chronischen Erkrankung, aus der zeitlichen Anwesenheit der Pflegebedürftigen, der Dauer der Pflege-Präsenz.

Dialysebedingt sind die Patienten regelmäßig mehrere Stunden am Tag und über mehrere Tage wöchentlich und überdies hinaus Monate und oftmals über Jahre hinweg anwesend. Dadurch entstehen unweigerlich sehr persönliche, nahe, intensive Beziehungen, Beziehungen von Dauer, sodass die Pflegekräfte meist auch mit allem sonstigen Persönlichem der Patienten konfrontiert sind, mit ihren sonstigen körperlichen Begleitbeschwerden, ihren Schmerzen, ihren Ängsten, vielfältigen Sorgen wie auch mit ihren Hoffnungen und Erwartungen, Freuden und Wünschen, eben mit all ihren persönlichen Lebensumständen und Gemütszuständen. Kaum eine andere Berufsgruppe im Gesundheitswesen steht ihren Patienten so nahe wie das Pflegepersonal in der Dialyse. Wie es den Patienten gerade ergeht, davon kriegen die Pflegekräfte meist noch viel mehr als ihre Ärzte-Kollegen mit (und ab).

All die genannten Beispiele menschenwürdiger Zuwendung und Haltung (s. o. 2.1) sind nur unzureichend oder allenfalls nur mittelbar über messbare Parameter identifizierbar. Nichtsdestoweniger gilt ihnen ein ganz besonderes, ständiges Augenmerk. Bekanntlich wirken sie auf Patienten immer auch ein Stück heilsam:

*„ ... Qualität, so wie wir sie verstehen, bedeutet ...
**Zeit. Zuwendung. Nähe.
MENSCHLICHKEIT HEILT“**”*

Beziehungen auf Dauer bedeuten aber auch stets: Je mehr Nähe auf Dauer, umso mehr zeigt sich Mensch. Eine von vorneherein auf Dauer angelegte Behandlungs-Beziehung hat unweigerlich auch ihre psychisch-psychologischen Wirkungen, seine Ambivalenzen von menschlichen Neigungen, Zuneigungen und Abneigungen etc., bei den zu Pflegenden wie auch bei der Pflegekraft. Es ist nur natürlich: Menschen, die miteinander zu schaffen haben, können einander auch zu schaffen machen⁸.

Doch: „Dass wir miteinander reden können, macht uns zu Menschen“ (*Karl Jaspers*). Wie wir mit Patienten und untereinander reden und umgehen, hat Einfluss auf Haltung und Verhalten der persönlichen Beziehungen, auf die tägliche Gestimmtheit der Patienten, Mitpatienten und der KollegInnen, also bis hinein in Stimmung und Ton der ganzen Einheit der Pflegenden und zu Pflegenden, die – so oder so – durch jeden der Anwesenden mitbestimmt ist.

Das ‚Ob so oder so‘ ist steuerbar! Darüber entscheiden permanente Achtsamkeit, Reflexion, Selbstreflexion und darüber wiederum ein stets offener, verständnisvoller Austausch zwischen allen Beteiligten. Achtung, Respekt und Einfühlungsvermögen gegenüber den zu Pflegenden, ihren Angehörigen sowie auch zwischen den Pflegekräften und einer jeden Pflegekraft vor sich und mit sich selbst sind mithin notwendige Bedingung für ein dauerhaftes, gedeihliches Zusammenarbeiten in der pflegerischen Praxis insgesamt gemäß den

eingangs beschriebenen Ansprüchen (s. o. Anmerkungen zu 1.2) und der im dargestellten Pflegeprozess beschriebenen Professionalität (s. u. Teil B).

Was aber bedeutet die dialyse-bedingt dauerhafte Anwesenheit der Patienten allein in rein fachlich-medizinischer Hinsicht?

b. Spezifische Begleit- und Neuerkrankungen

Zum einen gilt ein ständiges Augenmerk den durch die Erkrankung und Behandlung selbst mit bedingten, vielfältigen Begleitumständen sowie möglichen Neben- und Folgewirkungen wie z. B. Störung der Vitalität allgemein, der Vigilanz und weiteren körperlichen und psychischen Reaktionen wie z. B. Mobilitäts-einschränkungen, Ernährung etc., die auch auf die Behandlung selbst zurückgeführt werden können.

Zum anderen sind Dialyse-Patienten bekanntlich anfälliger für mögliche zusätzliche Neuerkrankungen, die in je besonderer Weise sich auf ihre Erkrankung auswirken wie z. B. eine verminderte Abwehrfunktion des Immunsystems, eine dadurch erhöhte Infektanfälligkeit, Blutbildung-Störungen, Knochenstoffwechselerkrankungen, Bluthochdruck u. v. a. m.

So erweist sich die besondere Kompetenz als notwendig, einhergehende oder auch neu auftretende Krankheitserscheinungen rechtzeitig wahrnehmen zu können, am Äußeren der zu Pflegenden zu erkennen, an scheinbar zufälligen Verhaltensweisen wahr zu haben,

bei beiläufigen Bemerkungen nachzufragen oder bestimmte Reaktionen zu hinterfragen etc. pp., um frühzeitige Diagnose bzw. Behandlung zu ermöglichen oder je nach Erkrankungsart rechtzeitig präventiv tätig werden zu können. Diese Fähigkeiten haben eminente Bedeutung für die Pflegebedürftigen, für deren Therapie und nicht zuletzt eine nicht unerhebliche für den Kostenträger.

3 | **Dementsprechend notwendiger qualitativer und quantitativer Personalbedarf – der Personalschlüssel**

Um es offen anzusprechen: Der Personalschlüssel ist die Crux im Spannungsfeld zwischen Zeit und Geld als der entscheidenden Kostengröße in der Nierenersatztherapie und mithin das kritische Thema. Aus Gründen der Kostenersparnis bewusst in Kauf zu nehmen, an die Grenzen der zu gewährleistenden Pflegequalität und der personellen Belastbarkeit zu gehen bzw. zu riskieren, darüber hinaus zu gehen, ist mit den gemeinsam anerkannten Wertemaßstäben unvereinbar (s. o. 2). Insbesondere auch aufgrund der Besonderheiten der Pflege in der Nierenersatztherapie kann es jederzeit zu personellen Belastungen vor allem bei den Pflegekräften führen, die dann auf der Grundlage des vorgehaltenen Personalbestands nur unter außerordentlichen Anstrengungen und Überlastun-

gen mehr oder weniger irgendwie zu recht kommen müssen⁹. Untragbare, unverantwortliche Zustände.

Daher haben das Pflgeteam sowie die pflegerische und ärztliche Leitung zusammen, rechtzeitig und offen zu besprechen und einzuschätzen, wie personellen Engpässen mit solidem Personal-Einsatz-Plänen zu begegnen ist. Gerade hierüber möglichst transparent eine möglichst gemeinsam getragene Entscheidung herbeizuführen ist unerlässlich, um letztlich nicht gänzlich auszuschließende Engpässe auch gemeinsam gut meistern zu können.

Der Personalbestand muss somit in jeder Hinsicht und jederzeit imstande sein, die personellen und qualitativen Anforderungen an die Pflege zu gewährleisten.

(Die besonderen qualitativen sowie quantitativen Erfordernisse der Pflege in der Nierenersatztherapie insgesamt gemäß dem 5-Kriterien-Modell sind in Teil B) abgehandelt.)

4 | **„Rote Linien“ in Sachen Qualität und Quantität – Unabdingbares / Unverhandelbares**

Die Qualitäts-Erfordernisse, welche die Pflege mit entsprechender Anzahl der Pflegekräfte zu erfüllen hat, müssen den Maximen der Menschenwürde, den unverletzlichen Menschenrechten

bzw. Grundrechten sowie den Menschenpflichten entsprechen (s. o. 1.2). Diesen Menschen- und Grundrechten ist im einzelnen ein jeweils sog. Kern- bzw. Wesensgehalt eigen, der „in keinem Falle angetastet werden“ darf¹⁰ und dem im Besonderen auch und gerade in der Gesundheits- und Krankenpflege konkrete Bedeutung zukommt. Für pflegerische Handlungen und Verhaltensweisen sind sie maßgebend in erster Linie im Verhältnis zu den Rechten ihrer Patienten¹¹, ebenso aber auch für sie selbst und für sie untereinander – ungeachtet ihrer Stellung oder Funktion – sowie im Besonderen auch im Hinblick auf ihre Arbeitsbedingungen, welche die Einhaltung der Rechte ihrer Patienten als auch ihre eigenen Rechte und Pflichten ermöglichen müssen bzw. keinesfalls gefährden dürfen. An jeweils diesen ist von den Pflegekräften inklusive der Leitung dort, wo es bei ihren einzelnen Verrichtungen und Verhalten auf jene Kern- bzw. Wesensgehalte ankommt, gemeinsam und explizit sich bewusst zu machen und konkret festzulegen, was in ihrer konkreten Tätigkeit als jeweils unabdingbar und damit als unverhandelbar zu tun bzw. zu unterlassen ist (ungeachtet möglicher Haftungs- oder strafrechtlicher Folgen), um nicht die Bedingungen der Kern- bzw. Wesensgehalte praktisch zu unterminieren.

Es sollte klar sein, dass von „Roten Linien“ zu sprechen nur dann Sinn macht, wenn sie nicht bloß plakativ mit starken Worten beschworen werden.

In keinem Fall darf es dazu kommen, dass Pflegekräfte angesichts ihres pflegerischen Anspruchs situationsbedingt kompromittiert sind, bzw. sie selbst sollten sich dieser besonderen Gefahr bewusst sein, um nicht sich selbst zu kompromittieren, um nicht sich selbst wider dem eigenen beruflichen Gewissen zu verhalten – das Toxikum im Blick auf die Grundhaltung ihrem eigenen Beruf und damit ihren Patienten gegenüber – so ihr Beruf folglich zum Job degeneriert!

Im Grunde geht es also um das Recht der Pflegekräfte, ihrer Verantwortung gerecht werden zu können gegenüber ihren Patienten und sich selbst gegenüber (s. o. Anmerkung 1.2), um so ihren eigentlichen persönlichen wie beruflichen Bedürfnissen entsprechen zu können (ebenda). Anders ausgedrückt: Wenn Pflegekräfte ihren originären Verpflichtungen bzw. Bedürfnissen nicht nachkommen bzw. nicht nachkommen können, bedeutet dies im Grunde eine (unfreiwillige Selbst-) Beschränkung oder Verletzung ihrer eigenen gelebter Menschlichkeit dienenden Rechte.

Deutlich wird daran auch: Ein Recht ist nur dann verwirklicht, indem der korrelierenden Pflicht bzw. dem Bedürfnis, es praktisch anzuerkennen und umzusetzen, entsprochen wird (was in öffentlichen Diskursen häufig unterbelichtet bleibt).

Es gäbe keine Verletzungen von Recht, würde nicht der ihm entsprechenden Pflicht zuwider gehandelt.

Das heißt, es ist unsere Pflicht als Pflegekraft, auf unseren Rechten zu bestehen, eben weil es unser Recht ist, unsere Pflicht(-en) zu tun – um unseres Berufes wegen, also um unserer Patienten und unserer selbst willen.

Ein entscheidender Hebel zur Einhaltung von „Roten Linien“ ist dabei, mit welcher Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit wir selber unseren Rechten bzw. Pflichten nachkommen und folglich: wie wir mit unseren eigenen persönlichen Nachlässigkeiten oder Fehlern umgehen, die auch in möglichen organisatorischen Fehlentscheidungen bestehen können, welche grundlegend systemisch bedingte Fehlentwicklungen zur Folge haben können.

5 | Die Notwendigkeit einer „Fehlerkultur“ – das Null-Fehler-Prinzip?

Die Etablierung des Fehlermanagements ist uns ein zentrales Anliegen und bisher fehlt in den meisten Fällen ein spezielles Fehler-Melde-System für Dialyseeinrichtungen.

Fehler sind bekanntlich unvermeidbar, Fehler machen ist geradezu menschlich. Wie wahr, wie richtig. Anderes anzunehmen wäre menschliche Hybris. Insofern ist ein Null-Fehler-Prinzip in der Tat nicht wirklich verwirklichtbar.

Das aber heißt andererseits nicht, dass Fehler sozusagen schicksalhaft hingenommen werden müssen.

Das Null-Fehler-Prinzip ist ein Anspruch, der nicht fallen gelassen oder verworfen werden sollte. Jeder Fehler schadet, wie, wem oder was auch immer, ob an Hard oder an Soft Facts. Den Anspruch jedoch aufzugeben bedeutete, das Kind mit dem Bade auszuschütten. Es wäre gleichbedeutend damit, sein spezifisch menschliches Vermögen selbstkritischer Reflexion¹² aufzugeben und die damit verbundenen Möglichkeiten einer Veränderung eingefahrener Denk- und Verhaltensgewohnheiten ungenutzt zu lassen.

