

# Die Zukunft der Gesundheitsversorgung – der Beitrag akademisierter Pflegender

Tagungsdokumentation

zur Fachtagung am 5. November 2015

in der Repräsentanz der Robert Bosch Stiftung Berlin

**Pflege der Zukunft**

forschen, wissen, anwenden



# IMPRESSUM

## **Herausgeber**

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)  
Prof. Dr. Renate Stemmer  
Heinrich Recken

Dekanekonferenz Pflegewissenschaft  
Prof. Petra Weber  
Prof. Dr. Änne-Dörte Latteck

## **Grafik**

Agentur Queißer PR, Berlin

## **Auflage**

1000

## **Stand**

Mai 2016

Gefördert von:

Robert Bosch **Stiftung**

# INHALT

	Seite
Präambel	4
<b>1. Begrüßung und Einführung</b>	<b>6</b>
1.1 durch die Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft, Prof. Dr. Renate Stemmer	6
1.2 durch den Vorsitzenden der Dekanekonferenz Pflegewissenschaft, Prof. Dr. Johannes Korporal	10
1.3 Kooperationen in der Pflege – was muss sich ändern? Dr. Bernadette Klapper	13
<b>2. Podiumsdiskussion (redigierte Fassung)</b>	<b>17</b>
<b>3. Workshops</b>	<b>28</b>
3.1 <b>Workshop 1:</b> Potenziale akademisch qualifizierter Pfleger – anders oder mehr?	28
3.1.1 Impuls: Potenziale akademisch qualifizierter Pfleger – anders oder mehr? Prof. Petra Weber; Prof. Dr. Änne-Dörte Latteck	28
3.1.2 Zusammenfassung und Diskussion, Prof. Petra Weber, Prof. Dr. Änne-Dörte Latteck	34
3.2 <b>Workshop 2:</b> Versorgungskonzepte im Ausland	36
Zusammenfassung und Diskussion, Prof. Dr. Anke Fesenfeld	
3.3 <b>Workshop 3:</b> Ökonomische Konsequenzen & Chancen – ist der Einsatz akademisch qualifizierter Pfleger bezahlbar?	38
3.3.1 Impuls: Ökonomische Dimensionen der Etablierung einer hochschulischen Erstausbildung in der Pflege, Prof. Dr. Michael Simon	38
3.3.2 Zusammenfassung und Diskussion, Prof. Dr. Reinhold Wolke	42
3.4 <b>Workshop 4:</b> Daseinsvorsorge im ländlichen Raum – der Beitrag akademisch qualifizierter Pfleger	46
3.4.1 Impuls: Einführungsstatement, Stefan Muhle	46
3.4.2 Zusammenfassung und Diskussion, Prof. Dr. Andreas Büscher	48
3.5 <b>Workshop 5:</b> Innovative Beispiele aus deutschen Krankenhäusern	50
3.5.1 Impuls: Die Zukunft der Gesundheitsversorgung – der Beitrag akademisierter Pfleger im Pfalzkrankenhaus	50
3.5.2 Impuls: Advanced Nursing Practice (ANP) im Florence-Nightingale-Krankenhaus der Kaiserswerther Diakonie	53
3.5.3 Zusammenfassung und Diskussion, Heinrich Recken, Regina Rosenberg	56
<b>4. Perspektiven und Empfehlungen</b>	<b>62</b>
<b>5. Das Tagungsprogramm</b>	<b>66</b>

# PRÄAMBEL

Unter dem Titel: „Die Zukunft der Gesundheitsversorgung – der Beitrag akademisierter Pflegenden“ fand am 05.11.2015 in Berlin eine gemeinsame Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)<sup>1</sup> und der Dekanekonferenz Pflegewissenschaft<sup>2</sup> zur Relevanz hochschulischer Pflegebildung für die klinische Versorgung statt.

Anliegen der Fachtagung war es, einen Beitrag zur berufsfachlichen, hochschulischen und politischen Diskussion zum Einsatz der Absolvent/-innen klinisch ausgerichteter grundständiger Pflegestudiengänge zu leisten und damit das Spannungsfeld von wissenschaftlich geprägten Potenzialen einerseits und den Bedarfen der pflegerischen Praxis andererseits auszuloten. Die aktuelle Situation kennzeichnet: die Anforderungen in der Gesundheitsversorgung steigen auf Grund der demografischen und epidemiologischen Entwicklungen stark an. Angesichts begrenzter Finanzierungsmöglichkeiten erfordert dies einen effizienten Ressourceneinsatz. Zugleich sinken die personellen Ressourcen durch den Fachkräftemangel und die Abnahme des pflegerischen Laienpotenzials. Dies ist eine gewaltige Herausforderung: bei der Gestaltung der pflegerischen Versorgung der Zukunft muss insbesondere die Personalsituation und -qualifizierung berücksichtigt werden. Mit der hochschulischen Ausbildung in der Pflege sind auch in Deutschland Qualifikationsprofile entstanden, die nach internationalen Erfahrungen und Erkenntnissen einen Benefit für die Qualität der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung bieten können. Der in den letzten Jahren deutlich gewachsene Anstieg an einschlägigen Pflegestudiengängen wird absehbar zu einer stärkeren Durchdringung aller Versorgungsbereiche mit hochschulisch qualifizierten Pflegenden führen. Die hierin enthaltene Chance der Zukunftsgestaltung muss konsequent genutzt werden. Dies erfordert einerseits, die Bedarfe an hoch qualifizierten Pflegenden in den verschiedenen Handlungsfeldern zu identifizieren und andererseits auch die Qualifikationsprofile der Pflegestudiengänge auf die sich verändernden Aufgaben und Verantwortungsbereiche in der pflegerischen Versorgung gezielt auszurichten.

## Zusammenfassend ergänzen sich dabei drei Perspektiven:

- In der Pflegepraxis besteht der Bedarf, qualifizierte Fachkräfte als Problemlöser für die veränderten Versorgungsbedarfe zu gewinnen.
- Den Hochschulen ist es ein Anliegen, dass die hochschulisch qualifizierten Pflegenden ihre Kompetenzen in die Pflegepraxis wirksam einbringen können.
- Die Politik hat die Aufgabe, den gesundheitspolitischen Herausforderungen durch wirksame Konzepte zu begegnen.

Um im Sinne der bestmöglichen Patientenversorgung ein stimmiges Konzept zwischen den Bildungsangeboten der Hochschulen und den Leistungserbringern in der Gesundheitsversorgung herstellen zu können, bedarf es des gemeinsamen Diskurses über Voraussetzungen und Bedingungen, unter denen der Gewinn von Pflegenden mit Bachelor- und/oder Masterabschluss für Pflegebedürftige und Pflegeeinrichtungen ausgeschöpft werden kann.

Das Ziel der Fachtagung bestand in einem offenen und konstruktiven Austausch aller Beteiligten über Versorgungsbedarfe, erforderliche Qualifikationen, kompetenzorientierte und evidenzbasierte Pflege sowie die notwendigen Strukturbedingungen zur Nutzung des pflegewissenschaftlichen Potenzials in sich rasant verändernden pflegerischen Handlungsfeldern. Dazu wurde der Diskurs zwischen Vertreter/innen der hochschulischen Pflegeausbildung, der Gesundheitsversorgung, der Politik sowie den Verbänden und Kostenträgern über die Bedarfe und Potenziale der Absolvent/innen von Pflegestudiengängen gefördert und vertieft. Entscheidungsträger/innen aus (Gesundheits-) Wirtschaft und (Gesundheits-) Politik, Vertreter/innen von Verbänden und potenzielle Arbeitgeber/innen aus allen Handlungsfeldern der Pflege waren eingeladen, mit Vertreter/innen von Hochschulen und der Pflegewissenschaft in eine Diskussion über Bedarfe und Qualifikationsprofile klientennaher wissenschaftlicher Pflegebildung sowie über Berufseinmündungskonzepte und Personalentwicklung zu treten.

In diesem Sinne richtete sich die Fachtagung an Vertreter/innen der Politik (sowohl die politische als auch die administrative Ebene der Gesundheitsministerien im Bund und in den Ländern), Geschäftsführer/innen von Pflege- und Gesundheitseinrichtungen, Personalentscheider/innen und Führungskräfte auf übergeordneten Managementebenen und Verbandsvertreter/innen aus allen Handlungsfeldern der Pflege. Ebenso waren Vertreter/innen der Kostenträger (GKV, VdaK, AOK, Barmer GEK, TK, DAK, etc.) und der Hochschulen mit klientennah ausgerichteten Pflegestudiengängen eingeladen. Insgesamt nahmen ca. 120 Personen an der Fachtagung teil.

Um die Fachtagung möglichst breit zu verankern und sowohl die Politik gestaltenden als auch die Gesundheitsversorgung realisierenden Akteure und Leistungsanbieter einzubinden, wurden über einen Beirat bereits in der Veranstaltungsplanung Führungskräfte und Fachvertreter/innen von verschiedenen Organisationen und Verbänden (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Caritasverband, Diakonie Deutschland, Arbeiterwohlfahrt, Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste, Deutscher Pflegerat, Bundesverband Pflegemanagement, Verband der Pflegedirektoren der Unikliniken) eingerichtet. Die Beiratsmitglieder wurden gebeten, die Weiterführung der auf der Tagung angestoßenen Diskussion in ihren jeweiligen Gremien und Bezügen zu unterstützen.

Die Fachtagung wurde von einer Postersession von und mit Absolventinnen und Absolventen pflegebezogener Bachelor- und Masterstudiengänge mit klinischer Ausrichtung flankiert. Insgesamt standen neun Absolventinnen und Absolventen den Teilnehmer/innen mit ihren Postern für Gespräche zur Verfügung.

Die vorliegende Tagungsdokumentation umfasst sowohl die Begrüßungsvorträge, als auch eine gekürzte Fassung der moderierten Podiumsdiskussion. Die Diskussionsprozesse und Ergebnisse der Workshops werden durch Impulsvorträge - soweit sie zur Verfügung gestellt wurden - und/oder Protokolle nachgezeichnet. Auf diese Weise werden die Diskussionsgegenstände und Konfliktlinien ebenso verdeutlicht wie die Herausforderungen und Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung mit hochschulisch ausgebildeten Pflegenden.

Die Tagungsdokumentation soll einen Beitrag dazu leisten, dass der aktuelle Stand der Diskussion zur Frage der Integration von hochschulisch qualifizierten Pflegenden in die Handlungsfelder der Pflege und der notwendigen und sinnvollen Strukturbedingungen transparent wird. Dieser Diskussionsstand soll allen Teilnehmenden und Interessierten zugänglich sein. Unser besonderer Dank gilt der Robert-Bosch Stiftung, die mit ihrer personellen, finanziellen und räumlichen Unterstützung die Fachtagung ermöglicht und bereichert hat.

### **Für die Veranstalter**

Prof. Dr. Renate Stemmer  
(Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft)

Prof. Petra Weber  
(Dekanekonferenz Pflegewissenschaft)

Prof. Dr. Änne-Dörte Latteck  
(Dekanekonferenz Pflegewissenschaft)

Heinrich Recken  
(Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft)

<sup>1</sup> Die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft führt u.a. jährlich den DGP- Hochschultag durch, der regelmäßig Fragen im Schnittstellenbereich von Wissenschaft und Praxis diskutiert.

<sup>2</sup> Die Dekanekonferenz Pflegewissenschaft beschäftigt sich in ihrer ureigenen Funktion mit den unterschiedlichen Pflegebildungsgängen an Hochschulen. Sie hat eine erste Bestandsaufnahme über die Rahmenbedingungen hochschulischer Studiengänge durchgeführt, die für die direkte klientennahe Pflege qualifizieren. Die Heterogenität hinsichtlich Struktur, Organisation und inhaltlicher Schwerpunktbildung verdeutlicht die Notwendigkeit der Konfrontation mit Anforderungen und Herausforderungen in den Handlungsfeldern.

# 1. BEGRÜßUNG UND EINFÜHRUNG

## 1.1. durch die Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)

Prof. Dr. Renate Stemmer, Kath. Hochschule Mainz



Prof. Dr. Renate Stemmer, Vorsitzende der DGP

Sehr geehrte Vertreter/innen der Politik und der politischen Administration auf Bundes- und Landesebene, sehr geehrte Vertreterinnen und Vertreter der Verbände, der Kassen und der Pflegewissenschaft, liebe Pflegeexpertinnen und –experten, liebe Studierende, sehr geehrte Damen und Herren, herzlich Willkommen zur Fachtagung: „Die Zukunft der Gesundheitsversorgung, der Beitrag akademisierter Pflegenden“. Besonders begrüße ich Frau Parlamentarische Staatssekretärin Elke Ferner aus dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und

Jugend, Herrn Gernot Kiefer vom Vorstand der Gesetzlichen Krankenversicherung, Frau Ulrike Reus, die die Deutsche Krankenhausgesellschaft vertritt, Frau Andrea Trenner für die Diakonie Deutschland und Herrn Franz Wagner, den Vizepräsidenten des Deutschen Pflegerates. Ich freue mich auf Ihre Beiträge.

Ein besonderer Gruß geht an Frau Dr. Bernadette Klapper, stellvertretende Bereichsleiterin und Gruppenleiterin Gesundheit der Robert Bosch Stiftung, die diese Veranstaltung fördert. Dafür schon jetzt herzlichen Dank. Diese Tagung wird gemeinsam von der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft und der Dekanekonferenz Pflegewissenschaft veranstaltet. So begrüße ich den Vorstand der Dekanekonferenz Pflegewissenschaft: Herr Korporal, Frau Weber, Frau Latteck: herzlich Willkommen.

Die aktuelle weitreichende Umgestaltung der Gesellschaftsstruktur ist gekennzeichnet durch ein Älterwerden der Gesellschaft (sinkende Geburtenzahlen; steigende Lebenserwartung), Urbanisierung, erhöhte Mobilität und sich wandelnde Familienstrukturen. Der Vorsitzende des Bundesinstitutes für Bevölkerungsforschung, Norbert Schneider, schätzt den Tatbestand der aktuellen Schrumpfung der bundesdeutschen Bevölkerung als undramatisch ein. Es handele sich um Schwankungen, die kein neues Phänomen darstellen. Anders sei dies mit der Alterung der Bevölkerung. Dies sei in dem vorliegenden Ausmaß tatsächlich ein Phänomen von neuer Qualität, für das es bislang keine erprobten Lösungen gibt.

Dies, so sind sich alle Expertinnen und Experten einig, führt zu Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung. Der medizinische Fortschritt und die hohe Lebenserwartung gehen mit einer

Zunahme von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Multimorbidität einher. Zudem gibt es eine Zunahme von Multimorbidität unabhängig vom demografischen Wandel (z.B. Diabetes bei Kindern).

Das Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2015) benennt die Zahl von 2.626.000 Pflegebedürftigen in 2013 und 3.495.000 Pflegebedürftigen in 2030. Zugleich nimmt die Laienpflegekapazität ab. Mit Blick auf die professionelle Pflege fehlen, je nachdem von welchem Szenario man ausgeht, zwischen 260.000 und 490.000 Pflegenden, allein für den Versorgungsbereich der stationären und ambulanten Pflege. Das Statistische Bundesamt geht in einer im Jahr 2010 gemeinsam mit dem Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) veröffentlichten Projektionsstudie von einem voraussichtlichen ungedeckten Bedarf an ausgebildeten Pflegekräften in Höhe von (je nach Szenario) 135.000 bis 214.000 Pflegevollkräften bis zum Jahr 2025 aus (Afentakis; Maier, 2010).

„Das Aufeinandertreffen steigender Bedarfe nach formaler Pflege und eines rückläufigen Arbeitskräfteangebots konstituiert eine ‚Versorgungslücke‘, die zu schließen eine der vornehmsten Aufgaben der Gesundheits- und Pflegepolitik der nächsten Jahre sein muss“ (Bertelsmann Stiftung, 2012), so der Themenreport Pflege 2030, der unter der Federführung des Kollegen Rothgang entstanden und von der Bertelsmann Stiftung herausgegeben worden ist.

Die Situation im Krankenhaus ist ähnlich schwierig: Übereinstimmend gehen Das Deutsche Krankenhausinstitut und das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung schon heute von einem Fachkräftemangel aus (dip, 2010). Verdi spricht von 70.000 fehlenden Stellen in der Pflege (o. A., 2015). Eine Studie zum Fachkräftebedarf und -angebot im deutschen Gesundheitswesen prognostiziert für 2020 eine Personallücke von mindestens 140 000 Fachkräften in den Krankenhäusern (PricewaterhouseCoopers PwC, 2010). Auf dem Ausbildungsmarkt hat der Kampf um geeignete Auszubildende begonnen.

Diese Zahlen geben von den bestehenden Strukturen im Gesundheitswesen aus. Um die zukünftige Gesundheitsversorgung sicherstellen zu können, ist eine Weiterentwicklung aber unumgänglich. Nicht zuletzt müssen neue Versorgungsstrukturen für den ländlichen Raum konzipiert und umgesetzt werden. Um dieser Situation zu

begegnen, bedarf es eines ganzen Maßnahmenbündels. Die Frage, der sich diese Tagung stellt, lautet: Welchen Beitrag kann die akademisierte Pflege leisten, um diese Probleme zu lösen.

Grundsätzlich gilt: Mit der Akademisierung der Pflege sind auch in Deutschland Qualifikationsprofile entstanden, die nach internationalen Erfahrungen und Erkenntnissen einen Benefit für die Qualität der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung bieten können. Auch wenn bislang der Anteil hochschulisch qualifizierter Pflegenden in der klientennahen Versorgung noch gering ist, wird der in den letzten Jahren deutlich dynamisierte Anstieg an einschlägigen Pflegestudiengängen zu einer stärkeren Durchdringung aller Versorgungsbereiche mit akademisch qualifizierten Pflegenden führen. Die hierin enthaltenen Chancen der Zukunftsgestaltung sollten konsequent genutzt werden.



Elke Ferner, Parlamentarische Staatssekretärin BMFSFJ

Hochschulisch qualifizierte Pflegenden sind schneller in der Lage situationsangepasst Probleme zu erkennen und fachlich angemessene und effektive Lösungen zu entwickeln. Sie können sich leichter aktuelle auch internationale Studienergebnisse erschließen und für ihre Fragen vor Ort nutzen (Darmann-Finck, 2012). Empirische Erkenntnisse belegen den Wert einer verbesserten Patientenversorgung durch hochschulisch ausgebildete Pflegenden (Aiken et al., 2014). Das Einbeziehen wissenschaftlichen Denkens und der Evidenzbasierung in das pflegerische Handeln verbessert die Gesundheitsversorgung pflegebedürftiger Menschen.



(v.l.n.r.): J. Korporal, R. Stemmer, E. Ferner, G. Kiefer, U. Reus, P. Weber, A. Trenner, F. Wagner

Neben einer Verbesserung der Versorgung mit Blick auf rein medizinisch-pflegerische Fragen birgt die Akademisierung der Pflege aber auch erhebliche Potenziale, die die Umstrukturierung zu einer Gesellschaft des langen Lebens unterstützen. Die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum wird zu einer besonderen Herausforderung werden. Anpassungsprozesse sollten lokale Gesundheitszentren für die Primär- und Langzeitversorgung vorsehen. Diese müssen multiprofessionell besetzt werden. Die originäre Perspektive von akademisch qualifizierten Pflegenden auf die Auswirkungen von langwierigen und chronischen Krankheitsverläufen auf den Lebensalltag der betroffenen Menschen ermöglicht es, eine Einheit aus medizinischem Blick und individueller Lebenssituation herzustellen. Pflegenden gelingt es, lebensweltliche und medizinische Aspekte chronischer Krankheitsverläufe im Sinne der Betroffenen zusammen zu bringen. Damit werden Menschen mit langfristigem Versorgungsbedarf bei chronischen Krankheitsverläufen in Therapie und Pflege von den Kompetenzen der akademisch qualifizierter Pflegenden in besonderem Maße profitieren.

Aber auch in den eher traditionellen Pflegesettings können hochschulisch qualifizierte Pflegenden mit Gewinn eingesetzt werden. Sie sind qualifiziert für die Entwicklung und Umsetzung von

Pflege –und Versorgungskonzepten, die zukünftig zunehmende Bedeutung erhalten werden (wie für den Aufenthalt von Menschen mit Demenz im Krankenhaus, für die Pflege von Menschen im Wachkoma oder mit Heimbeatmung). Doch dieses Potenzial wird bislang zu wenig genutzt. Die Absolventinnen und Absolventen der berufsqualifizierenden Studiengänge nehmen Stellen im Qualitätsmanagement oder im Leitungsbereich ein, sie finden interessante Angebote bei den Kassen, beim MDK oder den Verbänden oder sie werden ohne Unterschied zu den beruflich Qualifizierten eingesetzt. Ein gezielter Einsatz in der klientennahen Versorgung geschieht derzeit nur punktuell. Hier besteht Entwicklungsbedarf.

Angesichts des Fachkräftemangels kommt der Forderung nach einer Steigerung der Attraktivität der Pflege besondere Bedeutung zu. Die Möglichkeit eines Studiums erschließt neue Interessentinnen und Interessenten für den Pflegeberuf. Derzeit sind über 10.000 Studierende in pflegewissenschaftlichen und pflegemanageriell ausgerichteten Studiengängen eingeschrieben (StBA 2015). (Das statistische Bundesamt rechnet die berufsqualifizierenden Studiengänge der Pflegewissenschaft zu. Studiengänge mit pflegepädagogischem Fokus sind hier nicht enthalten.) Diese werden dem Beruf nur erhalten bleiben,



wenn das mit einem Studium verbundene implizite Versprechen, einen interessanten Beruf mit akzeptablen Rahmenbedingungen vorzufinden, auch eingelöst wird.

Akademische Qualifikationen führen in den Handlungsfeldern der Pflege aktuell noch häufig zu Diskussionen, Fragen und Irritationen. Diese Erscheinungen verlieren an Relevanz, wenn es gelingt, die akademisch qualifizierten Pflegenden strukturell angemessen in die Versorgungsprozesse einzubinden und sie damit Gelegenheit erhalten, das jeweilige Handlungsfeld mit zu prägen. Damit wird die Diskussion um Arbeitsfelder, Aufgaben- und Verantwortungsbereiche zu einem Übergangsphänomen. In einigen Jahren werden diese Felder akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen Normalität sein.

Zusammenfassend: der Bedarf an akademisch qualifizierten Pflegenden ist da, die Absolventinnen und Absolventen drängen auf den Arbeitsmarkt, jedoch wird das klinische Potenzial kaum genutzt.

Es geht nun also um Strukturentwicklung, darum Gesundheits- und Pflegeversorgung mit anderen Inhalten zu denken und das Potenzial der akademisierten Pflegenden aufzugreifen und einzusetzen. Ich hoffe, dass diese Tagung dazu beiträgt, diese Entwicklung voranzubringen. ■

## Literatur

- Afentakis, A.; Maier, T.** (2010) Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. In: *Wirtschaft und Statistik* 62 (11) S. 990-1002.
- Aiken, L., Sloane, D., Bruyneel, L., van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M., Moreno-Casbas, M., Rafferty, A., Schwendimann, R., Scott, A., Tishelman, C., van Achterberg, T. & Sermeus, W.** (2014) Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. In: *Lancet* 383(9931), S.1824-1830.
- Bertelsmann Stiftung** (2012) Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/themenreport-pflege-2030/> (Abruf: 05.10.2015)
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung** (2015) Rund ein Drittel mehr Pflegebedürftige bis 2030. [http://www.bib-demografie.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Download/Grafik\\_des\\_Monats/2015\\_06\\_pflegebeduerftige.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=4](http://www.bib-demografie.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Download/Grafik_des_Monats/2015_06_pflegebeduerftige.pdf?__blob=publicationFile&v=4) (Abruf: 02.10.2015)
- Darmann-Finck, I.** (2012) Wirkungen einer akademischen Erstausbildung von professionell Pflegenden im Spiegel internationaler Studien. In: *Pflege und Gesellschaft* 17 (3), S. 216-232.
- Dip, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung** (2010) *Pflegethermometer 2009*. [http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip\\_Pflege-Thermometer\\_2009.pdf](http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_Pflege-Thermometer_2009.pdf) (Abruf: 01.10.2015)
- O.A.** (2015) Verdi mahnt: es fehlen 70.000 Pfleger. In: *Ärzte Zeitung online* 24.06.2015. [http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/gewerkschaften/article/889142/verdi-mahnt-fehlen-70000-pfleger.html](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gewerkschaften/article/889142/verdi-mahnt-fehlen-70000-pfleger.html) (Abruf: 01.10.2015)
- PricewaterhouseCoopers PwC** (2010) *Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030*. <http://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/fachkraeftemangel.pdf> (Abruf: 05.10.2015)
- StBA, Statistisches Bundesamt** (2015) *Fachserie 11 Reihe 2. Bildung und Kultur. Berufliche Schulen. Schuljahr 2014/2015*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

## 1.2 Begrüßung und Einführung durch den Vorsitzenden der Dekanekonferenz Pflegewissenschaft

Prof. Dr. Johannes Korporal, Alice-Salomon-Hochschule Berlin



Prof. Dr. Johannes Korporal,  
Alice-Salomon-Hochschule Berlin

### Einleitende Gedanken zum Beitrag hochschulisch gebildeter Pflegefachkräfte zu Zukunft und Sicherung der pflegerisch-gesundheitlichen Versorgung:

Nach zwei Jahrzehnten pflegewissenschaftlicher Hochschulbildung bilanzieren wir Qualifikationen in den folgenden Bereichen:

- des Managements und der Leitung, vor allem in Einrichtungen der Pflege,
- der pflegeberuflichen Ausbildung und Lehre,
- der pflegerischen Versorgung,
- der beruflichen Erstausbildung als Heilberuf im Rahmen eines Bachelorstudiums und aufbauend einer vertieften klinischen Qualifikation
- und der Pflegewissenschaft und Forschung.

Ein fortdauernder Problemgehalt macht allerdings deutlich, daß es zu jedem dieser Qualifikationsbereiche implizite Klärungsbedarfe gibt: Management und Leitung umfassen eine große Zahl unterschiedlicher Tätigkeitsbereiche in heterogener Institutionalisierung und Trägerschaft, vor allem aber auch in begrenzter Eigenständigkeit. Berufliche Ausbildung und Lehre erstrecken sich vom Lehramt für berufsbildende Schulen bis zu unterschiedlichen Qualifikationen für Bedarfe der besonderen Schulen des Gesundheitswesens oder der Lehrausstattung an Hochschulen. Im Hinblick auf eine wissenschaftsfundierte fachliche Versorgung markieren Evidenzbasierung und unzureichende postgraduale Praxis-Qualifikationen im Sinne von hochschulischen Weiterbildungen oder Weiterbildungsgebieten der Pflege den Handlungsbedarf. Sie haben nach wie vor nicht ihren Ort in fachlich und öffentlich geregelter eigener Zuständigkeit. Bei der beruflichen Erstausbildung als Heilberuf stecken wir gegenwärtig in einer breiten und kontroversen Diskussion um Generalistik, verstanden als einzelberufliche Integration und interberufliche neue Fundierung, um Bildungsformen und deren berufsrechtlich geregelte Rahmen, um fachliche oder trägerschaftliche Leistungsdefinition, um nur einige Aspekte zu nennen und um sie nicht mit der überkommenen

Sozialrechtsnorm der „geeigneten Pflegekräfte“ abzugleichen, die im Hintergrund der Kontroversen um Qualifikationen und Kompetenzen stehen und – vor allem fachfremdes – Kalkül für die Aushandlung und Erbringung von Pflegeleistungen im Rahmen des Sozialrechts sind. Wichtige Elemente der Verselbständigung und Weiterentwicklung wie die Heilkundeübertragung, bereichsspezifische Regelungen nach fachlichen Kriterien oder die Ausgestaltung ‚eigenverantwortlich wahrzunehmender Aufgaben‘ nach den Berufsgesetzen kommen unzureichend oder nicht in Gang und erfüllen nicht die in sie gesetzten Erwartungen. Eine bereichsspezifische Förderung von Forschung hat nachholend die Lücken nicht geschlossen, und sie ist zur partizipativen Forschungsförderung geworden.

Bei aller Anerkennung von Leistung und Entwicklung der sogenannten Akademisierung oder der Implementierung als wissenschaftliche Disziplin in Lehre, Forschung und zugeordneter Praxis der letzten gut zwanzig Jahre scheint es also eine Reihe von offenen Fragen zu geben, die vor allem Schnittstellen von Studium, Lehre und Praxisrelevanz betreffen. Ein Ziel der Tagung ist die gemeinsame Erörterung einiger dieser Probleme durch die Vertreterinnen und Vertreter aus Beruf, Praxis, Bildung und Forschung, um ein Verstehen und ggf. eine Verständigung über Probleme, über Ressourcen, Defizite, Äquivalenz und Eigenständigkeit von Kompetenzen hochschulisch qualifizierter Pflege zu ermöglichen. Einführende Bemerkungen sollen aber bestenfalls Fragen stellen und keine Antworten geben. Diese sollten Ergebnis der Tagung sein. Sechs Aspekte spannen nach meiner Auffassung den Bogen auf:

**1.** Hochschulische Pflegequalifikation ist Teil oder Ebene des Systems der Pflegebildung insgesamt – in der Bundesrepublik in besonderer Weise, und zwar in abweichender Institutionalisierung der Bildung und in langem Verzug der Entwicklung, aber sie ist nunmehr immerhin unterwegs. Sie stellt die Fragen der Identität und Differenz der Ebenen der Qualifikationen zueinander, und zwar an die beruflich Qualifizierenden, aber auch an diejenigen, die an den Qualifikationen als Lernende oder Leistungserbringende interessiert sind, und auch an alle Regelungs- und Leistungsinstanzen. Ein Workshop will dieser Frage unter den Aspekten des „Anders oder Mehr“ nachgehen.

