



Einsatz akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen in der Praxis

Autorinnen und Autoren im Auftrag des VPU NRW:

Matthias Grünewald, Universitätsklinikum Düsseldorf

Thomas Christian Hild, Universitätsklinikum Aachen

Robert Jeske, Universitätsklinikum Bonn

Silke Langer, Universitätsklinikum Essen

Sascha Moullion, Universitätsklinikum Bonn

Ansgar Rausch, Universitätsklinikum Münster

Stefan Reimers, Universitätsklinikum Köln

Dr. Barbara Strohbücker, Universitätsklinikum Köln

Stand: 29. Mai 2015

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	2
1 Auftrag	3
2 Strukturierte Implementierung	3
3 Organisationsmodelle	5
1. Pflegepersonalpool mit bezugspflegerischer Ausrichtung.....	5
3.1 Modellstation.....	7
3.2 Weiterentwicklung: Zuordnung über ausgewählte Patientengruppen.....	9
4 Trainee-Programm	11
4.1 Ziele des Trainee-Programms.....	11
4.2 Verlauf des Trainee-Programms.....	12
5 Stellenbeschreibung	13
5.1 Methodik.....	14
5.2 Ergebnis.....	16
6 Fragestellungen für die wissenschaftliche Begleitung	23
7 Akademische Qualifizierung erfahrener Pflegefachpersonen	24
7.1 Möglichkeiten der Nachqualifikation.....	24
7.2 Management heterogener Qualifikationsmuster.....	25
8 Fazit und Ausblick	28
9 Literaturverzeichnis	30
10 Anhang	32

Zusammenfassung

Hintergrund und Zielsetzung: Im Auftrag des Verbands der Pflegedirektorinnen und -direktoren der Uniklinika (VPU) in NRW stellt die Arbeitsgruppe an dieser Stelle Empfehlungen für die Rahmenbedingungen des Einsatzes von akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen in der Pflegepraxis vor. Der Leitfaden baut auf den Ergebnissen der AG aus 2014 auf, die anhand eines Fallbeispiels erweiterte Aufgaben im Rahmen eines Skill-mix-Modells darstellten. Das Ziel des Einsatzes akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen ist die Steigerung der Pflegequalität.

Empfehlungen: Die Implementierung von akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen in den Pflegedienst eines Universitätsklinikums sollte als längerfristiger Prozess betrachtet werden, in dem der Übergang systematisch vom Pflegemanagement gesteuert werden muss. Die gute Kommunikation der Zielsetzung mit allen Beteiligten ist dabei ein entscheidender Erfolgsfaktor.

Für den Einsatz akademisch ausgebildeter Berufsanfänger werden für die Anfangsphase zwei mögliche Organisationsmodelle vorgestellt: In einem Poolmodell versorgen die akademisch Ausgebildeten Patienten mit komplexen Pflegebedarfen. Die Poolmitarbeiter haben die Stellung von Bezugspflegepersonen, sie sind verantwortlich für die Planung und Evaluation des Pflegeprozesses. Das stationsübergreifende Poolmodell ist unabhängig von Stationsgrößen umsetzbar. Als zweites Modell wird eine stationsgebundene Organisationsform vorgeschlagen: die Modellstation. Sie bietet einen geschützten Raum für die Entwicklung neuer Rollen und Aufgaben bei Beteiligung aller Teammitglieder.

Für den Einsatz akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen mit Berufserfahrung besteht neben diesen beiden Modellen die Option der Zuordnung über Patientengruppen: die Pflegenden koordinieren den gesamten Behandlungs- und Pflegeprozess von Patienten mit einer bestimmten medizinischen Diagnose, auch über die stationäre Phase hinaus. Sie werden so schnell Spezialisten in einem definierten Fachgebiet.

Für die berufliche Sozialisation, die Personalentwicklung und die Mitarbeiterbindung der akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen ist ein Traineeprogramm ein hilfreicher Baustein. Er bietet den Trainees Raum für die Rollenentwicklung, ermöglicht eine Orientierung im Aufgabenfeld und leitet eine gezielte Personalentwicklung ein.

Die Bausteine einer Stellenbeschreibung werden auf der Grundlage des ICN-Kompetenzmodells geordnet. Das Modell strukturiert die Pflegeaufgaben anhand der Domänen "*Grundhaltung der professionellen Pflege*", "*Bereitstellung und Prozessgestaltung von Pflege*" sowie "*Entwicklung von Qualität*". " In den Bausteinen der Stellenbeschreibung werden die Tätigkeiten der dreijährig Ausgebildeten von den akademisch Ausgebildeten voneinander abgegrenzt.

Die wissenschaftliche Begleitung der Integration von akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen wird als unverzichtbar für die Weiterentwicklung herausgestellt. Relevante Fragestellungen für die Evaluation werden aufgezeigt. Nicht zuletzt wird die Möglichkeit der akademischen Qualifizierung erfahrener Pflegefachpersonen als Voraussetzung für die Akzeptanz des akademischen Nachwuchses empfohlen.

1 Auftrag

Die Arbeitsgruppe „Einsatz akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen“ (AG) wird durch die Pflegedirektorinnen und -direktoren der Universitätskliniken NRW beauftragt, einen Leitfaden für den Einsatz akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen an Universitätskliniken zu erstellen. Er soll auf dem Abschlussbericht der Arbeitsgruppe von April 2014 basieren.

Der Leitfaden soll für die Entscheidungsträger in den Universitätskliniken (UKs) einen empfehlenden, jedoch hinreichend konkretisierten und damit handlungsleitenden Charakter besitzen. Der Leitfaden enthält die Bausteine:

- Empfehlungen für strukturelle und systemische Rahmenbedingungen
- Trainee-Programm
- Stellenbeschreibungen
- Fragestellungen für die wissenschaftliche Begleitung
- Akademische Qualifizierung erfahrener Pflegefachpersonen

2 Strukturierte Implementierung

Zur Einführung der akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen¹ in den Pflegedienst der Universitätskliniken ist eine systematische Implementierungsstrategie dringend notwendig, um die dauerhafte Integration der neuen Qualifikation im Versorgungssystem zu gewährleisten. Für den Pflegedienst an Universitätskliniken galt die Einführung von traditionell ausgebildeten Berufsanfängern bisher als relativ unproblematisch, da die Qualifikations- und Tätigkeitsprofile im System als weitgehend abgestimmt angesehen werden konnten. Die eingespielten Routinen verlieren jedoch bei den akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen, die nun zunehmend den Arbeitsmarkt erreichen, ihre Wirksamkeit aus drei Gründen. Zum einen sind die akademischen Ausbildungsprogramme und die Aufgaben- und Tätigkeitsprofile der Absolventen in der Praxis noch in Entwicklung begriffen. Weiterhin sind die Karrierewege für akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen noch nicht ausgeprägt und erprobt. Weiterhin ist die Positionierung des Qualifikationsprofils im interdisziplinären Versorgungsprozess bei Weitem nicht abgeschlossen und unterliegt derzeit noch einer hohen Gestaltungsnotwendigkeit.

Jedoch kann bei der Suche nach einer geeigneten Implementierungsstrategie auf Forschungsergebnisse zur Einführung der Advanced Nursing Practitioner im angelsächsischen Gesundheitssystem, wie z. B. dem PEPPA-Modell (siehe Abbildung 6 auf Seite 32) zurückgegriffen werden.^{1, 2} Das Modell empfiehlt eine prozesshaft gestaltete Implementierung. Die Situation der jeweiligen

¹ Akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen werden in dem folgenden Text auch als Bachelorabsolventen bezeichnet.

Patientengruppe und die aktuelle Versorgungsleistung werden analysiert und der Bedarf für ein erweitertes pflegerisches Aufgabenprofil abgeleitet. Die an der Versorgung beteiligten Entscheidungsträger werden in alle Phasen der Analyse und Planung einbezogen. Durch optimale Förderung und Nutzung des Potentials der Absolventen wird die Patientenversorgung nachhaltig verbessert.

Die konkrete Platzierung der Bachelorabsolventen sollte im Voraus strategisch geplant werden. Hierbei könnte das Projektmanagement ein nützliches Instrument sein. Des Weiteren sollten Arbeits- und Aufgabenfelder evaluiert, neu gedacht und neu zugeordnet werden. Die Rolle, die dem Absolventen in diesem Veränderungsprozess zukommt, sollte mit allen Akteuren und Entscheidungsträgern kommuniziert und abgestimmt werden.

Im ersten Schritt sollten die Pflegedirektorinnen und -direktoren alle relevanten Schnittstellen und Akteure identifizieren und über die geplante Implementierung informieren. Die angestrebten Ziele und Veränderungen in der Patientenversorgung müssen mit den Partnern kommuniziert werden. Die zu beteiligenden Stellen gehen über die Führungsebene der Pflege hinaus. Die mit dem Konzept intendierten strukturellen und inhaltlichen Veränderungen unterliegen in Teilen der Mitbestimmung gemäß Landespersonalvertretungsgesetz NRW (LPVG). Eine frühe Beteiligung des Personalrats ist zu empfehlen. Weiterhin sollten die Klinikdirektoren sowie die Personalabteilung und –entwicklung einbezogen werden.

Nur durch eine offene Kommunikationspolitik kann ein bestmöglicher Einstieg sichergestellt werden. Eine hohe Pflegequalität sowie ein optimierter Versorgungsablauf sollten hierbei das gemeinsame Ziel (shared value) zu Beginn des Veränderungsprozesses sein. Bestehende Qualitätsstandards und Leitlinien sollen konsequenter angewendet und überprüft werden.

Ein bislang ungelöstes Problem stellt die Frage einer verhältnismäßigen Eingruppierung von Bachelorabsolventen innerhalb der Pflege dar. Der TV-L differenziert bisher im Bereich der Pflege nicht zwischen dreijährig examinierten Gesundheits- und Krankenpflegern oder Bachelorabsolventen. Es wäre übergeordnet Aufgabe der Tarifpartner und vor Ort der Arbeitgeber und Personalräte eine Einigung über die geplante Eingruppierung von Bachelorabsolventen zu finden. Wünschenswert wäre eine allgemeine tarifliche, im TV-L verankerte Lösung. Hausindividuelle Lösungen sind nicht empfehlenswert. Denkbar wäre beispielsweise, auf den allgemeinen Teil des TV-L zurückzugreifen und die Bachelorabsolventen zunächst ihrer Qualifikation *Bachelor* entsprechend einzugruppieren.

Zur Förderung des prozessualen und wissenschaftlichen Arbeitens sollte den Bachelorabsolventen der Zugang zu Internetportalen, Datenbanken und Fachbibliotheken bereitgestellt werden. Ebenso wäre es von Vorteil, wenn ein bereits im Universitätsklinikum beschäftigter Pflegewissenschaftler als Ansprechpartner bzw. als Mentor für die akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen zur Verfügung stünde. Auch die Mitarbeit in Arbeitsgruppen (Tumorboards, Ethikkommission, Qualitätszirkel etc.) sowie die Integration in bestehende Fort- und Weiterbildungsprogramme fördern das Wissensmanagement der akademisch Ausgebildeten. Eine gegen-

seitige Vernetzung der Bachelorabsolventen scheint sinnvoll, so dass Erfahrungen und Expertisen ausgetauscht und sie gegenseitig voneinander profitieren können. Um das Potential der Bachelorabsolventen gewinnbringend zu nutzen und ihnen die Möglichkeit zu geben, ihre Rolle im Klinikalltag zu entwickeln, sollten sie zunächst über ein Traineeprogramm die Berufswirklichkeit kennenlernen und an ihre zukünftige Aufgabe herangeführt werden (vgl. Kapitel 4 Trainee-Programm).

