



**Aufgabenprofile akademisch
qualifizierter Pflegefachpersonen**

**Empfehlungen der
Arbeitsgruppe der Ausbildungsinitiative Pflege**

(2019 - 2023)

Moderation: Diakonie Deutschland

Inhalt

Zusammenfassung.....	3
1. Einleitung.....	5
2. Zielsetzung und Aufgabenbeschreibung durch die „Ausbildungsoffensive Pflege“ (2019 –2023).....	7
3. Aufgaben akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen nach dem Pflegeberufgesetz	8
4. Prognostizierter Bedarf akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen und aktuelle Studierendenzahlen	12
5. Schlüsselbegriffe für Aufgabenprofile akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen	13
5.1 Konkreteion eines wissenschaftsbasierten bzw. -orientierten Arbeitens – kritische Reflexion und Weiterentwicklung der Pflegepraxis	14
5.2 Hochkomplexe Pflegesituationen.....	16
5.3 Fallverantwortung akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen	19
Exkurs: Selbstständige und eigenverantwortliche Heilkundenausübung als Aufgabe akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen	20
6. Integration akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen in Betriebsorganisationen und Betriebsabläufe	21
6.1 Leitungsverantwortung und Beteiligung der Mitarbeitenden	21
6.2 Leitfragen für den Einsatz von akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen in spezifischen Einsatzbereichen	23
7. Einsatzbeispiele aus verschiedenen pflegerischen Versorgungsbereichen	26
7.1 Settingunabhängige Aufgaben der direkten und indirekten Pflege	27
7.2 Praxisbeispiele aus unterschiedlichen Versorgungsbereichen.....	29
7.2.1 Praxisbeispiel Pflege im Akutkrankenhaus.....	29
7.2.2 Praxisbeispiel Ambulante Pflege	31
7.2.3 Praxisbeispiel Stationäre Langzeitpflege.....	32
7.2.4 Praxisbeispiel Primärversorgung	34
8. Fazit und Ausblick.....	35
Anmerkungen.....	37
Mitwirkende	40
Literatur	41
Anhang: Sondervotum des BeKD e.V.	45

Zusammenfassung

Der Bedarf an einer wissenschaftlich fundierten Pflege ist für eine sichere und qualitative Versorgung von pflegebedürftigen Menschen von hoher Bedeutung. Während andere Länder diesen Bedarf frühzeitig erkannt haben, hat sich auch Deutschland mit dem Pflegeberufegesetz (PflBG) 2020 entschieden, eine wissenschaftsbasierte Pflege gezielt zu fördern. Die gewonnenen Erkenntnisse der Pflegewissenschaft sollen in die pflegerische Praxis einfließen.

Die vorliegenden Empfehlungen zu Aufgabenprofilen akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen richten sich an die Pflegeverantwortlichen in allen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, die dafür Sorge zu tragen haben, akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen in die direkte Pflegepraxis einzubeziehen.

Die Empfehlungen beschreiben Aufgabenprofile für eine personennahe Pflege akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen. Sie geben Anregungen zur Klärung der Frage, welche Aufgaben akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen übernehmen sollen. Die Ausführungen konzentrieren sich auf den primärqualifizierenden Bachelorstudiengang nach dem Pflegeberufegesetz mit der Berufsbezeichnung Pflegefachmann/Pflegefachfrau und haben das Ziel, die akademische Kompetenz der Absolventinnen und Absolventen optimal für die Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf zu nutzen. Die Empfehlungen sind von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe als Maßnahme zur Umsetzung der Vereinbarungen der Ausbildungsoffensive Pflege (2019 - 2023) erarbeitet worden.

Akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen fördern den Transfer wissenschaftsbasierter Erkenntnisse in die alltägliche Pflegepraxis und beziehen sie in ihre praktischen Lösungsansätze ein. Gleichzeitig entwickeln sie aus reflektierten Versorgungssituationen empirische Forschungsfragestellungen. Die Integration akademischer Kompetenz in die personennahe Pflege bedeutet wegen der ergänzenden wissenschaftsbasierten Kompetenz einen Mehrwert für Menschen mit Pflegebedarf in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen.

Die Einbeziehung hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen in einen erweiterten Personalmix ergänzt die pflegerische Versorgung um eine wissenschaftsbasierte Handlungskompetenz. Beruflich und akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen realisieren gemeinsam, ggf. mit unterschiedlichen Aufgabenschwerpunkten, die Umsetzung der in § 4 PflBG beschriebenen Vorbehaltsaufgaben. Die Aufgaben und Zuständigkeiten beruflich ausgebildeter Pflegefachpersonen bleiben unberührt.

Für die Aufgabenprofile akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen sind die Schlüsselbegriffe „wissenschaftsbasiert“ oder „wissenschaftsorientiert“ und „hochkomplexe Pflegeprozesse“, die sich aus dem Pflegeberufegesetz ergeben, von be-

sonderer Bedeutung. Die vorliegenden Empfehlungen greifen diese Schlüsselbegriffe auf und ziehen Schlussfolgerungen für den Einsatz der akademisch qualifizierten Pflegekräfte in verschiedenen Arbeitsbereichen.

Das Pflegeberufegesetz nennt in § 37 Absatz 3 die Befähigung akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen zur „Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse auf der Grundlage wissenschaftsbasierter oder wissenschaftsorientierter Entscheidungen“ an vorderster Stelle.

Da die Einsatzorte professioneller Pflege vielfältig sind und Träger unterschiedliche Größen, Konzeptionen, Versorgungsaufträge, Organisations- und Personalstrukturen haben, können die vorliegenden Empfehlungen nur allgemeinen Charakter haben und nur beispielhaft illustrieren, welche Aufgabenprofile den Kompetenzen akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen entsprechen.

Ausgehend von der Annahme, dass der grundlegende Pflegeprozess (Planung, Durchführung, Reflektion und Evaluation) in den verschiedenen pflegerischen Feldern grundsätzlich vergleichbar ist, werden die spezifischen Aufgaben akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen parallel zu den Aufgaben benannt, die alle Pflegefachpersonen erfüllen. Anschließend werden die besonderen Aufgaben der akademisch Qualifizierten beispielhaft in den Einsatzbereichen Krankenhaus, ambulante und stationäre Pflege sowie künftig für die pflegerische Primärversorgung beschrieben. Die Integration akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen in die laufenden Arbeitsprozesse stellt eine größere Herausforderung für die Einrichtungen dar, die diesen innovativen Weg vor anderen gehen wollen. Ziel ist ein erweiterter Qualifikationsmix, in dem akademisch wie beruflich qualifizierte Pflegefachpersonen gemeinsam mit Pflegeassistenzpersonen und angeleiteten Pflegehelferinnen und Pflegehelfern Pflege nach dem jeweils aktuellen Stand des Wissens leisten. Leitungspersonen müssen für eine Akzeptanz aller beteiligten Pflegenden sowie für eine sinnvolle Aufgabenverteilung sorgen, die sich in Stellenbeschreibungen bzw. Organigrammen ausdrückt.

In den pflegerischen Berufsfeldern müssen die Rahmenbedingungen akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen ermöglichen, ihre erworbene wissenschaftliche Expertise einzubringen und wissenschaftlich basierte Problemlösungen in die personennahe Pflegetätigkeit zu integrieren. Dazu gehört auch eine adäquate tarifliche Berücksichtigung und eine verlässliche Refinanzierung durch die jeweiligen Kostenträger.

1. Einleitung

Mit Einführung des primärqualifizierenden Pflegestudiums bestehen ein beruflicher und ein hochschulischer Zugang zur Berufszulassung als „Pflegefachfrau“ oder „Pflegefachmann“. Sie sind auf unterschiedlichen Qualifikationsniveaus angesiedelt. Dadurch ergibt sich die Herausforderung, die Aufgabenprofile dieser beiden Gruppen von Pflegenden mit Berufszulassung nach § 1 Pflegeberufegesetz zu differenzieren und sie in einer gemeinsamen, neu gestalteten Berufspraxis zusammenzuführen. Die Regelungen des Pflegeberufegesetzes machen deutlich, dass ein Pflegestudium ebenfalls auf Tätigkeiten in der pflegerischen Praxis vorbereiten und nicht allein für steuernde, planende und koordinierende Tätigkeiten ausbilden soll.

Die vorliegenden Empfehlungen konzentrieren sich auf den Einsatz akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen mit einem Bachelorabschluss mit der Berufsbezeichnung Pflegefachfrau/Pflegefachmann. Sie gelten grundsätzlich auch für die akademisch qualifizierten Pflegekräfte, die ihr Pflegestudium nach bisherigem Recht als duales oder berufsbegleitendes Studium absolviert haben.

Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen weisen sehr unterschiedliche Träger- und Einrichtungsgrößen, mit jeweils spezifischen Konzeptionen, Versorgungsaufträgen sowie Organisations- und Personalstrukturen auf. Die vorliegenden Empfehlungen können wegen der gegebenen Heterogenität der pflegerischen Versorgungslandschaft nur eine allgemeine Orientierung geben.

Die Integration akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen in den Qualifikationsmix von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen ist ein wichtiger Ansatzpunkt, um die Qualität und Quantität der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung der Bevölkerung in den nächsten Jahrzehnten sicherzustellen. Aufgrund der im Studium erworbenen Kompetenzen und Fähigkeiten zum wissenschaftsbasierten Handeln, zur systematischen und forschungsgestützten Bearbeitung von konkreten Pflegeproblemen, zur kritischen Reflexion von Standards und Routinen und zur Beteiligung an wissenschaftlichen Aushandlungsprozessen sind sie u.a. in der Lage,

- die Pflegeergebnisse zu verbessern, wie sich beispielsweise an einer Verringerung der Mortalität von Patientinnen und Patienten zeigt (Aiken et al. 2017)¹,
- selbstständig erweiterte heilkundliche Aufgaben zu übernehmen (Ayerle/Langer/Meyer 2019),
- Pflegeprozesse auch bei hochkomplexen Pflegesituationen, in denen durch systematisches Assessment und Diagnostik auf die spezifische Bedarfslage abgestimmte evidenzbasierte Interventionen ausgewählt werden müssen, zu gestalten und zu steuern (Darmann-Finck et al. 2014).