Zudem: Ist es nicht ohnehin ein grundlegendes, menschliches Bedürfnis, seine Arbeit, die immer auch Arbeit für andere ist, so gut wie möglich zu verrichten?

So wenig also einerseits das Null-Fehler-Prinzip verwirklichtbar ist, so bleibt es andererseits dennoch zugleich unverzichtbar. Es macht Sinn.

Von einem US-amerikanischen Physiker namens John Wheeler stammt der richtungweisende Ausspruch:

„There is only one real mistake in life – learning nothing from a mistake.“

(„Es gibt nur einen wirklichen Fehler im Leben – aus einem Fehler nichts zu lernen.“)

Jeder Fehler ist folglich äußerst wertvoll, insofern er erkannt werden will, ernst genommen wird und als Chance zu nutzen ist, ihn nicht ein zweites Mal zu begehen. Ohne Fehler, ohne Fehlerinsicht, kein Fortschritt. Daher sollte jeder Fehler offen angesprochen und

besprochen werden.

Dies jedoch ist keineswegs selbstverständlich. Oft noch hindern Schuld, Scham sowie Angst vor persönlichen Konsequenzen einen offenen und natürlichen Umgang mit ihnen.

Sich Fehlern zu stellen, sich einzugehen, sie sich zuzugestehen, sich persönlich zu ihnen zu bekennen, sie offen anzusprechen und sich offen darüber auszutauschen setzt zweifelsohne ein offenes, kollegiales, vertrauensvolles, menschliches Arbeitsklima voraus, genannt Fehlerkultur.

Selbstverständlich sollte es daher sein, dass in Teambesprechungen jederzeit ein Fehler – erst recht, wenn von allgemeinerer Bedeutsamkeit – als eigener TOP eingebracht werden kann, damit er vorgestellt wird, seine Auswirkungen dargestellt werden können, er auf seine konkreten Gründe, Ursachen und Bedingungen hin analysiert werden kann, um diese abzustellen bzw. zu verändern. Wenn nötig, könnte selbst eine dazu eigens einzuberufende Mitarbeiterversammlung („Fehlerkonferenz“) sich als sinnvoll erweisen¹³.

Ein solch offener, natürlicher Umgang mit Fehlern oder strukturellen Fehlentwicklungen hat in jedem Falle weitreichend bzw. tiefgreifend positive Auswirkungen auf das Miteinander und Füreinander des Arbeiterteams. Eine solche Fehlerkultur ermöglicht daher in ganz besonderer Weise Fortschritte der Pflgetätigkeit, sowohl hinsichtlich ihrer

Qualität als auch ihrer Effizienz, und führt stets auch zu Verbesserungen der Qualität der Team- bzw. Unternehmenskultur insgesamt¹⁴.

6 | Zu Teil B: Der „Dialyse-Pflege-Standard (DPS) für die Nierenersatztherapie“

Die unter 2.2 dargelegten Besonderheiten in der Nierenersatztherapie erfordern die dementsprechende Qualität der Pflegearbeiten und Arbeitsabläufe und folglich die dementsprechende Qualifikation und Befähigung der Pflegekräfte zum einen in spezifisch fachlich-medizinischer Hinsicht und zum anderen auch, was ihre soziale und therapeutisch bedeutsame Kommunikationskompetenz¹⁵ betrifft. Letztere ist nicht weniger notwendig als erstere. Auf diese beiden Stränge der Ausrichtung ihrer Qualifikation ist in der konkreten Ausarbeitung des vorgelegten „Dialyse-Pflege-Standards (DPS) für die Nierenersatztherapie“ unter besonderer Berücksichtigung der als unabdingbar bezeichneten Kriterien der Schwerpunkt gelegt.

So notwendig solche im einzelnen höchst differenzierte und formalisierte Standardisierungen sind, so sehr ist auch der Gefahr einer übertriebenen Standardisierung entgegenzuwirken. Führt eine solche doch allzu leicht dazu, dass darauf der Kopf ausgerichtet ist, anstatt auf den kranken Menschen mit seiner Erkrankung¹⁶.

Teil B: Die besonderen qualitativen und quantitativen Erfordernisse in der Nierenersatztherapie – das 5-Kriterien-Modell

Grundhaltung der Pflegetätigkeit im Gesundheitswesen – zur Klarstellung

Es gibt nichts Selbstverständliches

Wir alle leben und arbeiten in höchst arbeitsteiligen Gesellschaften, ob in Bereichen der Landwirtschaft, des Handwerks, der Industrie, der Bildung, des Gesundheitswesens, des Verkehrs, der Sicherheit etc. Im Grunde arbeiten wir alle für andere, und im Grunde leben wir alle von der Arbeit anderer, von deren hergestellten Produkten oder Dienstleistungen. Insofern erfordert bzw. verdient jegliche Arbeitstätigkeit gleichermaßen Achtung, Würdigung, Wertschätzung (s. o. Teil A, 1 und 2).

Auch innerhalb eines jeden arbeitsteiligen Arbeitsprozesses ist jede Tätigkeit eine Bedingung für jede andere. Ansonsten wäre sie überflüssig, kein Aufwand und keine Kosten für sie lohnenswert; es gäbe sie nicht. Insofern fordert jegliche Arbeitstätigkeit auch innerhalb eines Unternehmens oder einer Einrichtung Achtung, Würdigung, Wertschätzung ihr gegenüber – einmal von Seiten jeweils aller anderen Mitarbeitenden, welche auf deren Beitrag angewiesen

sind, zum anderen aber auch und insbesondere seitens der sie ausführenden Person, der Wertschätzung ihres Beitrages für andere an sich und für sich selbst (ebenda).

Nochmal zur Besonderheit der Pflegetätigkeit

Im Unterschied zu vielen anderen Arbeitsprozessen ist eine Besonderheit der Tätigkeiten im Gesundheitswesen dort, wo sie im wesentlichen im räumlichen Bereich von Patienten geschieht, so nicht nur, aber besonders für die Pflege, dass so gut wie jede Tätigkeit in dauernder Anwesenheit und im Beisein der Patienten stattfindet und die Pflegekräfte somit unter ihrer ständigen Wahrnehmung und Beobachtung stehen (s. o. Teil A, 2.2). Ihre gesamte Dienstleistung ist daher weitestgehend eine durch und durch zwischenmenschliche, eine in intensivstem und im höchstem Maße kommunikative: So, wenn sie unmittelbar am Patienten direkt, persönlich an leibhaftig intimsten Körperbereichen Hand an legen, aber auch, wenn sie unmittelbar an ihrem aller nächsten persönlich-räumlichen Bereich tätig sind oder auch, wenn Pflegekräfte mittels Instrumenten oder Ge-

räten auf ihren Körper und Organismus einwirken sowie auch all ihre sonstigen Tätigkeiten, wo sie sich irgendwie und irgendwo im Umfeld der Patienten aufhalten, zu tun haben. Ihr gesamtes Verhalten als Person hat somit per se kommunikative und damit, indirekt, stets auch therapeutische Bedeutung. Jedes Verhalten der Pflegenden, jede Art und Weise und Form ihres Ausdrucks, ja die gesamte Situation, in der sich Pflege vollzieht, wirkt auf ihre Patienten, auf deren Befinden, deren Gemüthsstimmung, macht und hinterlässt Eindruck, was sich unweigerlich auch auswirkt auf uns Pflegende.

Erst recht eine noch grundlegendere Bedeutung hat die Ganzheitlichkeit des pflegerischen Verhaltens mit Lang-Zeit-Patienten wie in der Dialyse.

Die Notwendigkeit konsequenter Kernkriterien (5-Kriterien-Modell)

Wie im Teil A verdeutlicht wurde, ist die Notwendigkeit von Pflege selbst, deren Profession und deren dokumentierte qualitative und quantitative Personalvoraussetzungen für die Nierenersatztherapie unstrittig! Bisher wurden diese Kriterien auf die Einrichtungen selbst zurückgeworfen, sodass die Professionalisierung für die Pflege in diesem Fachbereich keiner höheren Instanz folgen konnte. Sicherlich gab und gibt es hierzu Ausnahmen, die jedoch die Notwendigkeit solcher unabdingbarer Qualitätskriterien erst recht unterstreichen.

Die folgenden 5 Kriterien sind daher die unmittelbaren Ergebnisse unserer zentralen Forderung an uns selbst sowie an die Einrichtungen.

Kurz gefasst sind es die „Big Five“ für die Pflege in der Nierenersatztherapie. Der Pflegeprozess (1), ausgeübt durch examinierte Pflegekräfte (2), die notwendige Quantifizierung (3) und die daraus bedingte spezifische Qualifizierung (4) sowie die gesamte Qualitätsüberprüfung (5) in den folgenden fünf Kapiteln beschreiben das 5-Kriterien-Modell und sind Ausdruck und Manifest der Pflege in der Nephrologie und Nierenersatztherapie.

1 | Der Pflegeprozess und die daraus resultierenden Aufgaben in der Nierenersatztherapie

„Die Anwendung des Pflegeprozesses ist unabdingbar.“

1.1 | Der Pflegeprozess umfasst das Gesamtgesehen der Pflege

Basal sind die bekannten 12 ADLs „Aktivitäten des täglichen Lebens“ oder AEDL „Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens“¹⁷.

Beschrieben ist er nach dem 6-schrittigen Modell nach Fichter / Meier, dem am meisten verbreiteten in Deutschland, von dem auch wir hier ausgehen.

Er besteht aus den folgenden Schritten:

- a. *Informationssammlung*
- b. *Erkennen von Problemen und Ressourcen*
- c. *Festlegung der Ziele*
- d. *Maßnahmen-Planung*
- e. *Durchführung der Maßnahmen*
- f. *Deren Beurteilung*

Ausführlich ist der Pflegeprozess in der nephrologischen Pflege durch den Fachverband nephrologischer Berufsgruppen beschrieben worden und enthält konkrete Situationen und Formulierungshilfen für den Pflegeplan¹⁸. Fachpflegekräfte sind aufgrund ihrer Fachpflegeweiterbildung darin geübt, diesen Pflegeprozess anzuwenden.

1.2 | Die essentielle Notwendigkeit der Pflegeanamnese

Neben den dort genannten „Informationsquellen“ ist besonders die angeführte persönliche „Anamnese“ hervorzuheben – die Pflege-Anamnese. Sie ist wesentlicher Bestandteil der Informationssammlung und muss bereits in der prädialytischen Phase ermöglicht werden und Folgendes im Fokus haben:

Das persönliche Gespräch, der persönliche Austausch mit dem Patienten über seine Erkrankung und ihre Entwicklung, seine Erfahrungen und sein Umgang mit ihr, die Ratschläge oder Unterstützung von Seiten Dritter, sein privates Umfeld, seine eigenen Erkenntnisse, seine konkreten Aussichten und Er-

wartungen an seine Behandlung und wie er selbst einzubringen sich vorstellt, seine persönlichen Sorgen, Belastungen, Probleme usw.

„Probleme“, „Pflegeprobleme“ und die „Fähigkeiten“ und „Ressourcen“ des Patienten sollten nach Möglichkeit mit dem Patienten „gemeinsam festgelegt werden“. Dieses Grundlagen-Gespräch sollte „möglichst in ungestörter Atmosphäre stattfinden, welche einen Aufbau eines Vertrauensverhältnisses unterstützt“ (ebenda, 3.2, 3.3).

Wir halten ein solches Erstgespräch, das allein ein wirkliches, zumindest weitgehendes Kennenlernen und Verstehen des Patienten, seiner Persönlichkeit, seiner Biografie und seiner Krankheitsgeschichte ermöglicht, um sich von ihm ein subjektives Gesamtbild zu machen, für unverzichtbar und in jedem Falle für unbedingt geboten.

Alle weiteren Schritte sind ebenfalls in enger Absprache mit dem Patienten zu treffen und Voraussetzung des o. g. vertrauensvollen Therapiebündnisses (Adhärenz). Auf dieser Basis werden schließlich Pflegeziele formuliert, Pflegemaßnahmen und deren Überprüfung stattfinden.

Es versteht sich, dass diese Schritte des Pflegegeschehens einen fortlaufenden Prozess sich wiederholender Überprüfung und aktualisierender Anpassung bedeuten.

1.3 | Resümee zum Pflegeprozess und dessen Unverzichtbarkeit

Die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie dessen Evaluation und Analyse in Verbindung mit der Sicherung und Entwicklung der Pflegequalität sind Vorbehaltsaufgaben der examinierten Pflege / Fachpflege.