**2.** Hochschulische Pflegequalifikation erscheint vergleichsweise in einem zu geringen Umfang im Währenden des Studiums und im Anschluß in die jeweilige Praxis vermittelt zu sein. Praktische Ausbildung und Praktika bedürfen der wechselseitigen personalen und entwicklungsorientierten Vernetzung, um gegenseitig transparent werden zu können. Die Hochschule kann zum Beispiel Entwicklungsbedarfe der Praxis aufgreifen und sie in die Qualifikation der Studierenden als Teil der hochschulischen Ausbildung einbeziehen. Und umgekehrt implizieren die Aufnahme und die Weiterentwicklung durch Hochschulcurricula die gemeinsame praktische Implementation und Erprobung in der Praxis und die Vermittlung im beruflichen und institutionellen Kontext. Insofern sollte es bei aller Differenz der Aufgaben und Anforderungen einen Prozeß der gemeinsamen Gestaltung von Hochschule und Praxis in der Weiterentwicklung von Inhalten und Formen fachlicher Handlung und Leistungserbringung geben, der sich als wissenschaftsfundiert ausweist.

**3.** Von großer Bedeutung in diesem Zusammenhang ist aber auch die Wahrung des Zusammenhangs der verschiedenen Bildungsebenen der Pflege und der Dimensionen ihrer jeweils spezifischen internen Strukturierung auf jeder einzelnen Ebene der Qualifikation. Dabei ist jede der Qualifikationsebenen zielspezifisch und kompetenziell auszurichten, die Ebenen sind aber im Verhältnis qualifikatorischer Übergänge zueinander offen zu gestalten, und zwar in beide Richtungen. Dabei ist eine ungelöste und vielleicht durch die Tagung zu bearbeitende Frage, ob es um Analogie, Äquivalenz oder das Verhältnis von Teilmengen zueinander gehen soll. In jedem Fall sollten sie durch Spezifität und Durchlässigkeit gekennzeichnet sein.

**4.** Für Transparenz, Übergang und Anerkennung von Kompetenzen, aber auch für Delegation und Verantwortung – inner- und interberuflich – ist das Verhältnis der Qualifikationen von großer Bedeutung. Wechselseitige Übergänge in beide Richtungen sind aber auch entscheidend für die Attraktivität des Berufs für Interessentinnen und Interessenten und beruflich Tätige, für biographische Planbarkeit, Perspektivität und die Norm des Lebenslangen Lernens, horizontal und vertikal. Pflegebildung muß hinsichtlich dieser Kriterien transparent und zwischen Theorie und Praxis vernetzt sein. Sie ist es offensichtlich bisher nicht in ausreichendem Umfang.

5. Die Frage nach der Qualifikation und dem Können hochschulisch gebildeter Pflegefachkräfte reflektiert die intendierten und die wahrgenommenen Wirkungen. Offensichtlich fehlen Gründe, eine Deckungsgleichheit zugrunde zu legen, und es besteht Anlaß, eine eingeschränkte Wirksamkeit der Theorie auf die Praxis und der Praxis für die Theorie anzunehmen. Dies bedarf des gemeinsamen Diskurses, der seinen spezifischen Ort haben und von den Beteiligten gemeinsam gefunden werden sollte.

Als generelle Aspekte und konsensuale Kriterien einer praxisrelevanten Hochschulqualifikation können die folgenden Momente gelten:

- Professionelle Problemwahrnehmung und tendenziell und konsensual eigenständige Problemlösung
- Wechselseitige personale geregelte und kompetenziell ausgewiesene Aufgabenwahrnehmung und -erfüllung
- Wissenschaftsfundierung und empirische Begründung des berufspraktischen Handelns
- Transparenz der Kompetenzen durch gemeinsame Entwicklungs- und Interaktionszusammenhänge
- Überleitung/Kooperation/Transfer in Theorie, Konzept und Praxis als eigenständige, kooperative und transparente Steuerung von Versorgung
- Überprüfung der institutionellen Konzepte der Pflege nach kompetenziellen Gesichtspunkten. Die denkbare These wäre: Eine selbständige Pflege bedarf einer eigenständigen spezifischen Institutionalisierung, intra- und extrainstitutionell.
- „Neue“, fortgeschriebene oder konzeptuell eigenständig fundierte Qualifikationen.

Hieraus sollten sich die jeweiligen Tätigkeits- und Entwicklungsoptionen ergeben, wenn hochschulisch qualifizierte Pflege integriert wird. Sie stellt damit zugleich einen Entwicklungsimpuls dar, der von der Einrichtung bewußt in Rechnung gestellt werden sollte.

6. Das Berufsrecht unterscheidet – gegenwärtig und zukünftig – eine selbstverantwortlich-eigenständige Handlungsebene, die durch Aufgabenübertragung und -übernahme erweitert werden kann, eine eigenverantwortlich-durchführende Handlungsebene und die Ebene des Mit-/Zusammenwirkens und Ausführens mit anderen Berufen.

Die Umsetzung der normativen berufs- und sozialrechtlichen Begriffe, Konstrukte und Regelungen in eigene berufliche Handlungszusammenhänge sollte Kompetenz der hochschulischen Qualifikation sein. Mit ihrer Hilfe sollte es gelingen, Eigenständigkeit und Handlungsrahmen auf den jeweiligen Ebenen pflegeberuflicher Tätigkeit zu entwickeln und zu erweitern. Die Übernahme zum Beispiel von Sozialrechtsbegriffen, eine sicher nicht zureichend reflektierte Medizinlastigkeit im eigenen Kontext oder eine fehlende Entwicklung von spezifischen Handlungs-, Leistungs-, oder Weiterbildungsansätzen im eigenständigen Handlungsbereich der Pflegebedürftigkeit legen nahe, von nicht ausgeschöpften Professionalisierungsoptionen auf den genannten Handlungsebenen der Pflege auszugehen. Um- oder Irrwege der ‚Entfachlichung‘, einer ‚Entbürokratisierung‘ jenseits eigener fachlicher Standards oder eine unzureichende fachliche Grundlegung sollten markiert und vermieden werden.

Hochschulisch gebildete Pflegefachkräfte tragen zu Zukunft und Sicherung der pflegerisch-gesundheitlichen Versorgung in dem Maße bei, wie die Gegenwart der hochschulischen Qualifikation spezifisches, reflektiertes und akzeptiertes Gestaltungselement der Praxis wird. ■

## 1.3 Kooperationen in der Pflege – was muss sich ändern?

Dr. Bernadette Klapper, stellvertretende Bereichsleiterin / Gruppenleiterin  
Gesundheit, Robert Bosch-Stiftung

Sehr geehrte Frau Professor Stemmer,  
sehr geehrte Damen und Herren, liebe Gäste,

ich freue mich, heute hier vor Ihnen stehen und ein Grußwort für diese Veranstaltung zur Zukunft der Gesundheitsversorgung zu sprechen. Nicht nur, weil ich die Robert Bosch Stiftung vertrete, die diese Veranstaltung gefördert hat. Veranstaltungen wie diese bieten immer auch die Möglichkeit zu erfahren, ob und wie sich das Stiftungswirken, bei Ihnen, in Ihrer Berufspraxis, Ihren Projekten und Arbeiten und – so hoffen wir alle ja immer – auch im Gesellschaftlichen bestätigt. Und Veranstaltungen wie diese bieten immer auch die Möglichkeit, neuen Menschen und alten Bekannten zu begegnen, ihre Anliegen kennenzulernen, gemeinsame Anliegen zu identifizieren und neue Zusammenarbeit zu begründen.

Ich freue mich außerdem aus zwei anderen Gründen:

Zum einen wissen viele – und insbesondere die unter Ihnen, die bereits länger mit uns zusammenarbeiten –, dass das Thema „Gesundheit“ ein besonderes Anliegen des Gründers unserer Stiftung, Robert Bosch war. Davon zeugt der Stiftungsauftrag, der die Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege an prominenter Stelle nennt. Aber davon zeugen auch die zahlreichen Aktivitäten, die zunächst durch Robert Bosch und seine Familie und später dann durch die Stiftung initiiert und begleitet wurden. So fördert die Robert Bosch Stiftung seit ihrer Gründung vor über 50 Jahren eigene Projekte und Projekte Dritter, die zum Ziel haben, sich mit ausgesuchten Strukturfragen des Gesundheitswesens zu befassen und



Dr. Bernadette Klapper, Robert Bosch Stiftung

einen Beitrag zur Fortentwicklung und Sicherung der Qualität der Versorgung kranker und pflegebedürftiger Menschen zu leisten. Dabei stand immer im Vordergrund, Impulse zu setzen und sich mit konkreten Beiträgen in die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung einzubringen. Zum anderen – und auch hier erzähle ich den meisten von Ihnen nichts Neues – ist unter dem Dach der Gesundheit das Thema „Pflege“, spe-

ziell auch der Blick auf die Zukunft der Pflege, tief in der Stiftung verankert. Die ersten Pflegeprojekte wurden bereits 1978 entschieden. Nicht lange Zeit später richtete die Stiftung den Schwerpunkt „Pflege“ ein, der in der Folgezeit stetig erweitert wurde. Allein für Vorhaben zur Qualifizierung der Pflege wurden bis heute rund 14 Millionen Euro durch die Robert Bosch Stiftung bereitgestellt.

Was das Handeln der Robert Bosch Stiftung dabei stets ausgezeichnet hat – und ich glaube, hierin liegt eine große Besonderheit unserer Stiftung – war ein Streben nach Voraussicht. Eine Stiftung, die im Sinne der Gesellschaft wirken will, muss immer auch in die Zukunft blicken und Entwicklungen, Inhalte, Informationen und Strömungen, die die Menschen beschäftigen – oftmals auch nur ein Raunen am Rande der gesellschaftlichen Entwicklungen und Diskurse – frühestmöglich aufgreifen können, um zeitgerecht agieren zu können.

Als wir damals begannen, uns um das Thema „Pflege“ zu bemühen, haben wir zahlreiche und tiefgreifende Entwicklungen auf uns zukommen sehen. Sie alle kennen die Schlagworte hierzu: Demografischer Wandel und die damit verbundene Alterung der Gesellschaft, der Wandel des Krankheitsspektrums mit einer Zunahme chronischer, multimorbider und geriatrischer Erkrankungen, der medizinisch-technische Fortschritt, aber auch das veränderte Bewusstsein und differenziertere Nachfrageverhalten von Patienten und Konsumenten von Gesundheitsleistungen usw. Hinzu kam, dass moderne Versorgung sektorübergreifend, quartiersnah, ganzheitlich und unter Berücksichtigung der individuellen Lebensstile von Patienten und den aktuellsten therapeutischen Möglichkeiten gedacht sein muss. Versorgung – und insbesondere auch die pflegerische Versorgung, im Team, in der Organisation und über die Versorgungssektoren hinweg, wurde damit ungleich komplexer.

Für uns ergaben sich damals aus diesen Beobachtungen heraus zwei Konsequenzen, die heute weitgehend, wie man sagt, „Common Sense“ sind: Erstens war unter diesen Voraussetzungen ein besseres Kooperationsverständnis und eine breitere Kooperationsbereitschaft unter den Gesundheitsberufen und Versorgungssektoren unabdingbar. Zweitens wurde deutlich, dass Pflege, als größte Gruppe der Gesundheitsberufe,

Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten benötigt, die sich den kommenden Erfordernissen stellen.

In Folge dieser Erkenntnisse schaffte es die Robert Bosch Stiftung, einen Meilenstein hin zur Akademisierung der Pflege zu legen, welcher auch auf die nachfolgenden Aktivitäten der Stiftung zur Förderung der Pflege großen Einfluss hatte: Unter dem Titel „Pflege braucht Eliten“ – einige von Ihnen erinnern sich vielleicht noch daran – beschäftigte sich eine Kommission Anfang der 1990er Jahre mit der Notwendigkeit einer Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte. Die Ergebnisse dieser Arbeit waren Ausgangspunkt zu intensiver Förderung im Bereich der Pflege und trieben den Ausbau akademischer Strukturen für den Pflegebereich maßgeblich voran. Unterstützen konnten wir dies durch ein langjähriges Stipendienprogramm, vor allem in den darauffolgenden Jahren; danach folgten im ersten Jahrzehnt der 2000er Jahre auch Reformmodelle der Krankenpflegeausbildungen. So stellte die von der Robert Bosch Stiftung eingesetzte „Zukunftswerkstatt zur Verbesserung der Pflege“, aus der die Schrift „Pflege neu denken“ (2000) hervorging, Reformbedarfe für die Pflegeausbildung fest.

Und unsere Bemühungen zeigten Erfolge: Viele Themen, die wir seinerzeit angepackt haben, haben sich in der Praxis oder öffentlichen Diskussion durchsetzen können. So haben sich die nicht-akademischen Ausbildungsmöglichkeiten den Erfordernissen entsprechend weiter ausdifferenziert und reichen mittlerweile von einer einjährigen Altenpflegehelferausbildung über eine zweijährige Gesundheits- und Krankenpflegehilfeausbildung, wie sie zum Beispiel das Stuttgarter Robert-Bosch-Krankenhaus anbietet, bis hin zur „klassischen“ dreijährigen Ausbildung. Zu den zentralen Projekten, die von der Stiftung gefördert werden, gehört indes die „Integrative Pflegeausbildung – das Stuttgarter Modell“ am Ausbildungszentrum des Robert-Bosch-Krankenhauses. Das reformierte Ausbildungskonzept ist bereits seit Jahren am Robert-Bosch-Krankenhaus verankert und bietet einen doppelten Berufsabschluss. Damit ist es uns ein Stück weit gelungen, die generalistische Pflegeausbildung, wie sie aktuell diskutiert wird, vorwegzunehmen. Daneben gibt es im akademischen Bereich heute fast 100 Bachelor-Studiengänge an deutschen Hochschulen und jedes Jahr kommen weitere

hinzu. Im Masterbereich gibt es über 30 Studiengänge, oft auch berufsbegleitend, und es besteht auch im Pflegebereich heute die Möglichkeit zur Promotion. Für die jungen Menschen, die heute eine Ausbildung im Pflegebereich beginnen, ist diese Akademisierung eine Selbstverständlichkeit. Die Umfrage „Krankenhausbarometer“ im Jahr 2014 hat ergeben, dass die Quote der Pflegeschülerinnen bzw. Pflegeschüler, die heute ein duales Studium absolvieren, bei inzwischen 5 % liegt.

Insgesamt sind dies positive Entwicklungen. Aber: Der Titel meines Redebeitrags lautet „Kooperationen in der Pflege – was muss sich ändern“ und Sie können es zu Recht als einen Hinweis darauf sehen, dass wir unsere Arbeit als noch nicht abgeschlossen betrachten.

Bleiben wir beim Thema der Akademisierung, so muss festgestellt werden, dass die vom Wissenschaftsrat empfohlene Akademisierungsquote von 10 bis 20 % pro Ausbildungsjahrgang in den Gesundheitsfachberufen noch lange nicht erreicht ist. Und das Vorhandensein differenzierter Ausbildungsmodelle und unterschiedlicher Qualifikationsniveaus führt nicht automatisch dazu, dass die Herausforderungen an die Pflege, die ich eingangs erwähnt habe, bereits bewältigt sind. Was am Ende zählt – und das wissen die Praktiker unter Ihnen am besten – ist die wirkungsvolle Umsetzung im Arbeitsalltag. Ich meine damit ein gelungenes Zusammenspiel im pflegerischen, aber auch interprofessionellen Versorgungsprozess, in dem sich Qualifikationen und Kompetenzen entlang der Erfordernisse ergänzen.

Hier sehen wir als Stiftung eines unseren aktuellen Aufgabenfelder: In der Verbesserung der intra- wie interprofessionellen Kooperation der Gesundheitsberufe sowohl in der Ausbildung, auf Hochschulebene als auch in der Berufsausübung. Zugrunde liegt die Überzeugung, dass nur durch koordiniertes Handeln eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung erreicht und die Schnittstellen zwischen den Angeboten und Einrichtungen des Gesundheitswesens besser überwunden werden kann.

2013 erst hieß es in der ZEIT, mit Blick auf die Akademisierung der Pflege: „Der Bachelor kommt ans Bett“. Sie wissen ebenso gut wie ich, wie notwendig dieses „Kommen“

ans Bett wäre, um die zunehmende Komplexität im Versorgungsalltag bedarfs- und patientenorientiert bewältigen zu können, und wie oft der Weg des Bachelors aber nicht an ein Bett, sondern in ein weit abgelegenes Büro oder anderswo hin führt.

Die Vielfalt der Berufsabschlüsse, die wir heute in der Pflege zur Verfügung haben, findet bislang oftmals keine systematische Verankerung im Versorgungsalltag. Viele Hochschulabsolventen werden nicht in der direkten Patientenversorgung tätig; Zuständigkeiten von Assistenz- und dreijährig examinierten Pflegekräften sind häufig nicht abgegrenzt. Gleichzeitig steigt aber mit der Zahl der chronisch- und mehrfacherkrankten Menschen die dringliche Notwendigkeit, im Sinne eines guten Versorgungsprozesses differenzierte Aufgabenprofile einzusetzen und Qualifikationen wie Professionen miteinander kooperieren zu lassen. Dies zählt umso mehr, als im Zuge des demografischen Wandels heute schon ein Rückgang an Gesundheitsfachkräften spürbar ist, der in den nächsten Jahren weiter zunehmen wird und speziell auch den Pflegebereich ganz empfindlich trifft. Unter diesen Voraussetzungen wäre es fahrlässig, qualifizierte Pflegekräfte „verloren gehen“ zu lassen, etwa weil ein Einsatz in der Patientenversorgung aufgrund eines gegebenen Qualifikationsprofils nicht möglich oder unattraktiv ist.

Dies ist der Punkt, an dem wir alle gemeinsam ansetzen müssen. Um den Pflegeberuf weiter auf die Zukunft auszurichten, es zu einem attraktiven Betätigungsfeld für junge Menschen zu machen, aber auch für diejenigen, die bereits seit Jahren hier erfolgreich arbeiten und die auch weiter als wertvolle Fachkräfte in der Pflege gehalten werden sollen, braucht es Wertschätzung für die erworbenen Qualifikationen und Kompetenzen, die sich auch im Berufsalltag und in den Aufgabenprofilen niederschlagen. Der Pflege muss dazu gleichfalls ermöglicht werden, Kooperationen – intra- wie interprofessionell – zielgerichtet, also effektiv und effizient, mit Blick auf die Entwicklungen im Gesundheitswesen und auf dem Gesundheitsmarkt – zu gestalten.

Das heißt, um das Potenzial der verschiedenen Abschlüsse bestmöglich zu nutzen, muss sich Pflege neu organisieren, muss sie neue Rollen und Kooperationen in der eigenen Berufsgruppe aufbauen und sich dadurch für eine wirksame

interprofessionelle Kooperation im Spektrum der Gesundheitsberufe befähigen.

Die Tagung heute ist auf dem Weg dorthin ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung: Sie bringt nicht allein die relevanten Akteure zum Thema zusammen und ermöglicht die Diskussion offener Fragen. Sondern sie hat auch das Potenzial, grundlegende Impulse zu setzen, wenn es etwa später in den Workshops darum geht, basale Punkte wie die Bezahlbarkeit von akademisch qualifizierten Pflegenden anzusprechen. Die Ergebnisse dieser Fachtagung werden auch für die weiteren Arbeiten der Robert Bosch Stiftung auf diesem Feld relevant sein. Denn wenn ich gerade sagte, dies sei der Punkt, auf den wir alle uns gemeinsam konzentrieren müssten, bedeutet dies selbstverständlich, dass auch die Stiftung sich weiter mit der Frage nach Aufgaben, Kompetenzen und Qualifikationen von Pflege sowie deren Wirken in intra- wie interprofessioneller Kooperation beschäftigen wird.

Unter dem Arbeitstitel „Neue Rollen der qualifizierten Pflege im Spektrum der Gesundheitsberufe“ hat die Robert Bosch Stiftung den nächsten Schritt getan und begonnen, sich mit der Frage zu beschäftigen, wie die Potenziale der verschiedenen Pflegeabschlüsse bestmöglich genutzt werden können und wie Pflege organisiert sein muss, um den vorhandenen und anstehenden Herausforderungen gut gewappnet gegenüber treten zu können. Ab dem kommenden Jahr werden wir mit der Unterstützung zahlreicher Expertinnen und Experten anfangen, Empfehlungen für die Praxis zu erarbeiten und damit erneut zur Weiterentwicklung der Pflege beitragen. Wir werden in unserer Arbeit ganz gezielt auf die verschiedenen Versorgungssektoren blicken: die akutstationäre in Krankenhäusern und Kliniken, die ambulante Pflege, die stationäre Langzeit- bzw. Altenpflege und auch auf die Pflege im Rehabilitationsbereich. Allzu leicht bleibt man ja in allen innovativen Bemühungen dem Krankenhaus verhaftet. Doch es zeichnet sich immer deutlicher ab, dass wir differenziert qualifizierte Pflege auch in der Alten- und Langzeitpflege und in der ambulanten Versorgung dringend benötigen. Es ist an der Zeit und von hoher Bedeutung, dass erkannt wird – und zwar von der Öffentlichkeit, aber auch von der Pflege selbst –, dass die Pflege eine zentrale Verantwortung hat, für Qualität zu sorgen und diese Felder zukunftsfähig weiterzuentwickeln.

Es wird uns auch darum gehen, die Erfolge der letzten Jahre bestmöglich für die Praxis nutzbar zu machen und die vorhandenen Potenziale aufzuzeigen. Denn die Pflege kann – und dies vergisst man ja häufig, wenn man sich immer wieder mit „Verbesserungsmöglichkeiten“, „Weiterentwicklungen“ und Ähnlichem auseinandersetzt – durchaus selbstbewusst auftreten, auch gegenüber den anderen Gesundheitsprofessionen. Die Wissensintensität steigt in der Pflege ebenso an wie in den medizinischen und therapeutischen Berufen. Professionelle Pflege kann nicht auf „natürliche“ soziale Kompetenzen reduziert werden, sondern wird getragen von sich stetig wandelnden Wissensbeständen, die Hand in Hand mit den gesellschaftlichen und medizinischen Entwicklungen gehen.

In diesem Sinne bedanke ich mich bei Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und wünsche Ihnen noch einen interessanten und inspirierenden Tag. ■



## 2. PODIUMSDISKUSSION

Redigierte Fassung der Podiumsdiskussion  
zum Beitrag akademisch ausgebildeter  
Pfleger für die Gesundheitsversorgung

<b>Mücke:</b>	Moderator Peter Mücke, ARD-Hauptstadtbüro
<b>Kiefer:</b>	Gernot Kiefer, GKV-Spitzenverband
<b>Reus:</b>	Ulrike Reus, Deutsche Krankenhaus- gesellschaft
<b>Stemmer:</b>	Prof. Dr. Renate Stemmer, Deutsche Gesellschaft für Pflegerwissenschaft (DGP)
<b>Weber:</b>	Prof. Petra Weber, Dekanekonferenz Pflegerwissenschaft
<b>Trenner:</b>	Andrea Trenner, Diakonie Deutschland
<b>Wagner:</b>	Franz Wagner, Deutscher Pflegerat
<b>M:</b>	weibliche Person aus dem Publikum
<b>M:</b>	männliche Person aus dem Publikum

**Mücke:** Ich würde jetzt gerne die Teilnehmer der Podiumsdiskussion der Reihe nach nach oben bitten. Als erstes Herrn Gernot Kiefer, Vorstand im GKV-Spitzenverband (Applaus). Herr Kiefer, wir haben eine Menge Wünsche gehört, was sich die Praxis wünscht, was sich die Verbände wünschen.

**Kiefer:** Wir haben heute das Thema Akademisierung der Pflege und welchen Beitrag zur Entwicklung man leisten kann. Es geht zunächst um eine inhaltliche Debatte zur Akademisierung in der Pflege. Dass am Ende auch die Frage der Finanzierbarkeit steht, ist klar. Ausbildungsfragen und die Frage, wie sichert eine Gesellschaft auch ein notwendiges Qualifikationsniveau und wie macht sie Berufe attraktiv, sind nicht allein Fragen der Sozialversicherung.

**Mücke:** Schön, dass Sie da sind. Als nächstes möchte ich Frau Ulrike Reus nach oben bitten. Sie ist Referentin der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Schön, dass Sie hier sind (Applaus). Brauchen wir Bachelor am Krankenbett?

**Reus:** Dringend.

**Mücke:** Schön, dass Sie da sind. Frau Prof. Renate Stemmer, Sie sind Vorsitzende der deutschen Gesellschaft für Pflegerwissenschaft. Wie viele akademische Pflegekräfte gibt es derzeit an deutschen Krankenhausbetten?



(v.l.n.r.): G. Kiefer, R. Stemmer, U. Reus, P. Mücke, P. Weber, A. Trenner, F. Wagner

**Stemmer:** Nur bezogen auf deutsche Krankenhausbetten ist diese Zahl wahrscheinlich gar nicht so leicht zu quantifizieren, aber wir haben einen Anteil von etwas unter einem Prozent der Pflegenden mit einem akademischen Abschluss.

**Mücke:** Also noch Luft nach oben?

**Stemmer:** Definitiv. Definitiv (Applaus).

**Mücke:** Als nächstes möchte ich Frau Prof. Petra Weber nach oben bitten. Sie ist Vorstandsmitglied der Dekanekonferenz Pflegewissenschaft. Herzlich willkommen (Applaus). Was haben Angehörige, was haben Kranke davon, wenn sie nicht von einer examinierten Pflegekraft betreut werden, sondern von jemandem, der einen Bachelor hat oder möglicherweise sogar einen Master?

**Weber:** Sie sollen ein Mehr davon haben.

**Mücke:** Was könnte das Mehr sein?

**Weber:** Ich gehe davon aus, und das sind auch unsere Erfahrungen mit den Absolventen dieser klinischen Studiengänge, dass sie eine kontinuierliche Betreuung haben, dass sie einen Überblick über unsere Gesundheitsversorgung und die Möglichkeiten darin haben, den kein Betrof-

fener mehr haben kann. Und dass sie angepasste Versorgungsmöglichkeiten angeboten kriegen, über die sie dann aber selber entscheiden.

**Mücke:** Schön, dass Sie da sind (Applaus). Als nächstes möchte ich Andrea Trenner nach oben bitten. Sie ist Ordensoberin des Johanniterordens und vertritt die Diakonie hier heute auch auf dem Podium. Herzlich willkommen (Applaus). Sie betonen den christlichen Ansatz in der Pflege. Ist das ein Widerspruch zu einem akademischen Überbau oder ergänzt sich das?

**Trenner:** Das kann sich ganz hervorragend ergänzen. Es geht immer erst darum, dass man fachlich auch kompetent ist. Und mit welcher Haltung wir dann Menschen begegnen, das ist dann eine persönliche Ausprägung, die man leben kann.

**Mücke:** Schön, dass Sie hier sind (Applaus). Last, but not least, Franz Wagner. Er ist Vizepräsident des Deutschen Pflegerats, herzlich willkommen. Wir haben gehört, es sind noch nicht so viele akademisierte Pflegekräfte an deutschen Pflegebetten. Was ist denn so eine Zahl, die Sie sich vorstellen könnten, wo es hingehen muss?

**Wagner:** Ja, in der ganz langen Perspektive aus unserer Sicht 100 Prozent. Wir wissen, der Wis-

senschaftsrat spricht von 10 bis 20 Prozent. Wir wissen auch, dass bei den Kapazitäten, die wir für die Qualifizierung haben, es sehr, sehr lange dauern wird. Wir brauchen einen ganz anderen Diskurs darüber, welche gestuften Qualifikationen wir haben müssen, aber für die Ebene des Heilberufs Pflege müssten eigentlich in der langen Perspektive alle einen akademischen Abschluss haben (Applaus).

**Mücke:** Frau Reus, Sie haben eben gesagt - es müssen mehr Bachelor ans Krankenbett. Wie soll das gelingen und was halten denn Ihre Ärzte möglicherweise davon, eine akademische Konkurrenz neben sich stehen zu haben?

**Reus:** In der heutigen Zeit kann die sektorenübergreifende Patientenversorgung nur in einem multiprofessionellen Team stattfinden. Kommunikation auf Augenhöhe zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen ist jedoch nur möglich durch fachliche Qualifizierung, u.a. auch durch Akademisierung in der Pflege.

**Mücke:** Herr Wagner, wie funktioniert die Zusammenarbeit?

**Wagner:** Also im Moment, glaube ich, sind es weniger die Ärzte, die einen Widerstand haben. Das passiert meistens auf Verbandsebene, wenn man sich Sorgen macht, wo vielleicht ein Monopol aufgebrochen, wo Status unterminiert wird. In der konkreten Arbeit vor Ort, glaube ich, ist es die eigene Berufsgruppe, die im Moment auch ein bisschen überfordert ist sich vorzustellen, was da passiert, was die tatsächlich können. Oder auch diese Unterstellung, die hochschulisch Qualifizierten wollen alle einen Schreibtischjob, einen Leitungsjob haben und nicht in die Pflege gehen. Also da haben wir viel Erklärungsbedarf. Ich glaube, wir müssen auch daran arbeiten, dass Akzeptanz entwickelt wird, dass es nicht als Konkurrenz empfunden wird. Wir hatten das auch vor 25, 30 Jahren, als die Pflegemanagement-Studiengänge begannen. Da gab es auch die Furcht bei den erfahrenen, gestandenen Pflegedirektoren, oje, jetzt kommt ja jemand 25-jähriges mit einem Hochschulabschluss, die sägt dann an meinem Stuhl und demnächst stehe ich dann vor der Tür. Das ist nicht passiert und das wird hier ähnlich sein. Wir müssen aber dafür Sorge tragen, dass wir Aufgabenbeschreibungen entwickeln, die einerseits klarmachen, wir wollen diese

Qualifikation für die direkte Patientenversorgung nutzbar machen, aber eben auch das Mehr, was die Menschen, die eine hochschulische Ausbildung haben, mitbringen. Sie sollen auch für sich das Gefühl haben, das war es wert, ich habe hier etwas gelernt, was mich unterscheidet, ich habe berufsbezogen eine fast identische Aufgabe, aber ich kann hier auch etwas einbringen, ich kann hier was bewirken. Denn es gibt ja in der Pflege allgemein eine fehlende Wertschätzung. Diese fehlende Wertschätzung bewirkt, dass die Kompetenz, die vorhanden ist, nicht wahrgenommen wird. Und das erleben auch diejenigen, die heute aus den Hochschulen kommen. Daher glaube ich, dass wir noch daran arbeiten müssen, dass da noch Potenzial ist.