Die Implementierungshemmnisse gegenüber den neuen Stelleninhabern müssen hinreichend berücksichtigt werden, denn das gesamte Umfeld wird durch das neue Rollenprofil beeinflusst. Angst, Unsicherheit und Konkurrenzdenken können in Teams auftreten und die Integration der Absolventen und die neue Aufgabe gefährden. Zu diesem Zweck muss die Leitung den Wandel überzeugend unterstützen und positiv vorleben. Wünschenswert ist eine Balance zwischen den unterschiedlichen Interessensvertretern aus Medizin, Pflege und Verwaltung. Dies ermöglicht den Einblick in die Sichtweise der jeweils anderen Profession und erzeugt ein gemeinsames Verständnis sowie fortschrittliche Entscheidungen. Essentiell für die Implementierung ist die Zuweisung von Ressourcen und Unterstützungsangeboten durch das Top-Management.

Die Pflegepraxis soll sich dahingehend weiterentwickeln, dass der Entscheidungsspielraum bei den Pflegeinterventionen des gesamten Pflegepersonals erhöht wird. Dabei sollte das ganze Spektrum von der Krankheitsbewältigung bis zur Gesundheitsförderung und -orientierung abgedeckt werden. Patienten mit komplexen Gesundheitseinschränkungen sollten durch praxisnahe Konzepte in die Entscheidungsprozesse dringend eingebunden werden. Dem Anspruch auf Selbstbestimmung des Patienten kann somit besser entsprochen werden.

3 Organisationsmodelle

Im Rahmen des Einsatzes akademisierter Pflegefachpersonen sind verschiedene Organisationsmodelle denkbar. In diesem Kapitel wird einerseits das Modell eines Pflegepersonalpools mit bezugspflegerischer Ausrichtung sowie andererseits die Einrichtung einer Modellstation vorgestellt. Als darüber hinausweisende Option für eine weitere Entwicklung nach Abschluss der erstmaligen Implementierung kann die Zuordnung zu ausgewählten Patientengruppen gedacht und sowohl ihre Vor- und Nachteile beleuchtet werden.

Alle hier beschriebenen Organisationsmodelle ermöglichen gleichsam die Umsetzung der oben geschilderten Anforderungen an die Implementation akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen und stellen gangbare Optionen dar, die verschiedene interne Zielsetzungen aufnehmen und einzeln realisiert oder auch kombiniert werden könnten.

1. Pflegepersonalpool mit bezugspflegerischer Ausrichtung

Der "Pool" beschreibt die Flexibilisierung des Einsatzes von Pflegenden. Wie beim Springerpool trennen sich die Pflegenden auch in diesem Modell von einer herkömmlichen Stationsheimat. Die akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen werden in diesem Poolmodell nicht zur

akuten Personalausfallkompensation eingesetzt, sondern sie agieren übergeordnet auf mehreren Stationen sowie prozessorientiert in neu geordneten Kontexten. Eine oder mehrere Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss sind im "Pool" organisatorisch zusammengefasst und vertreten sich gegenseitig. Sie erhalten ihren Dienstplan von einem Vorgesetzten und sind einer interdisziplinären Kostenstelle zugeordnet. Sie kennen die Stationen, auf denen sie für das pflegerische Outcome einzelner Patienten oder Gruppen verantwortlich sind. Dies erfolgt bezugspflegerisch ausgerichtet: Patienten werden beispielsweise aufgrund von spezifischen Pflegebedürfnissen oder klinischen Diagnosen einer Pflegenden des Pools zugeordnet. Diese Zuordnung erfolgt nach hausintern festgelegten Kriterien in Abstimmung zwischen Stationsleitung und Poolmitarbeitende, wird transparent dokumentiert (z.B. im digitalen Patienteninformationssystem) und bleibt auch bei der Verlegung des Patienten innerhalb des Hauses bestehen. Die Sicherung der Regelversorgung erfolgt durch das Stationsteam. Die Steuerung und Teile der Umsetzung des Pflegeprozesses und der Schnittstellenkommunikation liegen im Aufgabenbereich der Bezugspflegerperson aus dem Pool. Die klare Zuschreibung der Prozessverantwortung zu einer Pflegefachperson mit Hochschulabschluss im Pool schafft Verbindlichkeit auf allen Ebenen und sorgt für eine der Komplexität der Pflegesituation entsprechenden Entscheidungskompetenz in der Arbeit mit dem Patienten. Aus der Perspektive des Patienten kommt es zur Komplexitätsreduktion. Betrachtet man die Aufbauorganisation des Pflegebereiches, stellt diese Organisationsveränderung einen Schritt in Richtung Matrix-Prozessorganisation dar².

Der Schwerpunkt des Modells des Pflegepersonalpools liegt auf der bezugspflegerischen Betreuung kritisch und chronisch erkrankter Patienten. Hier können Patienten, die durch eine spezielle Fallkonstellation oder besondere Pflegebedürfnisse und -bedarfe ein hohes Risiko haben, unterversorgt zu werden, patientenindividuell und mit einem hohen Kontinuitätsgrad betreut werden. Dabei kommt der pflegerischen Beziehungsarbeit eine zentrale Bedeutung für die Pflegediagnostik, die Priorisierung von pflegerelevanten Zielen und deren Evaluation zu.

Vorteile

- Steigerung der Pflegequalität und verbesserte Schnittstellenkommunikation durch klare Prozessverantwortung und Komplexitätsreduktion im Versorgungsprozess.
- Der Ansatz "Personalpool" ist unabhängig von der Stationsgröße umsetzbar, da eine stationsübergreifende Organisationsform praktiziert wird.
- Arbeitsverdichtungen, die durch hochkomplexe Versorgungssituationen entstehen, können besser kompensiert werden.
- Effizienz und Effektivität durch gezielte Personaleinsatzsteuerung: Entlastung der Kernteams auf den Stationen durch flexible Einsatzmöglichkeit des Pools.

² vgl. Jochem, R. (2010). Prozessmanagement: Strategien, Methoden, Umsetzung, S.66-67

- Es kann eine transparente Kostenverteilung durch Aufteilung einer interdisziplinären Kostenstelle nach tatsächlich erfolgtem Arbeitseinsatz je Klinik/Station erfolgen.
- Die Fachexpertise der Pool-Mitarbeiter kann durch die organisatorische Abgrenzung von der Stationsroutine und den kontinuierlichen Austausch mit Kollegen im Poolteam besser weiterentwickelt werden (Vermeidung von Erosion des besonderen Profils im Stationsalltag).

Nachteile

- keine Stationsanbindung/Stationsidentifikation für die Pflegenden im Pool
- hohes Maß an Selbstorganisationskompetenz / Identifikation mit Organisationszielen zwingend notwendig
- Das Anforderungsprofil beinhaltet dementsprechend Berufserfahrung
- Mitarbeiter der Station erleben möglicherweise einen Kompetenzverlust und fühlen sich für komplexere Pflegebedarfe nicht mehr zuständig
- Gefahr von Neid der Mitarbeitenden auf den Stationen wegen des großen Gestaltungsspielraumes der Poolkräfte
- Prozesssteuerung im stationären Setting wird durch weitere Schnittstelle erschwert. Dies erfordert eine hohe Dokumentations- und Kommunikationsqualität.
- Wird das Aufgabenfeld oder die Patientenzahl für den Pool kurzfristig vergrößert, verringert sich die Zeit für die einzelnen Patienten je Mitarbeitenden. Dies reduziert die bezugspflegerische Ausrichtung und ist eine Gefahr für den qualitätssteigernden Einsatz des Pools

3.1 Modellstation

Eine Modellstation bietet einen geschützten Rahmen für die Entwicklung von neuen Rollenverteilungen und neuen Aufgaben. Dort kann unter besonderen Bedingungen geplant, experimentiert, diskutiert und nach neuen Wegen gesucht werden. Faktoren, die zum Gelingen beitragen – ebenso wie solche, die eine Integration erschweren – können identifiziert und in einem späteren Roll out berücksichtigt werden. Für die Modellstation können Anreize gesetzt werden, indem in der Klinikzeitung und auf Veranstaltungen regelmäßig von den Erfahrungen berichtet wird und das Team somit Aufmerksamkeit und Wertschätzung erfährt.

Wichtigste Voraussetzung für das Gelingen ist die Motivation von Teamleitung und Team. Ideal wäre es, das Team würde sich als Modellstation bewerben und somit bereits Offenheit für Neues, Kreativität, den Willen zur Weiterentwicklung, den Teamzusammenhalt und Frustrationstoleranz mitbringen. Auf keinen Fall sollte man mit einer Station starten, die bereits viele Problemfelder zu bearbeiten hat, sich in einem fundamentalen Veränderungsprozess befindet oder starke Vorbehalte gegen die Akademisierung äußert.

Von Beginn an wird das gesamte Team in die Entwicklung einer neuen Teamstruktur und die Erweiterung pflegerischer Ziele und Aufgaben einbezogen³. Die Moderation und Begleitung kann durch die Teamleitung oder eine erfahrene Person außerhalb des Teams erfolgen (z. B. aus dem Qualitätsmanagement, der Stabsstelle Pflegeentwicklung oder –wissenschaft).

Ein geeignetes Strukturmodell für die optimale Nutzung und Weiterentwicklung der pflegerischen und wissenschaftlichen Expertise ist Primary Nursing⁴. Dies ermöglicht den Aufbau einer fundierten pflegetherapeutischen Beziehung, die als Schlüssel für eine gelungene personenzentrierte Versorgung gilt⁵. Das Modell unterstützt die individuelle Ausrichtung und Steuerung des Pflegeprozesses an den Bedürfnissen des Patienten. Wenn es unrealistisch erscheint, alle Patienten einer Station in dieses System einzubeziehen, sollten Kriterien für solche Patienten definiert werden, die von diesem Modell besonders profitieren (z. B. schwerer Krankheitsverlauf, kritische Ereignisse, hoher pflegerischer Unterstützungsbedarf).

Die akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen haben zunächst den Status von Berufsanfängern⁶. In der Einarbeitungszeit können sie die Abläufe und pflegerischen Aufgaben zunächst in weniger komplexen Pflegesituationen erlernen und sukzessive den Komplexitätsgrad steigern. Hierzu benötigen sie erfahrene Kollegen, die sie systematisch in das neue Arbeitsfeld einführen. Praxisanleitern soll die Möglichkeit gegeben werden, ihre Vorstellungen von der Zusammenarbeit mit den akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen zu entwickeln und im Team zu diskutieren. Darüber hinaus sollten, soweit vorhanden, Pflegewissenschaftlerinnen in die Begleitung als Mentoren einbezogen werden. Die Mentoren können die wissenschaftliche Reflexion des Integrationsprozesses unterstützen und Tipps für das Heranziehen wissenschaftlicher Methoden, zum Beispiel bei der Anwendung von Evidence Based Nursing geben.

Der erstmalige Einsatz von Bachelorabsolventen auf der Station sollte von regelmäßigen Teamsitzungen flankiert werden. Im Sinne einer formativen Evaluation können so Veränderungen kontinuierlich vom Team gemeinsam bewertet und bei Bedarf modifiziert werden. Erwartungen seitens des Teams sowie der neuen, akademisch ausgebildeten Kollegen sollten offen formuliert und ein für alle tragfähiger Konsens erarbeitet werden.