Pflegerische Handlungen können aber durchaus beispielsweise Pflegefachhelferinnen und -helfern und weiteren Beteiligten (medizinisches Fachpersonal oder Angehörige) übertragen werden. Von deren Eignung und fachlicher Qualifikation für die delegierte Tätigkeit muss sich die Pflegefachperson jedoch überzeugen, da sie die Gesamtverantwortung für die Steuerung des Pflegeprozesses trägt. Bei den Vorbehaltsaufgaben handelt es sich also keineswegs um von Ärzten übertragene heilkundliche Tätigkeiten, die jetzt in die Zuständigkeit der Pflege fallen sollen, sondern um eigenständige pflegerische Aufgaben¹⁹.

Die empirische Erfahrung zeigt, dass die Nierenersatztherapie zwar formal eine medizinertherapeutische, heilkundliche Maßnahme ist, aber die Durchführung der Dialyse nur ein Teilbereich des Pflegegeschehens insgesamt darstellt und in diesem Kontext eingebunden werden muss, sofern Pflege sich vollzieht (vgl. Teil A). Wenn also anderweitiges Personal oder Berufsgruppen ohne Pflegefachpersonen / -aufsicht eingesetzt werden, entspricht dies generell einer

unterlassenen Pflege, da dieses Grundverständnis beispielsweise bei anderen medizinischen Berufsgruppen nicht ausgebildet wurde und wird.

Noch konkreter lässt sich dies verdeutlichen, wenn es um die folgenden komplexe pflegerische Tätigkeiten geht.

1.4 | Aufgaben als Ergebnis des Pflegeprozesses

Die allgemeinen und spezifischen sowie speziellen Aufgaben der Pflege in der Nierenersatztherapie lassen sich aus dem oben genannten Pflegeprozess ableiten. Sie sind also teilweise in gleicher routinierter Form vorzufinden, aber zum großen Teil sehr individuelle Aufgaben. Wichtig ist jedoch, wie bereits erwähnt, dass nur die jeweilige Pflegeperson die Gesamtheit aller Maßnahmen überblicken kann, da nur sie die Gesamtverantwortung für den Pflegeprozess innehat. So erfordert die Nierenersatztherapie so oder so das unbedingte Vorhandensein von examinieren Pflegekräften und viel mehr Fachpflegekräfte für Nephrologie (s. o.).

Wir unterteilen in grundständig pflegerische Aufgaben, die vorbehaltlich den Pflegeberufen zugeordnet werden müssen, und in spezielle Aufgaben, die durch Vertiefung und Qualifikation sowie entsprechend überprüfem Kompetenzerwerb der ausführenden verantwortlichen Berufsgruppe zuzuordnen sind. Als spezifische Aufgaben verstehen wir jenes Aufgabenspektrum, das

speziell auf die jeweilige Berufsgruppe zugeschnitten ist, und je nach Kompetenzstufe der jeweiligen Pflegeperson können und müssen Vorbehalte definiert werden.

Aufgaben, die im Kontext der Pflege ausgeführt werden²⁰:

a. Pflege in der Prädialyse

- *Erstellung der Pflegeanamnese*
- *Erstellung eines individuellen Pflegeplans, der sich an den Bedürfnissen des Patienten orientiert*
- *Beratung des Patienten und seiner Familie bei Fragen zur Dialyse und zu den zugrunde liegenden Erkrankungen und der damit verbundenen Einschränkung täglicher Lebensbedürfnisse*
- *Unterstützung bei der Planung und Durchführung von Dialysebehandlungen*

b. Standard-Aufgaben bezüglich jedes einzelnen Patienten

- *Vorbereitungsaufgaben und patientenferne Tätigkeiten*
- *Richten des Dialyseplatzes*
- *Vorbereitung Dialysegerät*
- *Überwachung und Funktionskontrollen der Medizinprodukte, die im Zusammenhang mit der Nierenersatztherapie zum Einsatz kommen*

c. Pflege bei der Dialysedurchführung

- *Durchführung der Dialysebehandlung mit Feststellung der Behandlungsfähigkeit und dem Einverständnis des Patienten*
- *Management des Dialysezugangs und der daran beteiligten Berufsgruppen*

- *Pflege des Dialysezugangs (Anamnese, Planung, Punktion, Effektivitätsprüfung usw.)*
- *Durchführung notwendiger Kontrolluntersuchungen während der Dialyse und gegebenenfalls einer Anpassung der Behandlung*
- *Unterstützung und Beratung des Patienten bei der Einnahme von Dialyse-Medikamenten*
- *Gewährleistung der Patientensicherheit und des Patientenwohls*
- *Überwachung der Körperfunktionen des Patienten während der Dialyse und Einleitung von Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustands*

d. Pflegeaufgaben Beraten und Begleiten

- *Regelmäßige Dokumentation der Behandlungsergebnisse und des Gesundheitszustands des Patienten vor allem in Bezug auf Einschränkungen der täglichen Aktivitäten (ATLs)*
- *Beratung des Patienten und seiner Familie über mögliche Risiken und Komplikationen sowie über die Erhaltung einer guten Hygiene*
- *Unterstützung des Patienten bei der psychischen Bewältigung der Belastungen, die aufgrund der Nierenersatztherapie entstehen*
- *Betreuung des Patienten und seiner Familie bei der Entscheidung für eine Nierentransplantation oder eine andere Form der Nierenersatztherapie*
- *Erkennen und Behandeln von Komplikationen, die durch Nierenersatztherapien verursacht werden*

- *Beratung des Patienten über die richtige Ernährung und Lebensstiländerungen, z. B. um Nierenrestfunktion zu unterstützen*
- *Unterrichten und Schulung des Patienten über seine Krankheit und deren Behandlungsoptionen sowie über mögliche Komplikationen*

e. Besondere Aufgaben in der Langzeitpflege

- *Erkennung früher Anzeichen einer Verschlechterung oder Komplikation in Bezug auf die Nierengesundheit oder der Effektivität der Dialysebehandlung*
- *Koordination der Versorgung mit dem Arzt und anderen Gesundheitsdiensten*
- *Unterstützende Pflege bei chronischen Begleiterkrankungen*
- *Prüfen aller pflegerischen, medizinischen und technischen Parameter im Rahmen einer Überwachung einer / eines kontinuierlichen Dialysebehandlung / Dialyseprozesses*
- *Bereitstellen und Unterstützen eines therapeutischen Umfelds für den Dialysepatienten, um eine optimale Adhärenz zur Therapie weiterhin sicherzustellen*
- *Unterstützung des Patienten bei der Einhaltung notwendiger Lebensstiländerungen, um die Dialyse effektiv zu gestalten und Komplikationen zu vermeiden*
- *Unterstützung des Patienten und seiner Angehörigen bei Krisen und im Sterbeprozess.*

f. Spezielle Pflegeaufgaben

- *Überwachung der Behandlungsqualität und Führungs- / Steuerungsaufgaben anderer Kollegen*
- *Durchführung von Heimdialysetrainings*
- *Durchführung von Notfalldialysen*
- *Durchführung von extrakorporaler Sonderverfahren*

Alle diese Tätigkeitsbereiche und die daraus resultierenden Aufgaben geben einen Überblick über die komplexen Zusammenhänge und wechselseitigen Beziehungen im multiprofessionellen Team und können auf der Basis des prozessualen Pflegedenkens nicht auseinanderdividiert werden. Wie sich aber zeigt, können einzelne Hilfsarbeiten und Servicetätigkeiten pflegerisches Handeln unterstützen, wozu sich am ehesten patientenferne Bereiche, wie Vor- und Nachbereitung, Reinigung und Pflegehilfstätigkeiten, zählen lassen.

Eine Einteilung in sogenannte „Pflegerfreie Dialyse“ mit minimalen pflegerischen Aufgaben oder in Dialysen mit hohen pflegerischen Herausforderungen (z. B. Akut- und Risikodialysen), zugunsten betriebswirtschaftlicher Überlegungen, ist im Sinne der Pflegeverantwortung nur dann möglich, wenn die verantwortliche Pflegeperson selbst darin eine solche Einteilung vornehmen kann. So erweisen sich beispielsweise spontane notfallmäßige Zwischenfälle in einer einfachen Routine-Dialyse-Behandlung zwar als eher selten, erfordern aber ein hohes Maß pflegerischer Acht-

samkeit und ein genaues Beurteilen / Nachdenken über mögliche Konsequenzen, wenn nicht umsichtig und weit-sichtig gehandelt wird. Die Erfahrung zeigt, dass Personal mit diesen fehlenden Kompetenzen / diesem fehlenden Verständnis nur ansatzweise bzw. spontan auf solche drohenden Ereignisse reagieren kann, aber langfristige Ereignisse nur selten erspürt oder einkalkuliert werden, weil die hier fehlende Pflegekompetenz schlichtweg fehlt. Beispielsweise ist eine „Überwässerung mit beginnendem Lungenödem“ nicht zufällig entstanden, sondern meist aus fehlender Beobachtung und aufmerksamen Verfolgen der Patientensituation. Weitere Beispiele können angeführt werden, und sie werden im Sinne der nun folgenden Qualitätserfordernisse verständlich.

In der Anlage verweisen wir darüber hinaus auf pflegerische Vorbehaltsaufgaben, die anhand der systematischen Einteilung der ATLS erstellt wurden. Im späteren Kapitel zur Pflege-Quantität werden diese Aufgaben der Berufsgruppe und dem Umfang in einen Punktwert noch zugeordnet.

2 | **Pflegerische Qualitätsanforderungen in der Nierenersatztherapie**

„Zur Durchführung der Nierenersatztherapie sind qualifizierte Pflegekräfte unabdingbar.“

Die Qualitätserfordernisse in der nephrologischen Pflege sind in zweierlei Hinsicht zu verstehen.

Erstens zum Wohle des Patienten, für die optimale Versorgung und alle damit verbunden Risiken ist es zwingend, dass ein permanentes Qualitätsmanagement geführt wird, um die Sicherheit und eine optimale Versorgung zu gewährleisten. Und zweitens in Bezug auf eigenen Qualitätserfordernisse, die sich weitestgehend so beschreiben lassen, dass die Pflegenden selbst einen Qualitätsanspruch an die eigene Gesundheit und Wertschätzung pflegen und sich vorbildlich verhalten, eine Überforderung verhindern und sich für ihr eigenes Rollenverständnis fortwährend und selbst verpflichtend weiterbilden und entwickeln.

Sie achten darüber hinaus darauf, dass ihre Arbeitsbedingungen so gestaltet werden können, dass die eigenen Qualitätsansprüche moralisch, gesellschaftlich wie auch zu sich selbst eingehalten werden können (und damit eine Ausbeutung nicht zulässt).

2.1 | Definition der nephrologischen Fachpflege – unsere Qualitätsanforderung

2011 haben die Pflegeverbände (AfnP e. V. und fnb e. V.) gemeinsam in der Initiative der Bundesarbeitsgemeinschaft nephrologischer Pflege (BANP) die nephrologische Pflege, insbesondere die Fachpflege, definiert und wie folgt beschrieben:

Nephrologische Fachpflege unterstützt Menschen mit einer nephrologischen Erkrankung in der Behandlung und im Umgang mit den Auswirkungen ihrer Erkrankung und deren Therapien, sie fördert und erhält die Gesundheit und beugt weiteren gesundheitlichen Schäden vor. Dies geschieht mit dem Ziel, für die betreuten Menschen die bestmöglichen Behandlungs- und Betreuungsergebnisse sowie die bestmögliche Lebensqualität in allen Phasen des Lebens bis zum Tod zu erreichen.