**Mücke:** Herr Kiefer, dass sich ein Bachelor-Absolvent ein bisschen mehr vorstellen kann als das Gehalt einer examinierten Pflegekraft, ist klar. Sind Sie auf so was vorbereitet, dass möglicherweise die Krankenhäuser recht bald wieder dastehen, trotz des Krankenhausreformpakets und erneut sagen, wir brauchen mehr Geld für die Pflege?

**Kiefer:** Es gibt ja schon einen eigenwilligen Prozess in der Frage der Finanzierung. Wir haben im Bereich der stationären Pflege ja als Ordnungsprinzip das DRG-System. In das DRG-System gehen auch sozusagen Aufwendungen im Bereich der pflegerischen Versorgung natürlich mit ein. Jetzt erlebt man in der aktuellen Gesetzgebung, dass es immer wieder sogenannte Pflegesonderprogramme gibt, wo im großen Stil zusätzliches Geld den Krankenhäusern zur Verfügung gestellt wird. Wir stellen aber fest, dass wir praktisch einen Jojo-Effekt haben, das heißt, über die Programme fließt zusätzliches Geld auch in die Finanzierung von Pflege hinein, wird auch von den Krankenhäusern abgerufen und dann wird aber gleichzeitig Personal wieder abgebaut. Wir haben eine Fehlfinanzierung im stationären Sektor, im Kern abgeleitet aus der Tatsache, dass der verfassungsrechtliche Auftrag der Länder, für die Investitionskosten auch geradezustehen, systematisch untererfüllt wird. Die Häuser müssen das, was sie an Erträgen erwirtschaften, genau in diese Investitionslücken stecken, und sie fangen an den Punkten an zu sparen, wo es relativ leicht geht, zulasten der Pflegekräfte und zulasten der Patienten in der pflegerischen Versorgung. Wenn wir die Situation haben, dass Pflegekräfte ent-

lassen werden und dann Zuschusssysteme dazu benutzt werden, um sie wieder neu anzustellen, während gleichzeitig ein Teil der Krankenhäuser relativ komfortable Gewinne ausweist, dann ist das aus unserer Sicht nicht zu akzeptieren.

**Mücke:** Kommen wir noch mal zurück zur Akademisierung in der Pflege. Frau Trenner, was können aus Ihrer Sicht akademische Pflegerinnen und Pfleger mehr leisten als die, die eine normale Ausbildung durchlaufen haben?



Prof. Petra Weber, Andrea Trenner

**Trenner:** Also ich denke, dass sie Situationen sehr viel besser reflektieren können und dass sie von daher als Experten für bestimmte, sehr komplexe Pflegesituationen ausgesprochen gut eingesetzt werden können. Wir haben ja jetzt die Situation, dass das Tempo erhöht wird, wenn es in den Einsatzfeldern schwierig wird. Wo schon akademisch Ausgebildete eingesetzt werden, zeigt sich, dass sie da andere Fähigkeiten aufweisen und diese einsetzen können, wenn sie denn gelassen werden. Und das ist der Punkt, auf den wir heute sehr gucken müssen: Wo sind denn eigentlich die Hemmnisse? Und diese liegen nicht nur im Bereich der Pflege selbst, sondern auch bei Geschäftsführern.

**Mücke:** Frau Prof. Stemmer, wir haben gehört, es gibt 100 Bachelor-Studiengänge und 30 Master-Studiengänge. Es werden jedes Jahr mehr. Dennoch scheint es ein Problem zu geben, diese Absolventen adäquat oder so, wie sie sich das vorstellen, in der Praxis unterzubringen. Wo liegt da das Problem?

**Stemmer:** Wir haben im Moment die Situation, dass die Absolventen sehr gerne genommen werden. Sie finden ihren Platz bei Kassen, beim MDK, in Verlagen, in den einzelnen Einrichtungen auch im Bereich der Hierarchie, mittleres Management, im QM und so weiter. Oder auf der anderen Seite haben wir dann die Absolventen mit dem Bachelor-Abschluss, die eingesetzt werden wie Gesundheits- und Krankenpflegende, also wie beruflich Qualifizierte. Das heißt, die Frage ist, finden sie die Stellen, für die sie qualifiziert sind. Die Qualifikation von Seiten der Hochschulen findet ja mit Blick auf wahrgenommene Versorgungsbedarfe statt. Und hier gibt es das Problem, dass diese Stellen in den Strukturen so, wie wir sie heute haben, wenig gegeben sind. So ist dann immer die Frage, wo haben wir jetzt ein Projekt und wo können wir den Menschen mit dem Bachelor-Abschluss oder mit dem Master-Abschluss einsetzen. Es sollte jedoch darum gehen, tatsächlich strukturell neu die Arbeitseinsätze, die Rollen, die Aufgaben zu verteilen und dann die hochschulisch Qualifizierten adäquat einzusetzen mit Blick auf die Patientenversorgung. Es ist ja tatsächlich so, dass wir im Moment Versorgungsmängel haben, die nicht zu übersehen sind, und das in allen Settings.

**Mücke:** Frau Prof. Weber, Sie bilden aus, die Nachfrage ist da. Es gibt immer mehr Studiengänge, aber es landen eben doch nicht so viele Akademisierte am Krankenhausbett. Ist möglicherweise die Ausbildung nicht praxisnah genug?

**Weber:** Wir haben in Deutschland seit zehn Jahren grundständige duale Pflegestudiengänge, die für die klinische Arbeit ausbilden. Man kann sich dann ausrechnen, seit wann wir Absolventen haben, das ist noch nicht ganz so lange. Wir haben einen starken Anstieg an derartigen Studiengängen seit 2011, 2012 zu verzeichnen, da gibt es noch gar keine Absolventen. Ich komme aus einer Hochschule in Hamburg. Wir waren die Zweiten in Deutschland, die ein solches Studienangebot angeboten haben. Es gibt noch keine Studien dazu, aber nach unseren Beobachtungen können wir feststellen, dass der Anteil der Absolventen aus diesen Studiengängen mehr und mehr in die klinische Versorgung geht, allerdings nicht ausschließlich in die Klinik. Das begrüße ich sehr, weil wir auch in den anderen pflegerischen Versorgungsbereichen dringend

akademisch qualifizierte Pflegende benötigen. Von daher ist es eher die Frage der Verbreitung solcher Qualifizierungsmöglichkeiten und dass die Menschen, die wir an den Hochschulen jetzt qualifizieren, auch die Chance haben, in Verantwortung, und zwar in Eigenverantwortung, ihre Kompetenzen im Handlungsfeld leben zu können. Da müssen wir noch dran arbeiten. Krankenschwestern, Altenpfleger und -pflegerinnen sind aus bestimmten Gründen aus der direkten klientennahen Versorgung rausgegangen und sitzen jetzt in vielen anderen Positionen. Eine der zentralen Motivationen, dieses eigentlich ungeheuer interessante Arbeitsfeld zu verlassen, liegt darin, dass die Verantwortung, die man übernehmen möchte, einem institutionell nicht gegeben wird und damit auch Gestaltungs- und Entfaltungsmöglichkeiten und Kompetenzerweiterung kaum gegeben sind. Da liegt aus meiner Sicht im Moment der Entwicklungsbedarf.

**Mücke:** Was müsste passieren, damit es diese Gestaltungsmöglichkeiten gibt?

**Stemmer:** Solche Veranstaltungen wie heute (Lachen). Wir haben ausreichend Personen mit einem entsprechenden Abschluss, die jetzt auch formal in der Lage sind, Entscheidungen zu treffen, zu begründen, zu reflektieren und so weiter. Beim Thema Strukturentwicklung geht es auch darum, wer welchen Einfluss auf entsprechende Modellprojekte nimmt, wenn es darum geht, Aufgaben neu zu verteilen. Wir haben diese Situation in Rheinland-Pfalz gehabt. Von Seiten des Sozialministeriums wurden drei Modellkrankenhäuser ausgewählt. Es gab relativ weitreichende Projektideen, bezogen auf das Thema Aufgabenverteilung. Die geplante neue Kompetenzverteilung ist kritisch hinterfragt und auch torpediert worden. Es gab und gibt tatsächlich auf der verbandlichen Ebene massiven und wirkmächtigen Gegenwind.

**Mücke:** Im Ausland ist eine akademische Pflegeausbildung durchaus weiter verbreitet. Tun sich die anderen Länder leichter, was die Kompetenzverteilung angeht?

**Wagner:** Im Regelfall ja. Das Grundprinzip ist allerdings immer das gleiche, egal, wie hoch und kompetent qualifiziert die sind. Sie haben immer ein gewisses Ringen zwischen Pflege und Medizin. Da geht es sozusagen darum, wer das

Sagen, die Deutungshoheit hat, was gesund und was krank ist. Aber wir sehen ganz deutlich, dass es natürlich Unterschiede gibt hinsichtlich der Beschreibung der Zuständigkeiten, der Autonomie der Entscheidungen. Also was jetzt jemand mit einer pflegerischen Berufsqualifikation kann, was so jemand tatsächlich verändern, selber bestimmen, auch selber entscheiden kann, wie man miteinander umgeht. Ein entscheidendes Kriterium für eine bessere interdisziplinäre Arbeit ist gemeinsames Lernen. Das ist bei uns struk-



Prof. Dr. Renate Stemmer

turell schwierig, denn die einen lernen bisher mehrheitlich an der Schule, die anderen studieren an der Universität. Das Zusammenzubringen kann erst auf der Ebene der Fortbildung passieren. Der Grund, warum man in anderen Ländern früher und fast überall inzwischen bei einer akademischen Ausbildung ist, ist nicht, dass die kein duales System haben. In Großbritannien zum Beispiel gab es früher auch Krankenpflegeschulen. Nur haben die irgendwann entschieden, wir wollen hier die Ausbildung insgesamt an die Hochschule verlagern, weil wir uns bessere Ergebnisse davon versprechen. Und es gibt sehr viele internationale Studien, die zeigen, dass je höher qualifiziert die Leute in der Pflege sind, umso besser dann auch die Ergebnisse sind, die sie erzielen. Es gibt weniger negative Ereignisse für die Patienten wie Stürze, Wundliegen, verzögerte Heilung bis hin zur Mortalitätsrate. In einer großen Studie in Großbritannien konnte nachgewiesen werden, dass je besser die Personalausstattung und je höher die Qualifikation der Pflegenden, umso besser die Ergebnisse

für die Patienten. Und das ist ja eigentlich der Grund, warum wir das diskutieren. Im Kern geht es darum, dass wir über eine bessere Qualifikation bessere Ergebnisse für die Menschen erzielen und das nicht nur im Krankenhaus, sondern auch im Pflegeheim, in der ambulanten Versorgung. Und ich glaube, dass man diese Kompetenz, die da liegt, diese Ressource, nicht nutzt.

aber auch die Frage, ob wir wirklich die richtigen Qualifikationen ausbilden. Sind die hinreichend trennscharf? Kann ich gar nicht beantworten, aber das muss man ja immer wieder ein Stück weit überlegen. Zweiter Punkt, ich bin gar nicht so skeptisch, was die Frage der zukünftigen Kompetenzzuweisung, Kompetenzverteilung und der Zusammenarbeit auch mit akademisch



Gernot Kiefer im Gespräch mit Peter Mücke

**Mücke:** Könnte das eine Möglichkeit sein, auch die Qualität der Versorgung im Krankenhaus zu verbessern, Herr Kiefer?

**Kiefer:** Ja, ich denke schon. Ich glaube nicht, dass der Umfang und die Differenziertheit der akademischen Ausbildungsmöglichkeiten im Bereich der Pflege in irgendeiner Weise im Moment kritikwürdig sind. Wir haben vielfältige Ausbildungsmöglichkeiten. Ich sehe eher das Problem, dass offensichtlich diejenigen, die in den realen Versorgungssituationen auch Entscheidungen zu treffen haben, diese Kapazitäten, die ausgebildet sind und verfügbar wären, entweder nicht einsetzen oder dann also nur mit einem deutlichen Zeitverzug und teilweise auch nicht mit der Nutzung der vorhandenen Qualifikationen. Da gibt es zwei Fragen. Ist da sozusagen ein notwendiges Time Lag, bis das dann in der Praxis angekommen ist? Das ist sicherlich der Fall. Es ist

ausgebildeten Mediziner betrifft, weil die Zahlen einen ziemlich eindeutigen Trend vorgeben. Nämlich den Trend, dass wir eine angemessene, flächendeckende Versorgung allein über das heutige System mit dem jetzigen Modell Arzt, Ärztin und Pflegekraft in einer ganz engen Rolle so und so auf Dauer nicht mehr praktizieren werden können. Drittens ist es dann auch eine Frage der Chance, auch Qualitätsmängel, die wir heute in der stationären Versorgung sowohl medizinisch wie auch vielleicht pflegerisch haben, als auch in der Altenpflege stationär wie ambulant, ein bisschen besser in den Griff bekommen können. Es ist wichtig, immer wieder klar zu haben, dass die Akademisierung ein Teilaspekt ist und wir einen möglichst differenzierten Zugang zu unterschiedlichen Ausbildungsgängen und Ausbildungsmöglichkeiten haben müssen. Denn sonst verengen wir auf hohe Bildungsabschlüsse als Eingangsvoraussetzung und finden derartig

mit Sicherheit keine Antwort auf die Frage, wie wir den Gesamtbedarf an pflegerischer Unterstützung sichern.

**Mücke:** Es gibt das Phänomen, dass wir keinen Ärztemangel in Deutschland haben, höchstens partiell in den Ländern. Da gibt es seit einiger Zeit die berühmte Schwester AGnES, die arztentlastende, gemeindenahe, E-Health-gestützte systemische Intervention. Hat die demnächst einen Bachelor-Abschluss?

**Wagner:** Also bei der Schwester AGnES geht es in der Regel gar nicht um eine Schwester, sondern es geht um Fachangestellte für Gesundheit. Und es geht an der Stelle um Fragen der Verlagerung des Armes des Arztes mit dem Blick, die Patienten vor Ort zu besuchen und die Informationen an den Hausarzt zurückzumelden. Es geht darum, den Radius der hausärztlichen Versorgung um die Fahrtstrecke von Schwester AgnES entsprechend zu erweitern. Das ist kein Thema, das im engeren Sinne mit der Pflege zu tun hat, und wir halten es auch nicht für eine Lösung, die dauerhaft die Fragen der Versorgung im ländlichen Raum lösen wird. Da sind Pflegende in entsprechenden multiprofessionellen Gesundheitszentren sehr gut angedockt und auch mit den Kompetenzen ausgestattet, dort den Schnittstellenbereich der Begleitung von Patienten mit chronischen Erkrankungen, das Bringen der Therapien in den Alltag, möglicherweise auch der Therapieanpassung zu gestalten.

**Mücke:** Der Deutsche Pflegerat sagt, es fehlen 50.000 Pflegekräfte. Kann diese Riesenlücke dadurch geschlossen werden, dass man unter Umständen die Hürde erhöht für den Zugang zum Pflegeberuf?

**Wagner:** Die 50.000 beziehen sich nur auf den Krankenhausbereich. Wenn man die stationäre Altenhilfe und den ambulanten Bereich dazu nimmt, wären es viel mehr. Ganz kurzfristig könnte man das Problem lösen, indem man die Teilzeitquote senkt durch zum Beispiel eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, aber auch durch die Reduzierung der Belastung der tatsächlichen Berufstätigkeit. Das heißt, mehr Planstellen zu schaffen. Dann hätten wir eine große Ressource über die hohe Teilzeitquote, die es in der Pflege gibt. Das sind über 60 Prozent im Krankenhaus, 70 Prozent in Altenheimen. Die Hürde

anheben ist der falsche Ausdruck, denn wir haben ja alle konstatiert, dass wir weiterhin den bestehenden Zugang mit einer zehnjährigen Schulbildung in die Ausbildung haben werden. Zusätzlich gibt es den Zugang über die Hochschule mit den entsprechenden Voraussetzungen. Die Hürde ist eher in den Köpfen. Kann sich jemand, der eine Hochschulzugangsvoraussetzung hat, vorstellen, in die Pflege zu gehen? Es eröffnen sich zusätzlich neue Adressatengruppen, die wir ansprechen können, die eine Ausbildung an der Alten- oder Krankenpflegeschule nicht gemacht hätten, aber sich nun für das Feld interessieren, da sie Pflege studieren können. Und denen sich durch den akademischen Abschluss per se weitere Möglichkeiten der Weiterqualifizierung bis hin zur Promotion bieten. Von daher würde ich sagen, das ist nicht die Hürde erhöhen. Sondern das ist ein Add-On, das da wirkt und das wir parallel schaffen müssen. Wir müssen natürlich auf allen Ebenen der Qualifikation für ein Stück weit mehr Ordnung sorgen, z.B. in der Pflegeassistenz, da gibt es alles von vier Wochen bis zu zwei Jahren. Wenn ich da zwei Pflegeassistenten vergleiche aus zwei Bundesländern: Sind die identisch qualifiziert, kompetent? Wir stehen in Konkurrenz mit Berufen, die zum Beispiel keine Schichtarbeit kennen. Es geht darum, sich im Beruf auch ein Stück weit verwirklichen zu können.

**Mücke:** Gibt es Fragen aus dem Publikum? Da ist eine. Vielleicht stellen Sie sich kurz vor und vielleicht auch, an wen Sie die Frage richten wollen.

**M:** Hallo. Mein Name ist S.K. von der Uni Lübeck. Ich leite da einen Pflegestudiengang. Der Wissenschaftsrat hat ja gefordert, dass mehr Studiengänge an staatlichen Hochschulen, an Universitäten, an medizinischen Fakultäten gegründet werden sollen. Nun sehe ich die meisten Studiengänge tatsächlich an Fachhochschulen, eher auch an nichtstaatlichen Fachhochschulen, und sehr wenige universitäre Studiengänge, sehr wenige Studiengänge tatsächlich an medizinischen Fakultäten. Mir erschien schon immer logisch, diese Ausbildung dort tatsächlich zu machen, wo auch Mediziner ausgebildet werden. Wie stehen Sie dazu?

**Weber:** Wir müssen berücksichtigen, wie diese grundständigen Studiengänge entstanden sind. Es gab ein paar Kollegen, die versucht haben, mit den regionalen Bedingungen vor Ort den Bereich

der akademischen Pflege auf- und auszubauen. Es ist noch schwer, an medizinischen Kliniken, an den Universitäten die Frage der akademischen Ausbildung zu diskutieren. Das hat nicht nur etwas damit zu tun, dass die Berufsgruppen der Ärzte und Pflegenden da Probleme haben, sondern dass insgesamt Hochschulen im Moment in einer aus meiner Sicht nicht unproblematischen Situation sind. Wenn wir beispielsweise in Hamburg den Studiengang am UKE machen würden, müssen die Mediziner Professuren abgeben. Das macht keine Disziplin. Wir brauchen eine andere Regelungsebene, um die Möglichkeiten, derartige Studiengänge auch an Universitätskliniken anzusiedeln, zu erweitern. Dafür müssen wir aber aus der Ebene der individuellen regionalen Aktivitäten rauskommen.

**Mücke:** Würden Sie sich mehr Unterstützung von der Politik erhoffen, Frau Stemmer?

**Stemmer:** Wir haben die Situation, dass die Studienangebote breit gestreut sind. Zum Teil stützen große Trägerverbände private Universitäten oder Hochschulen in Hinblick auf die Etablierung pflegebezogener Studiengänge. Die Politik, die Landespolitik, die Wissenschaftsministerien sind an dieser Stelle eher ein Stück zurückhaltend. Da wird auch die Finanzfrage wirksam. Das ist im Moment die Realität. Wenn wir jetzt auf den zukünftigen Bedarf an Studienplätzen blicken, müssen wir über die Anbindung an medizinische Fakultäten auch vor diesem Hintergrund denken; konkret wird von Seiten der medizinischen Fakultäten der Bedarf kaum zu decken sein.

**Mücke:** Es gab eine weitere Frage aus dem Publikum.

**W:** A.F. Ich arbeite an einer Hochschule, die speziell für die Gesundheitsfachberufe gegründet wurde und sehr gezielt nicht an einer medizinischen Fakultät. In Pflegediskussionen wird die Frage an die Pflege gestellt, warum wir nicht mit der Medizin kooperieren. Ich glaube, seitens der Pflege ist die Bereitschaft sehr groß und eine große Offenheit ist da. Ich erlebe die Probleme eher auf der anderen Seite. Ich glaube aber, dass auch die Gründung dieser Hochschule unter anderem zeigt, dass auch der Tatsache Rechnung getragen werden soll, was die Sachverständigengutachten 2007, 2009, das Sondergutachten 2012 ergeben haben, dass es nämlich darum geht, eine Neu-

sortierung der Gesundheitsfachberufe insgesamt zu überlegen, die Aufgabenverteilung neu zu erleben. Es geht nicht primär darum, wie eine akademisierte Pflege Ärzte besser entlasten kann, sondern es geht primär darum, dass wir eine eigene Konturierung innerhalb dieses Berufes haben, um eine verbesserte Versorgungskontinuität und Versorgungsqualität sicherzustellen. Das ist eine Berufsentwicklung, die wir vorantreiben müssen. Und wenn wir eine eigene Berufsidentität klar konturiert haben, dann ist es wichtig, auf Augenhöhe zu gucken, wie können wir interdisziplinär mit allen anderen Beteiligten gut zusammenarbeiten (Applaus).

**Mücke:** Frau Reus, was hören Sie aus den Kliniken? Wie ist die Bereitschaft, auf diese neuen ausgebildeten Pflegekräfte zu reagieren, sie einzubinden? Gibt es da Probleme, sind die willkommen?

**Reus:** In den Krankenhäusern gibt es zum einen die Situation, dass man nicht genau weiß wie man die akademisch qualifizierten Kolleginnen und Kollegen einsetzen soll und zum anderen hat man genaue Vorstellungen über die zukünftigen Aufgaben. Wichtig scheint mir auch der Gedanke von Frau Dr. Klapper - es muss uns gelingen, das nicht akademisch qualifizierte Pflegepersonal „mitzunehmen“. Transparenz spielt hier eine entscheidende Rolle. Transparenz im Sinne von „was bedeutet es, wenn eine akademisch qualifizierte neue Mitarbeiterin auf die Station kommt und am Bett arbeitet“. Es sind Ängste vorhanden bei den Kolleginnen und Kollegen, die nicht akademisch qualifiziert sind. Wir müssen diese Transparenz herstellen und die nicht akademisch qualifizierten Kolleginnen und Kollegen stärken.

**Mücke:** Frau Trenner, in einer idealen Welt in 20 Jahren, was könnte denn eine Pflegekraft der Zukunft an Aufgaben übernehmen, die sie bisher nicht wahrnehmen kann oder darf?

**Trenner:** Ich kann mir vorstellen, dass die Beratungs- und Anleiterrolle viel mehr Bedeutung gewinnt, denn wir werden nicht alle Menschen, die Hilfe aus dem pflegerischen Bereich brauchen, in stationären Einrichtungen, in ambulanter Versorgung durch Professionelle versorgen können. Es wird ganz entscheidend darum gehen, Menschen, die gesundheitliche Schwierigkeiten oder Handicaps haben, zu befähigen, möglichst lange in





Ulrike Reus im Gespräch mit Peter Mücke

ihrem Umfeld leben zu können. Und ich kann mir vorstellen, dass wir viel früher in der Prävention ansetzen, dass wir Menschen mit Behinderungen oder mit chronischen Erkrankungen frühzeitig so gut beraten, dass sie gar nicht die stationären Einrichtungen in dem Maße aufsuchen müssen, wie das heute der Fall ist. Wir brauchen auch eine Versorgung, die ganz nah dran ist am bürger-schaftlichen Engagement und die jene, die nicht professionell sind, in der Nachbarschaft befähigt, jemanden zu unterstützen, der Hilfe braucht. Ich glaube, wir können ganz viel leisten und dass das nicht zu Lasten der Qualität gehen muss.

**Mücke:** Da ist eine Frage, bitte schön.

**M:** Ja, danke schön. M. H.-G., ich habe einen Lehrstuhl für gemeindenahe Pflege. Aus meiner Sicht ist die Perspektive einer akademisierten Pflege ganz klar eine wissenschaftsorientierte, also der Mehrwert der akademischen Ausbildung ist der der Wissenschaftlichkeit. Das heißt auf der einen Seite eine Akademisierung der Pflege ohne eine substanzielle Pflegeforschung in Deutschland ist nicht denkbar, weil wir sonst akademisierte Pflegenden hervorbringen werden, die keinen Mehrwert haben, weil sie nicht in der Lage sind, wissenschaftliche Erkenntnisse mit einzubringen. Auf der anderen Seite erhöht das den Druck natürlich, sich damit auseinander zu setzen, was

wissenschaftlich fundierte Pflege bedeutet. Das muss man aktiv angehen. Wir dürfen nicht so tun, als können wir hochschulische Absolventen umstandslos in die Systeme integrieren, sondern müssen uns sehr genau Gedanken machen, was das heißt, eine verwissenschaftlichte Pflege in die bestehenden Traditionen und auch in das bestehende Selbstverständnis zu integrieren. Das ist jetzt keine direkte Frage, aber ich möchte die Diskussion durch diesen Aspekt erweitern.

**Mücke:** Welche Rahmenbedingungen wären notwendig, damit diese Integration gelingen kann?

**Stemmer:** Neben der Qualifizierung von Pflegenden in Studiengängen auf einem wissenschaftlichen Niveau benötigen wir Forschungsförderprogramme, wo relativ regulär und regelmäßig Gelder entsprechend akquiriert werden können, damit ein Thema entwickelt und erforscht werden kann. Wir brauchen auf jeden Fall Strukturen, die Forschung in diesem Zusammenhang stärker zulassen. Das DZNE macht es vor, dort arbeitet eine Forschergruppe an einem Thema und entwickelt es von verschiedenen Perspektiven. Das ist aber die ganz große Ausnahme in Deutschland. Es braucht mehr Zugang zu Forschungsgeldern und Drittmittelgeldern. Das ist sozusagen die Basis, um Personen durch entsprechendes Wissen auch für die patientennahe Versorgung zu qualifizieren.



Prof. Petra Weber, Andrea Trenner, Franz Wagner

**Wagner:** Neben der Förderung der Forschung und mehr universitäre Lehrstühle müssen sich die Strukturen hinsichtlich der Verteilung der Aufgaben, der Organisation von Einrichtungen und der Zuständigkeiten verändern. Wir tun uns schwer damit, diese Veränderungen wirklich zu akzeptieren oder auch wahrzunehmen, weil wir doch sehr stark in unserem System geprägt sind, zumindest im Bereich von Krankheitsversorgung. Wir erleben mit dem höheren Anteil von chronisch kranken Menschen, mit Menschen in ganz unterschiedlichen Situationen, die von Zuhause ins Krankenhaus, ins Pflegeheim und vielleicht wieder nach Hause wechseln, dass sie eine Kontinuität von Versorgung überhaupt nicht erleben, weil die verschiedenen Sektoren nicht miteinander reden. Wir haben Begrenzungen der Aufgabenzuschreibungen der einzelnen Akteure, die tatsächlich das positive Ergebnis für Patienten reduzieren. Da werden zusätzliche Wege, zusätzlicher Aufwand gestaltet. Oft geht es nicht darum, wie der Versorgungsbedarf eines einzelnen Menschen ist. Das ist sekundär. Es geht oft um ganz andere Parameter, oft sind es die Finanzen, aber oft auch ein bestimmter Status, der einem die Macht gibt zu entscheiden, was passiert und was nicht passiert, ob es sinnvoll ist oder nicht. Wir sind in einem Riesendilemma, da muss sich etwas verändern. Und Pflege ist ein Teil der Lösung, nicht ein Problem. (Applaus)

**Mücke:** Es gibt weitere Wortmeldungen, bitte.

**W:** Vorhin wurde nach den Erfordernissen gefragt, damit akademisch oder hochschulisch qualifizierte Pflegende gut integriert werden können. Ich glaube, es braucht wirklich Mut. Wir hoffen auf ein Pflegeberufsgesetz, das der Pflege wirklich mehr Autonomie ermöglicht, aber ich glaube, wir brauchen in der Politik und auch vor Ort im Management mutige Akteure, die tatsächlich auch bereit sind, die Krankenhausstrukturen neu umzustellen, zum Beispiel in Richtung Primary Nursing. Wir müssen ja auch Erfahrungswerte sammeln, wie in einem veränderten System hochschulisch Qualifizierte sich tatsächlich gut in der direkten Interaktion mit den Betroffenen einbringen können.

**Kiefer:** Ich habe gezielt mit traditionell ausgebildeten examinierten Krankenpflegern, tätig in der stationären Versorgung, sowohl im Bereich der klassischen Pflege am Bett als auch im Bereich des OPs als OP-Assistenten, gesprochen und gefragt, was Leute, die einen akademischen Abschluss machen, bei ihnen im Klinikalltag tun können. Da kam gar nichts. Ich glaube, dass es eine eigenständige Aufgabe ist, den Kolleginnen und Kollegen zu vermitteln, was diejenigen, die eine andere Ausbildung haben, an Mehrwert leisten, dass die Arbeitssituation, die Ergebnisse viel-

leicht besser wären. Wenn die Kolleginnen und Kollegen, wenn die Klinikleitungen nicht erfahren, dass das einen Nutzen stiftet, wenn sie Menschen mit einer akademischen Qualifikation einstellen, dann werden sie es nicht tun.