Während in Europa die Qualifizierung von Pflegefachpersonen in den meisten Ländern schon seit vielen Jahren ausschließlich auf Bachelorniveau stattfindet (Stöcker 2021), stellen akademische Qualifizierungswege für die Pflege in Deutschland eine neue Entwicklung dar.

Nachdem ab Mitte der 1990er Jahre an einigen Hochschulen pflegewissenschaftliche Diplom-Studiengänge für beruflich ausgebildete Pflegefachpersonen errichtet worden waren, gab es ab 2003/2004 zunächst die Möglichkeit, eine hochschulische Pflegeerausbildung in Form von Modellversuchen zu erproben. In der Folge entstanden Pflegestudiengänge, die entweder eine pflegerische Berufsausbildung voraussetzten oder in Kooperation mit Pflegeschulen als ausbildungsintegrierende oder -begleitende Pflegestudiengänge durchgeführt wurden. Bei Letzteren sind die Hochschulen sowohl für die Durchführung der theoretischen und praktischen Lehre als auch für die Koordination und Begleitung der praktischen Einsätze zuständig. Studiengänge, die 2017 bereits in einer Kooperation mit Pflegeschulen standen, können noch bis 31. Dezember 2031 fortgeführt werden (§ 67 PflBG). 2020 wurde mit Inkrafttreten des Pflegeberufgesetzes das primärqualifizierende Studium als direkter Zugang zur Berufszulassung rechtlich verankert².

Mit dem Pflegestudiumstärkungsgesetz soll das Pflegestudium nun als duales Studium ausgestaltet und die Finanzierung des praktischen Teils der hochschulischen Pflegeausbildung durch Integration in das bestehende Finanzierungssystem der beruflichen Pflegeausbildung geregelt werden. Für die Studierenden soll eine angemessene Ausbildungsvergütung für die gesamte Dauer des Studiums eingeführt werden. Während die Studiengänge im Bereich des Pflegemanagements und der Pflegepädagogik bereits umfangreich etabliert sind, verfügen primärqualifizierende Pflegestudiengänge bis heute über zu geringe Studierendenzahlen. Mit der finanziellen Förderung der Studierenden erhofft sich der Gesetzgeber eine Steigerung der Zahlen. Ob dies gelingt und damit ein Beitrag zur Erreichung der vom Wissenschaftsrat geforderten 10- 20%igen Einbeziehung von akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen in die Pflegepraxis geleistet wird, kann erst zu einem späteren Zeitpunkt beurteilt werden.

Die in diesem Bericht beschriebenen Aufgabenprofile für akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen lassen deutlich werden, dass es in den kommenden Jahren vor allem darum geht, pflegewissenschaftliche Erkenntnisse in die Teams zu transferieren. Dieses wird die qualitative Versorgung von pflegebedürftigen Menschen deutlich verbessern können. Eine über diese Empfehlungen hinausgehende differenziertere Aufgabenzuordnung der Versorgung von Patientinnen und Patienten in hochkomplexen Pflegesituationen wird erst möglich sein, wenn eine ausreichende Zahl akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen vorhanden ist.

2. Zielsetzung und Aufgabenbeschreibung durch die „Ausbildungsoffensive Pflege“ (2019 –2023)

Unter der Überschrift „1.4.4 Pflegefachpersonen hochschulisch ausbilden“ haben die Partner der „Ausbildungsoffensive Pflege (2019 – 2023)“ das Ziel formuliert, „bis zum Ende der Ausbildungsoffensive 2023 die Anzahl der Studienplätze für eine hochschulische Pflegeausbildung bundesweit deutlich zu erhöhen,“ und „die erweiterten Kompetenzen der hochschulisch ausgebildeten Fachpersonen in der Pflege zu nutzen“. Zur Umsetzung erarbeiten „die Sozialpartner, einschließlich der kirchlichen Arbeitsrechtskommissionen, gemeinsam – unter Einbeziehung von Hochschulen, Kostenträgern, Pflegefachverbänden und den Einrichtungsträgerverbänden des Krankenhauswesens und der Altenhilfe, der DKG, der Berufsverbände und der Pflegekammern – Tätigkeitsprofile für hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen.“ Ergänzend haben die Partner der Ausbildungsoffensive Pflege vereinbart, dass die Verbände der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen bei der Implementierung solcher Arbeitsplätze unterstützen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2019).

Im Frühjahr 2022 fand die konstituierende Sitzung der AG Tätigkeitsprofile statt, die sich entsprechend der Vorgaben aus Partnern der Ausbildungsoffensive Pflege (2019 – 2023) und eingeladenen Expertinnen und Experten gebildet hat³. Mit einer Auftaktveranstaltung am 1. März 2022 hat der Arbeitsprozess begonnen, der am 21. August 2023 mit der 8. Sitzung abgeschlossen wurde. Bei einem Fachtag im Februar 2023 wurden Zwischenergebnisse mit Partnern der Ausbildungsoffensive Pflege (2019 –2023) und mit Praktikerinnen und Praktikern aus den Versorgungsbereichen der Pflege unter der Fragestellung der Praxistauglichkeit diskutiert.

Die vorliegenden Empfehlungen für Aufgabenprofile akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen sind in einer Arbeitsgruppe entstanden, deren Mitglieder unterschiedliche Perspektiven eingebracht und kompromisshaft geeint haben. Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di hat an den Beratungen kontinuierlich mitgewirkt, trägt das Ergebnis jedoch nicht mit und hat dazu eine eigene Stellungnahme erarbeitet⁴. Der Berufsverband Kinderkrankenpflege in Deutschland (BeKD) trägt die Empfehlung mit, äußert sich jedoch zum Berufsprofil der Kinderkrankenpflege in einem Sondervotum, das im Anhang dieser Empfehlung zu finden ist.

3. Aufgaben akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen nach dem Pflegeberufgesetz

Grundlegend für die in der Pflegeausbildung erworbenen Kompetenzen sind die in § 4 PflBG beschriebenen vorbehaltenen Tätigkeiten, die in gleicher Weise sowohl für die beruflich als auch für die akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen gelten.

Mit akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen erweitern die Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen ihr Potential, auf die zunehmende Komplexität medizinischer und pflegerischer Anforderungen adäquater zu reagieren. Geht man von der reinen Quantität akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen aus, besteht großer Handlungsbedarf. Daneben stellt sich allerdings die Frage nach der Qualität: Welche Aufgaben sollen akademisch ausgebildete Pflegekräfte eigentlich übernehmen? Schließlich ist zu beobachten, dass Pflegenden u.a. aufgrund fehlender beruflicher Entwicklungsmöglichkeiten den Beruf verlassen bzw. das Studium nicht abschließen oder gar nicht erst antreten. Es sollten folglich Aufgaben und Handlungsfelder konzipiert und etabliert werden, die einem Bachelor- (oder höheren) Niveau entsprechen.

Das Pflegeberufgesetz und die Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) zeigen auf, welche Erwartungen an die Kompetenzen der akademisch qualifizierten Pflegenden gestellt werden. So umfasst die hochschulische Pflegeausbildung zunächst die in § 5 Absatz 3 PflBG beschriebenen Ausbildungsziele der beruflichen Pflegeausbildung. Sie befähigt damit zur unmittelbaren Tätigkeit an zu pflegenden Menschen aller Altersstufen und in den verschiedenen pflegerischen Versorgungssettings.

Die darüberhinausgehenden, erweiterten Ausbildungsziele zur Abgrenzung der beruflichen von der akademischen Pflegeausbildung sind in § 37 PflBG formuliert. Hier liegt eine besondere Gewichtung auf der selbstständigen, umfassenden und prozessorientierten Pflege auf wissenschaftlicher Grundlage und Methodik (§ 37 Absatz 1 u. 2 PflBG).

§ 37 (PflBG) Ausbildungsziele

(1) Die primärqualifizierende Pflegeausbildung an Hochschulen befähigt zur unmittelbaren Tätigkeit an zu pflegenden Menschen aller Altersstufen und verfolgt gegenüber der beruflichen Pflegeausbildung nach Teil 2 ein erweitertes Ausbildungsziel.

(2) Die hochschulische Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann vermittelt die für die selbstständige umfassende und prozessorientierte Pflege von Menschen aller Altersstufen nach § 5 Absatz 2 in akut und dauerhaft stationären sowie ambulanten Pflegesituationen erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen auf wissenschaftlicher Grundlage und Methodik.

(3) Die hochschulische Ausbildung umfasst die in § 5 Absatz 3 beschriebenen Kompetenzen der beruflichen Pflegeausbildung. Sie befähigt darüber hinaus insbesondere

1. zur Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse auf der Grundlage wissenschaftsbasierter oder wissenschaftsorientierter Entscheidungen,
2. vertieftes Wissen über Grundlagen der Pflegewissenschaft, des gesellschaftlich-institutionellen Rahmens des pflegerischen Handelns sowie des normativ-institutionellen Systems der Versorgung anzuwenden und die Weiterentwicklung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung dadurch maßgeblich mitzugestalten,
3. sich Forschungsgebiete der professionellen Pflege auf dem neuesten Stand der gesicherten Erkenntnisse erschließen und forschungsgestützte Problemlösungen wie auch neue Technologien in das berufliche Handeln übertragen zu können sowie berufsbezogene Fort- und Weiterbildungsbedarfe zu erkennen,
4. sich kritisch-reflexiv und analytisch sowohl mit theoretischem als auch praktischem Wissen auseinandersetzen und wissenschaftsbasiert innovative Lösungsansätze zur Verbesserung im eigenen beruflichen Handlungsfeld entwickeln und implementieren zu können und
5. an der Entwicklung von Qualitätsmanagementkonzepten, Leitlinien und Expertenstandards mitzuwirken. (nach § 32 PflAPrV Anlage 5).

Beispielhaft soll aufgezeigt werden, welche Kompetenzen die Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung in Anlage 5 für Bachelorabsolventinnen und Bachelorabsolventen vorsieht.