Im Idealfall arbeiten die Bachelorabsolventen im normalen Schichtdienst, um alle Facetten des Pflegeberufs kennenzulernen und beherrschen zu können. So kann vor allem auch sichergestellt werden, dass die Patienten jederzeit auf die Kompetenz der hochschulisch Ausgebildeten zurückgreifen können. Denn: kritische Situationen treten nicht nur in der Regelzeit von 08:00 –

³ vgl. Feuchtinger, J. (2014). "Integration von akademisch ausgebildeten Pflegenden." CNE Fortbildung 04/2014 sowie McCormack, B., K. Manley, A. Kitson, A. Titchen, G. Harvey (1999). "Towards practice development - a vision in reality or a reality without vision?" Journal of Nursing Management(7): S. 255-264

⁴ vgl. Manthey, M. (2011). Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem. Bern, Hans Huber. 3. überarb. u. erg. Auflage

⁵ vgl. Rüedi, E. (2011). "Die Integration der Pflegeexpertinnen in die Strukturen des universitären Pflegedienstes am Inselspital Bern". In: Käppeli, S. (Hrsg.): Pflegewissenschaft in der Praxis. Eine kritische Reflexion. Bern, Hans Huber: S. 90-106.

⁶ vgl. Benner, P. (2012). Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. 2. vollst. überarb. u. erg. Aufl. Bern, Hans Huber

16:00 auf, sondern häufig auch in Zeiten geringer personeller Besetzung (v. a. am Wochenende oder im Nachtdienst (vgl. hier auch Bienstein und Mayer, 2014)). Nicht zuletzt fördert die Eingliederung in gegebene Arbeitszeitmodelle die Akzeptanz im Team. Privilegien bei der Arbeitszeitgestaltung könnten erheblichen sozialen Unfrieden stiften. Jedoch bedarf es bei einer kontinuierlichen Präsenz von hochschulisch ausgebildeten Mitarbeitern auch einer entsprechenden Verfügbarkeit dieser Zielgruppe⁷.

Vorteile

- Die kontinuierliche Präsenz von akademisierten Pflegefachpersonen fördert die Teambindung und deren Anerkennung als Normalität im Stationsalltag (auch in der Kooperation mit anderen Berufsgruppen)
- Die akademisierten Pflegefachkräfte können von den erfahrenen dreijährig ausgebildeten Fachpflegepersonen lernen
- Die Kompetenzen der erfahrenen, dreijährig ausgebildeten Fachpflegepersonen können von den akademisch Ausgebildeten vor dem Hintergrund theoretischer Ansätze und Konzeptionen eine erweiterte, positive Bewertung erfahren
- Die nachhaltige Veränderung der Teamkultur und Weiterentwicklung der Pflegepraxis auf der Basis gemeinsamen Lernens und kollegialer Diskussion wird erleichtert
- Unterschiedliche Skill mix Modelle können erprobt werden
- Unter günstigen Rahmenbedingungen können Best Practice Modelle der Integration von akademisch Ausgebildeten entwickelt werden, die später von anderen Abteilungen übernommen werden können

Nachteile

- Die Veränderungsprozesse beschränken sich zunächst nur auf die Modellstation.
- Die Bereitschaft des Teams für Veränderung ist Voraussetzung
- Eine Begleitung durch eine externe Person ist erforderlich, um die Integration zu begleiten
- Eine Mindestanzahl von akademisierten Pflegefachkräften ist erforderlich (wenn auch nicht zwingend), um eine Durchdringung in allen drei Schichten zu ermöglichen

3.2 Weiterentwicklung: Zuordnung über ausgewählte Patientengruppen

Eine Option für den Einsatz von akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen mit angemessener Berufserfahrung, ist die Zuordnung über Patientengruppen. Beispiele für solche Zuordnungen sind:

⁷ vgl. Grünewald, Matthias, Thomas Christian Hild, Robert Jeske, Silke Langer, Sascha Moullion, Ansgar Rausch, Stefan Reimers & Barbara Strohbücker (2014): Einsatz akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen in der Praxis. Online im Internet: http://www.vpu-online.de/de/pdf/presse/2014-04-10_skillmix_abschlussbericht_final5.pdf (abgerufen am: 08.07.2014) Seite 12

- spezifische Krankheitsbilder (z. B. M. Parkinson, Multiples Myelom)
- spezifische Patientengruppen (z. B. Prävention und Behandlung eines Delirs bei älteren Menschen, Patienten mit Nebendiagnose Demenz).

Das Universitätsklinikum Freiburg (UKF) ist ein Beispiel für ein Unternehmen, welches akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen bereits seit vielen Jahren stations- und fachbereichsbezogen in der Zuordnung zu bestimmten Patientengruppen einsetzt. Dort hat sich ein System entwickelt, in welchem den Pflegenden entsprechend ihrer Berufs- und Studienabschlüsse bestimmte Aufgabenschwerpunkte zugeschrieben werden. Die Einsatzform der unterschiedlich akademisch qualifizierten Mitarbeiter und ihre Tätigkeitsschwerpunkte variieren. Als Generalisten sind die Schwerpunkte z.B. die Befähigung der Pflegenden zu evidenzbasierter Pflege oder die Überprüfung der Pflegefachlichkeit und Evaluation der Pflege auf einzelnen Stationen. Als Spezialist steht die Eingebundenheit in die Versorgung und Therapie der spezifischen Patienten im Vordergrund. Beide Aufgabenschwerpunkte können in der Praxis miteinander kombiniert sein.

Speziell zur Einbindung von Pflegenden, deren Abschluss auf Bachelorniveau angesiedelt ist, liegen auch seitens des UK Freiburg noch keine evaluierten Erfahrungen vor. Auf Grundlage der bisherigen Erfahrungen mit akademisierten Pflegenden werden bei der Einführung in die Pflgeteams die Anwendung verschiedener Methoden zur Umsetzung empfohlen:

- Nutzen der Schritte des Projektmanagements
- Beteiligung der Betroffenen (shared governance)
- Orientierung am PEPPA-Framework⁸

Vorteile:

- Die Einsatzform ist variabel (Generalist / Spezialist / Kombination) und kann somit stationsbezogen oder bereichsübergreifend erfolgen. Die Vorteile von Modell 3.1 (gezielte Personaleinsatzsteuerung) und Modell 3.2. (kontinuierliche Präsenz im Stationsalltag) können daher gleichzeitig erzielt werden.
- Unabhängig von Stationsgrößen umsetzbar, da eine stationsübergreifende Organisationsform möglich ist.
- Fähigkeiten, Wissen und Berufserfahrung der jeweiligen Person können sehr gezielt eingesetzt werden. Dadurch kann die Pflegequalität für die jeweils zugeordnete Patientengruppe / den zugeordneten Bereich gesteigert werden.
- Arbeitsstelle für den Inhaber attraktiv, da er seine beruflichen Schwerpunkte und Interessen verwirklichen kann.

⁸ vgl. Bryant-Lukosius D., DiCenso, A.: A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. In: Journal of Advanced Nursing .2004; 48(5)

Nachteile

- Modell ist nur geeignet für berufserfahrene akademisierte Pflegende
- Es erfordert neben Berufserfahrung und Studium ggf. weitere Spezialisierung (z.B. Fachweiterbildung Onkologie, Weiterbildung als Demenzcoach)
- hohes Maß an Selbstorganisationskompetenz/Identifikation mit Organisationszielen zwingend notwendig
- Gibt es mehrere solcher Stellen im Unternehmen und sind diese sehr unterschiedlich gestaltet, kann dies zu Intransparenz und Akzeptanzproblemen führen.
- Erfordert trennscharfe Festlegung von Aufgaben, Verantwortlichkeiten und ggf. pflegefachlicher Weisungsbefugnis.

4 Trainee-Programm

Während eines Traineeprogrammes werden neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf die unternehmensspezifischen Anforderungen vorbereitet, die sie an ihrem künftigen Arbeitsplatz erwarten. Für die Mitarbeiterbindung stellt das Traineeprogramm eine gute Basis durch sein Qualifizierungs- und Förderungskonzept dar. Trainees, die ihr Unternehmen gut kennen, und die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Bereichen aufgrund der durchlaufenden Jobrotation gut verstehen, können sich eher mit dem Unternehmen identifizieren. Diese persönliche Bindung schafft oftmals eine erhöhte Leistungsbereitschaft und Motivation.

4.1 Ziele des Trainee-Programms

Es gibt zwei Zielrichtungen von Traineeprogrammen: Die erste Zielrichtung verfolgt klassisch die Entwicklung von Führungskräftenachwuchs. Die zweite Zielrichtung ist das Fachtraineeprogramm: es dient dazu, den zukünftigen Arbeitsbereich und die dazugehörigen betrieblichen Schnittstellen und Personen kennenlernen. Das hier beschriebene Programm legt den Schwerpunkt auf das Fachtraineeprogramm.

Während ihres Studiums sind die Studierenden bereits an wissenschaftliches und evidenzbasiertes Arbeiten herangeführt worden; diese Fähigkeit soll mittels Traineeprogramm weiter gefördert und ausgebildet werden. Durch das Trainee-Programm werden die Implementierung und Rollenentwicklung von akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen unterstützt. Dazu gehört zunächst das eigenverantwortliche und kritische Lösen von Aufgaben und Problemen. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Entwicklung der Rolle als Change Agent, der das Team für neue Pflegekonzepte begeistern kann und gemeinsam mit ihm nach neuen Ansätzen sucht. Darüber hinaus sollen die Trainees Möglichkeiten erhalten, sich ein internes und externes Netzwerk auf-

zubauen. Die fachlichen und persönlichen Voraussetzungen werden in einrichtungsinternen Auswahlverfahren festgelegt.⁹

4.2 Verlauf des Trainee-Programms

Der Verlauf eines Trainee-Programms ist in Abbildung 1 und Abbildung 2 dargestellt. Es kann sich in mehrere Praxisphasen gliedern.¹⁰

Traineeprogramm für dual ausgebildete Bachelorabsolventen an Universitätskliniken	
Voraussetzungen:	
→ Dualer Bachelorabschluss in der Gesundheits -und Krankenpflege Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	
Grundlagen	Schwerpunkt
<ul style="list-style-type: none"> ◆ <u>1. Praxiseinsatz</u> ◆ <u>Hospitationen: (Beispiele)</u> <ul style="list-style-type: none"> → Pflegewissenschaft → QM Pflege → Alternativer Stationsbereich (operativ) → Alternativer Stationsbereich (konservativ) → Ambulanz ◆ <u>Projekt</u> Bereich Pflegewissenschaft 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ <u>2. Praxiseinsatz</u> ◆ <u>Hospitationen: (Beispiele)</u> <ul style="list-style-type: none"> → Pflegewissenschaft → Intensivstation → Anästhesie → Operationsbereich ◆ <u>Projekt</u> Bereich Pflegewissenschaft
<ul style="list-style-type: none"> ➔ Feedbackgespräche (Ergebnisprotokoll): Monatlich mit Pflegewissenschaftler (Mentor) ➔ Bewertungen (Formular): Nach jedem Praxiseinsatz durch KPDL Nach jeder Hospitation durch Einsatzort Nach jedem Projekt durch den Projekt-Auftraggeber ➔ Zeugniserstellung: Nach Abschluss des Trainee-Programms erfolgt eine Gesamtbewertung mit Erstellung eines qualifizierten Zeugnisses 	

Abbildung 1: Beispielhafte Struktur eines Traineeprogramms für akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen

Die Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Aufgabenschwerpunkten in verschiedenen Fachgebieten kann einen Beitrag zur Entfaltung der individuellen praktischen Fähigkeiten und Fer-

⁹ vgl. BMWi (Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie) (2012). Fachkräfte sichern – Traineeprogramme. Berlin. URL: <http://www.kluge-koepfe-bewegen.de/he-traineeprogramme.pdf> (Zugriff vom 16.01.2015) Seite 2

¹⁰ vgl. BMWi a.a.O.
Die Dauer eines Traineeprogramms wird in der Publikation zwischen zwölf und 24 Monaten angegeben.

tigkeiten leisten. Darüber hinaus sind in die Praxisphasen Hospitationen integriert, die nach fachsystematischen und persönlichen Interessen mit dem Mentor zusammengestellt werden. Hierdurch soll ein Überblick über verschiedene Schnittstellen und deren Aufgaben entstehen. Die Phasen werden durch ein praxisrelevantes Projekt begleitet.