**Stemmer:** Wir müssen hinsichtlich der hochschulisch Qualifizierten differenzieren. Wir müssen sehen, dass ein Bachelor-Abschluss und ein Master-Abschluss nicht mit den gleichen Kompetenzen verbunden sind. Die Personen mit dem Bachelor-Abschluss haben Potenzial, sind aber primär noch nicht die Pflegeexperten. Dazu braucht es noch zusätzlicher Qualifikation, dann sind wir auf der Master-Ebene. Wenn wir uns damit beschäftigen, wo die hochschulisch Qualifizierten eingesetzt werden können, dann muss es unterschiedliche Antworten geben für den Einsatz der Bachelor-Absolventen und für den Einsatz der Master-Absolventen. Wenn wir an den Bachelor-Absolventen, die Bachelor-Absolventin denken, dann hat da eine relativ breite Qualifizierung stattgefunden, wissenschaftliches Denken, Reflektieren, der Zugang zu entsprechenden Inhalten ist verstanden worden und dieses Potenzial wird in die Einrichtungen mitgebracht. Dieses Potenzial muss in den Einrichtungen und für die Einrichtungen entwickelt werden, z.B. in einer Art Trainee-Programm. Bei den Master-Absolventen findet im Idealfall die Spezialisierung auf der Master-Ebene statt. Mit diesem speziellen Wissen kann tatsächlich der Einsatz in der patientennahen Versorgung auf der Ebene von Pflegeexpertise stattfinden, und zwar sowohl in Hinblick auf Pflegediagnostik, Überlegungen zu sinnvollen therapeutischen Interventionen, die Evaluation der Maßnahmen, aber auch Konzeptentwicklung für die Einrichtung, für die Abteilung, wo jemand tätig ist, zum Beispiel als Experte für psychiatrische Fragen oder für Fragen der Geriatrie oder der Pulmonologie.

**Mücke:** Es gab noch zwei Wortmeldungen. Bitte schön.

**M:** Die bisherigen hochschulischen Ausbildungen sind vor dem Hintergrund der geltenden Berufsgesetze konzipiert worden, insbesondere auch vor dem Hintergrund der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. Es war zum Teil sehr aufwendig gewesen, das Hochschulcurriculum so zu konzipieren, dass es das umfasst, was auf der Ebene der berufsfachschulisch konzipierten Ausbil-

dungs- und Prüfungsverordnung geregelt worden ist. Man hat die Verantwortung dafür, dass das wirklich per Transfer in die Praxis kommt, dass das vor Ort in die Arbeitsprozesse integriert wird. Und dass man eine gemeinsame Wegstrecke hinter sich bringt, wo tatsächlich klar ist, die Intentionen der Hochschulausbildung sind kompatibel mit den Praxisprozessen in der Einrichtung. Das ist der entscheidende Punkt. Ich glaube, wir haben da erhebliche Defizite (Applaus).

**W:** Ja, mein Name ist F.F., ich bin Pflegedirektorin im A.-Krankenhaus hier in Berlin-Weißensee. Es gibt auch mutige Pflegemanagerinnen und es gibt auch schon Erfolgsbeispiele. Wenn so ein Erfolgsmodell läuft, dann haben Sie den Gegenwind der anderen Berufsgruppen eigentlich auch nicht mehr.

**Wagner:** Ich will noch die Praxisanleitung, Begleitung als eine entscheidende Größe ansprechen, denn wir werden auch in dem zukünftigen Pflegeberufsgesetz eine Anforderung haben, dass 2500 Stunden praktische Ausbildung gestaltet werden müssen. Wir haben in der Vergangenheit viel zu sehr auf Einarbeitung und nicht auf Anleitungsmodelle vertraut. Schulisch oder hochschulisch Ausgebildete sind beide Anfänger in dem Beruf. Jemand, der neu im Beruf ist, muss sich dort einarbeiten können, braucht dort strukturierte Bedingungen, die das ermöglichen. Ich weiß von einer Klinik, die die praktische Ausbildung für die Pflegestudenten anbietet. Die Studierenden vereinbaren für ihre Bachelor-Arbeit ein Thema, das für eine der Stationen relevant ist. So wird für beide Seiten erlebbar, wo der Mehrwert ist. Und dafür braucht man tatsächlich mehr Aufklärung, was das bringen, was das leisten kann. Ich glaube, das ist auch der Auftrag, den wir alle mitnehmen müssen an dieser Stelle, um diese Haltung, auch diese Akzeptanz zu entwickeln und dann können wir auch Leuten, die nicht so direkt in dem Prozess involviert sind, erklären, was der Mehrwert ist, was tatsächlich am Ende für die Klienten dabei positiv rauskommt.

**Mücke:** Das war ein schönes Schlusswort. Es gibt offenbar noch viel Unsicherheit, wo die Potenziale liegen. Einiges ist angestoßen worden, vieles ist offen geblieben, aber vielleicht können Sie das in den Workshops vertiefen, die jetzt stattfinden werden. ■

# 3. WORKSHOPS

## 3.1 Workshop 1: Potenziale akademisch qualifizierter Pfleger – anders oder mehr?

### 3.1.1 Impuls: Potenziale akademisch qualifizierter Pfleger – anders oder mehr?

Prof. Petra Weber, HAW-Hamburg; Prof. Dr. Änne-Dörte Latteck, FH Bielefeld

#### **These 1: Die Komplexität der zukünftigen Anforderungen an die Gesundheitsversorgung erfordert ein pflegeakademisches Potenzial.**

Vor dem Hintergrund eines quantitativen und qualitativen Anforderungswandels an die Gesundheitsversorgung im Zusammenhang mit veränderten Versorgungsbedarfen muss eine professionelle Patientenversorgung sichergestellt werden. Hieraus begründet sich ein erhöhter Qualifizierungsbedarf der Pflegeberufe (Ewers, Grewe, Höppner, Huber, Sayn-Wittgenstein, Stemmer, Voigt-Radloff & Walkenhorst, 2012). Folgende Begründungslinien unterstützen die These des Bedarfs pflegeakademischen Potenzials:

Der demographische Wandel, die steigende Lebenserwartung der Menschen und Fortschritte der medizinischen Versorgungsmöglichkeiten sind verbunden mit Gesundheitsproblemen hinsichtlich Multimorbidität und Chronizität. Daraus resultiert ein erhöhter und veränderter Bedarf an Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit (SVR, 2009; Statistisches Bundesamt, 2009; WR, 2012). Dieser zeigt sich sowohl auf individuellen, organisationsbezogenen als auch den versorgungsstrukturbezogenen Ebenen.

Im Zuge der Forderung von Menschen mit Pflegebedarf ebenso wie von Kostenträgern nach einem wissenschaftlichen Nachweis der Effektivität und Effizienz von Versorgungsleistungen und nach Qualitätssicherungsmaßnahmen, wird der Evidenzbasierung pflegerischer Interventionen ein kontinuierlicher Bedeutungszuwachs beige-

messen. Relevant ist in diesem Zusammenhang der Zuwachs an wissenschaftlichen Erkenntnissen, der in der Pflegepraxis seinen Niederschlag finden muss. Neben einem beschleunigten Wissenszuwachs und einem stetigen Wissenswandel sollen Pfleger in der Lage sein, Erkenntnisse aus der Pflegewissenschaft und den Bezugswissenschaften im Sinne einer wissenschaftlichen Recherche, kritischen Analyse und reflektierten Implementierung in die Pflegehandlung einzubeziehen. Eine wissenschaftliche Fundierung der pflegerischen Handlungsentscheidung ist neben dem Erfahrungswissen dabei maßgeblich (Behrens & Langer, 2010; Muths, 2010).

Darüber hinaus sind die wissenschaftlich-technischen Transformationen zu beachten, die durch einen Zuwachs von Technik in vielen Lebens- und Arbeitsbereichen der Bevölkerung eingegangen sind (Ewers et al., 2012). Die hiermit verbundenen neuen Aufgabenfelder wie z.B. der Technikbetreuung und Integration der Technik in den Lebensalltag Pflegebedürftiger führen zu neuen Berufen. Optionen der Technikentwicklung wie z.B. unterstützende ambulante Versorgung von Intensivpatienten erzeugen neue Aufgabenfelder für vorhandene Berufsgruppen in der Pflege.

Um Versorgungskontinuität sicher zu stellen, werden sektorenübergreifende Konzepte und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der Gesundheitsfachberufe zukünftig als notwendig erachtet. Die interprofessionelle Zusammenarbeit der ärztlichen Berufe mit den Gesundheitsfachberufen, insbesondere an den Schnittstellen der Versorgung, ist als zukunftsweisend zu bewerten (SVR, 2012; WR, 2012). In diesem Kontext werden

der Ausbau von multiprofessionellen Teamstrukturen, eine gleichberechtigte Kooperation aller Gesundheitsberufe sowie neue Aufgaben- und Verantwortungsteilungen bis zu einer Übertragung ärztlicher Aufgaben auf andere Berufsgruppen diskutiert (SVR, 2007; SVR, 2012).

Parallel zu den gesundheitlichen und gesellschaftlichen Entwicklungen hat sich das Berufs- und Pflegeverständnis im Rahmen der Professionalisierungs- und Akademisierungsdebatte gewandelt. Erweitert wird das pflegerische Aufgabenspektrum hinsichtlich eines Paradigmenwechsels von einer Krankheits- zu einer Gesundheitsorientierung (Thielhorn, 2011; Knigge-Demal, Nauerth, Schürmann, Freese, Jahncke-Latteck & Bergmann-Tyacke, 2012). Mit der Gesundheitsorientierung sind erweiterte Aufgabenfelder in der Prävention und der Patientenedukation entstanden, die sich allmählich auch in den Handlungsfeldern niederschlagen.

Vor dem Hintergrund neuer Aufgabenstellungen und Tätigkeitsprofile sowie einem veränderten professionellen Selbstverständnis und Berufsbild der Pflegeberufe können neue Qualifikationsanforderungen begründet werden. Diese umfassen die Anforderungen an die Reflexionskompetenz des eigenen Handelns und an die Organisationskompetenzen der Berufsangehörigen. Zudem werden ein vernetztes Denken und der Umgang mit Technologien neben Führungs- und Sozialkompetenzen erwartet, die in der heutigen und zukünftigen Wissensgesellschaft bedeutsam erscheinen (Kälble, 2006). Neben der fachlichen Fundierung wird die Förderung fachübergreifender Fähigkeiten zur gleichberechtigten, interprofessionellen Zusammenarbeit in multidisziplinären Teams sowie Kooperations- und Kommunikationskompetenzen als Kompetenzerwartung an die Gesundheitsberufe formuliert.

Als Fazit ist festzuhalten, dass eine an den Anforderungen angepasste Qualifizierung der Pflegeberufe im tertiären Bildungssystem gefordert wird, um eine professionelle Patientenversorgung zu sichern (SVR, 2009; Walkenhorst, 2011; SVR, 2012; WR, 2012).

Der Wissenschaftsrat hält dabei eine Quote von 10-20 % akademischer Qualifikation eines Ausbildungsjahrgangs für sinnvoll. Den Berechnungen zufolge sind unter Bezugnahme einer Abbruch-

quote von 20 % zwischen 2.700-5.400 Studienplätze erforderlich, um die ausgewiesene Akademisierungsquote zu erreichen (WR, 2012).

## **These 2: Hochschulen reagieren auf den Bedarf an akademisch qualifiziertem Pflegepersonal.**

Insgesamt betrachtet hat die Landschaft der Pflegestudiengänge in Deutschland in den vergangenen Jahrzehnten eine Ausweitung und Verbreitung von vielfältigen Studiengängen erfahren. Mit dem Beginn der Akademisierung in den 1990er Jahren haben sich zunächst Studiengänge mit den Schwerpunkten Pflegemanagement, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft etabliert. Dabei sind zunächst überwiegend Studienangebote geschaffen worden, die an ausgebildete und erfahrene Pflegende adressiert waren. Die Möglichkeit, sich klinischen Themen auf akademischem Niveau mit dem Erwerb eines berufszulassenden Bachelorabschlusses zu widmen, ist erst seit einigen Jahren in Deutschland gegeben. Im Zuge des Bologna-Prozesses haben sich die Bachelor-Studienangebote mit einem klinischen Bezug weiterentwickelt, sodass durch weiterführende Qualifizierungsmöglichkeiten in Master- und Promotionsprogrammen sowie attraktive Berufsperspektiven eine große Nachfrage nach Studienprogrammen durch Personen mit Hochschulzugangsberechtigung konstatiert werden kann (Schaeffer & Wingenfeld, 2014).

Seit 2008 besteht durch die Einführung von Modellklauseln in den Berufsgesetzen die Möglichkeit der Erprobung zeitlich befristeter Ausbildungsangebote, die der Generierung neuer Erkenntnisse zur Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe dienen sollen (MStVo, 2010, § 2 Abs. 2). Darauf wurde mit einer vermehrten Entwicklung pflegebezogener Studiengänge in Deutschland Bezug genommen.

Eine Synopse von Stöcker und Reinhart (2012) weist auf, dass zum Publikationszeitpunkt in 2012 37 Pflegestudiengänge in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden, die die berufliche Pflegeausbildung auf unterschiedliche Art in ihren hochschulischen Bildungskonzepten integriert haben (Stöcker & Reinhart, 2012). Aktuell gehen wir von 32 Studiengängen aus, die eine hochschulische Erstausbildung in der Pflege umsetzen.

### **These 3: Der Einsatz akademisch qualifizierter Pfleger hat positive Auswirkungen auf die Versorgungsqualität im Gesundheitssystem.**

Zur Annäherung an diese These kann die Wirkung des akademischen Pflegepersonals auf patientenbezogene Ergebnisse als Begründungsrahmen herangezogen werden. Hierzu kann auf die Ergebnisse umfassender Literaturrecherchen von Darmann-Finck und Kolleginnen in den Jahren 2012 und 2015 verwiesen werden. Im Rahmen der Literaturrecherche konnten zehn internationale Studien identifiziert werden, die einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen der hochschulischen Ausbildung und patientenbezogenen Ergebnissen in Bezug auf die Mortalität, die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus und die Häufigkeit von Komplikationen, belegen. Insgesamt können die Studien in ihrer Aussagekraft als sehr hoch bewertet werden, da sie hohe methodische Standards (z.B. umfangreiche Risikoadjustierungen, multivariate Analysen) erfüllen (Darmann-Finck et al., 2015).

Eine Auswahl an vier Studien aus den Jahren 2011-2014 soll die These untermauern, dass der Einsatz akademisch qualifizierter Pfleger positive Auswirkungen auf die Versorgungsqualität besitzt:

- In der Sekundäranalyse von Kendall-Gallagher et al. (2011) wurde ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Anteil an Pflegenden mit einem Bachelor- oder einem höheren Abschluss am Gesamtpflegepersonal und der 30-Tage Mortalität sowie dem Tod nach erlittener Komplikation nachgewiesen. Eine 10 %ige Zunahme von Pflegenden mit einem BA- oder einem höheren Abschluss führen zu einer Abnahme der 30 Tage-Mortalität von stationären Patientinnen und Patienten um 6 % und die von Misserfolgen nach erlittener Komplikation um 2 % (Kendall-Gallagher et al., 2011, zit. n. Darmann-Finck, 2015). (Daten von 1.283.241 chirurgischen Patientinnen und Patienten, Befragung von 25.598 Pflegenden)
- Ebenso die Studie von Blegen et al. (2013) kommt zu dem Ergebnis, dass mit einem höheren Anteil von Pflegenden mit einem Bachelorabschluss signifikant bessere Patientenergebnisse im Hinblick auf Druckgeschwüre, postoperative tiefe Beckenvenenthrombose

sowie Lungenembolie, Verweildauer, Tod nach erlittener Komplikation sowie Mortalität bei Herzinsuffizienz erzielt werden (Blegen et al., 2013, zit. n. Darmann-Finck et al., 2015).

- In der Panelanalyse von Kutney-Lee et al. (2013) wurde der signifikante Zusammenhang mit der Qualifikation der Pflegenden mit Bachelorabschluss mit der postoperativen Mortalität und den Tod nach erlittener Komplikation belegt (Kutney-Lee et al., 2013, zit. n. Darmann-Finck et al., 2015). (Daten von 223.000 bzw. 244.000 Patienten, Befragung von 42.000 bzw. 25.000 Pflegenden im Jahr 1999 und 2006)
- Aiken et al. (2014) stellten anhand einer vergleichenden Studie in neun europäischen Ländern (Belgien, UK, Finnland, Irland, Niederlande, Norwegen, Spanien, Schweden, Schweiz) fest, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Anteil an Pflegenden mit Bachelorabschluss am Gesamtpflegepersonal und der postoperativen Mortalität von chirurgischen Patienten besteht.

Zentrales Ergebnis: in Krankenhäusern mit mehr als 60 % BA-Pflegekräften und einer durchschnittlichen Betreuungsrate von 1:6 Patienten haben Patienten eine um 30 % geringere Mortalität verglichen mit Krankenhäusern mit weniger als 30 % BA-Pflegekräften und einer durchschnittlichen Betreuungsrate von 1:8 (N=422.730 Patienten, älter als 50 Jahre, 300 europäische Krankenhäuser, N=26.516 Krankenpflegefachkräfte aus 9 europäischen Ländern).

Eine Erhöhung der Anzahl von BA-Pflegenden um 10 % führt zu einer Abnahme der Wahrscheinlichkeit der postoperativen Mortalität bis zu 30 Tagen nach der Operation um 7 % (Aiken et al., 2014, zit. n. Darmann-Finck et al., 2015). (422.730 chirurgischen Patienten und 26.516 Pflegenden)

### **These 4: Die Gestaltung der Bildungsprozesse anhand der Leitprinzipien hochschulischer Bildung ist für die Qualifizierung akademisierter Pfleger unabdingbar.**

Bei der Entwicklung der Studiengangskonzepte zur Weiterentwicklung des Pflegeberufes haben elementare Meilensteine - im Sinne von wissenschaftlichen Positionen und Empfehlungen, gesetzlichen Rahmenbedingungen sowie den Hochschulstandort betreffende Bedingungen und Prozesse - die

Weiterentwicklung der Studiengänge beeinflusst. Durch die Einbindung der beruflichen Ausbildung und die damit verbundene Einhaltung berufsgesetzlicher Bestimmungen sind alle Studiengangformate mit einem Spannungsfeld zweier Systeme konfrontiert, die ihren Gestaltungsspielraum im Sinne hochschulischer Bildungsprozesse einschränken. Innerhalb der hochschulischen Ausbildung überlagert sich das Wissenschaftssystem, das auf die Entwicklung und Produktion von Erkenntnissen sowie die Persönlichkeitsbildung ausgerichtet ist, mit dem Ausbildungssystem, das auf die Aneignung von Kompetenzen und auf Erziehung ausgerichtet ist. Das Ausbildungssystem intendiert vorrangig die Qualifikation seiner Absolventinnen/Absolventen für den Arbeitsmarkt, während Hochschulen ihre Absolventen auf Arbeitsfelder und deren Zukunftsfähigkeit vorbereiten. Beide Systeme weisen unterschiedliche Strukturmerkmale auf.

Eine Verschränkung von wissenschaftlichen und handlungspraktischen Bezügen wie es ein Studium der Pflege intendiert, muss Studierende befähigen, das Spannungsfeld zwischen einer kontextsensiblen und wissenschaftsorientierten Begründungspflicht zu gestalten. Es geht dabei u.a. darum, die Grenzen wissenschaftlichen Wissens in der Handlungsentscheidung zu berücksichtigen und damit letztendlich für jede Entscheidung die volle Verantwortung zu übernehmen. Nicht das „entweder-oder“, sondern das „sowohl-als auch“ von Wissenschafts- und Subjektorientierung kennzeichnet die akademische Qualifikation der Pflege. Zusammenfassend lässt sich das Qualifikationsziel im hochschulischen Kontext als spezifisch wissenschaftliches Kompetenzprofil beschreiben, das sich von anderen Bildungskontexten abgrenzt und zentrale Merkmale hochschulischer Bildungsprozesse konstituiert (Schaper, Reis, Wildt, Horvath & Bender, 2012). Zu den zentralen Merkmalen eines akademischen Kompetenzprofils gehören:

- Die Befähigung, in komplexen, neuartigen und unbestimmten Anforderungsbereichen mit hohem Anspruch an die Lösungsqualität angemessen, verantwortlich und erfolgreich zu handeln.
- Die Befähigung des integrierten Bündels von komplexem Wissen, Fertigkeiten, Fähigkeiten, motivationalen Orientierungen und (Wert-)Haltungen für ein zielgerichtetes Handeln in diesen Anforderungsbereichen.

- Die Befähigungen umfassen insbesondere die Anwendung wissenschaftlicher Konzepte auf komplexe Anforderungskontexte, wissenschaftliche Analyse und Reflexion, Gestaltung neuer und innovativer Konzepte und Problemlösungen, Selbstregulation und Reflexion des eigenen problemlösungs- und erkenntnisgeleiteten Handelns (Schaper et al., 2012).

Daraus lässt sich für die Pflegestudiengänge ein Qualifikationsprofil beschreiben, das nachstehende Komponenten aufweist. Das Ziel besteht darin, Kompetenzen zu vermitteln, die zur verantwortlichen Steuerung komplexer Prozesse in der Pflege auf individueller, organisatorischer und gesellschaftlich-konzeptioneller Ebene befähigen. Dafür benötigen die Absolventen der Studiengänge eine systemische und analytische Perspektive auf den Patienten und dessen Lebensbedingungen. Damit ist ein diagnostischer Prozess verbunden, um Pflegeziele mit dem Klienten zu vereinbaren und entsprechende wissenschaftsbasierte Pflegemaßnahmen umzusetzen, die externe wie die interne Evidenz in gleichem Maße berücksichtigen. Die erhöhte fachliche Expertise studierter Pfleger soll diese dazu befähigen, eine altersgruppenübergreifende, patientenzentrierte Versorgung auch für Menschen mit besonderen Pflegebedarfen zu realisieren.

Ein weiterer Bestandteil des akademischen Kompetenzprofils liegt in der Lösung komplexer Versorgungsfragen in der Pflege. Diese Versorgungsfragen bestehen sowohl auf der Mikroebene d.h. ganz konkret in der klientennahen Pflege, als auch auf der Mesoebene, d.h. auf der Ebene von Institutionen und Organisationen, in denen Pflege geleistet wird. Und diese Versorgungsfragen bestehen auch auf der Makroebene, d.h. auf politischer Ebene, der Ebene der Finanzierung und der Weiterentwicklung des gesamten Berufes. Ein bedeutsamer Bestandteil des akademischen Kompetenzprofils liegt in der Steuerung und Sicherung von Qualität der Pflege der Patienten und Patientinnen in den Einrichtungen.

Ein Merkmal des akademischen Kompetenzprofils besteht darin, die Kommunikation und Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen wie den Ärztinnen und Ärzten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten im Sinne der Menschen mit Pflegebedarf zu steuern. Für die genannten Kompetenzen stellt eine wissenschaftsbasierte

Denkweise und Handlungsweise im beruflichen Alltag die zentrale Voraussetzung dar. Die Erkenntnisse aus der Pflegewissenschaft bilden die Grundlage für eine solche wissenschaftsbasierte Handlungsweise.

Die Absolventinnen und Absolventen der Pflegestudiengänge müssen in Zukunft nicht nur im Rahmen ihrer Institutionen d.h. im Krankenhaus, Pflegeheim oder in der häuslichen Pflege die Versorgung der Klientinnen und Klienten in den Blick nehmen, sondern auch sektorenübergreifend. Die Verläufe von Pflegebedürftigkeit und die Forschungen hierzu zeigen, dass die Pflegedürftigen verschiedene Institutionen aufsuchen (müssen) und dort behandelt werden. Um zwischen den Institutionen Versorgungsbrüche zu Lasten der Pflegedürftigen zu vermeiden, ist es bedeutsam, dass die Studierenden eine sektorenübergreifende Perspektive einnehmen.

Die Pflegewissenschaft verfügt über zahlreiche Theorien und Konzepte für bestimmte Versorgungssituationen oder auch Zielgruppen. Zugleich benötigt sie für Bedarfslagen von Pflegedürftigen verschiedene Konzepte, um deren Versorgung zu verbessern. Dies sehen wir z.B. bei der spezifischen Situation älterer Menschen mit Behinderung.

Vor diesem Hintergrund ist es für die Versorgung der Pflegedürftigen wichtig, dass die Absolventinnen und Absolventen der Studiengänge bestehende Konzepte analysieren und kritisch reflektiert anwenden können. Darüber müssen sie dazu befähigt werden, neue Konzepte für ganz konkrete Versorgungsfragen zum Beispiel zur Förderung der Mobilität von alten Menschen auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnis zu entwickeln. Die Absolventinnen und Absolventen sind in der Lage, Leitlinien und Expertenstandards einzusetzen und sie zugleich kritisch zu hinterfragen. Sie können auch Beratungskonzepte erstellen oder Patientenedukationen durchführen.

Während andere Disziplinen wie die Medizin seit Jahrhunderten einen akademischen Habitus ausgeprägt haben, muss dies in der Pflege noch angebahnt werden. Darunter verstehen wir die Sozialisation der Studierenden an den Hochschulen zu einer akademischen Haltung, die mit dem Infragestellen von aktuellen Gegebenheiten einhergeht. Dazu gehört es auch, den wissenschaftlichen

Diskurs zu suchen, aktuelle Publikationen zu lesen und sich berufspolitisch zu engagieren sowie die Entwicklung der Pflegewissenschaft zu befördern.

Zusammenfassend lässt sich das Qualifikationsziel im hochschulischen Kontext als spezifisch wissenschaftliches Kompetenzprofil beschreiben, das sich von anderen Bildungskontexten abgrenzt und zentrale Merkmale hochschulischer Bildungsprozesse konstituiert.

## Fazit

- Der Bedarf an akademisch qualifizierten Pflegenden wird begründet gefordert.
- Die Einbindung akademisch qualifizierter Pflegenden in die Gesundheitsversorgung ist mit einer Verbesserung der Patientenversorgung assoziiert.
- Die Kompetenz akademisch qualifizierter Pflegenden ist eine andere als die der berufsfachschulisch qualifizierten Pflegenden.
- Die Wirksamkeit der hochschulischen Bildung erfordert eine konsequente und strukturierte Einbindung akademischer Pflegekompetenz in das Handlungsfeld.
- Die Leistungsfähigkeit einer um das akademische Potenzial erweiterten Berufsgruppe Pflege liegt in einer
  - an wissenschaftlichen Erkenntnissen ausgerichteten Pflege
  - einer verbesserten interdisziplinären und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit.
- Es ist davon auszugehen, dass die Akademisierung des Pflegeberufes positive Effekte auf die Professions- und Forschungsentwicklung sowie die bildungs- und berufspolitischen Entwicklungen der Pflege besitzt.



## Literatur

- Aiken, L., Sloane, D., Bruyneel, L., van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M., Moreno-Casbas, M., Rafferty, A., Schwendimann, R., Scott, A., Tishelman, C., van Achterberg, T. & Sermeus, W.** (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. In: *Lancet* 383(9931), S.1824-1830.
- Behrens, J. & Langer, G.** (2010). *Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung* (3. Aufl.). Bern: Hans Huber Verlag.
- Blegen, M. A., Goode, C. J., Park, S. H.** (2013). Baccalaureate Education in Nursing and Patient Outcomes. In: *The Journal of Nursing Administration*, 43, 2, 89-94.
- Darmann-Finck, I., Muths, S., Görres, S., Adrian, C., Bomball, J. & Reuschenbach, B.** (2015). „Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW“. Abschlussbericht Dezember 2014. Studie im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. Verfügbar unter: [http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/pflege/20150528\\_NRW-Abschlussbericht-End-26\\_05\\_2015.pdf](http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/pflege/20150528_NRW-Abschlussbericht-End-26_05_2015.pdf)
- Ewers, M., Grewe, T., Höppner, H., Huber, W., Sayn-Wittgenstein, F., Stemmer, R., Voigt-Radloff, S. & Walkenhorst, U.** (2012). Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 137, 37-40.
- Hülksen-Giesler, M. & Korporal, J.** (2013). *Fachqualifikationsrahmen Pflege für die hochschulische Bildung*. Berlin: Porschke & Hensel.
- Kälble, K.** (2006). Gesundheitsberufe unter Modernisierungsdruck - Akademisierung, Professionalisierung und neue Entwicklungen durch Studienreform und Bologna-Prozess. In: J. Pundt (Hrsg.). *Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen - Potenziale - Perspektiven* (S. 213-233). Bern: Hans Huber Verlag.
- Kendall-Gallagher, D., Aiken, L., Sloane, D. M., Cimiotti, J. P.** (2011). Nurse Specialty Certification, Inpatient Mortality, and Failure to Rescue. In: *Journal of Nursing Scholarship*, 43, 2, 188-194.
- Knigge-Demal, B., Nauerth, A., Schürmann, M., Freese, C., Jahncke-Latteck, Ä.-D. & Bergmann-Tyacke, I.** (2012). Das Projekt zikzak: Entwicklung, Implementierung, und Evaluation eines dualen Studienganges an der FH Bielefeld. In: K. Marzinik, A. Nauerth & M. Stricker (Hrsg.). *Kompetenzentwicklung basisnah. Forschungsprojekte im Gesundheits- und Sozialbereich* (S. 293-334). Berlin: LIT Verlag.
- Kutney-Lee, A., Sloane, D. M., Aiken, L. H.** (2013). An Increase In The Number Of Nurses With Baccalaureate Degrees Is Linked To Lower Rates Of Postsurgery Mortality. In: *Health Aff (Milwood)*, 32, 3, 579-586.
- Muths, S.** (2010). *Machbarkeitsstudie: Konzeption und Überprüfung einer akademischen Erstausbildung von Pflegeberufen auf der Basis des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes im Land Bremen*. Universität Bremen: Institut für Public Health und Pflegeforschung.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR)** (Hrsg.). (2009). *Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. Kurzfassung. Verfügbar unter: [http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf)
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR)** (Hrsg.). (2012). *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung*. Kurzfassung. Verfügbar unter: [http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2012/GA2012\\_Kurzfassung.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Kurzfassung.pdf)
- Schaeffer, D. & Wingenfeld, K.** (2014). *Entwicklung von Pflegewissenschaft in Deutschland*. In: D. Schaeffer & K. Wingenfeld (Hrsg.). *Handbuch Pflegewissenschaft* (S. 9-15). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Schaper, N., Reis, O., Wildt, J., Horvath, E. & Bender, E.** (2012). *Fachgutachten zur Kompetenzorientierung in Studium und Lehre*. Hochschulrektorenkonferenz Projekt nexus - Konzepte und gute Praxis für Studium und Lehre. Verfügbar unter: [http://www.hrk-nexus.de/fileadmin/redaktion/hrk-nexus/07-Downloads/07-02-Publikationen/fachgutachten\\_kompetenzorientierung.pdf](http://www.hrk-nexus.de/fileadmin/redaktion/hrk-nexus/07-Downloads/07-02-Publikationen/fachgutachten_kompetenzorientierung.pdf)
- Statistisches Bundesamt** (Hrsg.). (2009). *Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*. Wiesbaden. Verfügbar unter: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204099004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204099004.pdf?__blob=publicationFile)
- Stöcker, G. & Reinhart, M.** (2012). *Grundständig pflegeberufsausbildende Studiengänge in Deutschland*. Verfügbar unter: [http://www.dbfk-pflege-als-beruf.de/downloads/Synopse\\_grundst\\_ndig.pdf](http://www.dbfk-pflege-als-beruf.de/downloads/Synopse_grundst_ndig.pdf)
- Verordnung über die Durchführung von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Berufe in der Alten- und Krankenpflege, für Hebammen, Logopäden, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten vom 25. Februar 2010 (Modellstudiengangsverordnung - MStVo).** In: *Gesetz- und Verordnungsblatt Nordrhein-Westfalen*, 2010, S. 165-182.
- Walkenhorst, U.** (2011). *Akademisierung der therapeutischen Gesundheitsfachberufe - Chancen und Herausforderungen für Berufe im Übergang*. In: M. Bonse-Rohmann, U. Weyland (Hrsg.). *bwp@Spezial 5 - Hochschultag Berufliche Bildung 2011*. Verfügbar unter: [http://www.bwpat.de/ht2011/ft10/walkenhorst\\_ft10-ht2011.pdf](http://www.bwpat.de/ht2011/ft10/walkenhorst_ft10-ht2011.pdf)
- Wissenschaftsrat (WR)** (Hrsg.). (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. Berlin.
- Thielhorn, U.** (2011). *Zukunftschancen durch Pflegestudiengänge*. In: *Neue Caritas*, Nr. 1, 14-17.