In Kompetenzbereich I „Wissenschaftsbasierte Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation auch von hochkomplexen Pflegeprozessen bei Menschen aller Altersstufen“ sollen die folgenden Kompetenzen erworben werden:

Die Absolventinnen und Absolventen:

1. *„erheben und beurteilen den individuellen Pflegebedarf, potentielle Risiken und Gesundheitsgefährdungen in komplexen und hochkomplexen akuten und dauerhaften Pflegesituationen und nutzen spezifische wissenschaftsorientierte Assessmentverfahren,*
2. *übernehmen Verantwortung für die Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von Pflegeprozessen bei Menschen mit besonderen gesundheitlichen Problemlagen unter Berücksichtigung von wissenschaftlich fundierten Ansätzen der Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration,*
3. *übernehmen Verantwortung für die Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von Pflegeprozessen bei Menschen in hochbelasteten und kritischen Lebens- und Pflegesituationen auch bei hochkomplexen Pflegebedarfen, spezifischen Klientengruppen und besonderen Verlaufsdynamiken wissenschaftsbasiert und fallorientiert,*
4. *übernehmen die Organisation und Durchführung von Interventionen in lebensbedrohlichen Krisen- und in Katastrophensituationen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes,*
5. *fördern die Entwicklung und Autonomie der zu pflegenden Menschen unter Einbeziehung ihrer familialen Kontexte, Lebenslagen und Lebenswelten auf der Basis eines breiten pflege- und bezugswissenschaftlichen Wissens,*
6. *unterstützen die zu pflegenden Menschen bei der Entwicklung von Alltagskompetenzen und bei der Lebensgestaltung unter Berücksichtigung eines vertieften pflege- und bezugswissenschaftlichen Wissens,*
7. *analysieren, evaluieren und reflektieren Pflegeprozesse auf der Grundlage pflege- und bezugswissenschaftlicher Methoden, Theorien und Forschungsergebnisse.“*

In Kompetenzbereich III, „Verantwortliche Gestaltung des intra- und interprofessionellen Handelns in unterschiedlichen systemischen Kontexten und Weiterentwicklung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung von Menschen aller Altersstufen“, werden von den Absolventinnen und Absolventen folgende Kompetenzen erwartet:

Die Absolventinnen und Absolventen:

1. *„konzipieren und gestalten die pflegerische Arbeitsorganisation in qualifikationsheterogenen Pflegeteams und in unterschiedlichen Versorgungssettings auf der Basis gesicherter Forschungsergebnisse,*

2. *führen entsprechend den rechtlichen Bestimmungen ärztliche Anordnungen und Maßnahmen der Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation eigenständig und unter Berücksichtigung vertieften forschungsbasierten Wissens durch,*
3. *analysieren wissenschaftlich begründet die derzeitigen pflegerischen/gesundheitlichen Versorgungsstrukturen, die Steuerung von Versorgungsprozessen und Formen von intra- und interprofessioneller Zusammenarbeit und reflektieren diese kritisch,*
4. *wirken an der Weiterentwicklung und Implementierung von wissenschaftsorientierten, innovativen Lösungsansätzen der Zusammenarbeit von Berufsgruppen und der Steuerung von Versorgungsprozessen in unterschiedlichen Versorgungsbereichen und über die Versorgungsbereiche hinweg mit“ (§ 32 PflAPrV Anlage 5).*

Zunächst wird deutlich, dass das primärqualifizierende Pflegestudium für die unmittelbare Tätigkeit an zu pflegenden Menschen aller Altersstufen und in verschiedenen Versorgungssettings qualifiziert. Die Kompetenzen der akademisch qualifizierten Pflegenden sollen im Pflegeprozess Anwendung finden und auch direkte pflegerische Tätigkeiten einbeziehen. Eine explizite Tätigkeitsausübung ausschließlich im Rahmen von Leitungspositionen oder in pflegewissenschaftlichen Projekten ist nicht vorgesehen. Gleichzeitig liegt genau hier die Schwierigkeit, dass es bislang in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen zu wenige Stellen für akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen gibt und somit das Potenzial der Bachelorabsolventinnen und -absolventen nicht ausgeschöpft wird (bspw. Heinze, Claaßen 2023). Darüber hinaus ist die Infrastruktur in den Einrichtungen nicht hinreichend, um pflegerisches Handeln systematisch auf wissenschaftlicher Basis auszugestalten: So bestätigen Vertreterinnen und Vertreter aus Praxiseinrichtungen, dass bspw. die Ausstattung der Praxiseinrichtungen mit Datenbanken für eine wissenschaftliche Recherche (Zugang zu Assessments, Studienlage, ...) unzureichend ist.

Die primärqualifizierenden Studiengänge sind, bezogen auf die inhaltliche Ausgestaltung, vergleichsweise homogen und orientieren sich an Anlage 5 PflAPrV. Neben den primärqualifizierenden Studiengängen existieren aber auch ausbildungsintegrierende oder additive Studiengänge, die eine berufliche Ausbildung mit einem Bachelorstudium verknüpfen oder aber erst nach Abschluss einer beruflichen Ausbildung stattfinden. Diese Studiengänge können sehr unterschiedliche inhaltliche Spezialisierungen aufweisen (bspw. Technik und Digitalisierung, Praxisanleitung, Case-Management, Management, Wundmanagement, Geriatrie etc.), wodurch die Festlegung eines einheitlichen Aufgabenprofils für Bachelor-Absolventinnen und -absolventen erschwert wird.

Der pflegewissenschaftliche Bachelorabschluss ist dem Qualifikationsniveau 6 des Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR) zugeordnet. Kritisch ist allerdings anzumerken, dass die im PflBG definierten erweiterten Ausbildungsziele und in der Folge auch die in der PflAPrV formulierten Kompetenzen und daraus abgeleitete

Aufgaben der direkten und insbesondere der indirekten Pflege (bspw. Pflegeforschung) zum Teil über dem Bachelorniveau liegen und im internationalen Vergleich eher auf der Masterebene zu verorten wären.

4. Prognostizierter Bedarf akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen und aktuelle Studierendenzahlen

In einer aktuellen systematischen Literaturübersicht wird deutlich, dass sich der Einsatz von akademisch ausgebildeten Pflegenden positiv auf die Patientenversorgung auswirkt (Klein et al. 2022). So konnten etwa Aiken et al. (2014) zeigen, dass in europäischen Krankenhäusern die Pflege-Patient-Relation maßgeblich die Mortalität von chirurgischen Patientinnen und Patienten reduzieren konnte. Der Zusammenhang ergab sich nicht nur durch die Anzahl der Pflegefachpersonen insgesamt, sondern maßgeblich auch durch die Anzahl von Pflegenden mit einem höheren Bachelor-Abschluss.

Akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen integrieren aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse in die pflegerische Praxis, überprüfen deren Praxistauglichkeit und stellen diese den Kolleginnen und Kollegen zur Verfügung. Sie tragen damit zu einer erhöhten Versorgungssicherheit der zu pflegenden Menschen bei.

Der Wissenschaftsrat hält es für sinnvoll, künftig zwischen 10-20% eines Ausbildungsjahrgangs auf hochschulischem Niveau zur unmittelbaren pflegerischen Tätigkeit zu befähigen. Er geht dabei von der Annahme aus, *„dass einem typischen multidisziplinären Team aus fünf bis zehn Personen eine höher qualifizierte Fachkraft angehören sollte“* (Wissenschaftsrat 2012).

Im Koalitionsvertrag der Bundesregierung für die 20. Legislaturperiode ist vereinbart, das Pflegestudium gemeinsam mit den Ländern zu stärken und zugleich Regelungslücken auch dort zu schließen, wo Pflegefachkräfte im Studium bisher keine Ausbildungsvergütung erhalten. Dazu liegt seit dem 24. Mai 2023 der Kabinettsbeschluss eines *„Gesetzes zur Stärkung der hochschulischen Pflegeausbildung, zu Erleichterungen bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse in der Pflege und zur Änderung weiterer Vorschriften (Pflegestudiumstärkungsgesetz – PflStudStG)“* des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vor. Ziel des Gesetzentwurfes ist es, die hochschulische Pflegeausbildung zu stärken. Das Pflegestudium soll neben der beruflichen Ausbildung eine attraktive Perspektive darstellen und mehr Personen mit Hochschulzugangsberechtigung dazu bewegen, eine hochschulische Pflegeausbildung zu absolvieren.

Auf der Grundlage des Forschungsprojekts *„360° Pflege – Qualifikationsmix für Patient:innen – in der Praxis“* beschreiben Weidner und Schubert (Weidner/Schubert

2022) den Bedarf für eine zukünftige, flächendeckende Übertragung der beschriebenen Aufgabenprofile von akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen auf möglichst alle Versorgungseinrichtungen:

1. Auf jeder Station eines Krankenhauses, in stationären Pflegeeinrichtungen und in jedem ambulanten Pflegedienst sollte mindestens eine ganze Stelle (VZÄ) für das AQP-Profil Pflegefachleitung auf Bachelorniveau geschaffen werden.
2. In jeder Abteilung eines Krankenhauses sowie für etwa jeweils drei stationäre oder ambulante Pflegeeinrichtungen zusammen sollte darüber hinaus eine weitere Stelle (VZÄ) für das AQP-Profil Pflegeexpertin bzw. -experte auf Masterniveau eingerichtet werden.

Laut Krankenhaus- bzw. Pflegestatistik gibt es hierzulande aktuell rund 1.900 Krankenhäuser, rund 15.400 stationäre Pflegeeinrichtungen sowie rund 14.700 ambulante Pflegedienste. Zur weiteren Bedarfsermittlung wird von durchschnittlich zwanzig Stationen und acht Abteilungen in jedem Krankenhaus ausgegangen, die zukünftig mit bachelor- und masterqualifiziertem Pflegefachpersonal ausgestattet werden sollten.

Angesichts der aktuell niedrigen Zahl der Studierenden primärqualifizierender Pflegestudiengänge wird der Bedarf erst in vielen Jahren gedeckt werden können⁵. Kurzfristig werden akademisch qualifizierte Pflegekräfte die Versorgung nur punktuell mitgestalten können. Umso wichtiger ist ihr zielgerichteter Einsatz in den verschiedenen Praxisfeldern.