Idealerweise wird jedem Trainee ein pflegewissenschaftlicher Mentor zur Seite zu gestellt. Während des gesamten Programms erhält der Trainee von Vorgesetzten und Mentor regelmäßige Rückmeldungen in Form von Förder- und Entwicklungsgesprächen. Auch dem Trainee selbst wird die Möglichkeit eingeräumt, Feedback zu äußern und Verbesserungsvorschläge einzubringen.¹¹ Die Trainees werden nach Beendigung des Programms um eine Beurteilung gebeten. Dabei wird mit Hilfe der SWOT-Analyse eine detaillierte Rückmeldung wiedergegeben und persönlich nachbesprochen¹².

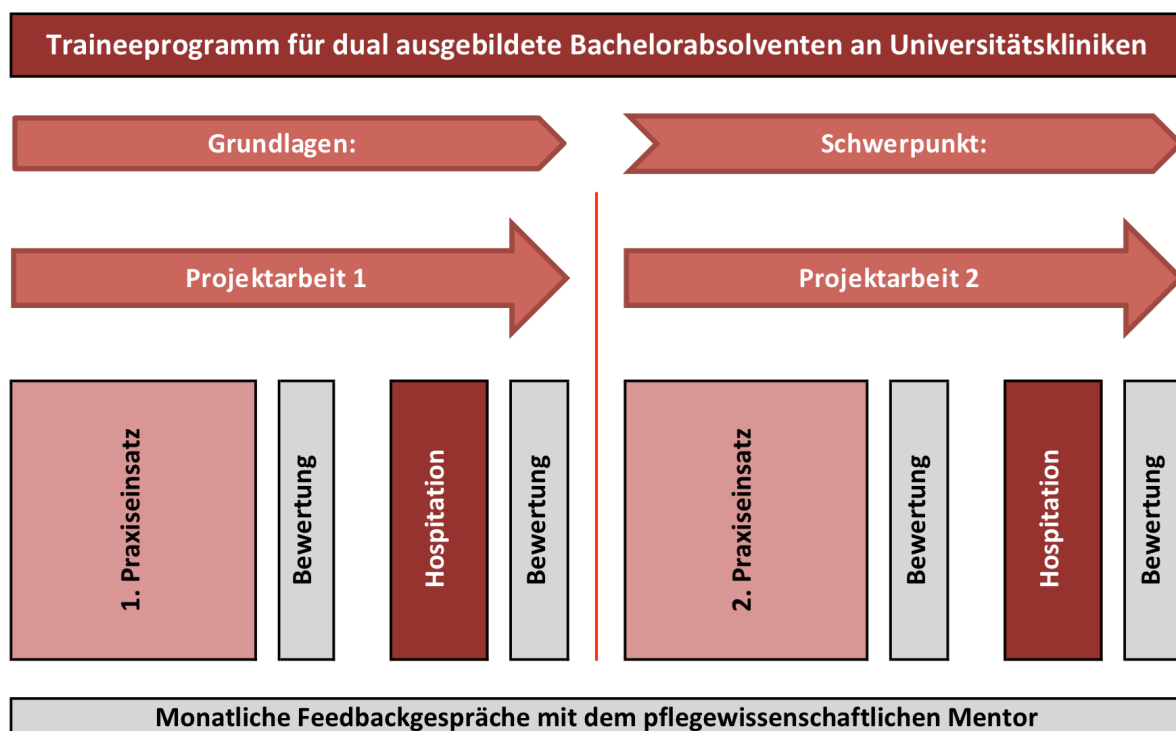


Abbildung 2: Beispiel des Ablaufs eines Traineeprogramms für akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen
Traineeprogramm (Detail)

5 Stellenbeschreibung

Stellenbeschreibungen definieren Aufgaben und Tätigkeiten hinsichtlich ihrer Arbeitsziele und ihrer arbeitsplatzübergreifenden Beziehungen. Sie treffen Aussagen zu Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Stelleninhaber. Als ein Instrument des Personalmanagements stellen sie si-

¹¹ vgl. BMWi (2012): S. 2 ff.

¹² vgl. BMWi (2012): S. 2 ff.

cher, dass die Qualifikationen der Stelleninhaber den Anforderungsprofilen entsprechen. Stellenbeschreibungen umfassen generell neben der Tätigkeitsdarstellung weitere Informationen:

- Informationen über den Stelleninhaber wie Name, Geburtsdatum, Datum der Arbeitsplatzübernahme und Beschäftigungsumfang
- Anlass, aus dem die neue Stellenbeschreibung erstellt wird (Einstellung, Umsetzung, Aufgabenänderung, Tarifvertragsveränderung o.ä.)
- organisatorische Eingliederung des Arbeitsplatzes sowie der Aufgabenkreis
- Befugnisse des Stelleninhabers
- persönliche Qualifikation des Stelleninhabers einschließlich Schul- und Hochschulbildung, Fachprüfung aber auch sonstige Fachkenntnisse, Fähigkeiten und Erfahrungen

Stellenbeschreibungen werden an allen in der Arbeitsgruppe vertretenen Standorten vom Pflegemanagement genutzt. Die vorgefundenen Stellenbeschreibungen weisen uneinheitliche Strukturen auf, die für die Definition des pflegeberuflichen Handlungsfeldes nur eingeschränkt hilfreich waren. Prämissen, Aufbau und Detaillierungsgrad wichen deutlich voneinander ab und erwiesen sich für diesen Auftrag als nicht anschlussfähig.

5.1 Methodik

Die Arbeitsgruppe entschied sich für den vom International Council of Nurses (ICN) vorgeschlagenen Rahmen für pflegeberufliches Handeln (Revised ICN Competencies Framework)¹³. Im ersten Schritt wird dieses Modell kurz vorgestellt und anschließend die mit seiner Hilfe gegliederten Aufgabenprofile für Pflegendе dargestellt.

Das ICN-Modell (Abbildung 3) strukturiert das pflegeberufliche Handlungsfeld systematisch. Von dieser Struktur können Ausgaben- und Tätigkeitsprofile abgeleitet werden. Weiterhin ermöglicht das Modell eine Differenzierung und Operationalisierung der Qualifikationsniveaus. In dem Modell werden die drei Domänen pflegerischen Handelns wie folgt benannt:

1. Grundhaltungen der professionellen Pflege (Professional, Ethical, Legal Practice)
2. Bereitstellen und Steuern pflegerischer Dienstleistungen (Care provision and management)
3. Qualitätsentwicklung (Professional, personal and quality development)

Jede dieser Domänen wird auf der nächsten Ebene in Subdomänen gegliedert. Die Subdomänen der zweiten Domäne „Care Provision And Management“ werden auf einer dritten Ebene in Tätigkeitsfelder gegliedert (Abbildung 3).

¹³ vgl. International Council of Nurses (ICN) (2008): Nursing Care Continuum Framework and Competencies. Genf, ICN, Seite 10

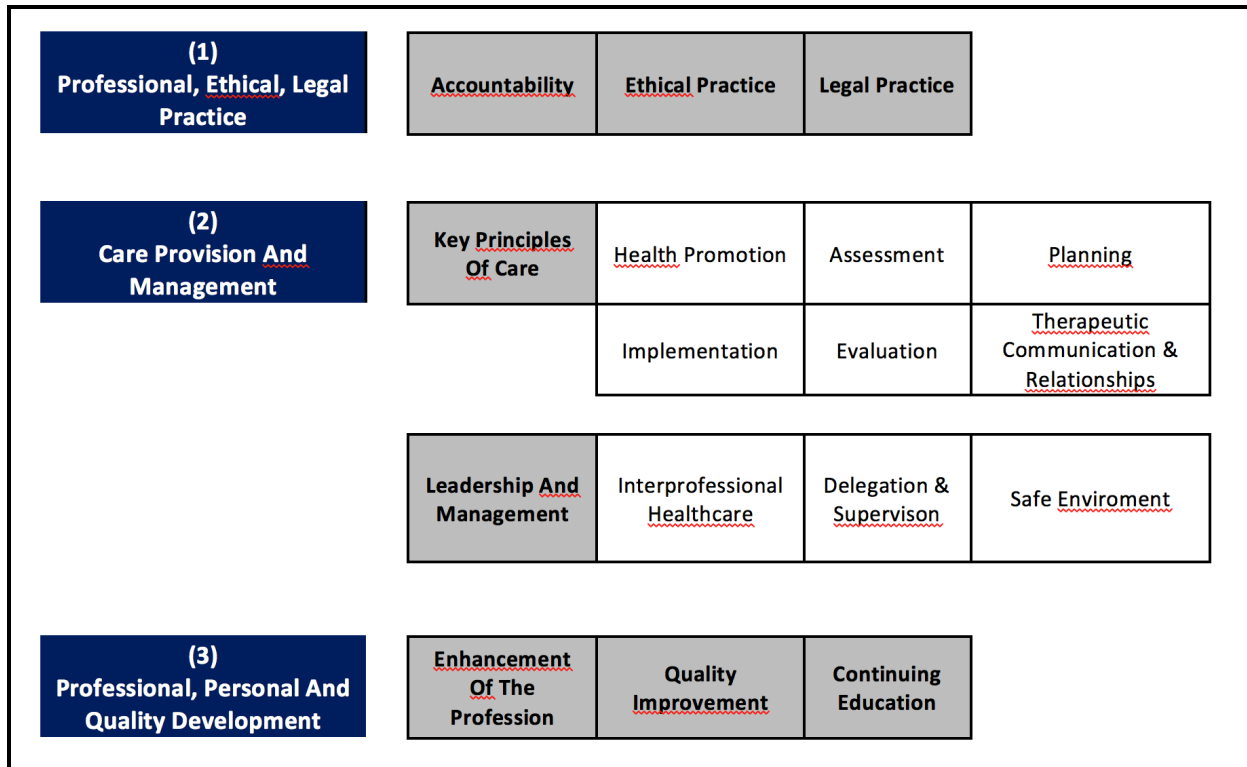


Abbildung 3: Revised ICN Competencies Framework (eigene Darstellung)¹¹

Nationale Verbände wurden vom ICN zur Anpassung des Rahmens für pflegeberufliches Handeln auf den nationalen Kontext aufgefordert¹⁴. Der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) des Landesverbands Steiermark hat dies in einem Projekt getan und 2011 im Ergebnis das Kompetenzmodell für Pflegeberufe in Österreich¹⁵ veröffentlicht. Jede der drei Domänen ist analog zum ICN-Modell in weitere Subdomänen untergliedert.