### 3.1.2 Zusammenfassung und Diskussion

Prof. Petra Weber, HAW Hamburg; Prof. Dr. Änne-Dörte Latteck, FH Bielefeld



Präsentation der Workshop-Ergebnisse: Prof. Dr. Thomas Fischer (Workshop 1)

Nach dem Impulsbeitrag von Frau Prof. Änne-Dörte Latteck (FH Bielefeld) und Frau Prof. Petra Weber (HAW-Hamburg) konzentrierte sich die Diskussion auf die Abgrenzung berufsfachschulischer von hochschulischer Ausbildung und auf die Notwendigkeit, die Unterschiede in den Qualifikationszielen in den Handlungsfeldern zu verdeutlichen. Darüber hinaus wurde eine weitere Herausforderung an Hochschulen darin gesehen, die Handlungsfelder in der Entwicklung der Curricula nicht nur zu beteiligen, sondern sie auch konzeptionell zu integrieren, indem z.B. die Praxisanleiterinnen auch in die Lehre eingebunden werden. In dieser Diskussion wurde deutlich, dass ein gemeinsames Verständnis der Begriffe, die im Zusammenhang mit Bildungskonzepten in der Pflege z.Zt. genutzt werden, noch nicht vorhanden ist. So waren die

Definitionen u.a. von dualer hochschulischer Ausbildung, generalisierter Ausbildung und auch Ausbildung integrierenden Pflegestudiengängen vielfältig, sodass zunächst ein gemeinsames Definitionsverständnis hergestellt werden musste. Insbesondere von Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus Berufsfachschulen wurde die Forderung an die Hochschulen gestellt, Erkenntnisse und Erfahrungen aus diesem Bereich zu berücksichtigen. Dies betrifft pflegedidaktische Fragestellungen ebenso wie die Erarbeitung differenzierter Kompetenzziele. Es sollten die Gemeinsamkeiten mit den bestehenden Qualifikationen gesehen und nicht nur die Unterschiede herausgestellt und betont werden. Von Vertreterinnen und Vertretern aus Berufsfachschulen wurde die Gefahr geäußert, dass sich das Bildungsniveau in den

Schulen verschlechtern könnte, wenn die meisten Abiturientinnen und Abiturienten zukünftig die hochschulische Bildung wählen würden. Bzgl. der Entwicklungsbedarfe an den Hochschulen wurde darüber hinaus betont, dass der FQR und die Ergebnisse der Fachdidaktik, Forschung und Entwicklung stärker aufgegriffen werden sollten. Um die Akzeptanz hochschulischer Pflegebildung zu fördern, wurde eine intraprofessionelle Klärung der Rollen, d.h. die Bearbeitung der Frage der Formen der Zusammenarbeit auf den einzelnen Niveaus der Pflege, als auch die Klärung der interprofessionellen Zusammenarbeit mit anderen Heilberufen eingefordert. Auch die Beteiligung der Studierenden in der Entwicklung der hochschulischen Qualifizierung wurde als eine Möglichkeit betrachtet, die Qualifikationsziele in die Handlungsfelder zu vermitteln. Kritisch wurde die Hypothese aufgestellt, dass die geringe Akzeptanz hochschulischer Pflegebildung dadurch begründet sein könnte, dass Hochschulen sich in Deutschland auf den Weg gemacht haben, um ein verändertes Qualifikationsniveau in der Pflege zu schaffen, ohne dass ein derartiger Bedarf aus den Versorgungseinrichtungen geäußert worden ist.

In den Handlungsfeldern selbst wurden Entwicklungsanforderungen diskutiert, die sich auf die Integration von Absolventinnen und Absolventen ebenso bezogen wie auf zu erarbeitende Personalkonzepte, die eine kompetenzorientierte Personalplanung ermöglichen. Dies setzt voraus, dass die Bedarfe der Patientinnen bzw. Patienten und Pflegebedürftigen erkannt werden und mit den unterschiedlichen Kompetenzen in Zusammenhang gebracht werden, die Pflegende in die Handlungsfelder einbringen. Außerdem muss in den Einrichtungen eine forschende Kultur entstehen, die nicht auf den Schultern derjenigen ruhen darf, die gerade einen Bachelorstudiengang abgeschlossen haben. Vielmehr muss eine Haltung entwickelt werden, die sich selbst als Teil eines Innovationssystems versteht und Arbeitsplätze und Freiräume für die hochschulisch qualifizierten Pflegenden schafft. In diesem Zusammenhang sollten auch strukturelle Fragen angegangen werden wie z.B. der heute fehlende Zugang zur Kommunikationstechnologie, der für die hochschulisch Qualifizierten ebenso wichtig ist wie für diejenigen, die heute schon im Beruf arbeiten. Hochschulisch qualifizierten Pflegenden müssen Perspektiven geschaffen werden, die sich auch in Stellenbeschreibungen und tariflichen Ein-

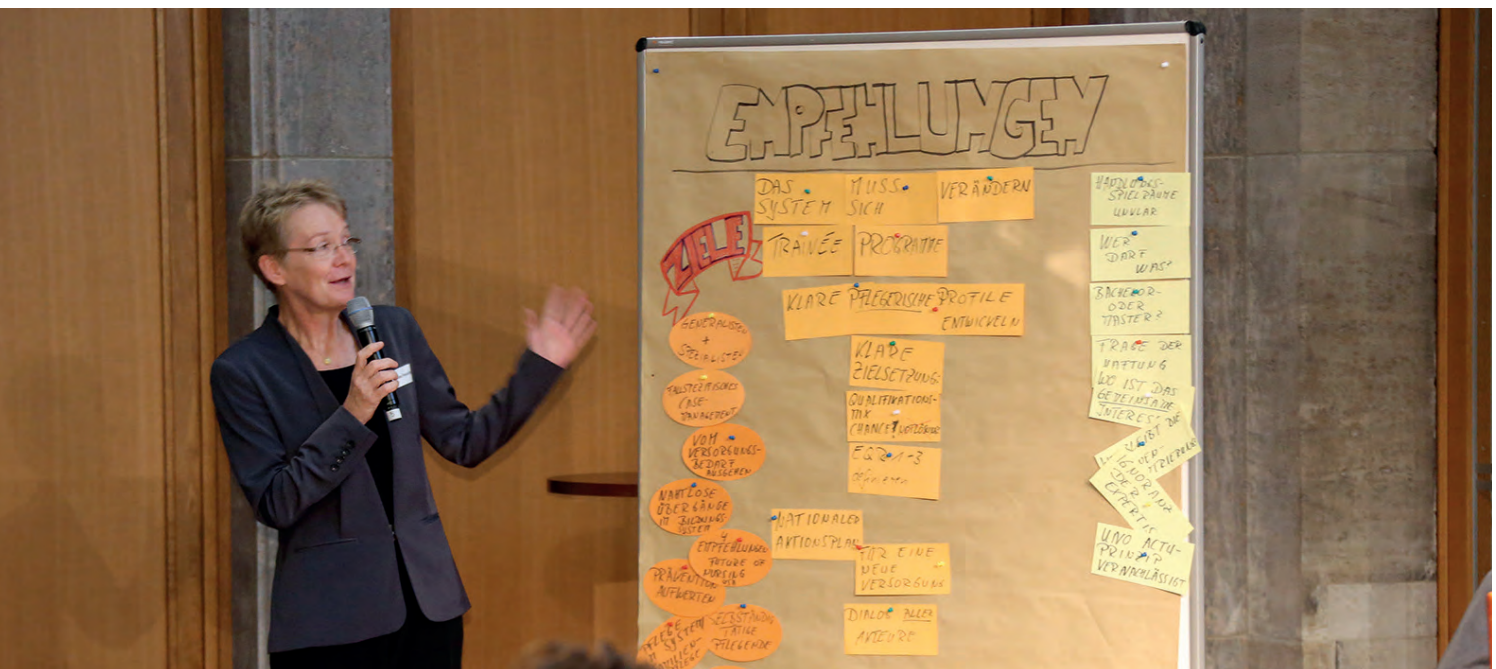
gruppierungen niederschlagen. In der Diskussion wurde verdeutlicht, dass die strukturellen Entwicklungsbedarfe in den Versorgungsbereichen zwingend auch durch die politischen Rahmenbedingungen flankiert werden müssen. In diesem Zusammenhang muss die Finanzierungsfrage für den Einsatz der akademischen Pflegekräfte geklärt werden und es müssen Gestaltungsspielräume eröffnet werden, z.B. durch die rechtliche Verankerung von Verordnungsrechten durch Pflegenden.

Von vielen Beteiligten im Workshop wurde der Wunsch geäußert, mehr über gelungene Beispiele der Integration hochschulisch qualifizierter Pflegenden in den Handlungsfeldern zu erfahren, um von diesen Beispielen auch für die eigenen Handlungsfelder in Hochschulen, Berufsfachschulen und in der Versorgungspraxis lernen zu können. ■

## 3.2 Workshop 2: Versorgungskonzepte im Ausland

Zusammenfassung und Diskussion

Prof. Dr. Anke Fesenfeld, Hochschule für Gesundheit, Bochum



Präsentation der Workshop-Ergebnisse: Prof. Dr. Anke Fesenfeld (Workshop 2)

Im Workshop ‚Versorgungskonzepte im Ausland‘ wurden zunächst die Wandlungstendenzen deutlich benannt, aufgrund derer eine Veränderung der aktuellen Berufsprofile notwendig erscheinen. Die Veränderungen im Versorgungsbedarf ergeben sich durch die verbesserte medizinische Versorgung, durch die sich die Lebensperspektive sehr verlängert hat. Hochaltrigkeit und Multimorbidität sind anspruchsvolle Herausforderungen für alle Gesundheitsprofessionellen. Der Anspruch des Heilens ist oftmals nicht mehr realisierbar; die ehemalige Konzentration auf das einzelne betroffene Individuum passt nicht mehr; bisherige monodisziplinäre Konzepte greifen zu kurz.

Dazu kommen die Veränderungen in Bezug auf den Versorgungsanspruch. Die Rolle der Nutze-

rin/des Nutzers hat sich erheblich verändert. Sie/er ist nicht mehr – wie früher – Hilfeempfängerin bzw. Hilfeempfänger, sondern ausgestattet mit einer Vielzahl an einklagbaren Rechten und damit als Leistungsberechtigte/Leistungsberechtigter oftmals ausgezeichnet durch eine sehr gute eigene Informiertheit und Vernetzung. Das eigene Leben mit einer eventuell chronischen Erkrankung soll sehr selbständig gestaltbar sein – und dafür braucht es die Möglichkeit, Dienstleistungen der Gesundheits(fach-) -Berufe autonom in die eigene Lebensplanung einzubinden.

In diese freie eigene Lebensplanung können bzw. müssen auch die neuen Errungenschaften der Technik integriert werden. Der sinnhafte Einsatz von Technik ist allerdings veränderten

Versorgungsansprüchen und –bedarfen anzupassen. Wichtig zu erkennen und kritisch zu bewerten scheinen hier insbesondere die Grenzen der Einsetzbarkeit. Hier bedarf es einer speziellen Expertise der beteiligten Gesundheitsprofessionellen.

Die dargestellten Veränderungen in der Versorgungssituation und in den technischen Neuerungen stellen völlig neue Kompetenzanforderungen an diejenigen, die pflegerische Interventionen anbieten. Um weiterhin eine hohe Versorgungsqualität und –kontinuität gewährleisten zu können, wird sich das Berufsbild der Pflege grundlegend ändern müssen. Ebenso unabdingbar erscheint eine neue Aufgabenverteilung im intra- und interdisziplinären Zusammenspiel.

Ein Blick in andere Länder macht deutlich, dass die Ausgestaltung neuer Aufgabenprofile oftmals orientiert ist durch Engpässe im ärztlichen Bereich. So werden beispielsweise in den skandinavischen Ländern unterschiedliche Assistenzprofile ausgebildet. Ergänzt werden sie durch hochschulische Qualifikationen, die in ihren Aufgabenprofilen die Übernahme von Aufgaben der Ärzte inkludieren. Dazu gehört u.a. erste Ansprechpartnerin/erster Ansprechpartner für die Betroffenen zu sein; chronisch erkrankte Menschen in Eigenverantwortung zu betreuen – oder auch bestimmte Medikamente selbständig verschreiben zu können. In Kanada werden Nurse Practitioner auf Masterniveau ausgebildet und dürfen dann autonom Diagnostik durchführen und Verordnungen erstellen. Je nach Spezialisierung kann hier in der Versorgung auch eine Konkurrenz gegenüber den Ärzten entstehen. Trennschärfe in den Aufgabenabgrenzungen fehlen an vielen Stellen noch – und es gibt auch haftungsrechtliche Unklarheiten. Trotz der eher dünnen Studienlage wird davon ausgegangen, dass der Anteil an hochschulisch qualifiziertem Pflegepersonal (USA 9 %, Kanada ca. 2 %) zu einer Steigerung der Versorgungsqualität bei gleichzeitiger Kostensenkung geführt hat.

In der Diskussion im Workshop wurde deutlich, wie bedeutsam eine Orientierung an den Zielsetzungen und aktuellen Erkenntnissen der eigenen Wissenschaft ist. Es sollte in der Neuorientierung im bundesdeutschen Pflegewesen nicht primär um die Frage der eventuellen Übernahme ärztlicher Aufgaben im Sinne einer Entlastung

der ärztlichen Berufsgruppe gehen, sondern vielmehr um eine klare und konturierte pflegespezifische Zielsetzung. Die Unabänderlichkeit einer auch ökonomischen Orientierung war bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Workshops unstrittig. Dennoch werden auch hier eigene und pflegespezifische Richtungsvorgaben als notwendig angesehen. Hier benötigen viele Pflegenden mehr Know-How und auch ein professionelleres Standing, um gegenüber anderen Akteuren im Gesundheitswesen die pflegerischen Standpunkte überzeugend vertreten zu können. Als beispielhaft und in gewisser Weise vorbildlich wurde die Kampagne „Future of Nursing“ in den USA diskutiert, die nach Meinung der Teilnehmenden in positiver Weise weit über eine reine Kostensenkungsdiskussion hinausgeht. Es geht darum, die Rolle der Profession Pflege klarer zu konturieren, den pflegerischen Beitrag im Hinblick auf eine hochwertige Versorgung zu sichern und sichtbar zu machen und eine höhere Kompetenz in das System zu bringen.

Die dargestellten Beispiele aus dem Ausland haben verdeutlicht, dass es in der hochschulischen Qualifikation der Pflege primär darum gehen soll, den gesamten Versorgungsprozess inklusiv der beteiligten Akteure zu strukturieren, zu gestalten und zu begleiten. Dabei müssen zukünftig zunehmend klarere Tätigkeitsprofile die Aufgaben intra- und interdisziplinär nach den jeweils vorhandenen Kompetenzen zuordnen und alle Gesundheitsprofessionellen als gleichberechtigte Partner im Versorgungsprozess begreifen. Dafür bedarf es noch einer Optimierung der Arbeitsbedingungen und der Infrastrukturen. Und es gilt immer im Blick zu haben, dass Übergänge in andere Kompetenzlevels ermöglicht werden.

Im diskursiven Übertrag der dargestellten Beispiele auf das bundesdeutsche Versorgungssystem gab es in dem Workshop verschiedene Diskussionsstränge. Politisch aktuell ist vor allem die Frage der Etablierung und Integration der hochschulischen Qualifikation in die pflegerischen Tätigkeitsbereiche. Aus pflegewissenschaftlicher Sicht und aus den berichteten Erfahrungen aus dem Ausland heraus greift dabei eine rein kostensenkende Intention mit der Übernahme ärztlicher Aufgaben deutlich zu kurz. Es geht vielmehr um eine sehr klare berufseigene Konturierung pflegerischer Kompetenzen, Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche.



Dr. Grit Braeseke (Workshop 2)

Wichtig erschien in der Diskussion auch immer wieder zu betonen, dass die Probleme im Versorgungssystem nicht ausschließlich mit der Etablierung hochschulischer Qualifikationen und den daraus sich ergebenden neuen Berufsbildern gelöst werden können – das Gesundheitssystem an sich bedarf einer grundlegenden Neuausrichtung. Der in den USA initiierte nationale Aktionsplan für eine Verbesserung der Versorgungsqualität durch Pflegenden könnte hierbei aus Sicht der Teilnehmenden durchaus als ein Beispiel für Deutschland dienen.

Zentral wichtig erschien den Teilnehmenden vor allem, dass vor dem Hintergrund der politischen – aber auch der pflegewissenschaftlichen – Diskussionen die Betroffenenperspektive und die vorhandene Expertise der Betroffenen nicht außer Acht gelassen werden dürfen. Versorgungskonzepte insbesondere für chronisch erkrankte Menschen greifen nur unter Einbezug ihrer individuellen Lebensbezüge. Es müssen Versorgungsengpässe aufgedeckt und gezielt durch interdisziplinär vernetzte Versorgungssysteme beseitigt werden. Aus der Diskussion ergab sich klar, dass es für die Lösung der anstehenden Herausforderungen und Problemstellungen auch innerhalb der pflegerischen Profession eines Qualifikationsmixes bedarf, der sicherlich auch je nach Krankheitsbild variieren wird. Zukünftig werden sowohl Generalisten als auch Spezialisten für eine hochwertige Versorgung

Hand in Hand miteinander und mit Mitarbeitenden der unterschiedlichen pflegerischen Assistenzniveaus arbeiten müssen. Eine Vollakademisierung der Pflege wird in Deutschland vorerst als unrealistisch erachtet.

Im Hinblick auf die Integration der neuen Berufsprofile in die bestehenden Strukturen erscheinen dringend Managementmaßnahmen vonnöten wie etwa Trainee-Programme für die Absolventinnen und Absolventen primärqualifizierender Studiengänge. Die bestehenden Fachweiterbildungen müssen in die sich entwickelnde Studienlandschaft integriert werden – dafür bedarf es differenzierter Anerkennungsverfahren und konzeptueller Abstimmung.

Abschließend erging von den Teilnehmenden der Appell an die Pflegeforschung, größere und hochwertige Studien zum Zusammenhang von pflegerischer Qualifikation und Outcome der Pflege zu erarbeiten, um eine genaue Aussage zu all den o.g. Aspekten machen zu können. ■

## 3.3 Workshop 3:

# Ökonomische Konsequenzen & Chancen – ist der Einsatz akademisch qualifizierter Pfleger bezahlbar?

### 3.3.1 Impuls: Ökonomische Dimensionen der Etablierung einer hochschulischen Erstausbildung in der Pflege

Prof. Dr. Michael Simon, Hochschule Hannover

#### Einleitung

In dem vorliegenden Beitrag wird zunächst eine quantitative Bestandsaufnahme des bisher erreichten Standes einer ‚Akademisierung der Pflege‘ vorgestellt. Daran anschließend wird auf mögliche Kosten einer hochschulischen Erstausbildung eingegangen.

#### Stand der Akademisierung der Pflege in Deutschland: Eine quantitative Schätzung

Die Akademisierung der Pflege begann in Deutschland Anfang der 1990er Jahre mit der Eröffnung erster Pflegestudiengänge. Amtliche Daten zur Zahl der Studierenden und Absolventinnen bzw. Absolventen der Pflegestudiengänge liegen jedoch erst für die Jahre ab 2004/2005 vor und leider auch nur als Gesamtzahl für alle Arten von Studiengängen bzw. Studiengrichtungen (Tabelle 1).

Um den erreichten Stand der Akademisierung der Pflege insgesamt zu bestimmen, dürfte der prozentuale Anteil der Absolventinnen und Absolventen von Pflegestudiengängen an der Gesamtzahl aller Pflegekräfte eine geeignete Kennzahl sein. Da nur die Pflegestatistik, nicht aber die Krankenhausstatistik Angaben zur Zahl der Pflegekräfte mit einem abgeschlossenen Pflegestudium bietet, bleibt jedoch nur die

Möglichkeit einer näherungsweisen Schätzung. Für die Jahre 2005 bis 2014 weist die Hochschulstatistik insgesamt ca. 7.700 Absolventinnen und Absolventen von Pflegestudiengängen aus. Geht man davon aus, dass über den Zeitraum von Anfang der 1990er bis 2004 pro Jahr durchschnittlich ca. 200 Studienabschlüsse erfolgten, so ergibt dies eine grob geschätzte Gesamtzahl von ca. 2.000-3.000 Studienabschlüssen. Insgesamt gäbe es mittlerweile somit ca. 10.000 Absolventinnen und Absolventen von Pflegestudiengängen.

Davon dürfte ein Teil bereits berentet und ein anderer Teil in pflegeferne Bereiche gewechselt sein (z.B. MDK, öffentliche Verwaltung etc.). Es erscheint insofern plausibel anzunehmen, dass in Deutschland im Jahr 2014 grob geschätzt ca. 7.000-8.000 Pflegekräfte mit einem abgeschlossenen Pflegestudium in Einrichtungen des Gesundheitswesens tätig waren. Bezogen auf die Gesamtzahl aller Pflegekräfte entspricht dies einem Anteil von ca. 0,5 %.

Mehr als zwei Jahrzehnte Akademisierung der Pflege haben somit lediglich einen Akademisierungsgrad von grob geschätzt 0,5 % bewirkt. Ein durchaus ernüchterndes Ergebnis, das auch die Frage aufwirft, ob bislang überhaupt von einer ‚Akademisierung der Pflege‘ in Deutschland die Rede sein kann.

## Ökonomische Dimensionen einer hochschulischen Erstausbildung in der Pflege

Als Teil einer grundlegenden Reform der Pflegeausbildung soll nun das Projekt einer hochschulischen Erstausbildung verstärkt in Angriff genommen werden. Der Entwurf des Anfang 2016 vorgelegten Pflegeberufereformgesetzes (PflBRefG) enthält dazu eine eigene bundesgesetzliche Grundlage (Teil 3 des PflBRefG: „Hochschulische Pflegeausbildung“). Während der Gesetzentwurf die zu erwartenden Kosten der fachschulischen Ausbildung auf Grundlage eines im Auftrag der Bundesregierung erstellten Kostengutachtens ausführlich darlegt, enthält er keine Angaben zu den Kosten einer hochschulischen Erstausbildung, da diese nicht genau zu beziffern seien (Bundesregierung, 2016). Das zitierte Kostengutachten enthält zwar eine detaillierte Kostenabschätzung für eine generalistische fachschulische Ausbildung, für die hochschulische Erstausbildung jedoch nur eine oberflächliche Erörterung möglicher Kostenansätze (WIAD/Prognos, 2013).

Eine genauere Kostenabschätzung der Einführung einer bundesrechtlich geregelten hochschulischen Erstausbildung wäre jedoch dringend erforderlich. Zum einen benötigen Hochschulen, die eine solche Ausbildung anbieten wollen, für ihre Haushaltsplanung Orientierungswerte zum Finanzierungsbedarf. Vor allem aber brauchen die für die Bereitstellung der entsprechenden Haushaltsmittel zuständigen Länderministerien eine Grundlage für ihre Haushaltsplanung.

Gegenwärtig hat es jedoch den Anschein, dass in Ministerien und Politik vielfach davon ausgegangen wird, es seien keine zusätzlichen Mittel erforderlich. Diese Annahme wird auch durch das erwähnte Kostengutachten genährt. Dort wird in dem entsprechenden Abschnitt zu den Kosten einer hochschulischen Erstausbildung vor allem auf bestehende duale Studiengänge verwiesen, die als bereits existierende hochschulische Erstausbildung diskutiert werden. Es erscheint aber sehr zweifelhaft, dass es sich bei der Mehrzahl der be-

**Tabelle 1: Studierende und Studienabschlüsse in Pflegestudiengängen**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Studierende im Wintersemester insgesamt	2.612	2.777	2.654	3.057	3.309	3.709	4.760	8.321	9.923	11.125
davon im 1. und 2. Studiensemester	663	647	630	944	1.120	1.266	1.669	2.422	2.770	2.908
Bestandene Abschlussprüfungen	452	458	572	679	665	676	763	953	1.075	1.396

Quelle: StBA, Statistisches Bundesamt, 2015a, Fachserie 11 Reihe 4.1 und 4.2.



stehenden dualen Studiengänge tatsächlich um eine hochschulische Primärqualifikation handelt. Bei genauer Betrachtung dürfte sich die Mehrheit dieser Studiengänge als modifizierte berufsbegleitende Studiengänge erweisen, die lediglich einige Veranstaltungen parallel zur fachschulischen Erstausbildung anbieten und den Hauptteil des Studiums in einem zweiten Studienabschnitt nach Abschluss der Pflegeausbildung und begleitend zur Berufstätigkeit durchführen.

Insofern dürfte davon auszugehen sein, dass eine hochschulische Erstausbildung in Deutschland erst noch etabliert und aufgebaut werden muss. Und hierfür ist dringend eine Abschätzung der damit verbundenen Kosten erforderlich, damit die zuständigen Behörden diese in ihre Haushaltsplanungen aufnehmen und die notwendigen politischen Entscheidungen vorbereiten können. Im Folgenden sollen einige Eckdaten und zu beachtende Probleme für eine solche Kostenabschätzung angesprochen werden.

Zunächst einmal wäre es erforderlich festzulegen, wie hoch die Zahl der Studienplätze in primärqualifizierenden Studiengängen für Deutschland insgesamt und für das jeweilige Bundesland sein soll. Der Wissenschaftsrat hat hierzu in seinem Gutachten aus dem Jahr 2012 als Orientierungswert vorgeschlagen, dass 10-20 % eines Ausbildungsjahrganges eine hochschulische Erstausbildung erhalten sollten (Wissenschaftsrat, 2012). Im Schuljahr 2014/2015 begannen ca. 50.000 Auszubildende ihre Ausbildung in einem der Pflegefachberufe (StBA, 2015a). Sollten davon 10-20 % an einer Hochschule ihre Ausbildung erhalten, so wären deutschlandweit ca. 5.000-10.000 Studienplätze erforderlich. Geht man davon aus, dass es bislang – wenn überhaupt – nur sehr wenige tatsächliche primärqualifizierende Pflegestudiengänge gibt, so wären diese Studienplätze zusätzlich zu schaffen.

Nach den Daten der Hochschulstatistik gibt es gegenwärtig ca. 3.000 Studienplätze in Pflegestudiengängen. Die Etablierung einer hochschulischen Erstausbildung im Umfang von 10 % eines Ausbildungsjahrgangs würde folglich ca. 5.000 zusätzliche Studienplätze und damit mehr als eine Verdoppelung der bestehenden Studienplatzzahl erfordern. Bei einer Zielquote von 20 % wäre sogar eine Verdreifachung notwendig. Sofern dies unangemessen hoch erscheint,

sei auf die nach mehr als zwei Jahrzehnten der bisherigen Akademisierung erreichte Akademisierungsquote von lediglich 0,5 % verwiesen. Soll eine ‚Akademisierung der Pflege‘ erreicht werden, die diese Bezeichnung auch tatsächlich verdient, sind offensichtlich Anstrengungen erforderlich, die deutlich über die bisherigen hinausgehen.

Zwar enthält das erwähnte Kostengutachten keine konkrete Berechnung der zu erwartenden Mehrkosten durch eine hochschulische Erstausbildung, wohl aber einige hilfreiche Anhaltswerte, so beispielsweise die Kosten eines Studienplatzes in dualen Studiengängen. Sie variierten nach den Erhebungen der Gutachter zwischen 15.000 und 36.000 Euro je nach Bundesland und Studiengangmodell. Legt man einen Wert von 20.000 Euro zugrunde, so ergibt sich für 5.000 zusätzliche Studienplätze ein Gesamtbetrag von 100 Mio. Euro und für 10.000 zusätzliche Studienplätze ein Betrag von 200 Mio. Euro.