Nephrologische Fachpflege

- *richtet sich an nephrologisch erkrankte Menschen in allen Krankheits- und Lebensphasen und in allen Altersgruppen. Sie richtet sich an Einzelpersonen und ihre Angehörigen, an Familien, Gruppen und soziale Gemeinschaften.*
 - *umfasst, auf einem Kontinuum, Aufgaben zur Gesundheitserhaltung und -förderung, zur Prävention, bei akuten und chronischen nephrologischen Erkrankungen, während der Nierenersatztherapie, während der Rekonvaleszenz und Rehabilitation,*
- in der Langzeitpflege sowie in der palliativen Betreuung.*
- *beruht auf einer Beziehung zwischen betreuten Menschen und Pflegenden, die durch sorgende Zuwendung, Einfühlsamkeit und Anteilnahme geprägt ist. Die Beziehung erlaubt die Entfaltung von Ressourcen der Beteiligten, die Offenheit für die zur Pflege nötigen Nähe und das Festlegen gemeinsamer Ziele.*
 - *erfasst die Ressourcen und Entwicklungspotenziale, aktuelle und potenzielle Gesundheitsprobleme und den Pflegebedarf der betreuten Menschen, setzt Ziele, plant Pflegeinterventionen, führt diese durch (unter Einsatz der nötigen zwischenmenschlichen und technischen Fähigkeiten) und evaluiert die Ergebnisse.*
 - *basiert auf Evidenz, Wissenschaft, reflektierter Erfahrung und Präferenzen der Betreuten, bezieht physische, psychische, spirituelle, lebensweltliche sowie soziokulturelle, alters- und geschlechtsbezogene Aspekte ein und berücksichtigt ethische Richtlinien.*
 - *umfasst klinische, pädagogische, wissenschaftliche und Führungsaufgaben sowie Prozess- und Steuerungsverantwortung, die von Pflegenden mit einer (staatlichen oder von der Deutschen Krankenhausgesellschaft anerkannten) nephrologischen Fachweiterbildung und solchen mit ergänzenden Weiterbildungen wahrgenommen werden.*
 - *erfolgt in Zusammenarbeit mit den betreuten Menschen, pflegenden Angehörigen und Mitgliedern von Assistenzberufen im multiprofessionellen Team*

mit Ärzten und Ärztinnen (verantwortlich für die medizinische Diagnostik und Therapie) und Mitgliedern anderer Berufe im Gesundheitswesen. Dabei übernehmen die nephrologischen Fachpflegekräfte Leitungsfunktionen oder arbeiten unter der Leitung anderer Personen. Sie sind jedoch immer für ihre eigenen Entscheidungen, ihr Handeln und Verhalten verantwortlich.

2.2 | Qualitäts-Erfordernisse nephrologischer Pflege

Konkret können die oben genannten Ziele in folgende Qualitätserfordernisse ausgedrückt und eingeteilt werden.

a. Patientenorientierte Pflege

Die Pflege sollte sich auf die Bedürfnisse und Wünsche des Patienten konzentrieren und eine angemessene Kommunikation mit dem Patienten ermöglichen.

b. Erhaltung der Autonomie des Patienten

Der Patient sollte bei Entscheidungsprozessen bezüglich seiner Behandlung und seines Lebensstils miteinbezogen werden.

c. Qualitätskontrolle

Es ist wichtig, dass regelmäßige Qualitätskontrollen durchgeführt werden, um sicherzustellen, dass die Pflege auf dem neuesten Stand ist und den Anforderungen entspricht.

d. Förderung der Selbstpflege der Patienten

Die Förderung der Selbstpflege des Patienten sollte im Mittelpunkt stehen, um ihm zu helfen, seine Gesundheit zu verbessern und Krankheitssymptome zu verringern oder zu beseitigen.

e. Einhaltung von Richtlinien und Standards

Alle nephrologisch Pflegenden müssen sicherstellen, dass alle Standards in Bezug auf Behandlungsqualität, Hygiene und weitere / andere Aspekte eingehalten werden, um die Sicherheit des Patienten zu gewährleisten.

f. Kontinuierliche Weiterbildung

Alle nephrologisch Pflegenden sollten regelmäßig an Fortbildungen teilnehmen, um ihr Wissen über neue Technologien und Behandlungsmethoden auf dem neuesten Stand zu halten.

g. Selbstschutz in der Pflege

Die Pflege ist auf die Sicherung ihrer eigenen Gesundheit bedacht. Sie übt ihre Tätigkeiten mit Sorgfalt und Verantwortung aus, um sich selbst vor Schaden zu bewahren. Sie trägt dazu bei, den Berufsstand zu stärken und zu fördern.

Um diesem erforderlichen Qualitätsanspruch zu genügen, sind personelle Strukturen unumgänglich. Bislang wurde, wie bereits im Teil A erwähnt, ein Instrument zur Personalbemessung nicht beschrieben oder konkretisiert. Die Durchführung der Nierenersatztherapie benötigt aber individuelle Inan-

spruchnahme von Pflegekompetenz / -zeit und lässt sich nicht auf die bloße technische Durchführung routinierter Tätigkeiten herabwürdigen und einordnen. Ausgeübte Pflegetätigkeiten müssen stets den konkreten Pflegesituationen entsprechen, und somit ist die Bemessung und Vorhaltung von Pflege- und Fachpflegepersonal sowie Nicht-Pflegepersonal zur Durchführung der Nierenersatztherapie unabdingbar.

3 | Pflege-Quantität in der Nierenersatztherapie

„Es sind bei jedem Nierenersatzverfahren qualifizierte Pflege- und Pflegefachkräfte nach festgelegten Bemessungskriterien vorzuhalten.“

Während des gesamten Verlaufs der Dialysetherapie ist Pflegepersonal mit unterschiedlicher Qualifikation erforderlich. Durch den Dialysestandard der DGFN wurden Qualitätskriterien für die Bemessung bereits grob beschrieben.

„Während des gesamten Verlaufes der Behandlung muss qualifiziertes Personal gemäß [...] jederzeit verfügbar sein. Der Personalbedarf richtet sich insbesondere nach dem Behandlungsverfahren, dem Infektionsstatus, dem Antikoagulationsmodus, der hämodynamischen Stabilität, den Komorbiditäten, den Pflegediagno-

sen, dem Pflegeaufwand, dem Überwachungsaufwand, der Mobilität, der Selbstständigkeit sowie dem mentalen Zustand des Patienten, der Art des Dialysezugangs, der Notwendigkeit einer 1-zu-1 Betreuung, den räumlichen Gegebenheiten, der Infrastruktur und der Notwendigkeit „Nicht allein arbeiten.“²¹

3.1 | Dialysepfleger Aufwandsberechnung

Die Pflege nierenkranker Menschen ist eine Vorbehaltsaufgabe professioneller Pflege in unterschiedlicher Abstufung. Zur Ermittlung des Pflegeaufwandes müssen Pflegediagnosen (im Sinne des oben genannten Pflegeprozesses) festgestellt werden, um den Pflegeaufwand schlussendlich zu bemessen. Dabei lassen sich in der Versorgung nierenkranker Menschen grobe Unterscheidungsmerkmale feststellen, die für die Abschätzung der Aufwandsberechnung für das vorzuhaltende Pflegepersonal in quantitativer und qualitativer Hinsicht notwendig sind.

Um eine sichere und transparente Einstufung und damit individuelle Pflege der Patienten ableiten zu können, sollte das PaBaDia = Pflegeaufwandsassessment-System zur Anwendung kommen. Dieses System erlaubt eine individuelle Patienteneinstufung hinsichtlich ihres behandlungsspezifischen sowie pflegerischen Aufwands an der Dialyse. Nachdem über Jahrzehnte eine Berechnung von Stellen über Anhaltzahlen, der Arbeitsplatzmethode oder auch gemessenen Pflegeminuten erfolglos ge-

blieben ist, wollen wir mit einem kombinierten Modell aus den zuvor genannten einen neuen Weg beschreiten (6). Das hier verwendete Assessmentinstrument

basiert auf dem INPULS-System zur Kategorisierung intensivmedizinisch betreuter Patienten der Uniklinik Heidelberg.

3.2 | PaBA DIA – PflegeAufwandBemessungsAssessment in der DIAlyse

Zentrum:	Bitte Zentrumsname eingeben.	Betriebsstätte:	Betriebsstätte eingeben.	Datum:	Klicken oder Datum eingeben.
Patientenname (Vor-/Nachname):	Patientenname eingeben	Name des Einschätzenden (Vor-/Nachname):	Vor-/Nachnamen des Einschätzenden.		

Teil 1: Einschätzung des Behandlungsaufwandes

1. Bereich Behandlung	Punkt-wert	3. Bereich Gefäßzugang	Punkt-wert	4. Bereich Überwachung	Punkt-wert
Routinedialyse Ambulant/ (Teil-) Stationär	1	Stuntgefäß der Klasse I nach Servos*	1	Kreislauf und respiratorisch stabiler Patient, keine zu erwartenden Komplikationen	1
Isoliertes/ infektiöser Patient	2	Zentralvenöser Zugang	2	Patient mit erhöhtem kardiovaskulärem Risiko	2
Dialyse auf Intensivstation/ IMC/ Akut- und Sonderverfahren	3	Stuntgefäß der Klasse II nach Servos*	2	Kreislauf und/ oder respiratorisch instabiler Patient oder Pat. Mit hohem kardiovaskulärem Risiko	3
Kontinuierliches Verfahren	3	Stuntgefäß der Klasse III nach Servos*	3		
Punktzahl Behandlung:		Zusätzlich sind Punkte zu vergeben:		Zusätzlich sind Punkte zu vergeben:	
		Bei Laufstörungen: Blutfette Alarme ab 5 bis 10 mal pro Behandlung	2	Bei 1 RR Abfall u./o. Muskelkrämpfe, konservativ beherrschbar	1
		Bei Laufstörungen: Blutfette Alarme mehr als 10 mal pro Behandlung	3	Bei mehr als 1 RR Abfall u./o. Muskelkrämpfe, konservativ beherrschbar	2
		Bei sämtlichen Maßnahmen zur Thrombose	3	Bei RR Engpassungen u./o. Muskelkrämpfen, Herzrhythmusstörungen mit Infusionstherapie, Medikamentengabe und/ oder HD Abfall	3
		Bei sämtlichen Maßnahmen bei KAST Klassifikation 2- 4	3	Bei Patienten mit Monitoring und/ oder von der Intensivstation oder Intermediate Care Station	3
Punktzahl Antikoagulation:		Punktzahl Gefäßzugang:		Punktzahl Überwachung:	
2. Bereich Antikoagulation	Punkt-wert				
Fraktioniertes/ unfraktioniertes Heparin- kontinuierliche oder diskontinuierliche Gabe	1				
Heparinreduzierter/ heparinfreie Behandlung mit und ohne ACT Kontrollen	2				
Antikoagulation mit Citrat o. ACDA	3				
Auswertung Gesamtpunktzahl aus 1. + 2. + 3. + 4. Bereich:		Punkte		Risikowert Entlassung:	
Dialysebehandlung ohne (zu erwartende) Komplikationen		4		Die Einschätzung des Patienten erfolgt vor der Behandlung durch die pfleger und/ oder einen Pfleger. Eine Nachschätzung unter zusätzlicher Berücksichtigung der weiteren Patient Daten bei Bedarf erfolgen.	
Vital bedrohter Patient, Dialysebehandlung mit zu erwartenden Komplikationen, erhöht überwachungsbedürftiger Patient		5 – 10		*kardiovaskuläres Risiko: Instabiler Patient mit vorbestehendem Herz-Kreislauf Erkrankungen (Myokardinfarkt, Schlaganfall, Prostata-Drüsen) gebietet auch intradialytische hypertensive Episode!	
Vital akut gefährdeter Patient, Dialysebehandlung mit bestehenden Komplikationen o. stark überwachungsbedürftiges Behandlungsverfahren o. Patient		ab 11		**respiratorisch stabil: Instabiler Patient mit vorbestehendem Herz-Kreislauf Erkrankungen (Myokardinfarkt, Schlaganfall, Prostata-Drüsen) gebietet auch intradialytische hypertensive Episode!	
				*"RR Engpassungen"	
				**"respiratorisch stabil"	
				"Blutleitung"	
				Entf., Ziel- und Drückpunktionen	

Teil 2: Einschätzung der Pflegemaßnahmen/ Pflegebedürftigkeit!