Unterstützungskraft	Pflegeassistentz	Generalist/in für GuK	Spezialist/in für GuK	Advanced Nurse Practitioner (ANP)
Übernimmt einzelne übertragene Tätigkeiten im Rahmen der Gesundheitsdatenerfassung.	Übernimmt Aufgaben der Gesundheitsdatenerfassung und trägt Daten sowie Informationen für die Zustandsbeurteilung durch Generalist/in, Spezialist/in oder ANP bei.	Sammelt systematisch Daten und Informationen unter Einbeziehung objektiver und subjektiver Daten für die Zustandsbeurteilung.	Sammelt systematisch Daten und Informationen unter Einbeziehung objektiver und subjektiver Daten im Spezialgebiet und ordnet ausgewählte diagnostische Tests und Verfahren für die Zustandsbeurteilung an.	Sammelt systematisch Daten und Informationen unter Einbeziehung objektiver und subjektiver Daten in der erweiterten Praxis, führt Körperuntersuchungen durch und ordnet diagnostische Tests und Verfahren für die Zustandsbeurteilung an.
Kennt die Bedeutung der Informationspflicht bei Veränderungen und meldet diese.	Identifiziert allgemeine, offensichtliche und mögliche Gesundheitsprobleme und erkennt Befunde, die außerhalb der Norm liegen.	Organisiert/ordnet, analysiert, interpretiert Daten verschiedener Quellen kritisch, bildet Hypothesen, prüft diese und stellt Pflegediagnosen.	Organisiert/ordnet, analysiert, interpretiert Daten verschiedener Quellen kritisch, bildet Hypothesen, prüft diese und stellt Pflegediagnosen.	Organisiert/ordnet, analysiert, interpretiert Daten verschiedener Quellen kritisch, bildet Hypothesen, prüft diese und stellt Pflegediagnosen. Wendet erweiterte klinische Beurteilungsfähigkeit und gesichertes Wissen an, um Differentialdiagnosen in komplexen Situationen abzuleiten.
				Entwicklung, Bewertung, Überarbeitung sowie Bereitstellen von Instrumenten, Verfahren und diagnostischer Tests zur Zustandsbeurteilung.

Abbildung 4: Kompetenzmodell für Pflegeberufe in Österreich – Auszug Kernaufgabe Assessment¹⁶

¹⁴ Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) arbeitet derzeit an einer deutschen Version des Framework. Die Version lag hier noch nicht vor und konnte nicht berücksichtigt werden.

¹⁵ vgl. Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (2011): Kompetenzmodell für Pflegeberufe in Österreich. Online im Internet: http://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/Diverses/OEGKV_Handbuch_Abgabeversion.pdf (Zugriff am 21.11.2014) Zugriff am 21.11.2014)

¹⁶ a.a.O. S. 27

In Abbildung 4 wird sichtbar, dass das österreichische Kompetenzmodell, basierend auf dem ICN-Modell, Qualifikationsausprägungen des Pflegeberufes von der Unterstützungskraft bis zum Advanced Nurse Practitioner umfasst.

5.2 Ergebnis

Unter Berücksichtigung des ÖGKV-Modells¹⁷, der vom Deutschen Pflegerat in 2015 veröffentlichten Aufgabenprofile¹⁸ sowie der Vorarbeiten der AG aus 2014¹⁹ wurden hier Bausteine einer Stellenbeschreibung entwickelt, die eine Auswahl pflegeberuflicher Tätigkeiten jeweils den Qualifikationsprofilen Gesundheits- und Krankenpflegerin (DQR 4) sowie Gesundheits- und Krankenpflegerin B.A. | BScN (DQR 6) zuordnen und in Bezug zu den Domänen des ICN-Modells setzen. Die Gliederung des ICN-Modells in Domänen, Subdomänen und Tätigkeitsfelder wurde dabei übernommen. Für die Darstellung wurden die zweite (care provision and management) und dritte (Professional, personal and quality development) Domäne des ICN-Modells ausgewählt (Tabelle 1 - Tabelle 5). Die erste Domäne "Grundhaltungen professioneller Pflege" legt grundsätzliche Regeln und Einstellungen fest, die für alle Vertreter der Berufsgruppe unabhängig vom Qualifikationsgrad gültig sind. Beispiele sind u.a. die Übernahme von Verantwortung innerhalb des Pflegeprozesses und das Bewusstsein für die eigenen Kompetenzgrenzen, der Respekt gegenüber dem Patienten und die Wahrung seiner Würde und Rechte sowie die Berücksichtigung allgemeiner gesetzlicher Vorgaben im Berufskontext. Aufgrund der allgemeinen Bedeutung wird diese Domäne hier nicht weiter operationalisiert.

¹⁷ Die vom ÖGKV gewählten Übersetzungen der Begriffe des ICN-Modells wurden von der Arbeitsgruppe kritisch geprüft und bei Bedarf revidiert.

¹⁸ vgl. Lemke, Andrea, Frauke Leupold, Alexander Pröbstl, Margarete Reinhart, Heinrich Recken & Manfred Hülsken-Giesler Arbeitsfelder akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen. *Pflege & Gesellschaft*, 20 (Ausgabe 1) Seite 91-96

¹⁹ vgl. Grünwald, Matthias, Thomas Christian Hild, Robert Jeske, Silke Langer, Sascha Moullion, Ansgar Rausch, Stefan Reimers & Barbara Strohbücker (2014): Einsatz akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen in der Praxis. Online im Internet: http://www.vpu-online.de/de/pdf/presse/2014-04-10_skillmix_abschlussbericht_final5.pdf (abgerufen am: 08.07.2014)

Domäne: Bereitstellen und Steuern pflegerischer Dienstleistungen (Care provision and management)

Tabelle 1: Subdomäne: Kernbereiche pflegerischen Handelns (Key principles of care)

Tätigkeitsfeld	Tätigkeiten Gesundheits- und Krankenpflegerin (DQR 4)	erweiterte Tätigkeiten Gesundheits- und Krankenpflegerin B.A. BScN (DQR 6)
Assessment (Assessment)	Führt Assessments in Aufnahmesituationen selbstständig aus <ul style="list-style-type: none"> • mit eingeführten Instrumenten (Checklisten) • in teilstrukturierten Interviews 	Wählt angemessene Assessmentinstrumente in hochkomplexen Pflegesituationen aus
		Führt diagnostische Maßnahmen durch wie z. B. <ul style="list-style-type: none"> • Auskultation bei COPD • Sonografie bei PaVK
Planung (Planning)	Definiert den Pflegebedarf selbstständig und erstellt Pflegepläne	Definiert Pflegebedarf in hochkomplexen, nicht regelhaft zu lösenden Pflegesituationen und erstellt Pflegepläne unter Einbezug bester externer Evidenz.
Evaluation (Evaluation)	Evaluiert Pflegepläne und passt Ziele bzw. Maßnahmen an	Evaluiert Pflegepläne in hochkomplexen Situationen unter Einbezug bester externer Evidenz und passt Ziele bzw. Maßnahmen an (bettseitige Fallsteuerung) Bewertet die Güte von Arbeitsergebnissen Dritter Führt Kollegiale Beratung von Pflegefachpersonen eines Teams in Bezug auf Pflegepläne durch.
Interventionen anwenden (Implementation)	Setzt Pflegepläne in komplexen und hochkomplexen Pflegesituationen um (berufliche Aufgaben gemäß KrPflG)	Führt erweiterte Aufgaben aus (Beispiele): <ul style="list-style-type: none"> • Ernährungsmanagement (Mangelernährung und Flüssigkeit, Infusionstherapie, Portsystem etc.) • Beratung bei komplexen Medikamentenregimen • Beratung im komplexen Situationen bei chronischen Erkrankungen (Diabetes, Asthma, Kreislauferkrankungen) • Wundmanagement • Stomatherapie

Tätigkeitsfeld	Tätigkeiten Gesundheits- und Krankenpflegerin (DQR 4)	erweiterte Tätigkeiten Gesundheits- und Krankenpflegerin B.A. BScN (DQR 6)
<p>Gesundheitsförderung (Health promotion)</p>	<p>Trägt Verantwortung für die eigene Gesundheit für die und bei der pflegerischen Behandlung und berücksichtigt hierbei die verschiedenen die Gesundheitsfürsorge betreffenden Determinanten und Leitlinien in ihrer/seiner praktischen Tätigkeit im Klinikum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kooperation und Zusammenarbeit mit der eigenen und anderen Berufsgruppen in der Gesundheits- und Krankenversorgung (Pflege, Ärzte, Physiotherapie, Hygiene, etc.) • Umsetzung geltender Hygieneleitlinien, Pflegeleitlinien, etc. • Beratung und Anleitung von Patienten in gesundheitsförderndem Verhalten 	<p>Führt erweiterte Aufgaben im Rahmen der Gesundheitsfürsorge aus (Beispiele):</p> <ul style="list-style-type: none"> • adaptiert Programme und Leitlinien für spezifische und komplexe Patientengruppen und Pflegesituationen für den individuell benötigten Kontext • Beratung und Anleitung von individuellen, speziellen und komplexen Patienten in gesundheitsförderndem Verhalten • Kollegiale Beratung und Anleitung von anderen Pflegefachpersonen in Bezug auf aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse im Rahmen gesundheitsfördernden Verhaltens • Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen der Gesundheits- und Krankenversorgung im Rahmen der Implementierung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse im Kontext gesundheitsfördernden Verhaltens • identifiziert und interpretiert die für den zu betreuenden Pflegebereich geltenden gesundheits- und sozialpolitischen Vorgaben • plant und implementiert in Zusammenarbeit mit der eigenen Organisation Programme, die dem gesundheitsförderndem Verhalten von Patienten und Pflegenden dienen

Tätigkeitsfeld	Tätigkeiten Gesundheits- und Krankenpflegerin (DQR 4)	erweiterte Tätigkeiten Gesundheits- und Krankenpflegerin B.A. BScN (DQR 6)
Therapeutische Kommunikation und Beziehung	<p>Beginnt, gestaltet und beendet eine therapeutische Beziehungsebene unter Einbeziehung der pflegerischen Situation angemessener Kommunikationskills</p> <ul style="list-style-type: none"> • respektiert eigene und die Grenzen des Patienten • gestaltet Kommunikation vorurteilsfrei, aufmerksam und klar • stellt einen der Situation angemessenen Kommunikationsraum zur Verfügung • interagiert mit den Patienten respektvoll und berücksichtigt dabei seine kulturellen, persönlichen oder familiären Grenzen, sowie gesetzliche Vorgaben im Rahmen der Kommunikation mit und über Patienten • stellt für die betreffende Pflegesituation relevante Informationen zur Verfügung und teilt sie mit der eigenen und anderen Berufsgruppen der Gesundheits- und Krankenbehandlung 	<p>Führt erweiterte Aufgaben im Rahmen der therapeutischen Kommunikation und Beziehungspflege (Beispiele):</p> <ul style="list-style-type: none"> • beginnt, gestaltet und beendet eine therapeutische Beziehungsebene unter Einbeziehung der pflegerischen Situation angemessener Kommunikationskills in hochkomplexen Pflegesituationen • berücksichtigt insbesondere Patienten, deren Erkrankung die Fähigkeit zur Kommunikation maßgeblich beeinflusst • Kollegiale Beratung und Anleitung von anderen Pflegefachpersonen in Bezug auf Kommunikation in herausfordernden, konfliktbehafteten oder komplexen Pflegesituationen

Domäne: Bereitstellen und Steuern von pflegerischen Dienstleistungen

Tabelle 2: Subdomäne: Führen und steuern (ICN: Leadership and Management)