5. Schlüsselbegriffe für Aufgabenprofile akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen

Für die Beschreibung von Aufgabenprofilen⁶ akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen sind drei Schlüsselbegriffe von Bedeutung:

- „**Wissenschaftsbasiertes Arbeiten**“ ist als methodische Anforderung an eine akademische Pflege zu verstehen (Kapitel 5.1).
- Das Ausmaß an „**Komplexität**“ von Pflegeprozessen und Pflegesituationen“ stellt ein zentrales Differenzkriterium zwischen beruflicher und akademischer Ausbildung dar. Akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen sind für die Anforderungen hochkomplexer Pflegesituationen besonders qualifiziert (Kapitel 5.2).
- „**Fallverantwortung**“ bezieht sich auf eine personenzentrierte Versorgung sowie die Steuerung des Pflegeprozesses unter Beachtung des pflegeri-

schen Handlungsbedarfs und der benötigten Ressourcen. Die Fallverantwortung steht im engen Kontext zu den in § 4 PflBG genannten Vorbehaltsaufgaben von Pflegefachpersonen im Sinne des § 1 PflBG. (Kapitel 5.3).

5.1 Konkretion eines wissenschaftsbasierten bzw. -orientierten Arbeitens – kritische Reflexion und Weiterentwicklung der Pflegepraxis

§ 37 Absatz 3 PflBG nennt die „Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse auf der Grundlage wissenschaftsbasierter oder wissenschaftsorientierter Entscheidungen“ als Kernkompetenz hochschulischer Ausbildung. Die akademische Pflegeausbildung ist entsprechend über die berufliche Ausbildung hinausgehend auf Aufgabenstellungen und Pflegeprozesse ausgerichtet, die wissenschaftsbasiert oder wissenschaftsorientiert gesteuert und gestaltet werden müssen. Ziel ist es, dass akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen über die Fähigkeit verfügen „das eigene Pflegehandeln auf wissenschaftlicher Grundlage und Methodik zu rechtfertigen, zu evaluieren und kritisch zu reflektieren. Damit wird die Basis beschrieben, auf der Verantwortungs- und Aufgabenbereich von hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen“ beruhen (Hundenborn 2022).

Grundsätzlich begründen, planen und implementieren akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen ihre Arbeit stärker auf wissenschaftsfundierter Grundlage als beruflich Qualifizierte. Sie haben zuvor im Pflegestudium gelernt, deutschsprachige und internationale Studien und wissenschaftliche Artikel bezüglich bestimmter Pflegephänomene oder Pflegediagnosen aus Datenbanken zu recherchieren, sie systematisch zu erschließen und die Erkenntnisse daraus für die praktische Arbeit nutzbar zu machen.

Sie können derartige Wissensbefunde im Hinblick auf ihre wissenschaftliche Güte und Aussagefähigkeit bewerten und entscheiden, ob diese für die aktuelle praktische Arbeit hilfreich sind. So planen und steuern sie Pflegeprozesse wissenschaftsfundiert, tragen zu Innovationen in den Einrichtungen bei, beraten auf diesen Grundlagen Menschen mit hochkomplexen Pflegebedarfen und deren Angehörige, aber auch Kolleginnen und Kollegen.

Im Pflegealltag bedeutet wissenschaftsbasiertes bzw. -orientiertes Arbeiten die Verknüpfung von pflegewissenschaftlichen Forschungsergebnissen mit der Praxis sowie die Anwendung bzw. Bewertung von Assessments, Screenings sowie Laboranalytik. Darüber hinaus bedeutet es, Leitlinien und Expertenstandards zur wissenschaftsbasierten und wissenschaftsorientierten Entscheidungsfindung im Arbeitsbündnis mit den zu pflegenden Menschen gezielt zu nutzen und in die Handlungsvorgänge des Teams zu implementieren. Weiterhin bildet die Integration von Erkenntnissen weiterer Disziplinen, wie bspw. aus der Rehabilitationswissenschaft, Psychologie, Soziologie und Medizin (Ertl-Schmuck/Fichtmüller 2009) die Grundlage wissenschaftsbasierten Arbeitens.

Auch wenn der Umfang an qualitativen wie auch quantitativen Studien zu pflegewissenschaftlichen Themen in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat, können nicht alle pflegerischen Aufgaben "wissenschaftsbasiert" erfolgen. Akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen identifizieren pflegewissenschaftliche Erkenntnisdefizite und bringen Problemanzeigen aus der Praxis in den pflegewissenschaftlichen Fachdiskurs ein⁷. Auch wenn kein pflegewissenschaftlich gesichertes Wissen für die Beurteilung und das Handeln in einer pflegerischen Situation verfügbar ist, reflektieren sie Handlungsalternativen und formulieren Gesichtspunkte für eine abwägende Entscheidung. Mit ihrem pflegewissenschaftlichen Hintergrund stellen sie Handlungsroutinen in Frage und beziehen dabei auch die Pflegepraxis aus der internationalen Diskussion mit ein. Sie stehen im kollegialen Austausch mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, besprechen Verordnungen und erläutern begründete Handlungsalternativen.

Nach Abschluss des primärqualifizierenden Studiums verfügen die Absolventinnen und Absolventen hinsichtlich des wissenschaftsbasierten Arbeitens unter anderem über folgende Kompetenzen:

- Fragestellungen aus der Praxis für die Forschung entwickeln und auf ihre Bedeutung für die Praxis hin überprüfen.
- Ausgehend von diesen Fragestellungen systematische Literaturrecherchen unter Nutzung von wissenschaftlichen Datenbanken durchführen...
- Studienergebnisse unter Verwendung von wissenschaftlichen Gütekriterien bewerten.
- Auf der Grundlage wissenschaftlicher Kenntnisse Pflegesituationen einschätzen und eine Urteilsbildung vornehmen.
- Abwägung unterschiedlicher geeigneter Interventionen unter Berücksichtigung von Studienergebnissen und der Präferenzen der zu pflegenden Menschen.
- Arbeitsroutinen systematisch vor dem Hintergrund von wissenschaftsbasiertem Wissen reflektieren.
- Systematisierte Verfahren des Fremdverstehens im Arbeitsbündnis mit den zu pflegenden Menschen anwenden, um diese bei der individuellen Klärung ihrer Präferenzen zu unterstützen.

Diese Kompetenzen sind besonders relevant für die direkte pflegerische Versorgung in hochkomplexen Pflegesituationen, für die es keine routinierten Prozesse und vorhersehbaren Arbeitsverläufe gibt.

Außerdem sind diese Kompetenzen notwendig, um „die Weiterentwicklung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung [...] maßgeblich mitzugestalten“ (PflBG Teil 3, § 37 Absatz 3, Punkt 2). Akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen können durch die im Studium erworbene Fähigkeit zum wissenschaftsbasierten Handeln auch Aufgaben in der indirekten Pflege übernehmen, beispielsweise

- Konzeption und Durchführung von fokussierten Fortbildungen,

- Prozessoptimierung auf wissenschaftlicher Grundlage,
- Mitarbeit bei der Entwicklung und Umsetzung neuer Konzepte,
- kollegiale Beratung/Anleitung,
- Mitarbeit bei der Durchführung von Studien.

Die Umsetzung wissenschaftsbasierten Handelns muss in einer Einrichtung durch implementierte Strukturen unterstützt werden, wie z.B. Journal Club / Lesezirkel, wissenschaftlich orientierte Arbeitsgruppen, Zugriff auf Literatur/ Datenbanken, aktuelle Fachzeitschriften, Implementierung von Formen von Fallbesprechungen, Pflegevisite und Intervision.

5.2 Hochkomplexe Pflegesituationen

Mit der "Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse auf der Grundlage wissenschaftsbasierter oder wissenschaftsorientierter Entscheidungen" fokussiert § 37 Absatz 1 PflBG den Pflegeprozess als Verantwortungs- und Aufgabenbereich akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen (vgl. dazu Kapitel 3)⁸. Damit bleiben akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen dem unmittelbaren Klientenbezug, insbesondere bei spezifischen Klientengruppen mit besonderen gesundheitlichen Problemlagen und/oder mit besonderen Verlaufsdynamiken, verpflichtet. Entsprechend überträgt das Pflegeberufegesetz akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen die Verantwortung für die „wissenschaftsbasierte Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation auch von hochkomplexen Pflegeprozessen bei Menschen aller Altersstufen“ (Anlage 5 I. PflAPrV). Damit bleiben akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen dem unmittelbaren Klientenbezug verpflichtet.

Das Kriterium der Komplexität wird im pflegerischen Kontext unterschiedlich verwendet. So hebt beispielsweise Benner (2017) darauf ab, dass Komplexität ein individuelles Konstrukt ist und von der Erfahrung, dem Wissen und sich permanent dynamisch verändernden Situationen abhängt. Grünewald et al. (2015) beschreiben Komplexität im Anschluss an Luhmann (2009) anhand folgender Kriterien:

- sachliche (Multimorbidität, Chronizität, steigende Zahl von Therapiemöglichkeiten und Spezialisten),
- zeitliche (verkürzte Behandlungszeiten und ein dadurch verstärkter Entscheidungsdruck) und soziale (erhöhte Zahl von involvierten Entscheidungsträgern bzw. Interaktionspartnern) Dimensionen einer Pflegesituation.

Komplexe Pflegesituationen können nach fünf Arten von Pflegesituationen unterschieden werden (Benner 2017; Kirkevold 2002):

- die klinische Beurteilung und Entscheidung, die Überlegungen, die von den Pflegenden in der Situation getroffen werden,
- den Faktor Zeit (wieviel Zeit steht zur Verfügung, um eine Entscheidung zu treffen oder zu handeln),
- Forderungen an die Situation (welche Ziele oder welche Werte sind zu verwirklichen),
- die Handlungen, die von den Pflegefachpersonen verlangt werden (Technik, Kommunikation, Administration, Koordination),
- Akut- bzw. Notfallsituation (unerwartetes, plötzliches Auftreten, erfordert ein rasches und kompetentes Handeln, zeitliche und örtliche Begrenzung, Unübersichtlichkeit)⁹.