Einschätzung der Pflegemaßnahmen/ Pflegebedürftigkeit	Punktwert
<input type="checkbox"/> Bathel Index* 100- 85 Punkte oder max. Pflegegrad 1 nach SGB XII, RASS 0 bis +1*	1
<input type="checkbox"/> Bathel Index* 80- 35 Punkte oder Pflegegrad 2-3 nach SGB XII oder: <input type="checkbox"/> Mittlere oder starke Schmerzen nach VRS o. NRS <input type="checkbox"/> Schlaffheit, erweckbarer und adäquat reagierender Patient (RASS -1 bis -2)* <input type="checkbox"/> O ₂ Gabe >5 l/min bis <10 l/min <input type="checkbox"/> EWS- Score 5 – 6 Punkte <input type="checkbox"/> Agitierter, unruhiger Patient (RASS +2 bis +3)* <input type="checkbox"/> Kontinuierliche Verabreichung von Medikamenten (ohne Eisenpräparate) <input type="checkbox"/> Transfusionen: Vor- und Nachbereitung	2
<input type="checkbox"/> Bathel Index* 30- 0 Punkte oder Pflegegrad 4 nach SGB XII oder: <input type="checkbox"/> Stärkste Schmerzen nach VRS o. NRS <input type="checkbox"/> O ₂ Gabe > 10 l/min <input type="checkbox"/> Nicht erweckbarer bzw. komatöser Patient (RASS -4 bis -3)* <input type="checkbox"/> EWS- Score > 6 Punkte <input type="checkbox"/> Tracheostoma Patienten <input type="checkbox"/> Deliranter, stark verwirrter o. eigen- u/o fremdgefährdeter Patient (RASS +3 bis +4)	3
<input type="checkbox"/> Lagerung Expertenstandard Dekubitus: Risiko mittel (nach Norton/ Braden Skala) <input type="checkbox"/> Enteraler Ernährung: Ernährung und/ oder Medikamentengabe über MS bzw. PEG <input type="checkbox"/> Hilfestellung beim Essen und Trinken > 80 min. <input type="checkbox"/> Erbrechen, Harn- Stuhlkontinenz = 2x während Behandlung <input type="checkbox"/> Überwiegende Transferübernahme auf Stockbecken etc. ab 3x während Behandlung <input type="checkbox"/> Gesprächsbedarf/ Beratungsbedarf > 30 min. <input type="checkbox"/> Kommunikationshindernisse (50%), Blindheit o. Gehörlosigkeit <input type="checkbox"/> Mobilisation mit 1-2 Pflegekräften, auch zum Wiegen vor und nach HD	2
<input type="checkbox"/> 1:1 Betreuung <input type="checkbox"/> Lagerung Expertenstandard Dekubitusrisiko hoch/ sehr hoch (nach Norton/ Braden Skala) <input type="checkbox"/> Gesprächs-/Beratungsbedarf von 30 bis 59 Minuten <input type="checkbox"/> Ausschließliche Transferübernahme auf Stockbecken etc. < 3x pro Behandlung <input type="checkbox"/> Erbrechen, Harn- Stuhlkontinenz < 2x pro Behandlung <input type="checkbox"/> Mobilisation mit mehr als 2 Pflegekräften, auch zum Wiegen vor und nach HD	3
Punktzahl Pflege:	

Gesamtpunktzahl Behandlungsaufwand: _____ Gesamtpunktzahl Pflegebedürftigkeit: _____

Mit freundlicher Genehmigung (auszugsweise): INPULS® (IntensivPflegeUndLeistungserfassungssystem) Team INPULS® Stabstelle der Pflegedirektion, Thibautstraße 6, 69115 Heidelberg, Tel: 06221/56-8171, E-Mail: inpuls@med.uni-heidelberg.de, www.inpuls.uni-hd.dew

Anhand eines für jeden Patienten individuell ermittelten Punktwerts in Bezug auf die Aufwendigkeit der Behandlung sowie die Pflegemaßnahmen bzw. Pflegebedürftigkeit ergibt sich ein objektives und transparentes Verfahren einer umfassenden Abbildung des Pflegeaufwandes.

Patienten mit **Gesamtpunktzahl Behandlung 4-5 und Gesamtpunktzahl Pflege 1**: Es können **bis maximal 6 Patienten** von einem Mitarbeiter versorgt werden. Kommen Pflegeleistungen ab der Kategorie 2 hinzu, müssen diese von Pflegefachkräften erbracht werden.

Patienten mit **Gesamtpunktzahl Behandlung 6-10 und Gesamtpunktzahl Pflege 2**: Es können **bis maximal 4 Patienten** von einem Mitarbeiter versorgt werden. Die Pflegeleistungen der Kategorie 2 müssen von Pflegefachkräften erbracht werden.

Patienten **mit Gesamtpunktzahl Behandlung ab 11 und Gesamtpunktzahl Pflege 3**: Es können **bis maximal 2 Patienten** von einem Mitarbeiter ver-

sorgt werden. Die Pflegeleistungen der Kategorie 3 müssen von Pflegefachkräften erbracht werden. Dabei ist zu beachten, dass nur Fachpflegekräfte Nephrologie qualifiziert sind, die im Dialysestandard aufgeführten Akut- und Sonderverfahren sowie das Training für Heimverfahren durchzuführen. Das Training und die Durchführung von Verfahren auf Intensivstationen außerhalb einer Dialyseabteilung sind im 1-zu-1-Setting durchzuführen.

Dieses Modell kann relativ einfach zur Berechnung von Stellen auf Dialyseabteilungen genutzt werden, obwohl hier die strukturellen Bedingungen der jeweiligen Abteilungen (Anzahl der Betten pro Zimmer, administrative Aufgaben ...) nicht berücksichtigt werden.

Zusätzlich ermöglicht es den Betreibern, gegenüber Kassen einen erhöhten Kostenaufwand für Personal zu begründen.

Die folgende Kurzfassung stellt einen grafischen Überblick dar und vereinfacht die Anwendung sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht.

3.3 | Quantitativer Personalbedarf

Kategorie I	Fachperson*	Standarddialyse ohne Zusatz- und Pflegeaufgaben	maximal 6 Behandlungen je Schicht (7,5 – 8 h)
Kategorie II	Fachpflegekraft Nephrologie*	Dialyse mit Zusatz- und Pflegeaufgaben	maximal 4 Behandlungen je Schicht (7,5 – 8 h)
Kategorie III	Fachpflegekraft Nephrologie*	Dialyse mit erschwerten Zusatz- und Pflegeaufgaben	maximal 2 Behandlungen je Schicht (7,5 – 8 h)

3.4 | Qualitativer Personalbedarf

Aufgabe / Verfahren	Fachpflege Nephrologie (DKG / Landesrecht)	Gesundheits- und Krankenpflege / Pflegefachkraft	Fachkraft Medizinische Fachangestellte mit Dialyse-Qualifikation
Hämodialyse	ja	ja	ja
Hämofiltration	ja	ja	ja
Hämodiafiltration	ja	ja	ja
Peritonealdialyse	ja	ja	nein
Automatisierte Peritonealdialyse	ja	ja	nein
Spezialverfahren - Apherese - Adsorptionsverfahren - u. Ä.	ja	nein	nein
Risikodialyse	ja	nein	nein
Akutdialyse	ja	nein	nein
Shuntpunktion CBF	ja	ja	ja
Shuntpunktion Prothese	ja	nein	nein
Schwierige Shuntpunktion	ja	nein	nein
Pflege des zentralvenösen Dialysekatheters und Dialyse mit ZVK	ja	nein	nein
Pflegertätigkeiten mit Vorbehalt	ja	ja	nein

Aufgabe / Verfahren	Fachpflege Nephrologie (DKG / Landesrecht)	Gesundheits- und Krankenpflege / Pflegefachkraft	Fachkraft Medizinische Fachangestellte mit Dialyse-Qualifikation
Pflegetätigkeiten ohne Vorbehalt	ja (delegierbar)	ja	ja (Kontrolle durch Pflege)
Führungsaufgaben	ja	nein	nein
Patienteneducation	ja	nein	nein
Patientenberatung	ja	nein	nein
Mitarbeiter-Anleitung nach entsprechender Qualifikation Praxisanleiter/in	ja	nein	nein
Hygienebeauftragte/r nach entsprechendem Qualifikationsbedarf	ja	nein	nein

Um die qualitativen Erfordernisse personell noch näher hervorzubringen, müssen Qualitätsniveaus beschrieben und im folgenden Kapitel noch näher beleuchtet werden.

4 | Pflege-Personal-Qualifikation in der Nierenersatztherapie

„Jede Pflegekraft in der Dialyse qualifiziert sich innerhalb von fünf Jahren zur Fachpflegekraft für Nephrologie.“

Die Nierenersatztherapie ist ein multidisziplinäres Geschehen und kann nur in enger Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen stattfinden. Auf der Grundlage der nephrologischen fachärztlichen Diagnose, Feststellung der Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie sowie Festlegung der Therapie-

optionen (Regime und Dialysedosis) werden zur Durchführung der Maßnahmen besondere Pflegekompetenzen benötigt. Diese Pflegekompetenzen sind nicht auf andere Berufsgruppen ohne Pflegeausbildung formal übertragbar und entsprechen, wie bereits oben erwähnt, einer unterlassenen Pflege, auch dann, wenn diese durch andere Berufsgruppen durchgeführt werden. Es ist daher notwendig, zwischen Pflegefachkräften und Fachkräften zu unterscheiden. Fachkräfte, auch mit medizinischer Ausbildung, verfügen über keine Pflegeausbildung und können daher nicht vergleichbar eingesetzt werden, wenn pflegeassoziierte Kenntnisse und Fertigkeiten notwendig sind.

4.1 | Berufsgruppen

Im Dialysestandard der DGFN werden für den Einsatz der Nierenersatztherapie folgende Berufsgruppen identifiziert:

- **Examinierte Pflegekräfte** sind Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen und Kindergesundheits- und Krankenpfleger/-innen mit der Erlaubnis zur Führung dieser Berufsbezeichnung.
- **Fachpflegekräfte für Nephrologie** sind Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen und Kindergesundheits- und Krankenpfleger/-innen mit der Erlaubnis zur Führung dieser Berufsbezeichnung.
- **Medizinische Fachangestellte** sind Personen mit abgeschlossener Ausbildung und Erlaubnis zur Führung dieser Berufsbezeichnung („Medizinische Fachangestellte“).
- **Medizinische Fachangestellte** in der Dialyse sind Medizinische Fachangestellte mit erfolgreich abgeschlossener Fortbildung zum/r medizinischen Fachangestellten Dialyse gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer²²

Weiter stellt der Dialysestandard folgende Qualifikationsanforderungen zur Durchführung bei der Nierenersatztherapie auf:

„Bei allen Behandlungsformen ist für die unmittelbare Patientenbehandlung speziell ausgebildetes, qualifiziertes Personal einzusetzen. Dazu gehören Fachpflegekräfte für Nephrologie, examinierte Pfle-

gekräfte, Arztfachhelfer/innen und medizinische Fachangestellte nach entsprechender Einarbeitung. Diese Personen sind qualifiziert, chronische Dialyseverfahren durchzuführen. Fachpflegekräfte Nephrologie sind darüber hinaus qualifiziert, [...] die aufgeführten Akut- und Sonderverfahren [...], sowie das Training für Heimverfahren durchzuführen. Pflegekräfte für pädiatrische Nephrologie sind für die Behandlung pädiatrischer Patienten qualifiziert. Fachpflegekräfte für Nephrologie und examinierte Pflegekräfte sind für die pflegerische Versorgung der Patienten während der Behandlung qualifiziert ...“ (ebenda)

Daraus ableitend lässt sich feststellen, dass die Durchführung der Dialyseverfahren durch unterschiedliche Berufsgruppen möglich ist, aber nicht für Pflegeaufgaben und spezielle erweiterte Kompetenzen, welche mit vorbehaltlichen Pflegeaufgaben einhergehen. Eine selektierte Betrachtung ohne Pflegeanteile und dadurch den Einsatz verschiedener Berufsgruppen für die Behandlung zu begründen ist daher nicht möglich.

Die bereits oben beschriebenen Berufsgruppen im Dialysestandard der DGFN sind geeignet als grobe Einteilung, müssen aber konkretisiert werden, da nicht alle möglichen Berufsgruppen zur Durchführung der Pflege in der Dialyse erwähnt wurden.

Grundsätzlich stehen zur Verfügung:

- *Examierte Gesundheits- und Krankenpfleger/-in*
- *Pflegefachkraft, Pflegefachfrau, Pflegefachmann (ggf. mit Bachelor of Science (B. Sc.)), ab 2023*
- *Gesundheits- und Krankenpflegerin für Nephrologie (DKG bzw. Staatliche Anerkennung)*
- *Pflegefachkraft für Nephrologie (DKG bzw. Staatliche Anerkennung) ab 2025*
- *Advanced Practice Nursing mit Schwerpunkt Nephrologie*
- *Praxisanleiter in der Pflege für Nephrologie*
- *Hygienebeauftragte in der Pflege für Nephrologie DGAHD*
- *Pflegedienst-/Stationsleitung in der Pflege für Nephrologie*
- *Pflegehelfer/-in*
- *Auszubildende zur Pflegefachkraft, Pflegefachfrau, Pflegefachmann (ggf. mit Bachelor of Science (B. Sc.)), ab 2023*

4.2 | Wie wird qualifiziert?

Die Nierenersatztherapie ist je nach Tätigkeit an unterschiedliche Handlungskompetenzen gebunden. Die Abstufung dieser Kompetenzen lässt sich dabei in die Dimensionen Wissen, Können und Haltung unterscheiden und je nach Schweregrad in Niveaustufen einteilen. Je nach Herausforderung werden die dafür notwendigen Handlungskompetenzen zur Qualifizierung der entsprechenden Berufsgruppe formuliert.

Darüber hinaus werden die angesprochenen Niveaustufen nicht ausschließlich durch formale Bildungsprozesse erworben, sondern bedürfen der Vertiefung und praktischen Einübung im jeweiligen Handlungsfeld.