Ob diese Beträge dualer Studiengänge auf Studiengänge übertragbar sind, die eine vollumfängliche hochschulische Erstausbildung beinhalten, kann hier nicht näher erörtert werden. Es erscheint aber plausibel anzunehmen, dass die Kosten einer hochschulischen Erstausbildung höher anzusetzen sind, wenn nicht nur das zusätzliche und höher zu vergütende Personal (Professoren, Lehrkräfte für besondere Aufgaben etc.) berücksichtigt wird, sondern auch die Schaffung und Unterhaltung zusätzlicher Raumkapazitäten und sächlicher Ausstattung. Anders als die bisherigen berufsbegleitenden Studiengänge würden primärqualifizierende Pflegestudiengänge nicht nur zusätzliche Seminarräume, sondern insbesondere auch neu zu schaffende ‚Pflegelabore‘ und deren Einrichtung benötigen. Eine hierfür erforderliche „adäquate räumliche Ausstattung“ der Hochschulen würde – darauf weist auch das Kostengutachten hin – zu „erheblichen Mehrkosten“ führen (WIAD/Prognos, 2013).

## Schlussbetrachtung

Es kann wohl davon ausgegangen werden, dass die finanziellen Dimensionen einer hochschulischen Pflegeausbildung weder den Akteurinnen und Akteuren der Politik noch der Mehrzahl der zuständigen Fachbeamtinnen und –beamten in den Länderministerien bewusst ist. Zumindest

werden sie nicht im Entwurf des Pflegeberufereformgesetzes thematisiert, und auch Erfahrungen aus Gesprächen mit der Administration zuständiger Länderressorts legen diese Vermutung nahe (z.B. Niedersachsen).

Es erscheint von daher dringend geboten, einerseits mehr Klarheit über die zu erwartenden Kosten einer hochschulischen Erstausbildung zu schaffen, beispielsweise durch die Vergabe eines entsprechenden Gutachtens. Andererseits erscheint es auch notwendig, sich von Seiten der Hochschulen, der politischen Vertretungen der Pflegepraxis und der Politik auf Zielgrößen zu einigen, auf deren Grundlage überhaupt erst aussagekräftige Kostenprognosen möglich sind. Eine dieser Zielgrößen sollte sicherlich der Anteil der hochschulisch erstausgebildeten Pflegekräfte an der jeweiligen Ausbildungskohorte sein, so wie es der Wissenschaftsrat vorgeschlagen hat.

Darüber hinaus sollte auch eine Zielgröße festgelegt werden, wie hoch der Anteil von Pflegekräften mit Hochschulabschluss an allen Pflegekräften zukünftig sein soll. Sollte langfristig eine auf die Gesamtheit aller Pflegekräfte bezogene Akademisierungsquote von 10 % oder gar 20 % angestrebt werden – was eher erlauben würde, von einer ‚Akademisierung‘ der Pflege zu sprechen – so würde dies allerdings noch weit höhere, insbesondere auch finanzielle Anstrengungen erfordern, als sie in dem vorliegenden Beitrag genannt wurden. ■

## Literatur

**Bundesregierung** (2016). Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz - PflBRefG). Bundesrats-Drucksache 20/16 vom 15. Januar 2016.

**StBA, Statistisches Bundesamt** (2015a). Fachserie 11 Reihe 2. Bildung und Kultur. Berufliche Schulen. Schuljahr 2014/2015. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

**StBA, Statistisches Bundesamt** (2015b). Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

**WIAD; Prognos** (2013). Forschungsgutachten zur Finanzierung eines neuen Pflegeberufegesetzes. Gutachten im Auftrag: Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Überarbeitete Fassung vom 14. Oktober 2013. Online verfügbar unter: [http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/2015\\_\\_forschungsgutachten\\_\\_finanzierung\\_\\_pflegeberufegesetz\\_\\_wiad\\_\\_prognos,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf](http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/2015__forschungsgutachten__finanzierung__pflegeberufegesetz__wiad__prognos,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf) (01.10.2015)

**Wissenschaftsrat** (2012). Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Online verfügbar unter: <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf> (20.07.2012).

### 3.3.2 Zusammenfassung und Diskussion

Prof. Dr. Reinhold Wolke, Hochschule Esslingen

#### Ausgangslage und Hintergrund der Diskussionen zu den ökonomischen Konsequenzen

Aktuell hat Deutschland ein arztzentriertes Versorgungssystem. Das deutsche Gesundheitssystem ist relativ teuer, gemessen an den Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit liegt es an Platz 4 der OECD Länder. Auf der anderen Seite, dies zeigen internationale Vergleiche wie beispielsweise das OECD Ranking der Outcomeseite, ist das deutsche Gesundheitssystem in der Ergebnisqualität offensichtlich eher mittelmäßig. Schon aus qualitativen Beweggründen erscheint der Einsatz akademisch qualifizierter Pfleger\*innen notwendig und sinnvoll: Der Einsatz akademisch qualifizierter Pfleger\*innen dient der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflege- und Versorgungsqualität. Aufgrund internationaler Erfahrungen, dies zeigen viele hochwertige Studien, ist abzusehen, dass das Versorgungsniveau in der Folge des Einsatzes akademisch qualifizierter Pflegekräfte steigt. Daneben sind aber auch betriebs- und volkswirtschaftliche Vorteile zu erwarten, die im Folgenden näher beschrieben werden sollen. Es wird seitens der Teilnehmer\*innen und Teilnehmer des Workshops als eine Aufgabe der Pflegewissenschaft gesehen, die Vorteile des Einsatzes akademisch Qualifizierter in der Pflege transparent zu machen und zu kommunizieren, dies sowohl auf einzelwirtschaftlicher Ebene, also in Richtung des Managements von Gesundheitseinrichtungen, als auch gegenüber Politik und weiteren Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen.

Weiter wird es seitens der Teilnehmer\*innen und Teilnehmer des Workshops als eine zentrale

Herausforderung für die Pflegeeinrichtungen gesehen, die Ressourcen akademisch qualifizierter Pfleger\*innen durch entsprechende Aufgaben- und Kompetenzzuweisungen in den Einrichtungen nutzbar zu machen.

#### Qualifikationsmix - ökonomische Aspekte

Als eine zentrale Weiterentwicklungsoption wird der Qualifikationsmix innerhalb der Pflege identifiziert. Dabei ist zuerst eine an den Bedarfen der Pflegebedürftigen orientierte Aussteuerung des Personaleinsatzes in den Pflegeeinrichtungen zu fordern. Die zu erwartenden ökonomischen Konsequenzen sind unter anderem abhängig vom zukünftigen Qualifikationsmix des Berufsfeldes insgesamt. Vorstellbar wäre eine stärkere vertikale Ausdifferenzierung:

- Zuwachs bei akademisch ausgebildeten klinisch tätigen Pflegefachkräften
- Reduzierung im mittleren Qualifikationsbereich
- Zuwachs bei Pflegehilfskräften (ohne Pflegeausbildung).

Es ist grundsätzlich zu erwarten, dass ein an den Bedarfen der Pflegebedürftigen angepasster Personaleinsatz in der Pflege ökonomisch vorteilhaft ist. Zudem – und darüber hinausgehend – erscheint es notwendig, über Aufgabenneuverteilung und über das Verhältnis zu anderen Berufsgruppen, insbesondere im Bereich der stationären Versorgung, nachzudenken. Gerade die Aufgabenneuverteilung im Verhältnis zum ärztlichen Bereich, die in den vergangenen Jahren in den deutschen Krankenhäusern stark ausgebaut wurde, bieten auch ökonomische Perspektiven.

Es erscheint ökonomisch wenig sinnvoll, den ärztlichen Bereich – und damit die kostenintensivste Personalart im Krankenhaus – auszubauen. Ökonomisch konsequent wäre es vielmehr, mittels Reorganisation der Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen auch hier zu einem an den Bedarfen der Patientinnen und Patienten ausgerichteten Aufgaben- und in der Folge Personaleinsatzplanung zu kommen.

Diese zu realisieren ist aber nur möglich, wenn die Anzahl des Pflegepersonals insgesamt deutlich erhöht wird. Die Personalbesetzung in der Pflege in den deutschen Krankenhäusern ist derzeit vergleichsweise schlecht, dies lässt sich statistisch untermauern: Auf 100 Patientinnen und Patienten kommen in einem deutschen Krankenhaus durchschnittlich 12,2 Pflegenden –

weit weniger als in den meisten europäischen Vergleichsländern (Tabelle 1).

### Kosten/Nutzen-Betrachtung ausgewählter Aspekte des Einsatzes akademisch Qualifizierter in der Pflege

Im Zusammenhang mit dem geplanten Einsatz akademisch Qualifizierter in der Pflege sind folgende Kosten bei der Etablierung einer hochschulischen Erstausbildung zu erwarten:

- Kosten der Schaffung zusätzlicher Studienplätze:
  - Vor allem handelt es sich um Personalkosten an Hochschulen.
  - Diese Kosten entstehen bei den zuständigen Bundesländern.

**Tabelle 1: Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser im internationalen Vergleich**

	Patienten je Pflegefachkraft	Pflegefachkräfte je 100 Patienten	Anteil der Pflegefachkräfte an der Personalbesetzung im Pflegedienst (in %)	Pflegehilfskräfte je 100 Pflegefachkräfte	Pflegehilfskräfte je 100 Patienten	Pflegekräfte insgesamt je 100 Patienten	Personalbesetzung in Prozent (Deutschland: 100)
Norwegen	3,7	27,0	63	58,7	15,9	42,9	348,3
Schweden	5,4	18,5	58	72,4	13,4	31,9	259,2
Niederlande	4,8	20,8	70	42,9	8,9	29,8	241,6
Schweiz	5,3	18,9	64	56,3	10,6	29,5	239,3
Finnland	5,5	18,2	71	40,8	7,4	25,6	207,9
Irland	5,9	16,9	72	38,9	6,6	23,5	191,1
England	7,8	12,8	57	75,4	9,7	22,5	182,6
Spanien	10,2	9,8	54	85,2	8,4	18,2	147,4
Griechenland	9,1	11,0	61	63,9	7,0	18,0	146,2
Belgien	7,6	13,2	74	35,1	4,6	17,8	144,3
Polen	9,7	10,3	68	47,1	4,9	15,2	123,1
Deutschland	9,9	10,1	82	22,0	2,2	12,3	100,0

Quelle: Simon, 2015

- Vergütung akademisch erstausgebildeter Pflegefachkräfte:
  - Mit Bachelorabschluss z.B. analog zu Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern, mit Masterabschluss z.B. analog zu Psychologinnen, Psychotherapeuten.
  - Diese Kosten entstehen den Pflegeeinrichtungen und müssen von den Kostenträgern refinanziert werden.
- Folgekosten, bspw. für die Einführung evidenzbasierter Pflege (Internetzugang, Journal Clubs etc.)
  - Diese Kosten entstehen ebenfalls den Pflegeeinrichtungen und müssen von den Kostenträgern refinanziert werden.

Diesen Kosten steht ein Nutzen auf verschiedenen Ebenen gegenüber:

- Auf individueller Ebene lassen sich eine hohe Motivation zum Studieren und eine höhere Arbeitsmotivation erwarten, da diese Faktoren mit dem Bildungsniveau positiv assoziiert sind.
- Auf einzelwirtschaftlicher Ebene sind Effizienzsteigerungen zu prognostizieren, einerseits durch Kostenersparnis beispielsweise durch geringere Komplikationsraten, Unterlassen nicht evidenzbasierter Pflegemaßnahmen. Andererseits sind Erlössteigerungen aufgrund einer Verbesserung der Wettbewerbsposition in Verbindung mit höherer Nachfrage und höheren Erlösen zu erwarten. Ebenfalls können höhere Erlöse durch neue Leistungsangebote generiert werden.
- Auf volkswirtschaftlicher Ebene wird der Nutzen vor allem in der Verbesserung des bevölkerungsbezogenen Gesundheitszustandes und in der Effizienzsteigerung des Gesundheitssystems insgesamt gesehen.

Der enge Zusammenhang zwischen der quantitativen und qualitativen Personalausstattung in der stationären Krankenhauspflege einerseits und einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Patientinnen und Patienten andererseits ist in der internationalen Literatur gut dokumentiert (NICE, 2014). Die Vorteilhaftigkeit einer qualitativ und quantitativ guten Personalausstattung zeigt sich beispielsweise in einer geringeren Mortalität,

weniger Stürzen und weniger Medikationsfehlern. Offen ist dagegen, ob die höheren Kosten für mehr Pflegepersonal durch Einsparungen aufgrund verbesserter Patienten- oder Systemoutcomes (wie reduzierte Krankenhausaufenthalte) ausgeglichen werden. Hier ist die internationale Studienlage noch wenig eindeutig.

## Fazit

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Etablierung einer hochschulischen Erstausbildung in der Pflege notwendig und sehr sinnvoll ist - allerdings nicht primär aus ökonomischen Gründen, sondern um die Qualität der pflegerischen Versorgung zu verbessern. Hier zeigen internationale Untersuchungen die Vorteilhaftigkeit einer guten quantitativen und auch qualitativen Personalausstattung in der Pflege zur Verbesserung der Versorgung der Patientinnen und Patienten.

Es können allerdings auch positive ökonomische Effekte, sowohl einzelwirtschaftlich als auch volkswirtschaftlich, identifiziert und erwartet werden. Eine ökonomische Vorteilhaftigkeit lässt sich insbesondere dann erwarten, wenn es gelingt, den Einsatz akademisch qualifizierter Pflegenden in Verbindung mit Veränderungen im Qualifikationsmix innerhalb der Pflege und insbesondere mit der Neuverteilung von Aufgaben zwischen den Berufsgruppen erfolgreich zu gestalten. ■

## Literatur

- NICE** (2014). Safe staffing for nursing in adult inpatient wards in acute hospitals. Safe staffing guideline 1, National Institute for Health and Care Excellence. [<https://www.nice.org.uk/guidance/sg1> (Abruf: 02.12.2015)].
- Simon, M.** (2015). Ökonomische Aspekte der Etablierung einer hochschulischen Erstausbildung in der Pflege. Kurzvortrag für den Workshop 4 der Fachtagung „Die Zukunft der Gesundheitsversorgung – der Beitrag akademisch Pflegenden“ Berlin, 5. November 2015

## 3.4 Workshop 4: Daseinsvorsorge im ländlichen Raum - der Beitrag akademisch qualifizierter Pfleger

### 3.4.1 Impuls: Einführungsstatement

Stefan Muhle, 1. Kreisrat des Landkreises Osnabrück  
Kämmerer und Gesundheitsdezernent

#### Einleitung

Der Landkreis Osnabrück ist mit rund 360.000 Einwohnern der größte Landkreis in Niedersachsen, in etwa so groß wie das Saarland. Er ist von einer stabilen mittelständischen Wirtschaft geprägt. Rund 20.000 Menschen sind im Gesundheitsbereich beschäftigt. Damit gehört die Gesundheitswirtschaft in der Region Osnabrück zu den vier Branchen mit den meisten Beschäftigten.



Stefan Muhle, (Workshop 4)

#### Situationsbeschreibung der gesundheitlichen Versorgung im Landkreis Osnabrück

Die schönsten Städte und Kreise bringen die größten Herausforderungen mit sich, Berlin ist ein gutes Beispiel. Auch der Landkreis Osnabrück ist schön! Naturnah, infrastrukturell gut sortiert und er bildet gemeinsam mit der Stadt Osnabrück einen Lebensraum für über 500.000 Menschen.

#### Was ist charakteristisch für die gesundheitliche Versorgung im Landkreis Osnabrück?

- 1. Demografische Veränderungen:** Die Altersgruppe der über 60-jährigen wird von 91.000 im Jahr 2014 auf 102.000 im Jahr 2020 anwachsen, das ist ein Anstieg um 12 %. Im Jahr 2030 werden sogar 124.000 über 60-jährige im Landkreis Osnabrück leben, d.h. ein Anstieg um sogar 36 %.
- 2. Fachkräftemangel in der Pflege:** Die Versorgungssituation in der Pflegebranche ist alarmierend. Bis 2050 werden sich die Pflegefälle verdoppeln, gleichzeitig wird das Angebot der qualifizierten Pflegekräfte sinken, so dass bundesweit ein Arbeitskräftemangel von 193.000 Pflegevollkräften bis 2025 prognostiziert wird. 2014 meldete die Bundesagentur für Arbeit lediglich 39 arbeitslose Altenpflegekräfte auf 100 gemeldete Stellen. Der wachsende Bedarf an Pflegekräften lässt sich bereits heute kaum decken. Die Gewinnung von motivierten, jungen und qualifizierten Pflegekräften wird durch das schlechte Image der Pflege erschwert. Nach einer Studie des Instituts für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen aus dem Jahr 2009 haben Pflegeberufe momentan sowohl für Schülerinnen und Schülern, als auch für deren Eltern ein eher negatives Image. Besonders die Altenpflege wird von jungen Menschen als ein „Out“-Beruf gezählt. 89 % der Schülerinnen und Schülern haben den Altenpflegeberuf noch nicht in Erwägung gezogen. Lediglich 3 % können sich eine Ausbildung in diesem Berufsfeld vorstellen. Ein möglicher Grund kann eine zu geringe Information über Pflegeberufe in der Berufswahlphase sein.

**3.** Fachkräftemangel speziell in der Region Osnabrück: 69 % der Einrichtungen aus dem Pflegebereich suchen gegenwärtig Personal. Am häufigsten werden Altenpflegerinnen und Altenpfleger gesucht. 34 Einrichtungen (49 %) haben für diese Berufsgruppe Personalbedarf. An Position zwei folgen Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger. 40 % der Einrichtungen benennen einen momentanen Personalbedarf für diese Berufsgruppe. Der allgemein diskutierte Fachkräftemangel in der Pflege stellt sich für die Region Osnabrück wie folgt dar: 57 % der Einrichtungen benennen Schwierigkeiten bei der Besetzung von Stellen in der Altenpflege und 30 % der Einrichtungen haben Schwierigkeiten bei der Stellenbesetzung in der Gesundheits- und Krankenpflege.

In der politischen Debatte konzentrieren sich die Fragen bisher auf die hausärztliche Versorgung - noch. Landkreis und Stadt Osnabrück sind in 5 Versorgungsbereiche eingeteilt. Dabei macht uns insbesondere das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz Sorge, weil unsere Region rechnerisch als „überversorgt“ gilt und Arztsitze somit teilweise nicht wiederbesetzt werden dürfen. Das Gefühl in der Bevölkerung ist ein anderes. Tatsächlich wird der Handlungsdruck in den Kommunen größer, es fehlen bereits jetzt Ärztinnen und Ärzte und die Ärzteschaft altert zunehmend. Erste Bürgermeisterinnen und Bürgermeister nehmen das Thema inzwischen auf, eine Sensibilisierung für die Ärzteversorgung wird also langsam erkennbar, für die Versorgung mit Pflegekräften gibt es nahezu noch keine Sensibilität vor Ort.

### Was tut der Landkreis Osnabrück?

Was kann eine Kommune überhaupt tun? Der Landkreis Osnabrück hat ein originäres Interesse daran, dass die Menschen gut versorgt sind! Deshalb muss er im Zweifelsfall auch dann einspringen und helfen, wenn er nicht zuständig ist! Wie kann er das tun?

**1.** Strukturen schaffen und Netzwerke initiieren  
Es sind Strukturen und Netzwerke geschaffen worden, um die Themen Gesundheit und Pflege voran zu bringen. Landkreis und Stadt Osnabrück sind seit Anfang 2015 eine vom Land geförderte gemeinsame Gesundheitsregion. In der Gesundheitsregion arbeiten wir in Arbeitsgruppen an den Themen „Ärztliche Versorgung“, „Telemedizin“

und „Kultursensible Pflege“. Ergebnisse werden in der jährlichen Gesundheitskonferenz präsentiert und diskutiert. Ferner entsteht in Osnabrück ein Gesundheitscampus, der von der Universität, der Hochschule, dem Landkreis und der Stadt sowie von den Kirchen getragen wird. Mit „Gewinet“ haben wir bereits vor einigen Jahren ein Kompetenzzentrum aufgebaut, das die Akteurinnen und Akteure der Gesundheitswirtschaft vernetzt. Mit dem bei der Hochschule Osnabrück angesiedelten Projekt „Living Lab“ ist zusätzlich eine Plattform für die regionalen Kompetenzträger aus den Bereichen „Wohnen und Pflege“ geschaffen worden. Letztlich gibt es noch einige vom Landkreis Osnabrück organisierte regionale, koordinierende Gesprächsrunden, in denen Abstimmungen zu den Themen Gesundheit und Pflege erfolgen.

### 2. Fortschritt initiieren

Wir wollen festgefahrene Diskussionen beleben und mit eigenen Ressourcen regionale Initiativen stärken. Insbesondere die Hochschulen werden wir unterstützen. Dabei sind wir uns bewusst, dass es keine allgemeingültigen Lösungen geben kann, sondern dass es von Ort zu Ort individuelle Lösungen geben muss.

### 3. Unterstützen: Mit Aufmerksamkeit Personen und Berufe wertschätzen

Pflege im Speziellen und gesundheitliche Versorgung braucht öffentliche Aufmerksamkeit. Es ist daher ein „Chefthema“, mit allem was dazu gehört: Besuche vor Ort, öffentliche Anerkennung und Pressearbeit. Ehrlich gesagt ist dies auch bei uns bislang noch nicht ausreichend der Fall, aber der eingeschlagene Weg über das Thema „Hausärztliche Versorgung“ hin zu anderen Gesundheitsthemen ist richtig gewählt.

### Was bleibt zu tun vor Ort?

**1.** Gesundheitliche Versorgung muss auf die Bürgermeister-Agenda als ein Top-10-Thema!

**2.** Es sind örtliche Zukunftspflegepläne zu erarbeiten. Es werden integrierte, vernetzte Versorgungsstrukturen benötigt!

**3.** Wir brauchen eine Ausbildungsoffensive vor Ort!

**4.** Im Zweifel muss es auch eine finanzielle Unterstützung geben, analog zu den Zuschüssen für die hausärztliche Versorgung! ■

### 3.4.2 Zusammenfassung und Diskussion

Prof. Dr. Andreas Büscher, Hochschule Osnabrück



Teilnehmende der Fachtagung

Im Workshop ‚Daseinsvorsorge im ländlichen Raum – der Beitrag akademisch qualifizierter Pfleger‘ wurde im Kern über die Ausgangslage der primären Gesundheitsversorgung auf der kommunalen Ebene diskutiert. Diese bildet den Ausgangspunkt für mögliche Rollen akademisch qualifizierter Pfleger. Es wurde deutlich, dass es weniger um die Schaffung neuer Aufgabenfelder, sondern um die Entwicklung von Lösungs- und Handlungsansätzen für bereits vorliegende und sich in Zukunft abzeichnende Problemlagen geht. Dazu erfolgten einleitende Impulsreferate aus Sicht der Kommunalpolitik und der Pflegewissenschaft.

Stefan Muhle, 1. Kreisrat des Landkreises Osnabrück, hat in seinem Beitrag einen Einblick

in die kommunalen Handlungsnotwendigkeiten und Handlungsoptionen in Fragen der Gesundheitsversorgung gewährt. Dabei ist deutlich geworden, dass die Kommunen im Rahmen ihrer Daseinsvorsorge oftmals am Ende der Sicherstellungskette stehen und in ihrem Handeln immer dann gefordert sind, wenn die eigentlich vorgesehenen Akteurinnen und Akteure, Verfahren und Mechanismen nicht zu einer Lösung beitragen konnten. Das kommunale Handeln erfolgt daher oftmals im Sinne einer Krisenintervention. Diese Krisenintervention erfolgt derzeit in der Regel in einem sehr stark sektoral geprägten Denken.

Gesundheitsversorgung ist daher primär hausärztliche Versorgung und Lösungsansätze dre-



hen sich entsprechend vorrangig um die Frage der Ansiedlung von Hausärzten.

Als wichtige Handlungsoption für die Kommunalpolitik wurde das „Agenda-Setting“ beschrieben, welches auch als Anregung und Aufforderung für die Pflegewissenschaft gelten kann. Agenda-Setting bedeutet, die Themen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung und die mögliche Rolle der Pflege in diesem Zusammenhang auf die Agenda der Bürgermeisterinnen und Bürgermeister zu setzen und dafür zu sorgen, dass diese Themen auf der kommunalen Ebene intensiv diskutiert werden und darüber auch Eingang finden in die Diskussionen auf Ebene des Deutschen Städte- und Deutschen Landkreistages. Kommunen, in denen Hochschulen mit pflegebezogenen Studiengängen angesiedelt sind, könnten davon profitieren, sofern es gelingt den Dialog zwischen Kommunalpolitik und Hochschule zu führen.

Den zweiten Impuls für den Workshop gab Prof. Dr. Michael Ewers, Direktor des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité Universitätsmedizin Berlin. Er gab einen Einblick in das System der primären Gesundheitsversorgung in Ontario/Kanada, in dem es nicht mehr um die Frage von Rollen für akademisch qualifizierte Pflegende geht, sondern wo das gesamte System auf akademisch qualifizierten Pflegenden aufgebaut ist. Dadurch entstehen für den Aufbau der primären Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum verschiedene Möglichkeiten, die in Deutschland derzeit nicht existieren. Sie reichen vom Aufbau lokaler Gesundheitszentren über Familiengesundheitsteams und weitere Rollen, die Pflegende aufgrund ihrer Qualifikation wahrnehmen können. Das Vorhandensein akademisch qualifizierter Pflegender schafft also bereits eine Reihe von Möglichkeiten, die primäre Gesundheitsversorgung anders als bislang zu organisieren und auf vorhandene und prognostizierte Engpässe anders einzugehen.

Im Verlauf der Diskussion wurde neben der Frage nach Möglichkeiten zum Aufbau der primären Gesundheitsversorgung auch die Frage aufgeworfen, ob es nicht darüber hinaus angesichts der demographischen Veränderungen auch darum gehen müsste, über andere Formen von Sorgebeziehungen auf der kommunalen Ebene nachzudenken. Damit wären drei wesentliche Schritte für die zukünftige Diskussion benannt: zuerst die unmittelbare kommunale Handlungsebene, dann

der Blick ins Ausland auf eine gut etablierte und erforschte Infrastruktur mit einer Reihe von Perspektiven auch für das kommunale Agenda-Setting und schließlich die über die medizinische und pflegerische Versorgung hinausgehende Perspektive allgemeiner Sorgeaspekte.

Als Konsequenz folgt daraus, dass diese Fragen stärker in den wissenschaftlichen und fachlichen Diskurs eingebracht werden müssen. Zu berücksichtigen ist in dem Zusammenhang, dass Fragen der außerinstitutionellen Pflege und Gesundheitsversorgung bislang nicht zum Kernbestand pflegewissenschaftlicher Auseinandersetzungen zählen. Entsprechend wäre sicherzustellen, dass die Themen der primären Gesundheitsversorgung sowie ambulanten und gemeindenahen Pflege auch in den pflegebezogenen Studiengängen vertreten sind, um eine fachliche und fachwissenschaftliche Expertise sicherzustellen. Dieser Aspekt hat etwas mit beruflicher Identitätsbildung und mit wissenschaftlicher Identitätsbildung zu tun. Der Diskurs sollte daher alle drei Aspekte umfassen: den akuten Notstand, die Frage eines sinnvollen Modells, auf das wir uns zubewegen können, aber auch die Frage, welche Rolle Pflege und Pflegewissenschaft im gesellschaftlichen Wandel spielen kann. Nicht zuletzt besteht zu diesen Fragen die Notwendigkeit von Forschung, die in ihrer Gesamtheit bislang sehr überschaubar ist. ■

## 3.5. Workshop 5: Innovative Beispiele aus deutschen Krankenhäusern

### 3.5.1 Impuls: Die Zukunft der Gesundheitsversorgung – der Beitrag akademisierter Pfleger im Pfalzkllinikum Paul Bomke, Geschäftsführer Pfalzkllinikum (AdÖR)

#### Über das Pfalzkllinikum – Dienstleister für seelische Gesundheit

Das Pfalzkllinikum versteht sich als Partner der pfälzischen Kommunen bei der Durchführung und Vorhaltung von Angeboten im Bereich der psychosozialen Versorgung und als Unterstützer von vielfältigen gesundheitsfördernden Aktivitäten im Bereich der seelischen Gesundheit in der Pfalz. Bei der Zusammenarbeit mit zahlreichen Initiativen, Organisationen und Netzwerken ist uns der triadische Ansatz sehr wichtig: Von Krankheit oder Beeinträchtigung Betroffene, ihre Angehörigen sowie professionell und ehrenamtlich Tätige begegnen sich auf Augenhöhe. Unsere Aufgabe ist es, Menschen aller Altersgruppen zu behandeln und zu unterstützen, z.B. bei Erkrankungen, Störungen, Krisen, Behinderung und Beeinträchtigung sowie bei deren Folgen für Betroffene, Angehörige und die Gesellschaft. Bei den Behandlungen werden die Fähigkeiten und Ressourcen der erkrankten und betreuten Menschen genutzt und die gesunden Anteile werden gefördert und gestärkt.

Das Pfalzkllinikum bietet hochspezialisierte Leistungen in unseren psychiatrischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Fachabteilungen und der Neurologie an. Um Entwicklungen frühzeitig zu erkennen und sich an diesen Entwicklungen zu beteiligen, ist das Pfalzkllinikum in viele internationale Projekte involviert. Das Pfalzkllinikum hat sich in den letzten 20 Jahren von einer Fachklinik zu einem Komplettanbieter von Leistungen im Bereich der seelischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen entwickelt. Aufgabe der Zukunft wird es sein, aus der Perspektive der „Heilung“ und der „Besserung“ eine gesundheitsfördernde Perspektive zu entwickeln. Und hierfür sind neue Berufsfelder und Qualifikationen notwendig. Dieser Trend wird durch weitere Umweltentwicklungen verstärkt.

#### Vuca – Herausforderungen für Gesundheitsberufe

Seit gut 10 Jahren wird der Begriff VUCA, ursprünglich vom amerikanischen Militär, dann immer häufiger in Zusammenhang mit Führungskräfte-Entwicklung (Business-Welt, 2015) verwendet. Die heutige Arbeitswelt zeichnet sich insbesondere durch ihre Sprunghaftigkeit, Unklarheit und Widersprüchlichkeit aus. Die entsprechenden englischen Begriffe sind Grundlage des Akronym VUCA, was die folgende Abbildung näher verdeutlichen soll: Unter dem Begriff Volatility sind die sprunghaften Veränderungen zu verstehen, die in kurz getaktete Anpassungen von Strategien führen.