Die Fachkommission nach § 53 PflBG hat in ihren 2019 erstmals veröffentlichten Rahmenlehrplänen verschiedene Komplexitätskriterien genutzt, um den Kompetenzaufbau im Ausbildungsverlauf zu konzeptualisieren. Im Ausbildungsverlauf wird die Komplexität von Pflegesituationen sukzessive erhöht und hiermit korrespondierend wird das Anforderungsniveau der Kompetenzen angehoben. Über die drei Ausbildungsdrittel verändern sich die folgenden Variablen:

- Grad der Pflegebedürftigkeit,
- Komplexität gesundheitlicher Probleme,
- Stabilität der gesundheitlichen Situation,
- Anzahl der beteiligten Akteure und die Übereinstimmung oder Unterschiedlichkeit ihrer Sichtweisen,
- Berücksichtigung institutioneller und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen.

Auch in den unlängst veröffentlichten standardisierten Modulen für den Erwerb erweiterter heilkundlicher Kompetenzen greift die Fachkommission auf diese Variablen der Komplexitätssteigerung zurück und erweitert sie durch die Verknüpfung von Pflegeprozess- und Therapieprozessverantwortung, die mit einem Wechsel von der Delegation zur Substitution einhergeht und die Kompetenzen der beruflichen Pflegeausbildung und des primärqualifizierenden Pflegestudiums erweitert, vertieft und das Anforderungsniveau entsprechend erhöht (Fachkommission nach § 53 Pflegeberufgesetz 2020).

Im derzeit laufenden Projekt „Hochschulische Pflegeausbildung und Berufseinstieg (HPA^{BE})“ des Bundesinstituts für Berufsbildung (2023), dass Hürden für einen gelingenden Berufseinstieg von primär hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen identifizieren soll, wurde der Begriff „Komplexität“ anhand von Indikatoren konkretisiert. Folgende Indikatoren wurden dazu erarbeitet:

- mehrere pflegerische und medizinische Diagnosen,
- Notwendigkeit von multiprofessionellem Handeln,

- zusätzlicher Einfluss psychosozialer Dimensionen,
- hochgradig iterative Behandlungsverläufe.

Anhand dieser Kriterien kann im Alltag der pflegerischen Versorgung festgelegt werden, auf welchem Kompetenzniveau Versorgung erforderlich ist (Darmann-Finck/Nikolajev/Hülsmann 2023).

In der Praxis werden Pflegesituationen oft als hochkomplex wahrgenommen, für die es keine routinierten Prozesse und vorhersehbare Arbeitsverläufe gibt.

In der **akuten Krankenhauspflege** sind hochkomplexe Pflegesituationen daran erkennbar, dass verschiedene, schwerwiegende, schlecht einschätzbare, krankheitsbedingte und psychosoziale Problemlagen (auch der Bezugspersonen) bestehen, die bisherige pflegerische Versorgung nicht oder nur unzureichend zum gewünschten Pflegeergebnis geführt hat, die medizinische Behandlung mit einem hohen Potential an Nebenwirkungen und Komplikationen verbunden und daher ein hohes Maß an pflegerischer Unterstützung und/oder Koordination erforderlich ist, um den Verlust von Eigenständigkeit zu reduzieren (Empowerment) und der Versorgungspfad Multiprofessionalität sowie bereichs-, klinik- oder sektorenübergreifende Zusammenarbeit erfordert (exemplarisch Onkologie: Chemotherapie, OP, Bestrahlung).

In der **stationären Langzeitpflege** sind hochkomplexe Pflegesituationen durch Bewohnerinnen und Bewohner mit einem hohen Pflegebedarf gekennzeichnet, deren Situation zusätzlich eine hohe Dynamik mit Verschlechterung der gesundheitlichen und pflegerischen Situation aufweist (z. B. Verschlechterung von chronischen Wunden, instabile akute oder chronische Schmerzen, sich verschlechternde Ernährungssituation mit drohender Mangelernährung, Entwicklung von Immobilität, sich verschlechterndes neuro-psychiatrisches Befinden). Diese hochkomplexen Pflegesituationen bedingen zudem einen hohen Bedarf an interprofessioneller Zusammenarbeit und spezialisierter Unterstützung, Beratung und Supervision.

In der **ambulanten Pflege** ergeben sich hochkomplexe Pflegesituationen durch eine vorhandene oder drohende gesundheitliche Instabilität der zu pflegenden Menschen und infolge von Rollenüberlastungen des Unterstützungssystems: beispielsweise bei neu auftretender Pflegebedürftigkeit, angesichts verkürzter Verweildauer im Krankenhaus, einer dynamischen Verschlechterung von Problemlagen bei chronischen, psychiatrischen oder palliativen Versorgungsbedarfen. Es besteht zudem das Erfordernis, weitere Netzwerkpartner im Quartier einzubeziehen – mit einem hohen Koordinationsbedarf wegen erschwerter Erreichbarkeit. Die ambulante Pflege ist dadurch gekennzeichnet, dass die Pflegeleistung außerhalb einer Institution von einzelnen Personen und in der Regel unter engen zeitlichen Rahmenbedingungen erbracht wird (Merkmal: verkürzte Behandlungszeiten und verstärkter Entscheidungsdruck), was die Bedeutung wissenschaftsbasierter Entscheidungen in hochkomplexen Situationen unterstreicht.

Die **gesundheitliche Primärversorgung** hebt auf hochkomplexe Pflegesituationen von Menschen vor allem mit chronischen Erkrankungen ab, die verschiedene, schwerwiegende, schlecht einschätzbare, krankheitsbedingte und psychosoziale Problemlagen (auch der Bezugspersonen) aufweisen. Die Klientel ist hoch divers und oftmals vulnerabel und mit wenig Ressourcen ausgestattet (aufgrund z. B. eines niedrigen sozioökonomischen Status, Migrationshintergrund, fehlenden sozialen Netzes), daraus resultieren ganz unterschiedliche Bedürfnisse und Bedarfe. Diese hochkomplexen Pflegesituationen erfordern eine intensive multiprofessionelle Zusammenarbeit.

Zusammenfassend legen die verschiedenen Ausführungen zur Komplexität und ihren Variablen nahe, Zuständigkeiten von Pflegefachpersonen nicht auf der Grundlage von Einzeltätigkeiten oder Einzelaufgaben zu beschreiben, sondern „*anhand der Komplexität der Pflegebedarfe der zu pflegenden Menschen und der Komplexität der zu bearbeitenden Aufgaben*“, welche die Verantwortungsbereiche beispielhaft kennzeichnen, aber nicht abschließend und vollständig konkretisieren (Knigge-Demal et al. 2013; Darmann-Finck 2021).

Den Ausführungen folgend, sind im konkreten Pflegesetting Kriterien zur Differenzierung der Pflegebedarfe der zu pflegenden Menschen und der Komplexität der zu bearbeitenden Aufgaben festzulegen. Die hier beschriebenen Merkmale hochkomplexer Pflegesituationen können fachliche Bezugspunkte sein.

5.3 Fallverantwortung akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen

Die sogenannte „Fallverantwortung“ als systematisches Prinzip der Pflegeorganisation konzentriert die Verantwortlichkeit für den personenbezogenen Pflegeprozess auf eine Pflegefachperson, die eingebettet im Team den Pflegeprozess im Sinne der in § 4 PflBG beschriebenen Vorbehaltsaufgaben verantwortlich gestaltet. Damit werden die Zielorientierung und Kontinuität des individuellen Pflegeprozesses gewährleistet. Im Pflegealltag hat dieses Organisationsprinzip unterschiedliche Ausprägungen gefunden, beispielsweise unter der Bezeichnung „Bezugspflege“ oder „Primary Nursing“.

Das Pflegeberufegesetz hat in § 4 die Feststellung des Pflegebedarfs, die Pflegeprozesssteuerung und die Evaluation des Pflegeprozesses als pflegerische Vorbehaltsaufgaben festgelegt, die ausschließlich von Pflegefachpersonen mit einer Qualifikation nach § 1 PflBG ausgeführt werden dürfen. Dazu gehören sowohl beruflich ausgebildete als auch akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen.

In der Fallverantwortung durch akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen werden hochkomplexe Pflegesituationen unter Einbeziehung wissenschaftsbasierter Kenntnisse, der Präferenzen der zu pflegenden Menschen und ihrer Lebenswirklichkeit sowie unter Berücksichtigung der organisatorischen Rahmenbedingungen im Kontext des Pflegeteams bearbeitet. Fallverantwortung beinhaltet die Übernahme der Vorbehaltsaufgaben nach Pflegeberufegesetz auf

wissenschaftlicher Grundlage. Dazu gehören in allen Versorgungsbereichen die Steuerung, Koordination, Überwachung und Evaluation der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung sowie ggf. der Betreuung und Aktivierung. In einem hochkomplexen Setting kann auch die Durchführung von z. B. körpernahen Pflegeaufgaben und therapeutisch-diagnostischen Interventionen dazu zählen. Die fallverantwortliche Pflegefachperson ist die kontinuierliche Ansprechperson und koordiniert ergänzende Hilfsangebote, wie beispielsweise Sozialdienst, Palliativmedizin, Physio- oder Ergotherapie, Logopädie oder psychologische Versorgung.

Ein mögliches Aufgabenprofil für akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen könnte sich aus einer (temporären) Fallverantwortung für pflegebedürftige Menschen mit hochkomplexen Pflegeanforderungen (Kapitel 5.2) ergeben.

Abhängig von der Organisation des Pflegeprozesses der jeweiligen Gesundheits- und Pflegeeinrichtung ist auch eine beratende Beteiligung akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen bei hochkomplexen Pflegesituationen denkbar (z. B. in Form eines Pflegekonsil).