Tätigkeitsfeld	Tätigkeiten Gesundheits- und Krankenpflegerin (DQR 4)	erweiterte Tätigkeiten Gesundheits- und Krankenpflegerin B.A. B.ScN (DQR 6)
Interprofessionelle Zusammenarbeit	Setzt sich aktiv für eine kooperative Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen ein Initiiert und moderiert Fall- und Teambesprechungen	Führt Prozessanalysen durch und entwickelt gemeinsam mit dem Team Vorschläge zur Optimierung der Zusammenarbeit, leitet die Umsetzung und Evaluation
Patientensicherheit	Setzt die vorhandenen Verfahrensanweisungen zur Abwendung von Gefahren konsequent im Pflegeprozess um (u. a. Assessment, Prophylaxen, Patienteninformation) Weist auf Mängel in der Organisation und Patientenversorgung bzw. auf vorzunehmende Änderungen in den Verfahrensanweisungen hin	Führt bei Auftreten von unerwünschten Ereignissen systematische Analysen zur Identifikation von aktuellen und potentiellen Risikofaktoren durch. Wertet Daten zur Erfassung von Risikofaktoren aus (u. a. Dekubitus, Sturz, CIRS, Infektion, verlängerte Verweildauer, ungeplante Wiederaufnahmen) Erarbeitet mit dem Team Vorschläge zur Optimierung, leitet die Entwicklung oder Anpassung von Verfahrensanweisungen sowie die Umsetzung und Evaluation
Erweiterte Aufgaben Delegation pflegerischer Aufgaben und Supervidierung	Übernimmt im Rahmen der Verfahrensanweisung definierten Vorgaben ärztliche Aufgaben. Weist auf kritische Grenzsituationen hin. Überprüft die Möglichkeit der Delegation von pflegerischen Aufgaben an Mitglieder des Teams mit geringerer Ausbildung und entscheidet nach Kompetenz und Patientensituation. Überzeugt sich von der korrekten Durchführung delegierter Aufgaben, gibt konstruktives Feedback	Entwickelt gemeinsam mit dem Team Vorgaben für die Übernahme ärztlicher Aufgaben sowie die Delegation pflegerischer Aufgaben weiter, leitet die Entwicklung oder Anpassung von Verfahrensanweisungen sowie die Umsetzung und Evaluation

Domäne: Qualitätsentwicklung (Professional, personal and quality development)

Tabelle 3: Subdomäne: Qualitätsverbesserung (Quality improvement)

Tätigkeitsfeld	Tätigkeiten Gesundheits- und Krankenpflegerin (DQR 4)	erweiterte Tätigkeiten Gesundheits- und Krankenpflegerin B.A. B.ScN (DQR 6)
Evidenzbasierung pflegerischer Maßnahmen	Reflektiert pflegerische Methoden vor dem Hintergrund der Evidenzbasierung und diskutiert dies im Team Beteiligt sich an der systematischen Umsetzung und Weiterentwicklung von Verfahrensanweisungen, Formularen und Standards	Überprüft vorhandene Verfahrensanweisungen, Formulare, Standards und Abläufe in Bezug auf die wissenschaftliche Fundierung und passt diese bei Bedarf in Absprache mit dem Team an Entwickelt nach Stand wissenschaftlicher Erkenntnis neue Verfahrensanweisungen, Formulare, Standards Entwickelt Methoden zur Umsetzung von Leitlinien und Standards der Fachgesellschaften (u. a. DNQP), leitet die Umsetzung und evaluiert diese
Umsetzung neuer Erkenntnisse in die Pflegepraxis	Arbeitet aktiv an Projekten zur Weiterentwicklung der Pflegepraxis mit	Plant, moderiert und leitet Projekte zur Weiterentwicklung der Pflegepraxis
Entwicklung neuer pflegerischer Angebote	Bringt Ideen für die Weiterentwicklung ein	Entwickelt auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie organisationsbezogener Erfordernisse gemeinsam mit dem Team neue pflegerische Angebote (z. B. Schulung von Patienten und Angehörigen) und evaluiert diese

Domäne: Qualitätsentwicklung (Professional, personal and quality development)

Tabelle 4: Subdomäne: Weiterentwicklung der Profession (Enhancement of the profession)

Tätigkeitsfeld	Tätigkeiten Gesundheits- und Krankenpflegerin (DQR 4)	erweiterte Tätigkeiten Gesundheits- und Krankenpflegerin B.A. B.ScN (DQR 6)
Öffentlichkeitsarbeit	Beteiligt sich aktiv an der Darstellung von Projekten zur Weiterentwicklung der Pflegepraxis (z. B. im Rahmen des Internationalen Tags der Pflege, auf Kongressen)	Berät bei der Darstellung von Projekten, hilft bei der Umsetzung oder führt diese selbst aus (z. B. im Rahmen des Internationalen Tags der Pflege, auf Kongressen)
Berufspolitik	Vertritt eine eigene Meinung in Bezug auf aktuelle berufspolitische Themen und vertritt diese souverän innerhalb des Teams, der Abteilung	Initiiert, moderiert, leitet Diskussionen zu aktuellen berufspolitischen Themen, sowohl innerhalb des Teams, der Abteilung oder des gesamten Klinikums sowie nach extern

Domäne: Qualitätsentwicklung (Professional, personal and quality development)

Tabelle 5: Subdomäne: Lebenslanges Lernen (Continuing education)

Tätigkeitsfeld	Tätigkeiten Gesundheits- und Krankenpflegerin (DQR 4)	erweiterte Tätigkeiten Gesundheits- und Krankenpflegerin B.A. B.ScN (DQR 6)
Klinische Expertise	Teilnahme an berufsbezogener Fortbildung	<ul style="list-style-type: none"> • Auswahl von Themen für teaminterne Fortbildungen • Vorbereitung und Durchführung teaminterne Fortbildungen • Mitarbeiter bei Beratungsgesprächen supervidieren
Kollegiale Beratung	Teilnahme an kollegialer Beratung	Initiierung von Leitung kollegialer Beratung
Umsetzung neuer Erkenntnisse in die Pflegepraxis	Beteiligt sich aktiv an fachlichen Diskursen zur Weiterentwicklung der Pflegepraxis (z. B. Pflegevisiten, Fallbesprechungen, Journal Clubs)	Plant, moderiert und leitet Foren für den fachlichen Diskurs zur Weiterentwicklung der Pflegepraxis (z. B. Pflegevisiten, Fallbesprechungen, Journal Clubs)

6 Fragestellungen für die wissenschaftliche Begleitung

Während es im Bereich des Managements, der Pädagogik und der Wissenschaft schon seit den 1990er Jahren Studiengänge gibt, ist die Akademisierung von Pflegefachkräften für die unmittelbare Patientenversorgung eine neue Entwicklung. Es gibt im deutschen Raum keine Vorerfahrungen in Bezug auf den Einsatz von akademischen Pflegefachkräften und die Veränderungen im Praxisfeld können nicht vorausgesagt werden. Daher ist die wissenschaftliche Evaluation von besonderer Bedeutung.

Zunächst steht im Vordergrund, **Faktoren für das Gelingen der Integration** von akademischen Pflegefachkräften sowie mögliche Hindernisse zu identifizieren. Fragestellungen können hier u.a. sein:

- Welche Erwartungen haben die traditionell ausgebildeten und welche die akademisch ausgebildeten Pflegefachkräfte an die neue Zusammenarbeit? Werden diese Erwartungen erfüllt?
- Können die akademisch ausgebildeten Pflegefachkräfte das im Studium erworbene Wissen anwenden (z.B. zur Beschreibung und Analyse von komplexen Sachverhalten sowie bei der Auswahl und Anwendung von neuen Interventionen)?
- Kommt es zu einem fachlich-inhaltlichen Austausch zwischen den traditionell und akademisch ausgebildeten Pflegefachkräften? Wie wird dieser initiiert und gestaltet und von beiden Gruppen bewertet?
- Wie erfolgt die Arbeitsteilung zwischen pflegerischen Kollegen und Vertretern anderer Berufsgruppen? Entwickelt sich ein offener, kollegialer Aushandlungsprozess – oder entstehen Konflikte? Welche Lösungsansätze werden ggf. gewählt?
- Welche Strukturen können den Integrationsprozess unterstützen? (Beispiele: Teambesprechungen, Mentor, Plattform für den Austausch von Wissen – z. B. Newsletter, Journal Club etc.)
- Wie viele akademische Pflegekräfte sollten optimaler Weise auf einer Station eingesetzt werden, um eine nachhaltige Veränderung zu bewirken?

In einem nächsten Schritt werden **qualitative Veränderungen** im Pflegeprozess, der Ablauforganisation und der kollegialen Zusammenarbeit von Interesse sein. Beispiele sind hier u. a.:

- Übernehmen die akademischen Pflegefachkräfte erweiterte Aufgaben (u. a. Patientenedukation, Fallmanagement, kollegiale Beratung) und wie wird diese Erweiterung der Pflegepraxis von den traditionell ausgebildeten Pflegefachkräften und anderen Berufsgruppen (z.B. ärztlicher Dienst) bewertet?

- Wenden die akademisch ausgebildeten Pflegefachkräfte neue Methoden an (Critical Thinking, Evidenzbasierung von Pflegeinterventionen etc.)?
- Regen die akademischen Pflegefachkräfte Veränderungen bezüglich der Ablauforganisation und inhaltlichen Gestaltung von Pflege an und wenn ja, welche sind das? Damit verbunden ist die Frage, ob diese Vorschläge auch angenommen werden.

Schließlich sollten patientenbezogene Outcomes gemessen werden, die durch den Einsatz akademischer Pflegefachkräfte (und deren Anwendung wissenschaftlich basierter Methoden) zurückzuführen sind. Daten aus der Routineversorgung können hier mit einfließen. Mögliche Erfolgsindikatoren können sein:

- Nutzung vorhandener Leistungen bzw. Unterstützungsmöglichkeiten (z. B. Reha Maßnahmen, Ernährungsberatung, Patientenedukation, Kontakt zu Selbsthilfegruppen)
- Patientensicherheit: Medikamentenmanagement, Infektionen, Stürze, Dekubiti, Anzahl der Fixierungen; Morbidität – Infektionen, Stürze, Thrombosen, Pneumonien; Mortalität
- Verweildauer auf Intensiv- und Allgemeinstation, Anzahl und Ursachen ungeplanter Wiederaufnahmen
- Selbstpflegekompetenzen: Mobilität, Umgang mit Hilfsmitteln, Einschätzen von krankheits- oder therapiebedingten Risiken, Entscheidungen treffen (z. B. wann muss ich den Arzt anrufen?)
- Therapietreue, v. a. bei chronischer Erkrankung
- Wohlbefinden: Schmerzinzidenz, -prävalenz, Übelkeit, Atemnot, Erschöpfung, Stress, Angst

7 Akademische Qualifizierung erfahrener Pflegefachpersonen

Die ersten Absolventen der berufsqualifizierenden BA-Studiengänge münden in die Berufspraxis ein. Das hier vorgeschlagene neue Aufgaben- und Tätigkeitsprofil impliziert, dass durch und mit den Absolventen Veränderungen der Versorgungs- und Pflegepraxis im Sinne einer Verbesserung der Patientenversorgung bewirkt werden sollen. Diese Erwartungen stützen sich, zumindest in den ersten Jahren, auf Pflegefachpersonen, die naturgemäß noch nicht über eine elaborierte Berufserfahrung verfügen. Ohne die Erkenntnisse der Expertiseforschung an dieser Stelle ausführlich zu explizieren, wird deutlich, dass diese Konstellation mit nicht geringen Gefahren verbunden ist.

7.1 Möglichkeiten der Nachqualifikation

Ließe man in der Situation das Wissen und die Erfahrung von langjährig im Beruf tätigen Pflegefachpersonen ohne eine akademische Qualifikation links liegen, würden man diesen wichtigen Personenkreis nicht an dem Gelingen des Veränderungsprozesses beteiligen und sie von der

Weiterentwicklung der Pflegeberufe abkoppeln. Ein probates Gegenmittel für die Problemlage ist darin zu sehen, langjährig berufserfahrenen Pflegefachpersonen ohne akademischen Abschluss eine entsprechende Nachqualifizierung und damit den Erwerb eines akademischen Grades zu ermöglichen.