Im Rahmen der curricularen Aufarbeitung wurden von der Deutschen Krankenhausgesellschaft folgende Pflegekompetenzen für die Nephrologische Fachpflege identifiziert und in 5 Kompetenzfelder zusammengefasst, woraus später detaillierte Aufgaben abgeleitet werden können.²³

Patienten mit chronischen Erkrankungen betreuen und begleiten

Nephrologisch Pflegende richten ihr Handeln auf der Grundlage der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse werteorientiert aus. Sie handeln eigenverantwortlich und patientenorientiert. Sie pflegen nephrologische Patienten in allen Phasen der Erkrankung. Sie führen auf Basis des individuellen Ernährungszustandes der Patienten eine angepasste Ernährungsberatung durch. In ihrem pflegerischen Handeln beziehen sie unter anderem die Besonderheiten und mögliche Komplikationen des Diabetes mellitus und Hochdruckkrankheiten ein.

Im Bereich der Pflege in dialyseassoziierten Handlungsfeldern

Nephrologische Pflegende sind umfassend darin befähigt, die besonderen Hygieneaspekte in der Nephrologie durchzuführen, zu evaluieren und bei Bedarf anzupassen. Sie führen auf Ba-

sis eines individuellen Pflege-Assessments, in Zusammenarbeit mit dem multiprofessionellen Team, die speziell und spezifisch ausgerichtete Pflege bei Dialysezugängen durch und können diese im Ergebnis evaluieren und auf dieser Basis Änderungen veranlassen. Sie wirken bei der Versorgung chronischer Wunden in der Nephrologie mit.

Im Bereich der Verfahren

Nephrologisch Pflegende beherrschen die verschiedenen Dialyseverfahren sicher. Sie erkennen Abweichungen und planen adäquate Interventionen, schlagen sie vor und führen sie durch. Zudem führen nephrologische Fachpflegekräfte die Anleitung und Schulung zur Durchführung der Heimverfahren auf der Grundlage eines fundierten Fachwissens und einer pädagogischen Kompetenz durch. Sie fördern die Mobilität und informieren über Reisemöglichkeiten und Feriendialysen.

In speziellen nephrologischen Bereichen

Nephrologische Fachpflegekräfte beherrschen die verschiedenen speziellen Verfahren sicher und erkennen Abweichungen. Adäquate Interventionen werden von ihnen geplant, vorgeschlagen und durchgeführt. Sie begleiten das erkrankte Kind in den verschiedenen Krankheitsphasen einschließlich der unterschiedlichen Nierenersatztherapieverfahren und sie wirken im Rahmen der Vorbereitung und Nachsorge einer Transplantation mit.

Im Bereich der beruflichen Herausforderungen

Nephrologisch Pflegende richten ihr Handeln auf der Grundlage eines professionellen Fachpflegeverständnisses aus. Sie beachten die rechtlichen Rahmenbedingungen bei der Übernahme von Prozess- und Steuerungsverantwortung für die betreuten Patienten, die pflegenden Bezugspersonen und im interprofessionellen Team. Sie beachten in ihrer Rolle eigene Ressourcen und Grenzen und sind in der Lage, professionell zu kommunizieren sowie Veränderungsprozesse anzustoßen und zu begleiten. Dabei gestalten sie auch vor dem Hintergrund veränderter Krankheitsspektren, von Migrationsprozessen und gesellschaftlicher Diversität den Pflegeprozess nierenkranker Patienten professionell und in Abstimmung mit einem heterogenen Team zur Verbesserung der Versorgungsqualität.

4.3 | Die Kompetenzstufen nach Patricia Benner

Die Ausübung des Pflegeberufs in der Nephrologie setzt mit und ohne Ausbildung Erfahrungswissen und Fertigkeiten voraus. Ohne die berufliche Einübung und die notwendigen Erfahrungen kann sich auch mit solider Aus- und Weiterbildung dieses Wissen nicht in der beruflichen Praxis entfalten.

Die Pflegewissenschaftlerin Patricia Benner hat hierzu das Modell der Kompetenzstufen entwickelt und ist für die Ermittlung der Qualitätserfordernisse in diesem DPS notwendig.

Diese Stufen beschreiben ursprünglich die Anfängerin bis hin zur Expertin (Novice to Expert). Für die nephrologische Pflege- und Fachpflege sind Modifizierungen notwendig, und wie folgt finden diese hier Anwendung:

1. Basiskompetenz

Diese beinhaltet die Grundkenntnisse, die eine Pflegekraft benötigt, um einen Patienten sicher und effektiv zu versorgen. Beispiele hierfür sind das Verständnis der Grundlagen der Pflege, das Beherrschen grundlegender Pflegesituationen und die Kenntnis verschiedener Behandlungsoptionen in der Dialyse.

Übertragen auf die nephrologische Pflege bedeutet dies, dass diese auf ausgebildete Pflegekräfte übertragbar ist.

2. Komplexe Kompetenz

Diese beinhaltet das Verständnis der komplexen Behandlungs- und Diagnoseoptionen, die für Patienten verfügbar sind. Beispiele hierfür sind die Fähigkeit, verschiedene Pflegepläne zu entwickeln und zu verwalten, sowie die Kenntnis der verschiedenen Behandlungsmethoden. Diese Stufe erwartet in der nephrologischen Pflege tiefgreifendes Verständnis, um Pflegepläne in diesem speziellen Fachbereich zu entwickeln. Daher sollten nur erfahrene Pflegekräfte mit einer mehrjährigen Tätigkeit in der Nephrologie für diese Tätigkeiten eingesetzt werden. Idealerweise betrifft dies die Fachpflegekräfte in der Nephrologie.

3. Führungskompetenz

Diese beinhaltet die Fähigkeit, andere Pflegekräfte zu unterrichten, zu leiten und zu unterstützen, um sicherzustellen, dass ein Patient sicher und effektiv versorgt wird. Beispiele hierfür sind das Führen von Teams, die sich mit Pflege befassen, sowie das Einleiten und Durchführen von Qualitätsprüfungen. Dieser Bereich kann nur von erfahrenen Fachpflegekräften für Nephrologie mit zusätzlicher Qualifikation zur Pflegedienst- / Stationsleitung, Praxisanleitung und anderen Formen der Personalführung verantwortlich sichergestellt werden.

4. Fachexpertise

Diese beinhaltet die Fähigkeit, sich als Experte in der Pflege zu etablieren. Beispiele hierfür sind das Verständnis der besonderen Bedürfnisse von Patienten, die Umsetzung spezialisierter Behandlungs- und Diagnoseverfahren und die Weiterentwicklung des Wissens über neue Erkenntnisse und Behandlungsmethoden. Daher sind nur Fachpflegekräfte mit ausgewiesener Expertise als Fachexperten geeignet. Eine eingeübte Berufspraxis muss diese Kompetenz neben fundierter Weiterbildung und fortwährender Fortbildung untermauern, der Fachdialog und die Mitarbeit in Expertenkreisen kennzeichnen diese Stufe.

5. Forschungs- und Entwicklungs-kompetenz

Diese beinhaltet die Fähigkeit, Forschungsarbeiten durchzuführen, um neue Behandlungs- und Diagnoseverfahren zu entwickeln, die für Patienten nützlich sind. Beispiele hierfür sind die Entwicklung neuer Pflegeanwendungen, die Entwicklung neuer Verfahren zur Diagnose von Pflegeproblemen / -phänomenen und die Entwicklung neuer Behandlungsmethoden.

Dies erreicht nur Fachpflegepersonal mit zusätzlicher wissenschaftlicher Ausbildung und entsprechender Berufspraxis. Advanced Practice Nursing mit einer Qualifikation auf Masterebene oder mit Promotion können sich für diesen Fachbereich qualifizieren.

Wenn es also um Pflegeaufgaben geht, grundlegende, spezielle bzw. spezifische, so können diese nur durch Qualifikation, einschlägige Praxis, wiederholende Übung und Reflexion in eine Kompetenz münden und schließlich eingeordnet werden. Daraus lässt sich ableiten, dass nicht alle Niveaustufen innerhalb einer nephrologischen Ein-

richtung anzutreffen sind, aber der Einsatz dieser Kräfte nach Kompetenzen geschehen muss. Die Bewertung von Pflegekompetenzen obliegt der Pflege selbst, und somit erschließt sich, dass eine Skalierung in diesem Fachbereich unabdingbar ist und sich auf Dauer jede Pflegeperson innerhalb eines gewissen Zeitraumes zur Fachpflegekraft in der Nephrologie qualifizieren muss.

Über einen internen Personalentwicklungsprozess in den Einrichtungen, eingebettet in ein überwachtes Qualitätsmanagement, ist die Professionalisierung aller tätigen Pflegekräfte schlussendlich sicherzustellen. Daher fordern wir als unverhandelbares Qualitätskriterium, dass jede Pflegekraft innerhalb von fünf Jahren die Weiterbildung zur nephrologischen Fachpflegekraft beginnen muss.

Eine grobe Einteilung, die jedoch nur unter Einhaltung der oben angeführten Qualitätsstrukturen umgesetzt werden kann, haben wir hier aufgeführt und unterstreichen so die zentrale Forderung des Dialyse-Standards und des DPS.

Fachpersonal	Mindestqualifikation	Tätigkeitsprofil
Fachperson	Medizinische Fachangestellte mit Zusatzqualifikation Dialyse-Curriculum	Durchführung einer Routine-Dialyse ohne Zusatz- und Pflegeaufwand
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in Pflegefachkraft (neue Berufsbezeichnung seit 2020) Fachpflegekraft Nephrologie (DKG oder Landesrecht)	Examierte Gesundheits- und Kranken- / oder Kinderkranken- / oder Altenpflegekraft oder Pflegefachkraft mit 6-wöchiger Einarbeitung für die Dauer von maximal 3 Jahre möglich, danach zwingend Fachweiterbildung Nephrologie erforderlich	Durchführung aller Tätigkeiten des Kompetenzbereichs mit Einschränkung
Fachpflegekraft Nephrologie (DKG oder Landesrecht)	Fachpflegekraft für Nephrologie Personal, das nach 6-wöchiger Einarbeitung mindestens ein Jahr Erfahrungen gesammelt hat und sich zur Fachpflegekraft für Nephrologie qualifizieren wird	Durchführung aller Tätigkeiten

5 | Die Pflege-Qualitätsprüfung in der Nierenersatztherapie

„Die Einhaltung des DPS ist Teil des internen und externen Audits von Dialyseeinrichtungen.“

Wie bereits in den vorherigen Kapiteln erwähnt, obliegt es der Pflege, selbst die Qualitätsergebnisse zu prüfen, wenn es um die Pflege geht – es ist ihre Vorbereitungs- und Überwachungsaufgabe. Im Einzelnen ist dies bezogen auf den Pflegeprozess direkt anzuwenden, aber auch im Ganzen, wenn

es um die Dialyseeinrichtung geht, müssen die oben geforderten Qualitätskriterien einer Überprüfung standhalten. Ein Qualitäts-Überprüfungskonzept gibt es noch nicht, wird aber im Zuge dieses DPS noch erarbeitet. Wir streben an, dass im Rahmen der Qualitätsüberprüfung durch externe Stellen (z. B. TÜV) ein solches Konzept später noch eingebunden oder ein eigenständiges Pflegeaudit für Dialyseeinrichtungen aufgebaut wird.

Wir haben daher vorläufig 10 Qualitätsüberprüfungskriterien herausgestellt und stellen diese bereits zur Verfügung.

1. *Pflegekräfte müssen regelmäßig über die aktuellen Entwicklungen im Bereich der Dialysepflege informiert werden.*
2. *Die Einrichtung muss über ausreichend Pflegepersonal nach den Vorgaben des DPS verfügen, um die Pflege- und Versorgungsbedürfnisse der Patienten zu erfüllen.*
3. *Ein regelmäßiges Bewertungssystem muss implementiert werden, um die Leistungen der Pflegekräfte zu überprüfen.*
4. *Pflegekräfte müssen über ein ausreichendes Wissen über die Aufgaben und Verantwortlichkeiten in der Dialysepflege verfügen.*
5. *Die Einrichtung muss ein umfassendes Bildungsprogramm für Pflegekräfte in der Dialysepflege anbieten. Es ist ersichtlich, dass sich alle Pflegekräfte innerhalb von 5 Jahren zur Fachpflegekraft qualifizieren.*
6. *Es müssen regelmäßige interne und externe Audits durchgeführt werden, um die Qualität der Pflege in der Dialyse zu überprüfen und zu verbessern.*
7. *Es müssen kontinuierliche Qualitätsverbesserungsprozesse implementiert werden, um die Qualität der Pflege in der Dialyse zu verbessern.*
8. *Einrichtungen müssen über ein effektives Beschwerdemanagement verfügen, um die Qualität der Pflege in der Dialyse zu verbessern.*
9. *Es müssen Richtlinien und Prozessbeschreibungen vorhanden sein, die die Pflege in der Dialyse unterstützen.*
10. *Alle Mitarbeiter müssen über die Richtlinien und Verfahren der Dialysepflege informiert und regelmäßig geschult werden.*

Resümee – ihre Entsprechung des 5-Kriterien-Modells

Die hier im Teil B im Besonderen und Einzelnen begründeten Qualitätskriterien betrachten wir als unverhandelbar.