Exkurs: Selbstständige und eigenverantwortliche Heilkundeausübung als Aufgabe akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen

Der kürzlich ins SGB V eingefügte § 64d sieht eine modellhafte Erprobung der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen vor. Dabei handelt es sich um eine selbstständige, eigenverantwortliche Ausübung von Heilkunde durch Pflegefachpersonen mit Zusatzqualifikation. In der *„Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V“* („Heilkunderichtlinie“) ist der Katalog an Aufgaben definiert, die wahrgenommen werden können. Außerdem werden die dafür erforderlichen Qualifikationen beschrieben. Die Fachkommission nach § 53 PflBG hat auf der Grundlage des § 14 Absatz 4 PflBG sechs standardisierte und von den beiden Bundesministerien BMG und BMFSFJ genehmigte Module für die zusätzliche Ausbildung zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Übernahme heilkundlicher Aufgaben entwickelt.

Im Rahmenvertrag zur Durchführung von Modellvorhaben, den der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV), die Trägervereinigungen auf Bundesebene und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) nach Maßgabe des § 64d SGB V ausgehandelt haben, wurden zunächst nur drei der Module der Fachkommission eingeschlossen, nämlich die Module zu den Diagnosegruppen „diabetische Stoffwechsellage“, „chronische Wunden“ und „Demenz“. Die Liste kann perspektivisch um Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen, die von einem Hypertonus, Schmerzen, spezifischen Ernährungs- oder Ausscheidungsproblemen oder akuter und chronischer Beeinträchtigungen der Atmung betroffen sind oder ein Tracheostoma tragen, erweitert werden (Fachkommission nach § 53 PflBG 2021).

Die heilkundlichen Aufgaben können gemäß § 14 PflBG sowohl von beruflich als auch von hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen mit entsprechender Zusatzqualifikation übernommen werden. In den primärqualifizierenden Studiengängen werden die durch die Fachkommission nach § 53 PflBG festgelegten erforderlichen Qualifikationen nicht regelhaft, sondern nur an einigen Standorten vermittelt, so dass für die Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten eine zusätzliche Qualifikation erforderlich ist¹⁰.

Die Fachkommission nach § 53 PflBG hat aber bei der Entwicklung der heilkundlichen Module zum Erwerb, der für die Übernahme erforderlichen Zusatzqualifikation, aufgrund der erhöhten Komplexität, die bei den heilkundlichen Aufgaben durch die Verknüpfung von Pflegeprozess und therapeutischem Prozess zustande kommt, die Notwendigkeit gesehen, die pflegerischen und therapeutischen Entscheidungen mit aktuellen Evidenzen begründen zu können. Sie hat daher in den Kompetenzformulierungen ein über die (berufsfachschulische) Erstausbildung hinausgehendes Kompetenzniveau realisiert, das sich – wenn man die Formulierungen mit der Anlage 5 der PflAPrV vergleicht – dem Bachelorniveau zuordnen lässt. (Fachkommission nach § 53 PflBG 2021).

In den vorliegenden gesetzlichen Regelungen ist eine Vergütung der selbstständigen und eigenverantwortlichen Heilkundeausübung nicht geregelt.

6. Integration akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen in Betriebsorganisationen und Betriebsabläufe

6.1 Leitungsverantwortung und Beteiligung der Mitarbeitenden

Die Integration akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen erfordert einen Organisationsentwicklungsprozess, der als Leitungsaufgabe zu verstehen ist¹¹. Sowohl die Pflegeprozesse als auch die Aufgaben der Mitarbeitenden müssen den veränderten Rahmenbedingungen angepasst werden (Weidner/Schubert 2022:40). Dabei ist mit den Befürchtungen beruflich qualifizierter Pflegefachpersonen umzugehen, ihre Kompetenzen, Zuständigkeiten und Aufgaben könnten beschnitten werden. Ernst zu nehmen sind auch die Sorgen vor Mehrbelastungen in der Folge eines Neuzuschnitts von Aufgabenfeldern. Eine Integration akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen in die Dienste und Einrichtungen sollte jedoch gelingen, wenn die Mitarbeitenden proaktiv einbezogen werden. Dabei können Einrichtungen und Dienste auf ihre langjährigen Erfahrungen bei der Gestaltung von Pflegeprozessen mit Mitarbeitenden unterschiedlicher Qualifikationsniveaus aufbauen.

Mit der Integration von akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen wird der Qualifikationsmix erweitert. Für den Erfolg kommt es darauf an, die einzelnen

Funktionen und Aufgaben im erweiterten Qualifikationsmix systematisch, wirksam und nachhaltig in ein intra- und interprofessionelles Gesamtkonzept zu integrieren (Weidner/Schubert 2022).

Folgende Maßnahmen empfehlen sich:

a) Kultur und Kommunikation

- Die Vorteile des Einsatzes akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen sollten in geeigneter Weise kommuniziert werden.
- Allen Mitarbeitenden sollten im Rahmen von Personalentwicklungskonzepten Möglichkeiten zur Qualifizierung kommuniziert und angeboten werden. Geeigneten Pflegefachpersonen sollte eine akademische Qualifizierung als Karriereoption angeboten und ermöglicht werden.
- Mitarbeitende werden in ihren Kompetenzen nicht eingeschränkt. Die Aufgabenprofile akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen werden mit veränderten bzw. neuen Tätigkeitsfeldern verbunden. Sie ermöglichen einen anderen und zusätzlichen Zugang zu den pflegerischen Aufgaben.

b) Struktur und Organisation

- Pflegerische Ablaufprozesse müssen an die veränderte qualifikationsbezogene Aufgabenverteilung angepasst werden, so dass der Integrationsprozess akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen mit einem Organisationsentwicklungsprozess verknüpft ist.
- Zum Integrationsprozess können beispielsweise Pflegevisiten, pflegegeleitete, supportive Fallkonferenzen, retrospektive und reflexive Fallbesprechungen zur Identifizierung fördernder und hemmender Faktoren sowie kollegiale Beratung beitragen.
- Die Etablierung interprofessioneller Pflegeprozesse in einem multiprofessionellen Pflegeteam erfordert eine konsequente Kompetenzorientierung bei der Zuordnung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten zwischen den Gesundheitsfachberufen (DEVAP 2022).
- Stellen bzw. Funktionen akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen sind im betrieblichen Organigramm darzustellen. Zusätzliche Hierarchieebenen verkomplizieren Verantwortungsbereiche, Organisationsstrukturen und Prozessabläufe.
- Arbeitszeiten sind entsprechend des Aufgabenprofils zu regeln.
- Es müssen ausreichende Ressourcen zur Verfügung stehen, um die übertragenen Aufgaben übernehmen zu können¹².
- Wie bei allen beruflichen Qualifizierungen ist auch für akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen, abhängig von den in den praktischen Studienphasen gesammelten Erfahrungen, eine strukturierte Einarbeitungsphase sinnvoll, in der ergänzend zum Studium vertiefende Erfahrungen gesammelt und spezifische Kenntnisse und Fähigkeiten im Arbeitsfeld vermittelt werden.

c) Rahmenbedingungen

- Die Kostenträger müssen eine ausreichende Finanzierung der akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen unter Berücksichtigung des Aufgabenportfolios gewährleisten¹³.
- In Langzeitpflegeeinrichtungen (SGB XI) bietet die Erweiterung der Personalbemessung nach § 113c SGB XI Chancen einer konzeptionellen Integration akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen.

Insgesamt muss eine personelle Ausstattung gewährleistet sein, die es akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen ermöglicht, die ihnen zugeordneten Aufgabengebiete wahrzunehmen, wie beispielsweise die Anbindung an die Pflegewissenschaft und die Adaption der Pflegepraxisentwicklung¹⁴.

6.2 Leitfragen für den Einsatz von akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen in spezifischen Einsatzbereichen

Der Aufgabenzuschnitt einer akademisch qualifizierten Pflegefachperson hängt vom Versorgungsauftrag und von der Organisationsstruktur der Einrichtung oder des Dienstes ab und muss auf der Leitungsebene konkretisiert und festgelegt werden.

Im Rahmen dieser Empfehlungen kann daher nur eine allgemeine Orientierung gegeben werden. Die folgenden Leitfragen sind als Anregungen für Klärungsprozesse auf der Träger- bzw. Einrichtungsebene zu verstehen:

1. Welche hochkomplexen Pflegesituationen kommen im spezifischen Arbeitsbereich typischerweise vor? Welche Merkmale weisen die Patienten- bzw. Bewohnergruppen auf, die von einer akademisch qualifizierten Pflegefachperson in diesem Setting/Arbeitsbereich profitieren?
2. Wie kann die Fallverantwortung für hochkomplexe Pflegeaufgaben durch eine akademisch qualifizierte Pflegefachperson in diesem Arbeitsbereich konkret aussehen? Wie erfolgt im Pflegealltag eine Zuordnung der Zuständigkeiten hinsichtlich der Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Patientinnen und Patienten? Wann (zu welchen Zeiten, mit welchen Arbeitszeiten) werden akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen gebraucht?
3. Wie lassen sich die Aufgaben der akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen in Bezug auf weitere Mitarbeitende des Bereichs („indirekte Pflege“) beschreiben?
4. Auf welcher Hierarchieebene sind akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen angesiedelt? In welchem Verhältnis stehen sie zu anderen Mitarbeitenden und der Leitung?

5. Welche Voraussetzungen sind auf Einrichtungs-/ Trägerebene erforderlich, um einen sinnvollen Einsatz der akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen im jeweiligen Arbeitsbereich zu gewährleisten? Beispielsweise: Welche Teambildungsprozesse sind sinnvoll und/oder erforderlich, um die akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen im Arbeitsprozess gut einzubinden? Wie gelingt eine nachhaltige Refinanzierung der akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen?