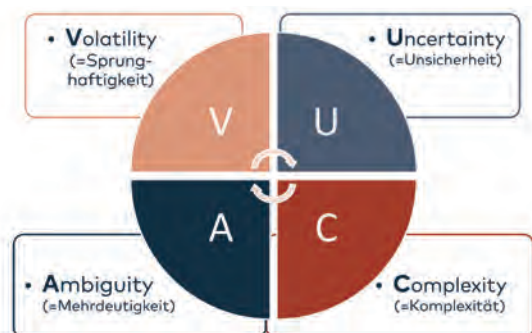


Abbildung 1 Quelle: eigene Darstellung

Uncertainty beschreibt die Unsicherheit. Die Zukunft ist immer weniger vorhersehbar. Hierbei wird an Loyalität oder an die Kollegialität appelliert.

Bei der Complexity dagegen, zu deutsch Komplexität, muss hierbei rascher gehandelt werden. Ambiguity: Besteht der Fall, dass eine Situation widersprüchlich ist, wird sich dabei auf einen Blickwinkel festgelegt und der andere Aspekt wird ausgeblendet (Welt 2016).

Was hat das nun mit der Akademisierung der Pflegenden zu tun? Nun, wenn diese Zustandsbe-

schreibungen stimmen, müssen sich die Expertinnen und Experten in ihrem Alltag diesen neuen Anforderungen stellen! Und nicht nur das, auch in der Aus- und Weiterbildung sind solche Entwicklungslinien zu beachten.

Aus einer Reihe von Studien wissen wir, dass die klassischen Lösungen, wie etwa der weitere Aufbau von Spezialisierungswissen nicht ausreicht, mit der VUCA-World fertig zu werden. Es sind andere, „neue“ Qualifikationen gefragt.

Die Frage, die sich hier nun stellt, ist: Kann eine Akademisierung der Pflege dies leisten?

Und ich möchte diese Frage noch um eine weitere Frage ergänzen. Können akademisch gebildete Pflegenden die im ersten Gliederungspunkt genannten Veränderungen einer sich durch Krankheit definierenden Institution verändern?

Ich nehme mal die Antwort als These vorweg:

Ja, dies wird mit dieser neuen Pflege gelingen!

## Akademisierung der Pflege

Die Akademisierung der Pflege ist die Anhebung der beruflichen Ausbildung auf Hochschulniveau bzw. die Verlagerung von Erstausbildungen in den tertiären Bildungssektor. Die Akademisierung ist eine Strategie zur Professionalisierung des Pflegeberufes. Die Professionalisierung ist eine Sammelbezeichnung für alle Arten von Prozessen, in denen Berufe Merkmale einer Profession erwerben. Allgemein werden die Merkmale einer Professionalisierung wie folgt umschrieben:

- a) Widersprüchliche Einheit von wissenschaftlichem Regelwissen und fallspezifischem Handlungswissen.
- b) Intervention oft ohne vorherige eingehende wissenschaftliche Begründung.
- c) Achtung der Autonomie der Klientin/des Klienten.
- d) Keine vollständigen Handlungsstandards, abstraktes Wissen.
- e) Meistern von komplexen Entscheidungssituationen.
- f) Übernahme von Schlüsselqualifikationen (Kollegialität, Reflexion...).

Wie kurz am Beispiel des Pfalzkrankenhauses dargestellt, kommt es in der Psychiatrie zu einer massiven Veränderung der Anforderungen aufgrund der Veränderungen der Angebote. Allgemein kann man folgende Entwicklungen in der Praxis beobachten:

- Zunahme von Entwicklungsspielräumen für Pflege außerhalb des stationären Settings und
- außerhalb der „organisationalen Intelligenz“ vollstationärer, hocharbeitsteiliger Strukturen.
- Sofern noch stationäre Settings vorgehalten werden, rückt die Krisenintervention in den Vordergrund.
- Wie im Pfalzkrankenhaus so kann eine Umorientierung der Berufsziele durch Aufgaben bei der Gesundheitsförderung festgestellt werden und
- Steuerungsaufgaben in einer immer arbeitsteiliger organisierten Gesundheitsversorgung mit den Aufgaben bei der Qualitätssteuerung und -sicherung, der Beratung von Klienten und Angehörigen rücken in den Mittelpunkt. Last but not least kommt der
- Zusammenarbeit mit Laien (Organisationen), der Vermittlung von Alltagskompetenzen eine große Rolle zu.

Dies alles wird noch verstärkt, durch

- die Notwendigkeit der kollegialen Zusammenarbeit mit anderen Expertinnen und Experten bei der Koordination von unterschiedlichen Leistungen sowie der Notwendigkeit,
- „professionelle“ Konflikte mit anderen Berufen, mit denen es Überschneidungen, aber keine hierarchischen Lösungen gibt, produktiv zu lösen.

Fasst man diese Entwicklungslinien in unserem eigenen Fachgebiet und die allgemeinen Entwicklungen im Management- und Berufsalltag zusammen, so komme ich zu dem Schluss: Welche andere, als die Professionalisierungsstrategie kann eine sinnvolle Antwort auf diese Entwicklung geben? Ich möchte diese Einschätzung an einem weiteren Beispiel aus der Arbeit des Pfalzkrankenhauses verdeutlichen.

## Die Pfalz macht sich/Dich stark – Wege zur Resilienz

Vor vier Jahren haben Führungskräfte des Pfalzkrankenhauses in Kanada, genauer gesagt, in der Provinz Alberta, erfahren, wie wirkungsvoll Präventionsstrategien sein können, die sowohl die sogenannte Verhaltens- als auch die Verhältnisprävention miteinander verbinden. Mit Blick auf die Ausrichtung des Pfalzkrankenhauses ist, getragen von den positiven Erfahrungen, die Idee geboren worden, eine Präventionsinitiative für die Pfalz als Gesundheitsregion zu entwickeln. Die Förderung von Resilienz wurde und wird hierbei als eine nachhalti-

ge und wirksame Präventionsstrategie angesehen. Wobei Resilienz mehr ist, als „die Fähigkeit, nach Beeinträchtigungen – psychischer oder physischer Art – rasch zu Stärke, Ausgeglichenheit und positiver Gestimmtheit zurückzufinden und / oder diese zu bewahren“ (Bertolaso, 2004), sondern als systemischer Ansatz zu verstehen ist, der sowohl Individuen als auch andere Systeme wie etwa Organisationen und Kommunen umfasst. Dieser Blick, so die Idee der Initiatorinnen und Initiatoren, passt idealerweise auf die Entwicklung regionaler Ansätze zur Gesundheitsförderung.

Die Initiative mit dem Namen „Die Pfalz macht sich/dich stark – Wege zur Resilienz“ vereint Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis. Die Federführung liegt beim Pfalzkrankenhaus.

### Zu den Partnern der Initiative „Die Pfalz macht sich/dich stark“ gehören:

- Palix-Foundation und die Alberta Family Wellness Initiative und das Alberta Center for Child, Family and Community Research (verknüpft mit dem Projekt in Western Canada in Bezug auf Prävention und Volksgesundheit)
- Frameworks (Washington, D.C.) – spezialisiert auf soziale Kommunikation im Bereich Prävention
- Blackpool Council (UK) – spezialisiert auf das Thema Prävention mit einem starken Fokus auf Kinder und Familie
- Landesvereinigung der rheinland-pfälzischen Unternehmensverbände – spezialisiert auf Ausarbeitung von Konzepten zur Förderung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz
- Zentralinstitut für seelische Gesundheit Mannheim
- Universität Koblenz - Landau
- Institut für Technologie und Arbeit
- und viele weitere.

Mit diesem Konzept sollen neue Wege im Rahmen der Gestaltung der Gesundheitskommunikation beschritten werden. Die Initiative hat ihre Grundlagen im Aufbau von Aktionsbündnissen sowie Lernplattformen und unterschiedlichen Projekten. Es handelt sich bei der Resilienzforschung somit um ein „socio ecological“ und „multiagency-approach“. Durch dieses Vorgehen sollen sich in einigen Jahren sowohl die Einstellung als auch die Strukturen zum Thema seelische Gesundheit spürbar verbessert haben. Derzeit wird an drei Teilprojekten gearbeitet:

- a) Ich und die Anderen
- b) Arbeit und Organisation
- c) Wir und Kommune.

Auch wenn derzeit die einzelnen Themen und Projekte sich noch im Entwicklungsstadium befinden, so wird aber sehr schnell deutlich, dass Expertinnen und Experten, die einen solchen Ansatz und eine solche Denkweise verfolgen, nur erfolgreich sein werden, wenn sie die oben genannten Eigenschaften im Führungsalltag bzw. bei der Ausübung der übertragenen Aufgaben erfüllen können.



© Steffen Boiselle

Und es ist gerade das Wesen einer akademischen Ausbildung, all dies zu vermitteln und einen Transfer von der Theorie in die Praxis zu erzielen. Wir sind froh, dass wir unsere neue Gesamtausrichtung mit akademisch qualifizierten Pflegenden umsetzen und weiterentwickeln können.

### Literatur

- Business-Welt** (2015). [www.agateno.com/vuca-im-business-mit-intuition-begegnen/](http://www.agateno.com/vuca-im-business-mit-intuition-begegnen/) (Abruf: 28.01.2016).
- Welt** (2016). [www.welt.de/wirtschaft/karriere/article134336464/Sind-unsere-Fuehrungskraefte-wirklich-fit-fuer-VUCA.html](http://www.welt.de/wirtschaft/karriere/article134336464/Sind-unsere-Fuehrungskraefte-wirklich-fit-fuer-VUCA.html) (Abruf: 28.01.2016).
- Bertolaso, Y.** (2004). Resilienz in Pädagogik und künstlerischer Tanztherapie - Begriffsklärung und Praxis. Pädagogik und Therapie - Band 14. Münster. S.17.

### 3.5.2 Impuls: Advanced Nursing Practice (ANP) im Florence-Nightingale-Krankenhaus der Kaiserswerther Diakonie

Holger Schmitte, M.Sc., Pflegeexperte APN, Kaiserswerther Diakonie, Florence-Nightingale-Krankenhaus Düsseldorf

Am Florence-Nightingale-Krankenhaus der Kaiserswerther Diakonie im Düsseldorfer Norden wird seit 2010 eine Advanced Nursing Practice aufgebaut (ANP). Unter ANP kann ein breites Spektrum von Interventionen durch akademisch ausgebildete Pflegenden verstanden werden, die direkt oder indirekt Einfluss auf die Erhaltung und Verbesserung der körperlichen und geistigen Gesundheit von Einzelpersonen oder Bevölkerungsgruppen haben. Damit verbundene berufliche Rollen, welche die direkte Patientenversorgung von individuellen Patienten und Familien explizit einschließen, werden nach Hamric (2009) unter den Begriff und das Konzept ‚Advanced Practice Nursing‘ (APN) gefasst. Im Florence-Nightingale-Krankenhaus arbeiten praxiserfahrene und klinisch spezialisierte Pflegenden mit einem pflegebezogenen Master-Abschluss oder einer Promotion in der direkten Patientenversorgung als Pflegeexpertin/Pflegeexperte APN. Ziel ist es, erweiterte und spezialisierte pflegerische Interventionen im interdisziplinären Versorgungsprozess zu verankern, die einen definierten Versorgungsbedarf von Einzelnen oder Patientengruppen wirksam und nachhaltig decken. Ihr Aufgabenprofil umfasst vielfältige patientennahe und -ferne Tätigkeiten und ist in einem Anforderungsprofil hinterlegt. Pflegeexpertinnen/Pflegeexperten APN im Florence-Nightingale-Krankenhaus sind konkreten Abteilungen zugeordnet, werden in abteilungsübergreifende Prozesse eingebunden und bedarfsorientiert eingesetzt. Dies beinhaltet sowohl spezialisierte als auch generalistische Rollenprofile. Die Pflegeexpertinnen/Pflegeexperten APN arbeiten auf Basis wissenschaftlich begründeter Erkenntnisse und unterstützen damit den Aufbau einer EBN-orientierten Praxis im Florence-Nightingale-Krankenhaus. Ein wesentlicher Bestandteil des erweiterten pflegerischen Aufgabenspektrums der Pflegeexpertinnen/

Pflegeexperten APN sind Patienten- und Angehörigenedukation oder spezielle pflegetherapeutische Angebote. Darüber hinaus geht es um Fragestellungen der Praxisentwicklung, die eng mit der Kompetenzförderung der Pflegenden vor Ort sowie der Management-Beratung verbunden sind.

Die Kaiserswerther Diakonie ist ein überregional bekanntes Traditionsunternehmen mit verschiedenen Einrichtungen, zu denen auch das Florence-Nightingale-Krankenhaus gehört. 1836 erfolgte die Gründung der Diakonissenanstalt durch Theodor Fliedner und der Beginn der Pflegeausbildung in Kaiserswerth (1850/51 arbeitete hier die englische Krankenschwester Florence Nightingale im Praktikum mit). Das Florence-Nightingale-Krankenhaus ist ein modernes Schwerpunkt-Krankenhaus mit 11 Fachkliniken, 618 Betten, ca. 22.000 Fällen (im Geschäftsjahr 2012), davon mehr als 1800 Geburten, mehr als 1000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und einer Fachkräftequote in der Pflege, die bei 99 % liegt.

Am Anfang eines tiefgreifenden Organisationsentwicklungsprozesses der Pflege im Florence-Nightingale-Krankenhauses unter der Leitung von Pflegedirektor Sebastian Dorgerloh stand zunächst die Erarbeitung einer pflegerischen Vision: „Die Pflege von Patienten im Florence-Nightingale-Krankenhaus ist wirksam, nachhaltig und wissenschaftlich begründet.“

Diese pflegerische Vision ist vor dem Hintergrund vielfältiger Herausforderungen und Transformationsprozesse im Gesundheitswesen zu sehen:

- Veränderte Versorgungsbedarfe, Zunahme von Komplexität und Dynamik der Behandlungssituationen, sektorenübergreifende

Versorgung, zunehmende Spezialisierung, medizinisch-technischer Fortschritt, Evidence-Basierung, verantwortungsvollere Aufgaben, veränderter Skill- und Grademix, Arbeitsverdichtung

- Veränderte Arbeitsteilung, zunehmende Bedeutung interprofessioneller Zusammenarbeit (und Bildungserfordernisse)
- Wachsende Anforderungen an die Versorgungsqualität, an das QM, externe Qualitätssicherung
- Fachkräftemangel, Imageproblem der Berufsgruppe Pflege – Pflege ein „out“-Beruf, geburtenschwache Jahrgänge, Abwanderung von hochqualifizierten Pflegekräften, bildungspolitische Entwicklungen, Qualifikationssplitting – (Verwissenschaftlichung der Arbeitswelt versus Dequalifikation)

■ ...

(u. a. Sachverständigenrat 2007, Wissenschaftsrat 2012, Careum Stiftung (Hrsg.) 2011, VPU 2014, DPR & DGP 2014)

Als grundsätzliche Orientierung diente die Anlehnung an das Konzept der Magnetkrankenhäuser in den USA. Das Magnetprogramm in den USA wurde vom American Nurses Credentialing Center (ANCC) Mitte der 1980er-Jahre entwickelt, um Einrichtungen anzuerkennen, die exzellente Pflege gewährleisten. Es wurden Standards formuliert, welche es ermöglichen, zu exzellenten Patienten-Outcomes beizutragen. Die Anerkennung bzw. Zertifizierung beeinflusst die Reputation des Hospitals und führt in der Folge zu einem Zulauf von mehr Patientinnen und Patienten als auch Personal (Pflegerische & Führungskräfte).

Die Annäherung an die pflegerische Vision im Florence-Nightingale-Krankenhaus ist verbunden mit einer entsprechenden Strategie und daraus resultierenden Maßnahmen, von denen hier eine wesentliche Auswahl vorgestellt werden soll:

- Projekte mit konsequenter Interventions- und Outcome-Orientierung und Projektmanagement:
  - Aufbau Advanced Nursing Practice – Einsatz von Pflegeexpertinnen/Pflegeexperten APN (erweitertes pflegerisches Interventionsangebot zur Verbesserung einer komplexen und bis dato unbefriedigend gelösten Versorgungssituation für Patientinnen/Patienten bzw. Klientinnen/Klienten entwickeln und etablieren)

- Auf- bzw. Ausbau Bezugspflege / Primary Nursing

- Aufbau EBN-gestützter Praxis

- Etablierung eines Fachkarrierestufenmodells Pflege – auch klinisch und akademisch ausgerichtet

- Geplant: Traineeprogramme für Berufsanfängerinnen und -anfänger der Pflege mit Bachelor-Qualifikation

- Flankierung durch Stabsstellen Pflegeentwicklung, berufliche Bildung, Personalentwicklung

- Nutzung von / Entscheidung für bestimmte Modelle / Konzepte / Methoden

- Systemischer Blick auf Führung und Rolle, APN-Kriterien u. Kompetenzen nach Hamric, PEP

- Festlegung von Aufgaben- und Verantwortungsbereichen (über Anforderungsprofile und Stellenbeschreibungen) auf der Grundlage von Qualifikation und Kompetenzen

- Nutzung von Hilfskonstruktionen

- Nachqualifizierung für traditionell qualifizierte Pflegerische ermöglichen.

Die 5-Jahres-Bilanz des Aufbaus der Advanced Nursing Practice im Florence-Nightingale-Krankenhaus lässt sich in Stichworten wie folgt skizzieren:

- Start 2010; Einarbeitungsphase ‚Ankommen‘

- ANP-Profilbildungsphase (nicht abgeschlossen!)

- Erste ANP-Projekte seit 2013 u. a.

- Klinik für Pneumologie, Allergologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin (COPD-Patienten)

- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (u. a. Interventionen an der Schnittstelle von Klinik und Sozialpsychiatrischen Hilfen)

- Neonatologie (Entwicklungsfördernde Pflege)

- Intensiv (Delir-Assessment)

- Anästhesie (Schmerzmanagement)

- Innere (Medikamentenmanagement)

- Onkologie (Beratung bei Bronchial-CA, Ernährung)

Der Wissenschaftsrat (2012) empfiehlt „zwischen 10 und 20 % eines Jahrgangs in den Pflege- und Therapieberufen und im Hebammenwesen auf hochschulischem Niveau“ auszubilden. Die ‚Outcomes‘ sind mit Blick auf die Bedarfe jedoch an die dargestellten Herausforderungen und Transformationsprozesse im Gesundheitswesen anzupassen. Erforderlich sind deshalb u. a. erhebliche Anstrengungen in der empirischen (Hochschul-) Bildungsforschung bezogen auf die Praxis- und Berufsrelevanz des Studiums sowie die Angebots- und Bedarfsentwicklung.

Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands e.V. (VPU): [http://www.vpu-online.de/de/pdf/presse/2014-04-10\\_skillmix\\_abschlussbericht\\_final5.pdf](http://www.vpu-online.de/de/pdf/presse/2014-04-10_skillmix_abschlussbericht_final5.pdf).

**Wissenschaftsrat** (2012). Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen: (Drs. 2411-12). Retrieved from <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf>

## Literatur

**Careum Stiftung** (Hrsg.) (2011). Education of Health Professionals for the 21st Century. Eine neue globale Initiative zur Reform der Ausbildung von Gesundheitsfachleuten: Bericht der Lancet-Commission (Frenk J, Chen L, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world) am 29. November 2010 in Form einer Online-Publikation auf [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) (DOI:10.1016/S0140-6736(10)61854-5) und als Sonderausgabe von The Lancet am 4. Dezember 2010 (vol 376; pp 1923-58). Retrieved from <http://www.careum.ch/lancet-report>

**DPR, & DGP** (2014). Arbeitsfelder akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen. Gemeinsame Stellungnahme des Deutschen Pflegerates und der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft zum Einsatz akademisch qualifizierter Pflegenden. Berlin, Duisburg. Retrieved June 08, 2015, from <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/wp-content/uploads/2014/12/2014-11-24-DGP-DPR-Einsatz-akad.-Pflege-1.pdf>.

**Hamric, A. B.** (2009). A Definition of Advanced Practice Nursing. In A. B. Hamric, J. A. Spross, & C. M. Hanson (Eds.), *Advanced practice nursing. An integrative approach* (4th ed., pp. 75–94). St. Louis: Saunders/Elsevier.

**Hamric, A. B., Spross, J. A., & Hanson, C. M.** (Eds.) (2009). *Advanced practice nursing: An integrative approach* (4th ed.). St. Louis: Saunders/Elsevier.

**Sachverständigenrat** (2007). Kooperation und Verantwortung: Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Gutachten 2007 Kurzfassung. Retrieved from [http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht07/Kurzfassung\\_2007.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht07/Kurzfassung_2007.pdf)

**VPU NRW** (2014). Einsatz akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen in der Praxis: unter Berücksichtigung des Qualifikationsmix am Beispiel der Betreuung eines Patienten nach Herzinfarkt. Stand: 09. April 2014. Retrieved June 08, 2015, from Verband der Pflegedirektorinnen und

### 3.5.3. Zusammenfassung und Diskussion

Heinrich Recken, Hamburger Fernhochschule

Regina Rosenberg, MScN, Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)



Heinrich Recken und J.Prof. Dr. Erika Sirsch

In seinem Vortrag stellt Dr. Gerald Gaß, Geschäftsführer des Landeskrankenhauses (AÖR), ein besonderes Modell der Einbindung akademisierter Pflegekräfte in seiner Einrichtung, einem Dienstleistungsunternehmen mit unterschiedlichen, vor allem psychiatrischen Angeboten in Rheinland-Pfalz, vor. Anlass sich mit dieser Thematik auseinanderzusetzen sind die spezifischen Herausforderungen der Zukunft, die auch die psychiatrische Versorgung tangieren. Hier geht es insbesondere um die Ausgestaltung einer gemeindenahen Psychiatrie, die Regionalisierung der Versorgung und den Ausbau komplementärer Bereiche. Es findet derzeit eine Abkehr von den Versorgungsstrukturen der Vergangenheit statt, die insbesondere die vollstationäre Versorgung psychiatrischer

Patientinnen und Patienten fokussiert und einen eher defizitorientierten, krankheitsbezogenen Blickwinkel hatten. Um aber überhaupt innovative Versorgungsangebote entwickeln zu können, stellte sich dem Träger die Frage, mit welchen Fachkräften das zukünftig gestaltet werden könnte. Es werden gut qualifizierte Menschen benötigt, die aufgrund ihres Erfahrungswissen sowie aufgrund ihrer Qualifikation in der Lage sind die zukünftigen Bedarfe in der Psychiatrie angemessen zu bewältigen, wie beispielsweise eine 1:1 Betreuung im Setting bei den Patientinnen und Patienten zu Hause. Das kann nicht allein durch Ärztinnen und Ärzte geleistet werden. Bei der Entwicklung neuer Versorgungsformen geht es daher nicht um die Substitution ärztlicher Leistungen, sondern um komplemen-



täre ergänzende Angebote. Der Einsatz akademisierter Pflegekräfte ist dabei eine wesentliche Säule. Es musste jedoch konstatiert werden, dass es überwiegend Studiengänge in der Pflege gibt, die ihren Schwerpunkt auf das Management oder die Pädagogik legen, jedoch keine, die den Weg bereiten, akademisch qualifizierte Pflegenden in der unmittelbaren Versorgung am Patienten einzusetzen. Hier galt es neue Wege zu beschreiten.

Zusammen mit dem Pfalzkrankenhaus und mit Unterstützung des Stifterverbandes hat das Landeskrankenhaus 2012 eine Stiftungsprofessur an der Kath. Hochschule in Mainz gegründet. Es wurde ein dualer Studiengang konzipiert, der inhaltlich auf die spezifischen Bedarfe der Psychiatrie ausgerichtet ist. Absolventinnen und Absolventen dieses Studiengangs erwerben also einmal einen Ausbildungsabschluss der Gesundheits- und Krankenpflege, studieren dabei parallel und erlangen mit Abschluss des sechsten Fachsemesters einen Bachelor-Abschluss. Ab dem vierten Fachsemester sind sie auch im Landeskrankenhaus beschäftigt. Konkret bedeutet dies, dass sie einen 75 % Vertrag als examinierte Pflegekraft erhalten, nur zu 50 % tatsächlich tätig sein müssen und die anderen 25 % für das Studium einsetzen können. Flankiert wird die praktische Tätigkeit im Landeskrankenhaus durch ein Traineeprogramm, das die Teilnehmenden auf ein erweitertes Aufgabengebiet in der Psychiatrie vorbereiten soll und das als besondere Form der Erfahrungsentwicklung gedacht ist. In dieser Phase werden alle Bereiche der Psychiatrie durchlaufen, um einen umfassenden Einblick zu erhalten und erst im Anschluss daran erfolgt eine Spezialisierung.

Hinsichtlich der Aufgabenbereiche zukünftiger Absolventinnen und Absolventen unterscheidet Gaß zwischen Generalisten und Spezialisten. Generalisten sind zuständig für die umfassende und manchmal auch langfristige Betreuung von psychisch kranken Menschen im Sinne einer „primären Gesundheitsversorgung“. Sie sollen eigenständig und eigenverantwortlich u.a. in der 1:1 Betreuung außerhalb der stationären Versorgung eingesetzt werden, aber auch im stationären und ambulanten Wohnen, in Leistungen zur Rehabilitation oder auf diagnosedurchmischten Stationen in psychiatrischen Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern. Sie heißen, Generalisten', weil sie den gesamten Versorgungsprozess begleiten.

Einsatzgebiet der Spezialisten ist das teilstationäre und stationäre Setting, innerhalb dessen Spezialangebote im Bereich der Therapie sowie der Beziehungs- und Beratungsarbeit entwickelt werden sollen. Sie sind dabei eingebunden in ein Behandlungsteam. Spezialisten haben sich auf bestimmte Problemstellungen oder Patientengruppen spezialisiert. Hier sind Beispiele: DBT basierte Pflege von Patientinnen und Patienten mit emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen, Demenzversorgung, spezifische Pflege für Suchterkrankte (Akupunktur und motivationales Interview), oder auch Spezialisten für kognitiv-emotionales Training, Adherence Therapie etc. Wichtige Aufgabenfelder sind die Gerontopsychiatrie, hier insbesondere die Betreuung von Demenzerkrankten, die Angehörigenberatung sowie auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie.



Ulrike Reus und Prof. Dr. Barbara Knigge-Demal im Gespräch

Paul Bomke, Geschäftsführer des Pfalzkrankenhauses, geht in seinem Vortrag dezidiert auf die aktuellen Herausforderungen und Entwicklungen der Versorgung in der Psychiatrie ein. Die Ambulantisierung wird vorangetrieben, Heime sollen aufgelöst und neue Wohnangebote geschaffen werden. Wichtige Themen sind auch Gesundheitsförderung und Prävention, die als weitere Säulen der Gesundheitsversorgung etabliert werden sollen. Speziell in der Psychiatrie wird die Komplexität nochmals durch ein neues Finanzierungssystem erhöht, das vergleichbar mit der Somatik, Fallpauschalen als Abrechnungsbasis vorsieht und wo noch nicht vorher-

sehbar ist, welche Auswirkungen das auf die konkrete Versorgungsgestaltung haben wird. Unter all diesen genannten Rahmenbedingungen müssen Ausbildung, Training und Fortbildung spezifisch ausgerichtet werden. Die skizzierten Veränderungen haben auch Auswirkungen auf Kompetenzprofile zukünftiger Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Es werden psycho-soziale Kompetenzmodelle für seelische Gesundheit benötigt, um einerseits den Herausforderungen angemessene Konzepte entgegenzusetzen und andererseits den Ansprüchen des Trägers an eine Weiterentwicklung der Psychiatrie gerecht werden zu können. Diese Weiterentwicklungen werden im Bereich der Gesundheitsförderung – Stichwort Salutogenese – gesehen, also in einer Veränderung des Blickwinkels auf das Thema Gesundheit.

All diese Entwicklungen können mit der klassischen dreijährigen Ausbildung nicht mehr adäquat bedient werden. Daher ist der Einsatz akademisierter Pflegekräfte konzeptionell aufgegriffen worden, da angenommen wird, dass mit der Pflege ressourcenorientierter gearbeitet werden kann und damit ganz andere Themenfelder abgedeckt werden können als mit der klassischen Arztausbildung, die sehr krankheits- und diagnoseorientiert ist. Es geht daher nicht um die Substitution ärztlicher Leistungen, sondern um die Neukonzeption der Versorgung durch die Entwicklung ergänzender Angebote. Hierarchische Strukturen sind in diesem Zusammenhang nicht zielführend, sondern es müssen Behandlungsentscheidungen in multidisziplinären Teams auf Augenhöhe getroffen werden. Um dies leisten zu können, ist eine akademische

Ausbildung notwendig, die Elemente eines freieren Denkens einführt, analytisches Denken fördert und so einen anderen Sozialisationsprozess auslöst. Ein weiterer Aspekt ist, dass Pflegekräfte als Expertinnen und Experten im Alltag fungieren, der bei chronisch Kranken immer wieder im Mittelpunkt steht. Eine Befragung hat gezeigt, dass entscheidend für ein Mehr an Lebensqualität tägliche Besuche einer Fachpflegerin/eines Fachpflegers sind, die/der sich neben therapeutischen Notwendigkeiten auch Zeit für ein Gespräch nimmt und so mögliche krisenhafte Entwicklungen rechtzeitig erkennen kann.

Neben diesen Gründen akademisch qualifizierte Pflegekräfte in der konkreten Versorgung einzusetzen, gehört das Studienangebot auch entscheidend zur Personalgewinnungsstrategie, um als Arbeitgeber für junge Menschen attraktiv zu sein und erweiterte Karrieremöglichkeiten anbieten zu können.

Zusammenfassend kann der Einsatz akademisch qualifizierter Pflegenden in der klinischen Versorgung als ein komplexer Prozess der Organisationsentwicklung betrachtet werden, der vielfältige Veränderungen mit sich bringt, nicht immer konfliktfrei verläuft, da unterschiedliche Interessen tangiert werden, jedoch ein zwar kraftzehrender, dennoch lohnender Weg ist, um innovative Strukturen zu entwickeln. Es geht letztlich um eine Veränderung der Haltung, um die Entwicklung von Visionen und eine klare Positionierung des Trägers, ohne die Innovationen nicht möglich sind.