Ein Verhandeln dieser Kriterien würde den fachlichen Begründungen zusammen mit den gesellschaftlichen normativen Werten und rechtlichen Bestimmungen entgegenstehen sowie das pflegerische Selbstverständnis unterminieren.

Wir stehen für die bestmögliche Versorgung unserer gemeinsamen uns anvertrauten nierenkranken Menschen ein und sind bereit, diese Herausforderung unter den oben genannten Kriterien zu erfüllen und weiterzuentwickeln.

Teil C: Resümee und Ausblick zur praktischen Umsetzung und Absicherung des DPS in der Nierenersatztherapie

Der allgemeine Widerspruch von Zeit = Geld und den wertebasierten Qualitäts- und personellen Qualifikationsanforderungen im Gesundheitswesen (s. o. Teil A, 1) begleitet auch alle bestehenden Maßnahmen und Entscheidungen in der Pflege in alle Bereiche hinein und in unterschiedlichsten Reichweiten. Entscheidungen innerhalb dieses Spannungsbogens fordern letztlich immer unseren übergeordneten Kompass in uns, die Instanz unseres Gewissens heraus: stets abwägende, gewissenhafte Entscheidungen. Solche sind es von vorneherein nicht, wenn jeweils eine Seite dieses Spannungsbogens verabsolutiert und damit die Gegenseite negiert wird: Wenn allein auf Kostenminimierung der Blick gerichtet ist, demgegenüber wertorientierte Qualität, Qualifikation und damit die Versorgung der Patienten sowie Rechte und Pflichten des Pflegepersonals auf der Strecke bleiben (Teil B und ebenda, Teile 3 & 4). Umgekehrt sind auch Aufwand und Investition nicht uferlos. Gleichgültigkeit demgegenüber wäre ebenso fatal. Qualitätsausrichtungen müssen sich daran relativieren lassen.

1.1 | Der DPS – unsere Entscheidung

Allerdings ist in dieser widersprüchlichen Grundsituation die besondere Aufgabe der Pflegekräfte, ihren Fokus auf die Verantwortung für ihre Patienten und dafür auf ihre eigenen Arbeitsbedingungen, ihre eigenen Rechte und Pflichten zu legen. Eben darauf sind die qualitäts- und qualifikationssichernden Kriterien des DPS gerichtet (s. Teil A, 1.3, Unsere Antwort – der DPS).

Ausdrücklich davon zu unterscheiden sind die angesprochenen „Roten Linien“ (s. Teil A, 4.1).

Sie bedeuten Grenzziehungen gegenüber patientengefährdenden Arbeitsbedingungen bis hin zu triageähnlichen Pflichtenkollisionen für die Pflegekräfte. Der DPS beschreibt kein Notstandsprogramm.

Der DPS, ein Qualitätsprogramm, beschreibt Standards für gute Pflegearbeit mit Kriterien, die wir uns als Pflegekräfte in der Nierenersatztherapie zu eigen gemacht haben und die von uns für unabdingbar gehalten werden (s. Teil A, 4.1). Ja, wir selbst setzen damit Maßstäbe, initiieren und gewähren uns selbst damit Rechte, deren Kehrseite unsere beruflichen Pflichten gegenüber unseren Patienten ausmachen, deren Wohl uns

Bedürfnis ist, und daher auch uns selbst gegenüber (s. Teil A, 1.2, Anm. 6). Der DPS ist Ausdruck unserer gesellschaftlichen Verantwortung. Er ist ein Manifest unserer Selbstermächtigung und Selbstverpflichtung in einem. Und daran möchten wir auch gemessen werden.

1.2 | Unsere Hauptaufgabe

Die inhaltliche Ausarbeitung des Dialyse-Pflege-Standards DPS erfolgte satzungsgemäß durch den vom Fachverband nephrologischer Berufsgruppen eingesetzten Arbeitskreis, der „Arbeitsgemeinschaft Pflege in der Nephrologie“.

Aufgabe, Hauptaufgabe, ist nunmehr, diese in den Dialyse-Einrichtungen zu institutionalisieren und ihre praktische Umsetzung abzusichern. Es ist diese Hauptaufgabe vor allem Sache des Fachverbands insgesamt und jedes einzelnen Verbandsmitglieds, jeder/s einzelnen in der Pflege tätigen Kolleg/in.

Die Vorlage des DPS ist fertig – und auch nicht. Der Arbeitskreis bleibt ständig arbeitendes Gremium und Ansprechstelle, was die Weiterarbeit und die Weiterentwicklung des DPS betrifft. In den Teilen A und B sind Aussagen getroffen, die auf weitere noch unbedingt notwendige, wesentliche Aufgaben verweisen und auch auf andere, noch gar nicht benannte.

1.3 | Weiter anstehende Aufgaben

a) Es ist darauf hingewiesen, dass es ein ausgearbeitetes Qualitäts-Über-

prüfungs-Konzept noch nicht gibt, erst vorläufig einige wesentliche angeführt sind (s. Teil B, 5).

Mit dem hier vorgelegten DPS ist allerdings die Grundlage für ein solch vordringlich zu erarbeitendes Überprüfungs-konzept gelegt, welches schließlich als ein allgemein anerkanntes, akkreditiertes Qualitätsmanagementsystem die allgemeine Praxis der Pflegenden in der Nierenersatztherapie bestimmen sollte.

- b) Es ist mit guten Gründen betont, warum neben der spezifisch fachlich medizinischen Qualifikation eine nicht geringere Bedeutsamkeit der sozialen und therapeutischen Kommunikationskompetenz zukommt (s. Teil A, 2.1, 2.2, 6). Unsere berufliche Grundhaltung drückt sich in praktisch zahllosen, täglichen Kleinigkeiten aus, wovon die Atmosphäre des gesamten Pflegeprozesses in hohem Maße abhängig ist. Diesbezügliche Qualifikation in Form von Reflektion und Sensibilisierung auf die Wirkungen und Rückwirkungen unseres jeweils situativen Verhaltens sind sowohl in der Ausbildung als auch in der beruflichen Praxis noch weit unterbeleuchtet.
- c) Es sind die Auswirkungen der fortschreitenden Digitalisierung und der Entwicklung der Künstlichen Intelligenz auf die Arbeitsweisen der Pflege nicht angesprochen.

Diese sind zu beobachten und zu analysieren, vornehmlich auch in Hinblick auf deren Ambivalenzen, um je nachdem Entwicklungen fördern zu können bzw. zu verhindern.

- d) Unthematisiert blieben auch die Imperative zum Komplex der Nachhaltigkeit, was Pflegematerial / -mittel / -instrumente und deren Zulieferer angeht, was die gesellschaftliche Ressourcenschonung und Gemeinwohlorientierung betrifft etc.²⁴
- e) In Diskussion ist im Übrigen auch die künftige Rolle der Pflege in der Nephrologie generell. Eine Gleichstellung mit anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens ohne jegliche Pflegequalifikation ist nicht zielführend, lehnen wir ab – zum einen, weil dadurch die Pflege an sich in Frage gestellt wird, und zum anderen, weil die vorgelegten Standards wenigstens zu einem Mindestmaß für jede in der Dialyseeinrichtung tätige Person zu gelten haben. Es muss daher die Kompetenzbeschreibung der Pflege in der Nephrologie selbst weiterentwickelt werden, inklusive der Zuständigkeiten und Erweiterungen des Berufsbilds – mit Berücksichtigung der Erfahrungen unserer Kollegen in anderen Ländern.

Beispiele also, die zeigen, es bleibt noch Vieles, Notwendiges und Gutes zu tun!

Dabei wird eine allernächste Aufgabe vor allem sein, die Reaktionen auf die Veröffentlichung des DPS zu sammeln, sorgfältig zu analysieren, für Verbesserungen zu nutzen und natürlich in jedem Einzelfall mit Dank zu beantworten.

Aus unseren eigenen Diskussionen um die Erarbeitung des DPS ist uns einmal mehr bewusst geworden, dass die Qualitätsentwicklung in der Pflege in der Nierenersatztherapie ein der Dynamik der gesellschaftlichen Veränderungsprozesse entsprechendes ständig anzupassendes Lernen und Mitgestalten bedingt. Die Komplexität der Aufgaben wird uns dazu drängen, unsere Standards zu erweitern und zu vertiefen und sie dabei noch übersichtlicher, klarer, gestraffter und fokussierter zu gestalten.

1.4 | Entscheidend, unsere gemeinsame Praxis

Es ist klar: Letztlich entscheidend kommt es auf den praktischen Umgang mit den Standards des DPS von allen in der Nierenersatztherapie tätigen Pflegekräften an.

Der DPS lebt, indem er von uns Pflegekräften gelebt wird ...

Es bringt nichts, wenn er aufgesetzt, sozusagen ‚von oben herab‘ verordnet wird. Je nach konkreter unterschiedlicher Praxisentwicklung und Situation vor Ort können die verschiedensten Qualitäts-

parameter angezeigt sein, mit unterschiedlichen Bedeutungen und Rollen und zeitweisen Schwerpunktsetzungen. Davon, von den je unterschiedlichen Situationen also mit den jeweils aktuell praktischen Themen und so mit diesen zusammenhängenden Standards ist auszugehen, sodass diese mit jenen gestaltungswirksam eingesetzt werden können und, wo möglich, wo notwendig, beide, die konkrete Praxis durch die Standards sowie die konkreten Standards durch die Praxis weiter zu entwickeln sind.

... zusammen mit unseren Ärzte-KollegInnen.

Unserer gemeinsamen gesellschaftlichen Verantwortung zusammen mit der Ärzteschaft obliegt, das Leben der einzelnen Menschen zu erhalten, ihr Leid zu lindern, ihre Gesundheit wieder herzustellen ... (s. Teil A, 1.2).

Ärztliche und pflegerische Tätigkeit sind in ihrer praktischen Wirksamkeit völlig aufeinander, auf ihr Miteinander, angewiesen. So fügen sich auch ihre eigenständigen Standards, der

„Dialyse-Standard der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie“ (Ärzte)

und der

„Dialyse-Pflege-Standard der Arbeitsgemeinschaft Pflege in der Nephrologie“

zusammen.

Sie gehören zusammen.

Am Dialyse-Pflege-Standard gibt es nichts, was nicht auch im Sinne der originären beruflichen Interessen und Bedürfnisse der ärztlichen KollegInnen wäre. Die ärztliche Tätigkeit selbst ist in vielerlei Hinsicht von pflegerischen Momenten durchdrungen, hat sich von pflegerischen Aspekten leiten zu lassen. So selbstverständlich es ist, dass die pflegerische Tätigkeit je im Besonderen nach den ärztlichen Standards sich bestimmt, so ebenso auch die ärztliche nach den pflegerischen.

So wird mit dem Dialyse-Pflege-Standard unser Zusammenwirken mit den Ärzten in gegenseitiger, partnerschaftlicher Wertschätzung weiter gefördert. Und nur so, zusammen, werden Ärztinnen, Ärzte und Pflegende mit ihren im Grunde gemeinsamen Standards in der Nierenersatztherapie ihren einheitlichen, normen- und wertebasierten Ansprüchen gerecht werden können.

Anhang

ATLs (Aktivitäten des tgl. Lebens) wurden entwickelt, um Pflegekräften dabei zu helfen, Pflegeprobleme zu identifizieren, zu diagnostizieren und zu behandeln. Sie basieren auf dem Pflegeprozess mit wiederkehrenden Vorgängen wie Untersuchung, Diagnose, Planung, Umsetzung und Evaluation. Sie umfassen Kommunikation, psychosoziale Unterstützung, Kultur, Lebensstil, Ernährung, Aktivität und Bewegung, Hygiene, Sicherheit, Komfort, Naturheilverfahren und medizinische Behandlung. Angepasst an die nephrologische Pflege und insbesondere in der Nierenersatztherapie können daraus Vorbehalte definiert werden.