Praxisbeispiel aus dem Universitätsklinikum Köln (AÖR) für eine strukturelle Einbindung akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen (AQP) in den Pflegedienst

Die Uniklinik Köln beschäftigt AQPs in der Rolle als Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten in unterschiedlichen Kliniken oder onkologischen Zentren. Die AQPs arbeiten überwiegend in der direkten pflegerischen Patientenversorgung mit erweiterten Aufgaben, wie zum Beispiel der Patientenberatung. Je nach Tätigkeitsschwerpunkt oder Zielgruppe arbeiten die AQPs auf festen Stationen, stationsübergreifend oder innerhalb fester übergeordneter Strukturen wie Stabsabteilungen (z. B. Wundmanagement). Einige Beispiele:

- Im Bereich der Viszeralchirurgie arbeitet eine AQP mit Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen des Pankreas und unteren Gastrointestinaltraktes und ist auf einer Station tätig.
- Die AQPs im Bereich der Onkologie arbeiten innerhalb eines Krebszentrums, welches i.d.R. aus verschiedenen Stationen und Kliniken besteht.
- AQPs im Bereich der Psychiatrie sind innerhalb der gesamten Klinik (offene und geschützte Stationen) tätig und auf bestimmte Zielgruppen (z.B. Borderline Patientinnen und Patienten) spezialisiert.

Wann werden die AQPs von wem hinzugezogen?

AQPs werden von Pflegenden und dem ärztlichen Dienst auf verschiedenen Wegen konsiliarisch angefordert oder informell hinzugezogen. Im Bereich der onkologischen Pflege ist fest definiert, wann die AQPs grundsätzlich immer hinzugezogen werden sollen – hier zum Beispiel bei pflegerischen Problemen oder Phänomenen wie Schmerz, Mukositis und Übelkeit. Sofern AQPs eine fest definierte Patientenzielgruppe haben, suchen sie ihre Patientinnen und Patienten selbstständig auf und begleiten diese über stationäre Aufenthalte hinweg. In der Psychiatrie bringen sich AQPs z.B. bei Menschen mit besonders herausforderndem Verhalten in die Betreuung ein. Als feste Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für Patientinnen und Patienten sowie An- und Zugehörige sorgen sie für Kontinuität entlang des Behandlungsverlaufs.

Eine dem Tätigkeitsfeld angepasste Arbeitszeitgestaltung ist für die Rollenentwicklung entscheidend. Die AQPs der UK Köln arbeiten in verschiedenen Arbeitszeitmodellen: z. B. 25% im Schichtdienst (Früh- und Spätdienst) und 75% im Tagdienst (i. d. R. zwischen 8-16 Uhr). So soll zum einen eine kontinuierliche Erreichbarkeit für die Patientinnen und Patienten, die Kolleginnen und Kollegen im Pflegedienst und Vertreterinnen und Vertreter der weiteren Berufsgruppen (ärztlicher Dienst, Physiotherapie, Sozialdienst etc.) sichergestellt werden.

Zum anderen sollen Freiräume für konzeptionelle Aufgaben, die Teilnahme an Qualitätszirkeln, Tumorboards u. a. geschaffen werden. Individuelle Patientenberatungen, stationsübergreifende Tätigkeiten (z.B. im Rahmen eines pflegerischen Konsildienstes) und konzeptionelle Aufgaben erfordern Freiräume, die in einem regulären Dienst nicht gegeben sind. Nur mit entsprechenden zeitlichen Ressourcen können die im Studium erworbenen Kompetenzen entsprechend eingesetzt werden.

Wo sind die AQPs hierarchisch verortet?

Die AQPs sind fester Bestandteil der Pflgeteams in den verschiedenen Abteilungen und als solcher den Team-/Stationsleitungen der jeweiligen Abteilungen unterstellt. Auch bei einem stationsübergreifenden Tätigkeitsfeld sind alle AQPs einer bestimmten Station fest zugeteilt.

Zudem ist eine enge fachliche Anbindung an die Stabsabteilung Pflegepraxis-Entwicklung unter der Leitung einer/eines Pflegewissenschaftlerin/Pflegewissenschaftlers ein wichtiger Aspekt beim Aufbau der Rollen und Tätigkeitfelder. Sie erhalten methodische Beratung und Unterstützung bei ihren erweiterten, neuen Aufgaben.

In welchem Verhältnis stehen sie zu den Mitarbeitenden der Stationen?

Ein entscheidender Aspekt für die Akzeptanz und Wirksamkeit der AQPs ist eine kollegiale Zusammenarbeit. Die wissenschaftliche und systematische Arbeitsweise der AQPs ist eine sinnvolle Ergänzung der hohen praktischen Expertise. Ergibt sich aus der Pflegepraxis ein Bedarf an Evaluation einer bestehenden oder Implementierung einer neuen pflegerischen Aufgabe, kann die AQP gezielt unterstützen, z.B. bei der Implementierung neuer Assessments, oder Evaluation (z.B. Standard zum Verbandswechsel Zentralvenöser Zugänge).

Das Ziel an der UK Köln ist die Zusammenarbeit zwischen AQPs und Pflegenden als Tandem. Beide ergänzen einander mit der jeweiligen Expertise im Sinne einer verbesserten pflegerischen Versorgung.

Wie sehen ihre Arbeitszeiten aus?

Eine dem Tätigkeitsfeld angepasste Arbeitszeitgestaltung ist für die Rollenentwicklung entscheidend. Die AQPs der UK Köln arbeiten alle anteilig im Schichtdienst in verschiedenen Arbeitszeitmodellen: z. B. 25% Schichtdienst (Früh- und Spätdienst) und 75% im Tagdienst (i. d. R. zwischen 8-16 Uhr). So soll zum einen eine kontinuierliche Erreichbarkeit für die Patientinnen und Patienten, die Kolleginnen und Kollegen im Pflegedienst und Vertreterinnen und Vertreter der weiteren Berufsgruppen (ärztlicher Dienst, Physiotherapie, Sozialdienst etc.) sichergestellt werden. Zum anderen sollen Freiräume für konzeptionelle Aufgaben, die Teilnahme an Qualitätszirkeln, Tumorboards u. a. geschaffen werden. Individuelle Patientenberatungen, stationsübergreifende Tätigkeiten (z.B. im Rahmen eines pflegerischen Konsildienstes) und konzeptionelle Aufgaben erfordern Freiräume, die in einem regulären Dienst nicht gegeben sind. Nur mit entsprechenden zeitlichen Ressourcen können die im Studium erworbenen Kompetenzen entsprechend eingesetzt werden.

7. Einsatzbeispiele aus verschiedenen pflegerischen Versorgungsbereichen

Im Folgenden werden Aufgaben von akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen anhand von Fallbeispielen aus unterschiedlichen Versorgungsbereichen veranschaulicht. Jedes Fallbeispiel wird im Hinblick auf das Merkmal der „Hochkomplexität“ und der Aufgaben, die akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen darin übernehmen können, analysiert.

7.1 Settingunabhängige Aufgaben der direkten und indirekten Pflege

Die Pflegeplanung folgt der Logik des Pflegeprozesses (Planung, Durchführung, Reflexion und Evaluation) und ist grundsätzlich kontext-unabhängig. Die nachfolgende Tabelle zeigt Beispiele pflegerischer Kernaufgaben sowie erweiterte Aufgaben durch akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen zur Sicherstellung von Best Practice.

Akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen haben aufgrund ihrer Ausbildung einen spezifischen wissenschaftsbasierten Tätigkeitschwerpunkt, der ihnen einen ergänzenden Zugang zu pflegerischen Anforderungen ermöglicht. In einem erweiterten Qualifikationsmix leisten sie einen wichtigen Beitrag zu einem erweiterten Pflegeverständnis.

Die nachfolgende tabellarische Übersicht benennt beispielhaft Pflegeinterventionen, in denen ein wissenschaftsbasierter Zugang eine *zusätzliche* pflegefachliche Kompetenz darstellt. Sowohl bezogen auf beruflich als auch auf hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen gilt, dass sie durch lebenslanges Lernen in Beruf sowie Fort- und Weiterbildung Kompetenzen erwerben können, die über den ursprünglich erworbenen Berufsabschluss weit hinausgehen.

Die nachfolgende Übersicht beruht allein auf den Kompetenzen, die Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer beruflichen bzw. hochschulischen Ausbildung ohne weiterführende Qualifizierungen erwerben. Allerdings können spezifische fachliche Kenntnisse der nachfolgenden Tabellenübersicht auch in Fort- und Weiterbildungen erworben werden.

Mit dieser Übersicht ist keine Abwertung der Kompetenzen beruflich qualifizierter Pflegekräfte beabsichtigt, die durch lebenslanges Lernen in Beruf, Fort- und Weiterbildung Kompetenzen erworben haben, die über den ursprünglich erworbenen Berufsabschluss weit hinausgehen.

Kooperation beruflich ausgebildeter Pflegefachpersonen und AQP
(ausgewählte Beispiele)

	PP* mit beruflicher Ausbildung ohne weiterführende Qualifizierung	PP* mit hochschulischer Ausbildung
Pflegeanamnese mittels zielgerichteter Fragestellungen und systematischer Assessments durchführen	x	x
Assessment-Instrumente für spezifische Phänomene und Risiken auswählen und implementieren		x
Pflegeplanung erstellen, umsetzen und evaluieren	x	x
Pflegeplanung in hochkomplexen Situationen sowie nicht regelhaft zu lösenden Pflegesituationen unter Berücksichtigung von bester externer Evidenz erstellen, steuern und evaluieren		x
Kollegiale Beratung zu hochkomplexen Pflegesituationen durchführen, zum Beispiel im Rahmen von Pflegevisiten oder Fallbesprechungen		x
Fortbildungen zu fokussierten Themen/Fragestellungen konzipieren und durchführen		x
Komplexe Pflegeinterventionen in hochkomplexen Situationen durchführen		x
Zu pflegende Menschen systematisch und adressatengerecht informieren	x	x
Schulungen für zu pflegende Menschen entwickeln und implementieren (z. B. im Umgang mit Schmerzen)		x
Auf Entlassung/Überleitung vorbereiten: Alltagsgestaltung, Medikamentenmanagement, Wundmanagement, Hilfsmiteleinsetz u.v.m.,	x	x

Nutzung von Hilfsangeboten (Ziel: Selbstmanagement)		
Strukturierung des Entlassmanagements (organisatorisch, inhaltlich)		x
An der Entwicklung und Umsetzung von Projekten/neuen Konzepten mitarbeiten	x	x
Prozessoptimierung auf wissenschaftlicher Grundlage		x
Mitarbeit bei der Initiierung und Durchführung von Studien		x

*PP = Pflegefachpersonen

7.2 Praxisbeispiele aus unterschiedlichen Versorgungsbereichen

7.2.1 Praxisbeispiel Pflege im Akutkrankenhaus

Zur Situation: Ein 62-jähriger Patient, verwitwet, keine Kinder, von Beruf selbstständiger Dachdeckermeister, ist an Lungenkrebs im fortgeschrittenen Stadium mit palliativem Therapiekonzept erkrankt. Er erhält eine Immunchemotherapie sowie lokale Bestrahlung der Knochenmetastasen.