Dieser Personenkreis müsste in gemeinsamen Teams mit den akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen eingesetzt werden. Hierdurch ließe sich die Verzahnung und der Transfer von Wissen und Erfahrung beschleunigen und die erwarteten Erfolge des Veränderungsprozesses absichern. Gleichzeitig würde mit der nachträglichen akademischen Qualifizierung schneller eine notwendige kritische Menge der Qualifikationsinhaber erreichen, die erforderlich sein wird, um den Patienten die mit den veränderten Aufgaben- und Tätigkeitsprofilen verbundenen Leistungen kontinuierlich zukommen lassen zu können.

Aus diesem Grund sollten die Universitätskliniken die Frage dringend beantworten, wie sie langjährig berufserfahrenen Pflegefachpersonen ohne akademischen Abschluss eine entsprechende berufsbegleitende Nachqualifizierung und unter Anrechnung ihrer Bildungsleistungen ermöglichen kann. Hierzu sollten auch die internen Instrumente der Personalentwicklung genutzt werden.

Erste auf diese Zielgruppe zugeschnittene und klinisch orientierte Studiengänge sind bereits seit einiger Zeit auf dem Bildungsmarkt. Der Bachelorstudiengang Innovative Pflegepraxis des Departements Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke²⁰ kann hier als Modell genannt werden. Weitere Studiengänge sind derzeit in der Entwicklung. Allerdings kann noch nicht von einem flächendeckenden Angebot gesprochen werden.

7.2 Management heterogener Qualifikationsmuster

In den Pflegeberufen haben sich Weiterbildungslehrgänge mit Kompetenzniveaus oberhalb der Berufsausbildung etabliert²¹. Die Auftraggeber stellen an die AG den Auftrag, die Weiterbildungen bei dem zu erarbeitenden Leitfaden mit zu bedenken. Dieser Bestandteil des Auftrags kann in zwei Richtungen verstanden werden.

Ein mögliches Verständnis wäre, probate Mittel gegen eine Abwertung der herkömmlichen Weiterbildungsabschlüsse durch die akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen zu benennen. Eine andere Sichtweise wäre, in den Pflegefachpersonen mit Weiterbildungsabschluss einen Pool für eine, aufgrund des geringeren formalen Unterschieds beim Kompetenzniveau schnelle und unkomplizierte, Nachqualifikation für den akademischen Grad des Bachelor zu sehen.

²⁰ vgl. Universität Witten/Herdecke (2015): Bachelorstudiengang Innovative Pflegepraxis. Online im Internet: <http://www.uni-wh.de/gesundheits/pflegewissenschaft/bachelorstudiengang-innovative-pflegepraxis/> (aufgerufen am 20.05.2015)

²¹ vgl. zu aktueller Entwicklung der Weiterbildung in den Pflegeberufen: Grünewald, Matthias, Annette Nauerth, Dietmar Stolecki & Lothar Ullrich (2010): Aktualisierung der Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung Intensivpflege und Anästhesie in Nordrhein-Westfalen. intensiv, 18 (Ausgabe 6) Seite 304-313

Beiden Verständnissen sind die Suche nach einer Vergleichbarkeit der auf verschiedenen Niveaus des Deutschen Qualifikationsrahmens²² liegenden Abschlüsse gemeinsam. Der Vergleich der Abschlüsse kann dabei entweder aus der Perspektive der Pflegefachpersonen oder des Personalmanagements betrachtet werden. Kann es bei der ersteren auch um ein Ranking von Wertschätzung, Prestige und pekuniären Vorteilen gehen, so stellt die zweite den optimalen Einsatz der Qualifikationen im Versorgungsprozess in den Mittelpunkt.

An dieser Stelle wird die Auffassung vertreten, dass eine eindimensionale Sichtweise, die Qualifikationen nur mit den DQR-Niveaus hierarchisiert, zu missverständlichen Ergebnissen kommen muss und in die Irre läuft. Ein differenziertes Verständnis der Qualifikationen ergibt sich erst, wenn neben dem Qualifikationsniveau die Unterscheidung zwischen generalistischen und spezialisierenden Profilen sowie das umgebende Bildungssystem mitgedacht werden. In

werden die drei Elemente Niveau, Spezialisierungsgrad und Bildungssystem in einen Zusammenhang gebracht.

Die Ausbildungen verfolgen bereits heute, unabhängig vom berufsbildenden oder hochschulischen Bildungssystem, ein generalistisches Qualifikationsziel²³. Dagegen liegen die Begründungen für die Spezialisierung durch Fachweiterbildungen an den hochspezialisierten Versorgungsbedarfen, wie z. B. in den Feldern der Intensivpflege oder der onkologischen Pflege, sowie den Rollen, die die Pflegenden in den Feldern übernehmen²⁴.

Das Äquivalent zu den Fachweiterbildungen auf der Ebene der hochschulischen Bildungsgänge stellen klinische Masterstudiengänge dar, die in Deutschland noch nicht flächendeckend entwickelt und angeboten werden. Die Entwicklung solcher Studiengänge steht derzeit am Anfang. Ihre Etablierung würde jedoch auch im internationalen Vergleich idealerweise eine Normalisierung der Bildungswege bedeuten. Da dieses Arbeitspapier die Frage der Einmündung der Absolventen der berufsqualifizierenden Bachelor-Studiengänge thematisiert, müssen die vielfältigen Fragestellungen der Spezialisierungen, auch in Bezug auf den Zuschnitt der Aufgaben- und Tätigkeitsprofile, hier vernachlässigt werden.

²² vgl. Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen (AK DQR) (2011): Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen. Online im Internet: <http://www.deutscherqualifikationsrahmen.de> (abgerufen am: 26.11.2013)

²³ Ein Beleg hierfür findet sich bereits im Krankenpflegegesetz von 2003 in § 3 Abs. 1: [...] die unterschiedlichen Pflege- und Lebenssituationen sowie Lebensphasen [...] zu berücksichtigen.

²⁴ vgl. International Council of Nurses (2009): ICN Framework of Competencies for the Nurse Specialist. ICN, Genf, Seite 8

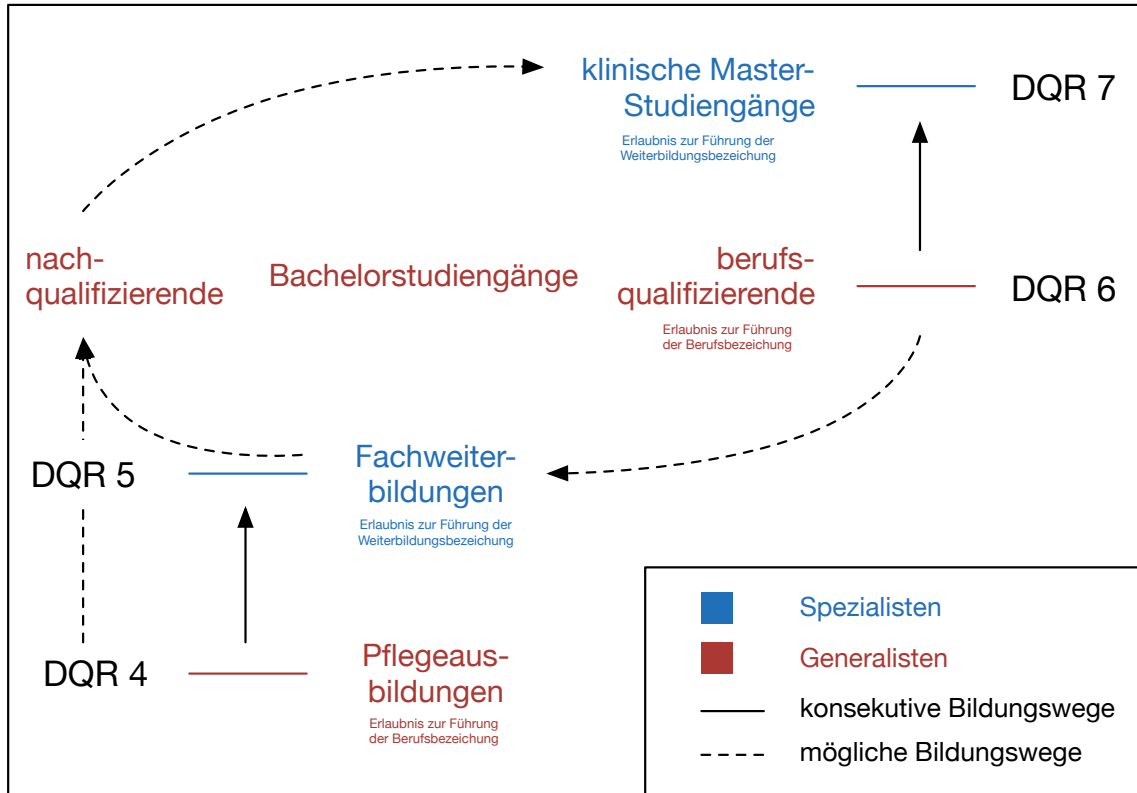


Abbildung 5: Qualifikationsniveaus und -wege, Spezialisierungsgrade

An dieser Stelle wird im Hinblick auf die Eingangsfrage empfohlen, den generalistischen und den spezialisierenden Qualifikationsstrang in der Diskussion zu trennen. Der Fokus der Betrachtung wird aus diesem Grund auf die generalistisch ausgerichteten Ausbildungsgänge gelegt.

Allerdings seien hier einige Hinweise zu den Folgen einer länger anhaltenden Diversität der Bildungswege in den Pflegeberufen erlaubt. Wie in Abbildung 5 angedeutet, sind verschiedenste, und bei weitem nicht immer konsequent verzahnte individuelle Bildungswege über viele Jahre zu erwarten. So könnten Absolventen berufsqualifizierender Bachelor-Studiengänge in Ermangelung entsprechender hochschulischer Angebote Teilnehmer an Fachweiterbildungen im Feld der beruflichen Bildung werden. Ebenso könnten Fachpflegende nachqualifizierende, generalistisch ausgerichtete Bachelor-Studiengänge absolvieren. So wird auch in Zukunft in den Pflegeberufen mit zunehmend heterogenen Qualifikationsmustern gerechnet werden müssen.

8 Fazit und Ausblick

Die hier vorgestellten Modelle und Implementierungsstrategien für den Einsatz akademisch ausgebildeter Pflegefachkräfte in der Praxis sollen denjenigen als Entscheidungshilfe dienen, die Veränderungsprozesse initiieren, verantworten und mitgestalten. Ziel ist es, das Potential der neuen BachelorabsolventInnen für die Weiterentwicklung der Pflegepraxis optimal zu nutzen. Der Einsatz akademischer Pflegepraktiker unterstützt den umfassenden Transformationsprozess der Pflege, der eine bessere Systematisierung, höhere Effektivität und Effizienz sowie wissenschaftliche Begründung bei gleichzeitiger Ausrichtung an den individuellen Pflegebedürfnissen im Sinne der Evidence Based Practice erzielen soll.

Dieser Transformationsprozess ist als langfristige Entwicklung zu verstehen. Er sollte nicht mit zu hohen Erwartungen an kurzfristige Effekte überfrachtet, sondern als eine strategische Ausrichtung verstanden werden. Aktuell geht es darum, die Übergänge möglichst optimal zu gestalten und den Anschluss an internationale Entwicklungen zu bahnen. Dabei wird es eine wichtige Aufgabe sein, die sich stark heterogen entwickelnden Qualifikationsprofile synergistisch aufeinander abzustimmen und in einem Gesamtgefüge sinnvoll zu strukturieren. Die dreijährige Ausbildung wird in der Gesundheits- und Krankenpflege weiterhin den Schwerpunkt bilden. Doch muss auch diese anschlussfähig an die neuen Entwicklungen werden.