ATL Wach sein und schlafen

Tätigkeiten **MIT** Pflegevorbehalt

- *Patientenbeobachtung in Schlafphasen (RR-Abfälle)*
- *Umfassende Patientenbeobachtung, teilweise Sedierung vornehmen nach Arztanordnung*
- *Erkennen und Erfassen von Schlafstörungen und Beratung zur Situationsverbesserung*
- *Beratung zur Schlafhygiene*

Tätigkeiten **OHNE** Pflegevorbehalt

- *Rücksichtnahme auf individuelle Schlafbedürfnisse des Patienten an der Dialyse*
- *Mitpatienten-Auswahl in Bezug auf Schlafverhalten (Berufstätige)*
- *Individuelles Anpassen des Dialysetermins*

ATL Essen und trinken

Tätigkeiten **MIT** Pflegevorbehalt

- *Ernährungsberatung bei Dialysepatienten*
- *Essen anreichern bei Patienten mit Schluck- / Vigilanzstörungen*
- *Beurteilen des Ernährungszustands und Einleiten von Maßnahmen*
- *Kontrolle und bewerten der aufgenommenen Nahrungsmittelmenge*
- *Erkennen potentieller Aspirationsrisiken (Hemiparese etc.)*
- *Vorbereiten, anschließen und abschließen von Sondenkost*
- *Kontrolle der korrekten Lage der nasalen Magensonde*
- *Verbandswechsel an der PEG*

- *Medikamentengabe über nasale / gastrale Sonden*
- *Andicken von flüssigen Nahrungsmitteln*
- *Appetitanregende Maßnahmen einleiten*
- *Aspirationsprophylaktische Lagerung*

Tätigkeiten OHNE Pflegevorbehalt

- *Vorbereiten von Brötchen, Brot, warmen Mahlzeiten etc.*
- *Bereitstellen und abräumen von Mahlzeiten*
- *Essen anreichen bei wachen und nicht aspirationsgefährdeten Patienten*

ATL Sich bewegen

Tätigkeiten MIT Pflegevorbehalt

- *Lagerungstätigkeiten*
- *Dekubitus-Prophylaxe*
- *Kontrakturen-Prophylaxe*
- *Sturzprophylaxe*
- *Transfertätigkeiten (Rollstuhl, Bett etc.)*
- *Begleitung zur Waage, Toilette etc.*
- *Anwenden von freiheitsentziehenden Maßnahmen auf Anordnung*
- *Beurteilen der korrekten Einstellung von Gehhilfen (UAG, Stock, Rollator etc.)*
- *Korrektes Anwenden von Transferhilfen (Rollbrett, Patientenlifter etc.)*

Tätigkeiten OHNE Pflegevorbehalt

- *Bereitstellen des Bettfahrrads*
- *Bereitstellen von Gymnastik-Materialien*

ATL Für Sicherheit sorgen

Tätigkeiten MIT Pflegevorbehalt

- *Identifizieren von Patienten mit erhöhtem Überwachungsbedarf und Einleiten von Maßnahmen (Monitoring, Sitzwache etc.)*
- *Patientenbeobachtung*

Tätigkeiten OHNE Pflegevorbehalt

- *Klingel / Personalruf in Reichweite der Patienten platzieren*
- *Erläuterung der Funktion der Klingel*

ATL Atmen

Tätigkeiten MIT Pflegevorbehalt

- *Gabe von O₂*
- *Absaugen von Sekreten*
- *Sekretolytische Maßnahmen*
- *Beobachtung und Beurteilung der Atmung (Sputum, Atemtechnik, Atemtiefe etc.)*
- *Maßnahmen zur Pneumonie und Atelektasen-Prophylaxe*
- *Atemunterstützende Lagerung (VATI-Lagerung)*

Tätigkeiten OHNE Pflegevorbehalt

- *Keine*

ATL Körpertemperatur regeln

Tätigkeiten MIT Pflegevorbehalt

- *Verabreichen von fiebersenkenden Medikamenten*
- *Durchführen von fiebersenkenden Waschungen*

Tätigkeiten OHNE Pflegevorbehalt

- *Zusätzliche Decke anbieten*
- *Klimatisierung / Heizung regulieren*
- *Einstellen der Temperatur der Dialysierflüssigkeit*
- *Körpertemperatur-Kontrolle*

ATL Kommunikation

Tätigkeiten MIT Pflegevorbehalt

- *Validation / professionelle Kommunikation mit demenziell / psychiatrisch erkrankten Patienten*

Tätigkeiten OHNE Pflegevorbehalt

- *Kontakt zu Selbsthilfegruppen etc. vermitteln*
- *Gesprächsbereitschaft signalisieren*
- *Kommunikation ermöglichen*

ATL Ausscheiden

Tätigkeiten MIT Pflegevorbehalt

- *Patienten auf Steckbecken, Toilettenstuhl etc. mobilisieren*
- *Beurteilen der Ausscheidung (Teestuhl, Haematin etc.)*
- *Begleitung von hilfsbedürftigen Patienten zur Toilette*
- *Anwenden von Inkontinenzhilfsmitteln*
- *Versorgung von Anus Praeter, Nephrostoma, Ileostoma etc.*
- *Beurteilen des Intimbereichs (Mazeration, Pilzerkrankungen etc.)*
- *Teilwaschung bei Bedarf*
- *Beratung zu Inkontinenz Hilfsmitteln*

Tätigkeiten OHNE Pflegevorbehalt

- *Bereitstellen von Sichtschutzwänden*
- *Anreichen der Urinflasche*
- *(Patienten zum Toilettengang abschließen)*

ATL Sich waschen und kleiden

Tätigkeiten MIT Pflegevorbehalt

- *Teil- oder Ganzkörperwaschung im Bett*
- *Beurteilen des Hautzustandes und Einleiten von Maßnahmen*
- *Beurteilen der Mundschleimhaut und Durchführung der Mundpflege*
- *Soor & Parotitisprophylaxe*
- *Beurteilen von Schuhwerk*

Tätigkeiten OHNE Pflegevorbehalt

- *Assistenz beim An- bzw. Entkleiden*

Literaturverzeichnis

- 1 Milliardendefizit bei der Pflegeversicherung zum Jahresende | AssCompact – News für Assekuranz und Finanzwirtschaft. (o. J.). Abgerufen am 15. März 2023, von <https://www.asscompact.de/nachrichten/milliardendefizit-bei-der-pflegeversicherung-zum-jahresende>
- 2 Balhorn, Jutta; Küntzle, Waltraud; Lückerath, Hedi; Reichardt, Michael; Tast, Christa; Ueckert, Harald, & Zakel, Anita. (2003). Strukturen nephrologischer Pflege – Hintergründe zur Organisationsentwicklung (3. Aufl.). Deutscher Zweig der EDTNA/ERCA.
- 3 Karl Lauterbach, Interview am 6. 12. 2022 im Deutschlandfunk
- 4 Vgl. „(Muster-) Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte“, 1948, in der Fassung des 124. Deutschen Ärztetags vom 5. Mai 2021 i. V. m. „Weltärztebund, Deklaration von Genf“, „Das ärztliche Gelöbnis“, 1948; der „Ethikkodex des International Council of Nurses (ICN)“ von 1953 für die Pflegeberufe des „Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK“, überarbeitete Fassung von 2021; s. die „Europäischen Standards für die nephrologische Pflegepraxis“,
- 5 Das MenschenRecht eines jeden ist stets zugleich auch seine MenschenPflicht (Selbst-Verpflichtung), es gegenüber jedem anderen zu achten, anzuerkennen – ganz ungeachtet zunächst von der Aufgabe des Staats (s. Art. 1 Abs. 1, Satz 2 Grundgesetz); vgl. dazu Art. 1 Abs. 2 Grundgesetz; „Das deutsche Volk bekennt sich darum ... zu unverletzlichen und unveräußerlichen Menschenrechten als Grundlage jeder menschlichen Gemeinschaft ...“. Außerdem, nach wie vor weitgehend unbekannt und unberücksichtigt: s. die „Allgemeine Erklärung der Menschenpflichten“ der UN, Inter Action Council, 1997.
- 6 Recht so wie die Pflicht (in ein und derselben Person) um der idealen Werte willen gründen in dem menschlichen Bedürfnis eines jeden nach menschlichem Umgang mit seinesgleichen. Die Verpflichtung auf sie ist – oft nicht oder nicht hinreichend bewusst – Ausdruck desselben.
- 7 Zu lesen auf einem Aushang im Klinikum Traunstein (KKB Klinik-Kompetenz-Bayern eG, 2020) – eine gelungene Marketing-Aussage, mit gutem, wahren Grund.

Herausgeber: Deutscher Zweig der EDTNA-ERCA, 1995, S. 17.

- 8 Schulz von Thun, F. (1981). Miteinander reden: Störungen und Klärungen: Psychologie der zwischenmenschlichen Kommunikation (Originalausg.). Rowohlt.
- 9 Ganz abgesehen von den unwäg-
baren Risiken für die Patienten als
auch für die Pflegenden selbst.
- 10 S. Art. 19 Abs. 2 Grundgesetz:
„In keinem Falle darf ein Grund-
recht in seinem Wesensgehalt
angetastet werden.“
- 11 Die Patientenrechte sind seit 2013
ausdrücklich in einem Patienten-
rechtegesetz festgeschrieben
worden; s. auch „Ratgeber für
Patientenrechte. (o. J.). Abgerufen
am 15. März 2023, von [https://
www.bundesregierung.de/breg-
de/suche/ratgeber-fuer-patienten-
rechte-2069348](https://www.bundesregierung.de/bregde/suche/ratgeber-fuer-patientenrechte-2069348)
- 12 Schreibweise hier ist abweichend
vom Duden, ist hier substantivier-
te Ableitung vom Verb, bewusstes
„reflektieren“, meint also nicht die
spontan reflexhafte Reflexion
(s. Duden)
- 13 Auch im Umgang mit Fehlern
kommt es auf das gute „rechte
Maß“ (Aristoteles) an: Eine zu laxe,
inaktive Haltung (Tendenz Gleich-
gültigkeit) ist ebenso wie eine zu
kleinlich übertriebene Gewissen-
haftigkeit (Tendenz Perfektionis-
mus) unangemessen; beide hin-
dern das eigentliche Anliegen.
- 14 Vgl. Aufsatz „Qualität versus Effi-
zienz“ in „Spektrum der Dialyse
und Apherese“, 12/2
- 15 Zu empfehlen als Standard dazu:
„Gewaltfreie Kommunikation,
aufrichtig und einfühlsam mitein-
ander sprechen, Neue Wege in
der Mediation und im Umgang mit
Konflikten“, Marshall B. Rosenberg,
Junfermann Verlag, Paderborn,
2002;
Schnichels, S. (2019). ELSEVIER
ESSENTIALS Patienten- und Team-
kommunikation für Ärzte: kon-
struktiv, lösungsorientiert, praxis-
nah (1. Auflage). Elsevier.
- 16 Vgl. „Die übertriebene Standardi-
sierung (Herv. d.Verf.) führt dazu,
dass nicht mehr der kranke
Mensch mit einer Diagnose gese-
hen wird, sondern nur noch die
Diagnose.“ Jörg-Dietrich Hoppe,
Präsident der Bundesärztekammer,
1999–2011

- 17 Krohwinkel, M. (2013). Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs: Forschung, Theorie und Praxis (1. Aufl.). Huber.
- 18 Fernsebner, T.; Heekenjann, C.; Nann, M. & Reichardt, M. (2016). Geplante Pflege in der Nephrologie (4., neu überarbeitete Auflage). Fachverband nephrologischer Berufsgruppen e. V.
- 19 Vgl. Vorbehaltsaufgaben – Vereinigung der Pflegenden in Bayern. (o. J.). Abgerufen am 15. März 2023, von <https://www.vdpcb-bayern.de/vorbehaltsaufgaben/>
- FAQ zur neuen Pflegeausbildung: Pflegeausbildung. (o. J.). Abgerufen am 14. März 2023, von <https://www.pflegeausbildung.net/alles-zur-ausbildung/faq-zur-neuen-pflegeausbildung.html>
- 20 Umfang der Praxis für Nephrologie-Pflege | American Nephrology Nurses Association. (o. J.). Abgerufen am 15. März 2023, von <https://www.annanurse.org/professional-development/practice/scope-of-practice/nephrology-nursing>
- 21 Dialysestandard und Hygieneleitlinie – DGfN. (2022). Abgerufen am 15. März 2023, von <https://www.dgfn.eu/dialyse-standard.html>
- 22 Dialysestandard und Hygieneleitlinie – DGfN. (2022). Abgerufen am 15. März 2023, von <https://www.dgfn.eu/dialyse-standard.html>
- 23 Pflege in der Nephrologie | Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (2022). <https://www.dkgev.de/themen/personal-weiterbildung/aus-und-weiterbildung-von-pflegeberufen/pflege-in-der-nephrologie/>
- 24 Anmerkung: Beispiel in KBV Forum7-8/22, HNO-Praxis, Dr. med. Ionnis Charalampakis, Landshut



fnb

Fachverband nephrologischer Berufsgruppen

Alle Rechte vorbehalten.

Vervielfältigung, auch auszugsweise, nicht gestattet.

Irrtümer sowie Schreibfehler vorbehalten.

www.nephro-fachverband.de