Holger Schmitte, Pflegeexperte APN in der Psychiatrie des Florence Nightingale Krankenhauses Düsseldorf-Kaiserswerth erläutert die Entwicklung und praktische Umsetzung des Konzepts Advanced Practice Nursing, als ein System von Pflegeexpertinnen und -experten, in der eigenen Einrichtung. Als Hintergrund der Etablierung von Pflegeexpertinnen und -experten beschreibt er eine Krise des Krankenhauses, die durch Stagnation gekennzeichnet war. Es stellten sich grundsätzliche Fragen der zukünftigen strategischen Ausrichtung und in Folge entstand auf Veranlassung von Sebastian Dorgerloh, dem Pflegedirektor des Krankenhauses, die Einführung einer erweiterten Pflegepraxis, angelehnt an das internationale Modell APN. Hiermit sollte eine grundlegende Neuorientierung erreicht werden, um dem Fachkräftemangel und Image-



(v.l.n.r.) Peter Mücke, Änne-Dörte Latteck und Elke Ferner



Fachlicher Austausch der Teilnehmenden

problemen der Pflege etwas entgegen setzen zu können und die Einrichtung für den Nachwuchs attraktiv zu machen. Auf Basis einer Analyse unbefriedigender Patienten- und Klienten-Versorgungssituationen wurde ein APN-System aufgebaut, um die inhaltlichen Themenschwerpunkte mit entsprechend qualifizierten Pflegekräften besetzen zu können. Gleichzeitig sollten Primary Nursing weiter ausgebaut und eine EBN-Praxis eingeführt werden.

Um als Pflegeexpertin bzw. -experte APN im Florence Nightingale Krankenhaus beschäftigt zu werden, wird als Voraussetzung ein Masterabschluss erwartet. Vor ca. sieben Jahren wurden so sieben Pflegeexpertinnen und -experten eingestellt. Die APN-Konzeption erfolgte angelehnt an die Kriterien von Hamric, einer Konzeptualisierung aus den USA. Auf Basis dieser Kriterien wurde die Sonderrolle dieser Pflegeexpertinnen und -experten definiert, an das bestehende Gesundheitssystem in Deutschland angepasst sowie konkrete Aufgaben- und Verantwortungsbereiche festgelegt. Aktuelle Themen, mit denen sich die APN's beschäftigen, sind Betreuung von Patientinnen/Patienten mit COPD, in der Neonatologie, Delirmanagement und -assessment auf der Intensivstation, Schmerzmanagement in der Anästhesie, Medikamentenmanagement bei Antikoagulantientherapie in der Inneren Medizin

und Beratung von Patienten mit Bronchialkarzinom in der Onkologie.

Aktuell geht es darum die Bachelorabsolventinnen und -absolventen zu integrieren. Dazu wurde ein Traineeprogramm erarbeitet, das die Begleitung durch die Pflegeexpertinnen und -experten mit Masterabschluss sicherstellt. Eine Stabsstelle Pflegeentwicklung kümmert sich schwerpunktmäßig um die berufliche Bildung und die Integration der unterschiedlichen Qualifizierungen in den Klinikalltag. Auch im Bereich der Personalentwicklung gibt es einen pflegerischen Schwerpunkt. Die Festlegung der unterschiedlichen Aufgabenbereiche für die verschiedenen Qualifikationsniveaus ist noch nicht abgeschlossen, denn auch die dreijährig ausgebildeten Pflegenden wollen/sollen weiterqualifiziert werden. Hier müssen zukünftig noch Lösungen entwickelt werden.

In seinem Fazit betont Schmitte, dass es sich um einen Organisationsentwicklungsprozess handelt, der durch zahlreiche Diskussionen auf verschiedenen Ebenen und Bereichen gekennzeichnet ist. Wichtig ist es deutlich zu machen, warum eine akademisch ausgebildete Pflegekraft ein anderes Profil haben muss und andere Themen bearbeitet, als die Kolleginnen und Kollegen mit der dreijährigen Ausbildung.



Ausschnitt der Postergalerie mit akademisch qualifizierten Pflegenden

## Folgende Diskussionspunkte wurden innerhalb des Workshops thematisiert:

### Organisationale Einbindung akademisch qualifizierter Pflegenden (APN)

Wie die Diskussion zeigte, ist die organisationale Einbindung akademisch qualifizierter Pflegenden ein Punkt, der nicht einheitlich gehandhabt wird und wo noch keine standardisierten Lösungen vorliegen. Wichtig ist eine Zweiteilung der Aufgaben einer APN: die direkte praktische Tätigkeit am und mit den Patientinnen und Patienten auf der einen Seite sowie im Dienstplan festgelegte Theoriezeiten auf der anderen Seite. Das Einfordern dieser Theoriezeiten, etwa zu Rechercharbeiten, Konzeptentwicklung oder Projektarbeit, erfolgt nicht immer konfliktfrei, z.B. wenn eine enge Personalbesetzung es kaum zulässt, dass die APN sich zurückzieht. Es hängt auch von der Akzeptanz der Abteilungsleitung ab, ob eine solche Freistellung gelingt. Das relative Verhältnis von Theorie- und Praxiszeiten kann nicht einheitlich definiert werden und hängt laut Schmitte von den Bedarfen in der spezifischen Versorgungssituation ab. Der allgemeinen Empfehlung von 50 % kann - so Schmitte - nicht unmittelbar zugestimmt werden, denn manchmal ist es sinnvoll zu 100 % in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig zu sein, in anderen Fällen ist

die Pflegeexpertin/der Pflegeexperte zu 100 % in ein Projekt eingebunden. Hier gilt es durch individuelle Aushandlungen, gerade auch mit den Abteilungsleitungen, Lösungen zu finden, die für alle Seiten tragbar sind. Bezogen auf die hierarchische Eingliederung der Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten in die Organisationsstruktur stellt sich die Frage, in welche Entscheidungsebenen die APN's eingebunden sind. Schmitte erläuterte, dass im Florence Nightingale Krankenhaus Düsseldorf-Kaiserswerth die Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten auf der Ebene der Abteilungsleitungen angesiedelt sind. Jedoch geht es dabei um fachliche Führung, also darum, Expertin/Experte für einen bestimmten Bereich zu sein. Eine disziplinarische Führung ist nicht vorgesehen, d.h. es gibt keine Weisungsbefugnis anderen Kolleginnen und Kollegen gegenüber. Das funktioniert nicht immer gut, gerade wenn es noch Akzeptanzprobleme gibt.

### Akzeptanz der hochschulisch qualifizierten Pflegenden in der Praxis

Inwieweit der Einsatz hochschulisch qualifizierter Pflegenden auf der Ebene der Stationen Akzeptanz findet, ist derzeit noch an Personen und die Kultur der Einrichtung gebunden. Die Kultur ist dabei entscheidend und bedarf der konsequenten Weiterentwicklung.

## **Spannungsfeld Fachpflege und akademische Qualifikation**

Fachkrankenpflegende verfügen über eine ergänzende Expertise durch eine, in der Regel zweijährige, Fachweiterbildung. Hier stellt sich die Frage nach der Rolle der akademisch Ausgebildeten und ihr Verhältnis zur Fachweiterbildung. Für Bomke stellt sich an dieser Stelle die Frage der beruflichen Sozialisation, insbesondere derjenigen, die aktuell über die Fachweiterbildung verfügen: Ausgebildet in einer Zeit, wo sich die Psychiatrie noch sehr stark als stationäre Versorgung definierte und aus einer Zeit, wo die ärztliche Autorität überhaupt nicht in Frage gestellt wurde. Es konnten zwar Freiräume geschaffen werden, aber letztendlich keine wirklichen Innovationen erreicht werden, denn im Endeffekt hat immer die Chefarztin bzw. der Chefarzt oder die/der leitende Oberärztin/Oberarzt entschieden. Mit dem Einsatz akademisch qualifizierter Pfleger möchte man hier bewusst einen Gegenpol schaffen und erhofft sich mehr Potenzial durch eine kreative, wissenschaftliche Problemlösekompetenz, insbesondere bei komplexen Versorgungsprozessen, die ein eigenständiges Denken erfordern. Es gibt inzwischen auch Diskussionen dahingehend, ob möglicherweise zukünftig die Fachkrankenpflege durch Bachelor-Absolventinnen und -Absolventen ersetzt werden kann. Dies ist ein spannender Prozess, auch im Hinblick darauf, welche Rolle der Fachkrankenpflege zukommt.

### **Aufgabenzuordnung Bachelor- und Master-Absolventinnen und -Absolventen**

Auf die Frage nach der konkreten Aufgabenzuordnung bzw. -unterscheidung für Bachelor- und Master-Absolventinnen und -Absolventen gibt es in allen drei Einrichtungen noch keine abschließenden Antworten. Desgleichen ist die Frage nach einer, an die erweiterten Aufgabengebiete angepassten, Finanzierung noch in der Entwicklungsphase.

### **Mögliche Überforderung der Absolventinnen und Absolventen**

Von Seiten der Workshopteilnehmerinnen und -teilnehmern wird angemerkt, dass es sehr komplexe Aufgaben sind, die durch die Absolventinnen und Absolventen nach Abschluss des

Bachelorstudiums übernommen werden sollen. Gerade in der Psychiatrie gibt es sehr umfassende Problemlagen, auch vor dem Hintergrund einer systemischen Einbettung in die Gemeinden. Hier wird die Gefahr einer möglichen Überforderung bei Personen gesehen, die zwar die Ausbildung und das Studium abgeschlossen haben, aber neu mit derartigen Anforderungen konfrontiert sind. Gerade um gute Beziehungen gestalten zu können, brauche es viel Erfahrung und einen längeren Prozess. In anderen Berufen, wie etwa der Sozialpädagogik oder der Psychologie, beginnt nach dem Studium erst die ‚praktische‘ Qualifizierung, entsprechend verbunden mit einer Selbst- und Fremdreiflection. Dieser Aspekt wird von beiden Geschäftsführern auch gesehen und es wird deutlich gemacht, dass solche Überlegungen mit in die weitere Konzeption einfließen werden und klar ist, dass der Lernprozess mit Abschluss des Studiums nicht beendet ist.

### **Organisationsentwicklung**

Es besteht Einigkeit, dass die Implementierung neuer Qualifikationsebenen und neuer akademisch gebildeter pflegerischer Berufsgruppen in einem Organisationsentwicklungsprozess eingebunden werden muss. Hier kommt der Führungsebene der Einrichtungen eine entscheidende Rolle zu. Da akademisch gebildete Pflegepersonen Berufsanfängerinnen und -anfänger sind, die in ihre neuen Aufgaben und Funktionen eingeführt werden müssen, ist die Entwicklung von Traineeprogrammen zwingend. Die inhaltliche Ausgestaltung dieser Programme erfolgt derzeit nicht einheitlich und ist von der jeweiligen Einrichtung abhängig. Gemeinsame Elemente der meisten Programme sind die Rotation durch verschiedene Bereiche sowie die konkrete Zuordnung von Personen zur Begleitung der Trainees. ■

## 4. PERSPEKTIVEN UND EMPFEHLUNGEN

Prof. Dr. Renate Stemmer, Vorstandsvorsitzende der DGP

Prof. Dr. Änne-Dörte Latteck, Vorstand Dekanekonferenz Pflegewissenschaft

Heinrich Recken, Vorstand Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)

Prof. Petra Weber, Vorstand Dekanekonferenz Pflegewissenschaft



Impressionen der Fachtagung

Um den Beitrag hochschulisch ausgebildeter Pflegenden zur Zukunft der Gesundheitsversorgung vollumfänglich nutzen zu können, bedarf es weiterer Entwicklungen. Von den Mitwirkenden und Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus Politik, (Pflege-) Wissenschaft, den Vertreterinnen und Vertretern der Kassen, Verbände und pflegerischen Handlungsfelder, von den Diskutantinnen und Diskutanten im Plenum und in den Workshops wurden Vorschläge und Einschätzungen formuliert, die hier in Form von Empfehlungen zusammengefasst werden. Diese Empfehlungen richten sich an Verantwortliche in Hochschulen, Politik, Praxisfeldern der Pflege und an weitere beteiligte Player im Gesundheitswesen. Nicht zuletzt sind auch die professionell Pflegenden mit und ohne Hochschulabschluss angesprochen.

### 1. Die Perspektive der Menschen mit Pflege- und Versorgungsbedarf integrieren

Die Integration der Perspektive der Menschen mit Pflege- und Versorgungsbedarf in deren gesundheitliche Versorgung gilt grundsätzlich, ist gleichwohl in Situationen langdauernden Versorgungsbedarfs in besonderer Weise relevant. In der Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung und ihren Folgen oder anderweitigen gesundheitlichen Einschränkungen entwickeln die Betroffenen oft eine hohe Expertise für die Bewältigung ihrer Situation. Versorgungskonzepte für chronisch erkrankte Menschen greifen nur unter Einbezug ihrer individuellen Lebensbezüge. In dieser Forderung treffen sich politische Positionen und pflegewissenschaftliche Erkenntnisse.

Es geht aber nicht nur um die jeweils aktuelle Bewältigung des Alltags mit und trotz der vorliegenden Einschränkungen. Aufgabe der Zukunft wird es sein, stärker als bisher statt der Perspektive der ‚Heilung‘ und der ‚Besserung‘ eine gesundheitsfördernde Perspektive zu entwickeln. Um dies zu erreichen, sind neue Berufsfelder und Qualifikationen notwendig. Hochschulische Qualifikationen müssen diese Entwicklungsbedarfe aufnehmen, damit Absolventinnen und Absolventen die zukünftigen Aufgabenfelder gestalten und ausfüllen können.

## **2. Mut zur Innovation: Politik sollte vermehrt Handlungsräume eröffnen**

Die erforderliche Neuausrichtung des Gesundheits- und Pflegewesens gelingt nur, wenn die Rahmenbedingungen sich verändern. In allen Settings der Pflege muss es das Ziel sein, dass die Pflegefachpersonen ihre fachlichen Kompetenzen auch für selbstverantwortete Entscheidungen nutzen können.

Darüber hinaus gilt es Versorgungsangebote neu auszurichten, z.B. Wege zu eröffnen, die nicht zuletzt die gemeindenahere Versorgung konsequenter an den Bedarfen der multimorbiden älteren Bevölkerung orientiert. Für die Bearbeitung von Fragen im Schnittstellenbereich von Medizin und Alltagsbewältigung (Integration von Krankheitsfolgen und Therapieerfordernissen in den Alltag, Überwachung und Anpassung der Therapie etc.) sind einschlägig qualifizierte Pflegefachpersonen in besonderer Weise geeignet (wie Beispiele aus dem Ausland zeigen).

## **3. Bei der Neuausrichtung des Gesundheits- und Versorgungssystem das pflegeakademische Potenzial nutzen**

Die vielgestaltigen Probleme des Gesundheits- und Pflegewesens wie Versorgungsengpässe, Finanzierungslücken und Personalmangel bedürfen einer grundlegenden Neuausrichtung des Gesundheitssystems. Sie lassen sich nicht ausschließlich mit der Etablierung hochschulischer Qualifikationen und den sich daraus ergebenden neuen Berufsbildern lösen. Gleichwohl kann der Einsatz hochschulisch ausgebildeter Pfleger einen wichtigen Beitrag dazu leisten. Die erforderliche Umgestaltung bedarf Personen, die befähigt sind, transformative Prozesse in einer Arbeitswelt, die gekennzeichnet ist durch Sprunghaftigkeit,

Unklarheit und Widersprüchlichkeit anzustoßen und zu begleiten. Dies erfordert umfassende Kompetenzen sowohl auf der Managementebene als auch hinsichtlich der fachlichen Expertise. Interdisziplinäre Zusammenarbeit um z.B. Versorgungsengpässe gezielt durch vernetzte Versorgungssysteme zu beseitigen, gelingt nur, wenn die Beteiligten auf jeweils eigene Wissensbestände zurückgreifen (können) und diese in den Diskurs mit anderen Disziplinen einbringen.

## **4. Einsatz hochschulisch qualifizierter Pfleger in allen Settings**

Die ersten Annäherungen bzgl. des gezielten und spezifischen klinischen (d.h. in der unmittelbaren pflegerischen Versorgung der Menschen mit Pflegebedarf und unabhängig vom Setting) Einsatzes hochschulisch qualifizierter Pfleger finden sich im Krankenhauskontext. Pflegerische Versorgung findet jedoch zu einem großen Anteil außerhalb des Krankenhauses in anderen stationären und ambulanten Settings statt. Um Entwicklungen in diesen Feldern anzustoßen, bedarf es der Anstrengungen auf mehreren Ebenen. Neben den Anforderungen an die Träger pflegerischer Angebote, die im Hinblick auf den Bedarf an Organisationsentwicklung strukturell vergleichbar sind mit dem Krankenhaussetting, ist die kommunale Ebene gefordert. Eine wichtige Handlungsoption ist hier das Agenda-Setting. Gesundheitliche und pflegerische Versorgung in den Kommunen und die mögliche Rolle der Pflege in diesem Zusammenhang muss auf die Agenda der Bürgermeisterinnen/ Bürgermeister, damit diese Themen auf der kommunalen Ebene intensiv diskutiert werden und darüber auch Eingang in die Diskussionen auf Ebene des Deutschen Städte- und Landkreistages finden.

Kommunen, in denen Hochschulen mit pflegebezogenen Studiengängen angesiedelt sind, könnten davon profitieren, sofern es gelingt den Dialog zwischen Kommunalpolitik und Hochschule zu führen. Gemeinsam könnten örtliche Zukunftspläne für die Gesundheits- und Pflegeversorgung erarbeitet werden.

Zu berücksichtigen ist in dem Zusammenhang, dass Fragen der außerinstitutionellen Pflege und Gesundheitsversorgung bislang nicht zum Kernbestand pflegewissenschaftlicher Auseinandersetzungen zählen. Entsprechend wäre sicherzustellen, dass die Themen der primären Gesundheitsver-

sorgung, ambulanten und gemeindenahen Pflege stärker in den pflegebezogenen Studiengängen vertreten sind, um eine fachliche und fachwissenschaftliche Expertise sicherzustellen. Nicht zuletzt besteht zu diesen Fragen die Notwendigkeit von Forschung, die bislang sehr überschaubar ist.

#### **5. Implementierung hochschulisch qualifizierter Pflegenden durch Organisationsentwicklung**

Um das akademische Pflegepotenzial gezielt nutzen zu können, sind weitreichende Veränderungen in den Institutionen des Gesundheitswesens unerlässlich. Dazu bedarf es Maßnahmen der Organisationsentwicklung. Hier kommt der Führungsebene der Einrichtungen eine entscheidende Rolle zu. Vorgeschaltet ist jedoch eine intraprofessionelle Klärung des Profils und der Rollen der einzelnen Qualifikationsniveaus der Pflege und damit verbunden auch die Frage nach der Art und Weise der intraprofessionellen Zusammenarbeit zu leisten. Es geht um eine berufeigene Konturierung pflegerischer Kompetenzen, Aufgaben- und Verantwortungsbereiche. Auf dieser Grundlage können institutionell verankert Gestaltungs- und Entfaltungsmöglichkeiten generiert und Kompetenzerweiterung angedacht und umgesetzt werden. Fragen der Zuständigkeit und der Schnittstellengestaltung sind ebenfalls in Bezug zu den anderen Heilberufen zu bearbeiten.

Zur Integration hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen (differenziert nach den unterschiedlichen akademischen Graden) bietet sich die Einführung einer kompetenzorientierten Personalplanung an, die sich an den Bedarfen der Patientinnen und Patienten bzw. Menschen mit Pflegebedarf orientiert und sich perspektivisch in Stellenbeschreibungen und tariflichen Eingruppierungen niederschlägt. Ein erprobter Weg, um auf Masterniveau qualifizierte Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten (APN – Advanced Practice Nurse) gezielt einzusetzen, stellt die Etablierung einer Doppelspitze auf Abteilungsebene dar. Der Pflegemanagerin/dem Pflegemanager mit Personalverantwortung und Weisungsbefugnis wird eine Pflegeexpertin/ein Pflegeexperte ohne disziplinarische Führungsaufgaben zur Seite gestellt. Innovationsbereitschaft und –fähigkeit sind durch die Etablierung einer forschenden Kultur in den

Einrichtungen zu unterstützen. Diese darf nicht auf den Schultern derjenigen ruhen, die gerade einen Bachelorstudiengang abgeschlossen haben. Es gilt zuvorderst auf der Leitungsebene eine Haltung zu entwickeln, die sich selbst als Teil eines Innovationssystems versteht und Arbeitsplätze und Freiräume für die hochschulisch Qualifizierten schafft. Aber auch strukturelle Fragen wie der heute fehlende Zugang zu Kommunikationstechnologie, der für die akademisch Qualifizierten genauso wichtig ist wie für diejenigen, die heute schon im Beruf arbeiten, müssen bearbeitet werden.

#### **6. Potenzial der hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen entwickeln**

Absolventinnen und Absolventen von beruflich qualifizierenden Pflegestudiengängen bringen Potenzial mit, das entwickelt werden muss. Als Berufsanfängerinnen und -anfänger müssen sie in ihre neuen Aufgaben und Funktionen eingeführt werden. Dazu sind gezielte Programme z.B. in Form eines Traineeprogrammes und/oder Mentorings sinnvoll. Die inhaltliche Ausgestaltung dieser Programme erfolgt derzeit nicht einheitlich und ist von der jeweiligen Einrichtung abhängig. Gemeinsame Elemente der meisten Programme sind die Rotation durch verschiedene Bereiche sowie die konkrete Zuordnung von Personen zur Begleitung der Trainees. Wichtig erscheint dabei, diese Programme im Zusammenwirken von Hochschulen und Pflegepraxis zu entwickeln, nicht zuletzt um Akzeptanzproblemen entgegenzuwirken.

#### **7. Ausdifferenzierung pflegefachlicher /pflegerischer Qualifikationsprofile**

Für die Lösung der anstehenden Herausforderungen und Problemstellungen im Gesundheits- und Pflegewesen bedarf es auch innerhalb der pflegerischen Profession eines Qualifikationsmixes. Zukünftig werden sowohl Generalisten als auch Spezialisten für eine hochwertige Versorgung Hand in Hand miteinander und mit Mitarbeitenden der unterschiedlichen pflegerischen Assistenzniveaus arbeiten. Um im Sinne eines guten Versorgungsprozesses differenzierte Aufgabenprofile einsetzen zu können und Personen unterschiedlicher Qualifikationen wie Professionen miteinander kooperieren zu lassen, muss sich die Berufsgruppe der Pflegenden neu



organisieren, neue Rollen und Kooperationen in der eigenen Berufsgruppe aufbauen und sich dadurch für eine wirksame interprofessionelle Kooperation im Spektrum der Gesundheitsberufe befähigen.

#### 8. Für Akzeptanz der hochschulisch qualifizierten Pflegenden in der eigenen Berufsgruppe sorgen

Beruflich qualifizierte Pflegefachpersonen und auch Führungspersonen stehen akademisch qualifizierten Pflegenden teilweise skeptisch gegenüber. Ihnen ist zu vermitteln, was diejenigen, die ein Studium absolviert haben, an Mehrwert leisten, dass die Arbeitssituation und die Ergebnisse besser werden. Es muss verdeutlicht werden, dass es nicht um eine Abwertung bisheriger Pflegeleistungen geht, sondern um eine Weiterentwicklung, von der auch die beruflich Qualifizierten profitieren können. Um dies zu erreichen wird Aufklärung benötigt, aber auch Erfahrung im gemeinsamen Arbeiten.

#### 9. Die Finanzierungsfrage für den Einsatz der hochschulisch qualifizierten Pflegenden klären

Die Frage der Finanzierung ist zum einen mit Blick auf die Absolventinnen und Absolventen der Studiengänge zu klären und zum andern mit Blick auf die Organisationen. Die Absolventinnen und Absolventen von Pflegestudiengängen erwarten ein Gehalt, das oberhalb des Gehaltes einer beruflichen Ausbildung liegt. Angesichts des üblichen Gehaltsgefüges, das hochschulische Bildung in der Regel honoriert, ist diese Erwartung nachvollziehbar.

Der qualifikationsangepasste Einsatz hochschulisch qualifizierter Pflegenden kann zu einer Neuverteilung von Aufgaben führen. Aus pflegewissenschaftlicher Sicht und aus den Erfahrungen aus dem Ausland heraus greift bei der Übernahme ärztlicher Aufgaben eine rein kostensenkende Intention deutlich zu kurz. Hier zeigen internationale Untersuchungen die Vorteile einer guten quantitativen und auch qualitativen Personalausstattung in der Pflege hinsichtlich der Verbesserung der Versorgung der Patientinnen und Patienten.

Es können allerdings auch positive ökonomische Effekte, sowohl einzelwirtschaftlich als auch volkswirtschaftlich, identifiziert und erwartet werden. Dies insbesondere dann, wenn es gelingt,

den Einsatz akademisch qualifizierter Pflegenden in Verbindung mit Veränderungen im Qualifikationsmix innerhalb der Pflege und insbesondere mit der Neuverteilung von Aufgaben zwischen den Berufsgruppen erfolgreich zu gestalten.

#### 10. Hochschulische Qualifizierung und Pflegeforschung

Mit dem Ziel, die pflegerische Versorgung den Bedarfen anzupassen und insgesamt zu verbessern, steht die Notwendigkeit der Qualifizierung von Pflegenden auf tertiärer Ebene außer Frage. Als vorläufig anzustrebenden Anteil von hochschulisch Qualifizierten an der Gruppe der professionell Pflegenden wird eine Größenordnung von 10-20 % angenommen. Damit diese Quote in absehbarer Zeit erreicht werden kann, müssen deutlich mehr Studienplätze vorgehalten werden als zur Zeit. Eine Annäherung der Studiengangprofile beruflich qualifizierender Studiengänge ist unerlässlich, wobei die Möglichkeit der Akzentsetzung von Hochschulen unbenommen ist. Die hochschulische Qualifizierung ist so auszurichten, dass die Absolventinnen und Absolventen befähigt sind, transformative Prozesse anzustoßen und zu begleiten.

Zwischen den einzelnen Qualifizierungswegen ist Durchlässigkeit zu erreichen. Gleichwohl ist unter Qualitätsgesichtspunkten eine systematische Prüfung von Anerkennungsanträgen unumgänglich.

Der Akademisierungsprozess ist in großem Umfang durch (Pflege-)forschung zu begleiten. Forschung wird zu allen Schritten des Pflegeprozesses in allen Settings benötigt. Neben der Mikroebene stellen sich ebenfalls u.a. Fragen hinsichtlich der pflegebezogenen Qualitätsentwicklung auf der Mesoebene oder epidemiologischer Grundlagen auf der Makroebene. ■

# 5. TAGUNGSPROGRAMM

## Tagungsmoderation

Peter Mücke, ARD-Hauptstadtbüro

10.00

### Welcome / Anmeldung

10.30

### Begrüßung und Einführung

Prof. Dr. Renate Stemmer, Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)

Prof. Dr. Johannes Korporal, Vorsitzender der Dekanekonferenz Pflegewissenschaft

### Politisches Statement

Elke Ferner, Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)

### Kooperationen in der Pflege – was muss sich ändern?

Dr. Bernadette Klapper, Stellvertretende Bereichsleiterin / Gruppenleiterin Gesundheit, Robert Bosch Stiftung

11.45

**Podiumsdiskussion** zum Beitrag akademisch ausgebildeter Pfleger für die Gesundheitsversorgung

### Es diskutieren

- Gernot Kiefer, Vorstand der Gesetzlichen Krankenversicherung
- Ulrike Reus, Referentin bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft
- Prof. Dr. Renate Stemmer, DGP
- Prof. Petra Weber, Vorstandsmitglied der Dekanekonferenz Pflegewissenschaft
- Andrea Trenner, Ordensoberin der Johanniter Schwesternschaft, Diakonie Deutschland
- Franz Wagner, Vizepräsident des Deutschen Pflegerates

13.15

**Mittagspause / Postergalerie** akademisch qualifizierter Pfleger

14.15

Moderierte **Workshops** zu ausgewählten Aspekten akademisch qualifizierter Pfleger

16.00

Kaffeepause

16.30

Empfehlungen als Ergebnisse aus den Workshops

17.00

Ende der Veranstaltung

## WORKSHOPS

### 1. Potenziale akademisch qualifizierter Pfleger – anders oder mehr?

Moderation: Prof. Dr. Thomas Fischer, Evangelische Hochschule Dresden

- Prof. Petra Weber, Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg
- Prof. Dr. Änne-Dörte Latteck, Fachhochschule Bielefeld

### 2. Versorgungskonzepte im Ausland

Moderation: Prof. Dr. Anke Fesenfeld, Hochschule für Gesundheit, Bochum

- Dr. Grit Braeseke, Wissenschaftliche Leiterin des IEGUS-Institut für Europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft
- Prof. Dr. Martina Roes, Universität Witten / Herdecke

### 3. Ökonomische Konsequenzen & Chancen – ist der Einsatz akademisch qualifizierter Pfleger bezahlbar?

Moderation: Prof. Dr. Reinhold Wolke, Hochschule Esslingen

- Bernd Meurer, Präsident des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste
- Prof. Dr. Michael Simon, Hochschule Hannover

### 4. Daseinsvorsorge im ländlichen Raum – der Beitrag akademisch qualifizierter Pfleger

Moderation: Prof. Dr. Andreas Büscher, Hochschule Osnabrück

- Stefan Muhle, 1. Kreisrat des Landkreises Osnabrück
- Prof. Dr. Michael Ewers, Institutsleitung der Charité

### 5. Innovative Beispiele aus deutschen Krankenhäusern

Moderation: Heinrich Recken, Hamburger Fernhochschule

- Holger Schmitte, Pflegeexperte APN bei der Kaiserswerther Diakonie
- Dr. Gerald Gaß, Geschäftsführer des Landeskrankenhauses (AÖR)
- Paul Bomke, Geschäftsführer Pfalzkrankenhaus (AdÖR)