Die Integration von akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen im Krankenhausbetrieb kann auf unterschiedliche Weise erfolgen. Wir haben bewusst verschiedene Modelle vorgestellt, weitere Ansätze sind denkbar. Die Entscheidung für ein Modell ist abhängig von den jeweiligen Anforderungen und Rahmenbedingungen vor Ort. Die weitere Konkretisierung von Aufgabenprofilen wird abhängig sein von den Pflegebedarfen und -bedürfnissen der Patientengruppen sowie von den Erfordernissen der Organisation.

Die Veränderungsprozesse sollten sorgfältig beschrieben, dokumentiert und analysiert werden, um Erfolgs- und Risikofaktoren frühzeitig zu identifizieren. Die Transformation ist mit vielen Chancen – aber auch Risiken behaftet.

Trifft man in diesem Kontext die Entscheidung, akademisierte Pflegefachpersonen in den beschriebenen Organisationsmodellen einzusetzen, ist es sinnvoll, neben den zu erwartenden, langfristigen Synergieeffekten auch Effekte zu bedenken, die Szenarien des Scheiterns begünstigen. Um zu vermeiden, dass die Organisation im tradierten Pflegemodell verharrt und nicht in der Lage ist, den notwendigen Veränderungsprozess konsequent zu gestalten, ist ein klar strukturierter Organisationsveränderungs- oder Entwicklungsprozess zwingend notwendig. Dieser Prozess muss, um von der Akzeptanz der Pflegenden, aber auch der der anderen Behandlungspartner im Krankenhausalltag zu profitieren, unter Einbeziehung der Leitung aller beteiligten Fachabteilungen gestaltet werden.

Besonders in der langfristigen Implementierungsphase haben es die Kliniken mit einem Nebeneinander des bereits etablierten traditionellen Pflegeprozesses und dem gewählten Organisationsmodell des Einsatzes der BachelorabsolventInnen zu tun. Hierbei ist zu berücksichtigen,

dass es zu Reibungsverlusten oder Spaltung bestehender Stationsteams durch mangelnde Akzeptanz der akademisierten Fachpflegepersonen sowohl durch die eigene, als auch durch anderen Berufsgruppen im Behandlungsprozess kommen kann. Genauso denkbar ist es, dass die eingesetzten BachelorabsolventInnen durch die tradierten Strukturen, aber auch durch die zu bewältigenden Arbeitsmengen und Rollenerwartungen, die an Pflegende gleich welcher Qualifikation gestellt werden, aufgesogen werden und so ihre Leistungen und Effekte im Rahmen der pflegerischen Betreuung nicht erbringen können.

Nicht zuletzt ist ein direkter Dialog mit den Hochschulen erforderlich, um gemeinsam an der Konturierung der Kompetenz- und Aufgabenprofile zu arbeiten und die Ausbildungsinhalte sowie Praxiseinsätze entsprechend auszurichten. Um die dafür erforderlichen Rahmenbedingungen langfristig auszugestalten, ist die Kommunikation mit politischen Entscheidungsträgern notwendig. Sie müssen die Rolle und Bedeutung der Pflege in der sich verändernden Gesundheitsversorgung verstehen, um die Transformationsprozesse zu unterstützen.

9 Literaturverzeichnis

- Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen (AK DQR) (2011): Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen. Online im Internet: <http://www.deutscherqualifikationsrahmen.de> (abgerufen am: 26.11.2013)
- Benner, P. (2012). Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. 2. vollst. überarb. u. erg. Aufl. Bern, Hans Huber
- Bienstein, C., H. Mayer (2014). "Nachts im Krankenhaus." Die Schwester/Der Pfleger 5/2014: S. 428 ff.
- BMWi (Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie) (2012). Fachkräfte sichern – Traineeprogramme. Berlin. URL: <http://www.kluge-koepfe-bewegen.de/he-traineeprogramme.pdf> (Zugriff vom 16.01.2015)
- Bryant-Lukosius D., DiCenso, A.: A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. In: Journal of Advanced Nursing .2004; 48(5)
- Feuchtinger, J. (2014). "Integration von akademisch ausgebildeten Pflegenden." CNE Fortbildung 04/2014
- Grünewald, Matthias, Annette Nauwerth, Dietmar Stolecki & Lothar Ullrich (2010): Aktualisierung der Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung Intensivpflege und Anästhesie in Nordrhein-Westfalen. intensiv, 18 (Ausgabe 6) Seite 304-313
- Grünewald, Matthias, Thomas Christian Hild, Robert Jeske, Silke Langer, Sascha Moullion, Ansgar Rausch, Stefan Reimers & Barbara Strohbücker (2014): Einsatz akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen in der Praxis. Online im Internet: http://www.vpu-online.de/de/pdf/presse/2014-04-10_skillmix_abschlussbericht_final5.pdf (abgerufen am: 08.07.2014)
- International Council of Nurses (ICN) (2008): Nursing Care Continuum Framework and Competencies. ICN, Genf
- International Council of Nurses (2009): ICN Framework of Competencies for the Nurse Specialist. ICN, Genf
- Jochem, R. (2010). Prozessmanagement: Strategien, Methoden, Umsetzung. S.66-67
- Lemke, Andrea, Frauke Leupold, Alexander Pröbstl, Margarete Reinhart, Heinrich Recken & Manfred Hülsken-Giesler Arbeitsfelder akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen. Pflege & Gesellschaft, 20 (Ausgabe 1) Seite 91-96
- Manthey, M. (2011). Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem. Bern, Hans Huber. 3. überarb. u. erg. Auflage
- McCormack, B., K. Manley, A. Kitson, A. Titchen, G. Harvey (1999). "Towards practice development - a vision in reality or a reality without vision?" Journal of Nursing Management (7): S. 255-264.
- Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (2011): Kompetenzmodell für Pflegeberufe in Österreich. Online im Internet: http://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/Diverses/OEGKV_Handbuch_Abgabeversion.pdf (Zugriff am 21.11.2014)Zugriff am 21.11.2014)

Rüedi, E. (2011). "Die Integration der Pflegeexpertinnen in die Strukturen des universitären Pflegedienstes am Inselspital Bern". In: Käppeli, S. (Hrsg.): Pflegewissenschaft in der Praxis. Eine kritische Reflexion. Bern, Hans Huber: S. 90-106.

Wissenschaftsrat (2012). Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. URL: <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf> (Zugriff vom 03.03.2014)

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Subdomäne: Kernbereiche pflegerischen Handelns (Key principles of care)	17
Tabelle 2: Subdomäne: Führen und steuern (ICN: Leadership and Management).....	20
Tabelle 3: Subdomäne: Qualitätsverbesserung (Quality improvement).....	21
Tabelle 4: Subdomäne: Weiterentwicklung der Profession (Enhancement of the profession)	22
Tabelle 5: Subdomäne: Lebenslanges Lernen (Continuing education).....	22

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Beispielhafte Struktur eines Traineeprogramms für akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen.....	12
Abbildung 2: Beispiel des Ablaufs eines Traineeprogramms für akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen Traineeprogramm (Detail)	13
Abbildung 3: Revised ICN Competencies Framework (eigene Darstellung) ¹¹	15
Abbildung 4: Kompetenzmodell für Pflegeberufe in Österreich – Auszug Kernaufgabe Assessment	15
Abbildung 6: The PEPPA framework: a participatory, evidence-based, patient- focused process for advanced practice nursing (APN) role development, implementation, and evaluation...32	

10 Anhang

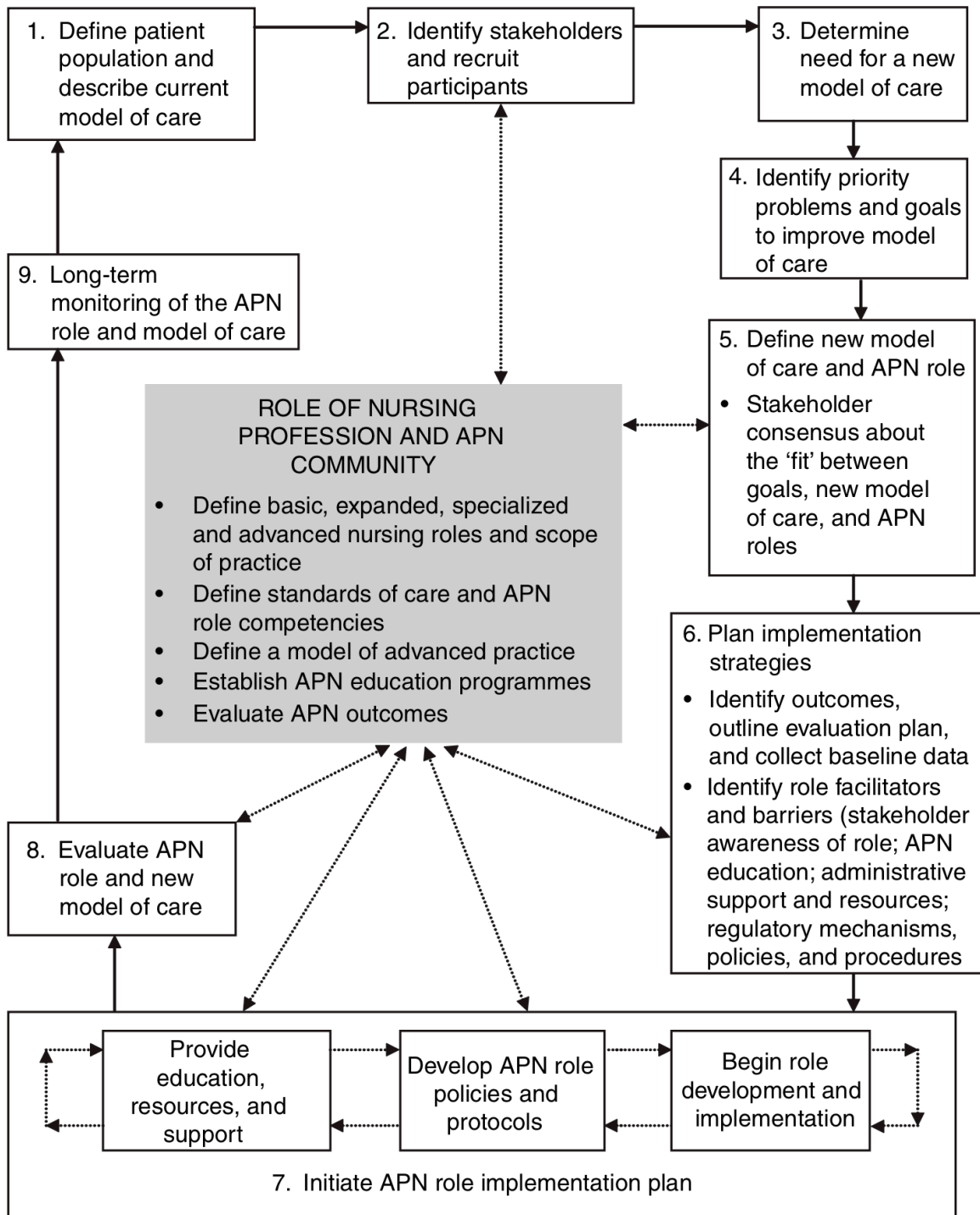


Abbildung 6: The PEPPA framework: a participatory, evidence-based, patient- focused process for advanced practice nursing (APN) role development, implementation, and evaluation²⁵

²⁵ Bryant-Lukosius, Denise; DiCenso, Alba (2004): A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. Journal of Advanced Nursing, 48(5), 530-540