Der Patient zeigt sich bei der Erstdiagnose in reduziertem Allgemeinzustand und schlechtem Ernährungszustand. Er klagt über starke Rückenschmerzen, Gewichtsverlust sowie zunehmende Dyspnoe bei bekannter chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) und langjährigem Zigarettenkonsum. Diese Symptome haben zur weiteren Diagnostik und schließlich zur Diagnose geführt.

In diesem Praxisbeispiel verweisen folgende Merkmale auf Hochkomplexität:

- Entwicklung von verschiedenen, schwerwiegenden, schlecht einschätzbaren, krankheitsbedingten und psychosozialen Problemstellungen (auch der Bezugspersonen): hier starke tumorbedingte Rückenschmerzen, Gewichtsverlust,
- die medizinische Behandlung, die mit einem hohen Potential an Nebenwirkungen verbunden ist und daher ein hohes Maß an pflegerischer Unterstützung u./o. Koordination erforderlich macht, um den Verlust von Eigenständigkeit zu reduzieren (Empowerment): hier Immunchemotherapie sowie lokale Bestrahlung der Knochenmetastasen,
- der Versorgungspfad erfordert Multiprofessionalität sowie bereichs-, klinik- oder sektorenübergreifende Zusammenarbeit.

Fokus: palliatives Therapiekonzept.

Erweiterte, hochkomplexe Aufgaben

(ausgewählte Beispiele)

Direkte Pflege –patientenbezogene Aufgaben

Assessment-Instrumente für spezifische Phänomene und Risiken auswählen und implementieren:

z. B. zu den Themen psychosoziale Belastung, Ernährungszustand, Luftnot, Tumorschmerz

Pflegeplan in hochkomplexen Situationen sowie nicht regelhaft zu lösenden Pflegesituationen unter Berücksichtigung bester externer Evidenz erstellen, steuern und evaluieren:

z. B. Steuerung des Pflegeprozesses und Zusammenarbeit mit Psychoonkologie und Palliativstation/Hospiz

Komplexe Pflegeinterventionen in hochkomplexen Situationen durchführen:

z. B. Schmerzmanagement, Ernährungsmanagement, Entlastungsgespräche, Beratung zu Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht, Beratung zu palliativen Versorgungsangeboten

Schulungen für zu pflegende Menschen entwickeln, durchführen und implementieren:

z. B. Atemtraining, Schmerzmanagement, Ernährungsmanagement

Indirekte Pflege – übergeordnete Aufgaben

Kollegiale Beratung in hochkomplexen Situationen durchführen, zum Beispiel im Rahmen von Pflegevisiten oder Fallbesprechungen:

Initiieren und Moderieren einer Pflegevisite und interdisziplinären Fallbesprechung

7.2.2 Praxisbeispiel Ambulante Pflege

Zur Situation: Ein hochaltriges Ehepaar spricht den ambulanten Pflegedienst auf die Verschlechterung der Pflegesituation an. Klientin des Pflegedienstes ist die leicht desorientierte und mobilitätseingeschränkte Frau (78 – Pflegegrad 2), während der Mann (84 – kein Pflegegrad) den Haushalt bisher im Wesentlichen allein führt und sich viel um seine Frau kümmert. In letzter Zeit leidet sie unter zunehmender Inkontinenz. Aktuell ist der Mann aufgrund von starken Rückenschmerzen nicht mehr dazu in der Lage, seine Frau zu versorgen, infolgedessen hat sich unter anderem die Ernährungssituation seiner Frau verschlechtert. Er ist sehr niedergeschlagen. Die beiden alten Leute möchten ihr gemeinsames Leben in ihrer Wohnung weiterführen, wissen aber nicht, ob und wie das möglich ist. Der einzige Sohn wohnt in einer entfernten Großstadt und hat wenig Ressourcen, sich um seine Eltern zu kümmern.

In diesem Praxisbeispiel verweisen folgende Merkmale auf Hochkomplexität:

Der Fall weist eine hohe Dynamik mit Verschlechterung der gesundheitlichen und pflegerischen Situation auf, z. B.

- sich verschlechternde Ernährungssituation mit drohender Mangelernährung,
- Entwicklung von Immobilität und Inkontinenz,
- Entwicklung von verschiedenen, schwerwiegenden, schlecht einschätzbaren, krankheitsbedingten und psychosozialen Problemstellungen.
Fokus: Realistische Lebensperspektive und Unterstützung des Ehemanns.

Erweiterte, hochkomplexe Aufgaben (ausgewählte Beispiele)

Direkte Pflege – patientenbezogene Aufgaben

Assessment-Instrumente für spezifische Phänomene und Risiken auswählen und implementieren:

z. B. Ernährungsassessment, differenzierte Einschätzung der Kontinenzsituation, Einschätzung der Hautgesundheit, Einschätzung der Mobilität, Einschätzung der psychosozialen Situation des Ehemanns, Einschätzung der Fremdpflegefähigkeiten des Ehemanns

Pflegeplan in hochkomplexen Situationen sowie nicht regelhaft zu lösenden Pflegesituationen unter Berücksichtigung bester externer Evidenz erstellen, steuern und evaluieren:

Steuerung des Pflegeprozesses unter Berücksichtigung des Familiensystems, der Zusammenarbeit mit Hausarzt/-ärztin, von Physiotherapie, Haushaltshilfe, mobilem Essensdienst, ehrenamtlich Helfenden/Nachbarn, Kulturangeboten im Quartier

Komplexe Pflegeinterventionen in hochkomplexen Pflegesituationen durchführen:

Förderung der Harnkontinenz, Förderung der Hautintegrität, Bewegungsförderung, Beratung des Ehepaars und ggf. des Sohnes (distant caregiver) im Hinblick auf alternative Wohnmöglichkeiten, Beratung des Ehemanns im Hinblick auf Entlastungsmöglichkeiten

Indirekte Pflege – übergeordnete Aufgaben

Kollegiale Beratung in hochkomplexen Situationen durchführen, zum Beispiel im Rahmen von Pflegevisiten oder Fallbesprechungen:

Pflegevisite im Rahmen des verpflichtenden Beratungseinsatzes

Beratung und Begleitung der Mitarbeitenden verschiedener Qualifikationsniveaus, z.B. Tourenbegleitung mit individueller Rückmeldung

7.2.3 Praxisbeispiel Stationäre Langzeitpflege

Situation: Eine 86-jährige verwitwete Bewohnerin lebt seit eineinhalb Jahren aufgrund zunehmender Pflegebedürftigkeit (fortschreitende Demenz, Adipositas, Diabetes, Inkontinenz, Mobilitätseinschränkungen, Bluthochdruck) im Pflegebereich einer Langzeitpflegeeinrichtung. Zeitlich, örtlich und zur Situation ist sie nicht orientiert und in letzter Zeit auch zunehmend schläfrig. Vor zwei Jahren hatte sie eine Beckenfraktur und läuft seitdem mit dem Rollator. Aktuell nehmen die Mobilitätseinschränkungen stark zu: Die Bewohnerin lässt sich kaum noch mobilisieren und sitzt fast nur noch im Rollstuhl. Zunächst wird ein Pflegerollstuhl angeschafft. Innerhalb kürzester Zeit entwickelt die adipöse Frau einen Dekubitus, der sich – befördert durch die Inkontinenz der Bewohnerin – infiziert hat. Von ärztlicher Seite wird empfohlen, den Dekubitus chirurgisch zu sanieren.

In diesem Praxisbeispiel verweisen folgende Merkmale auf Hochkomplexität:

Es handelt sich um eine Situation mit einer hohen Dynamik mit Verschlechterung der gesundheitlichen und pflegerischen Situation, z. B.

- sich verschlechternder Ernährungssituation mit drohender Mangelernährung,

- Entwicklung von Immobilität,
- Dekubitusentwicklung.
Fokus: Selbstständigkeit und Lebensqualität.

Erweiterte, hochkomplexe Aufgaben (ausgewählte Beispiele)

Direkte Pflege – patientenbezogene Aufgaben

Assessment-Instrumente für spezifische Phänomene und Risiken auswählen und implementieren:

z. B. Wundassessment, Einschätzung der Mobilität, Einschätzung des Ernährungszustands

Pflegeplanung in hochkomplexen Situationen sowie nicht regelhaft zu lösenden Pflegesituationen unter Berücksichtigung bester externer Evidenz erstellen, steuern und evaluieren:

Steuerung des Pflegeprozesses, Zusammenarbeit mit Hausärztin/-arzt, Physiotherapie

Komplexe Pflegeinterventionen in hochkomplexen Situationen durchführen:

z. B. Wundmanagement, Mobilitätsförderung, Ernährungsmanagement

Schulungen für zu pflegende Menschen entwickeln, durchführen und implementieren:

z. B. Beratung der Bewohnerin und ggf. der An- und Zugehörigen zu den Vor- und Nachteilen einer chirurgischen Sanierung des Dekubitus

Indirekte Pflege – übergeordnete Aufgaben

Fortbildungen zu fokussierten Themen konzipieren und durchführen:

Wundmanagement, Bewegungsförderung in diesem spezifischen Fall

7.2.4 Praxisbeispiel Primärversorgung

Situation: Beratungssituation im Gesundheitskiosk: Die alleinstehende Frau Lewandowski (64 Jahre) lebt seit vier Jahren mit einer Diabetes mellitus Typ 2-Erkrankung. Die Erkrankung wurde zunächst mit oralen Antidiabetika behandelt, inzwischen erfolgte eine Umstellung auf Insulintherapie. Frau Lewandowski nimmt von sich aus Kontakt mit dem Gesundheitskiosk auf. Sie berichtet über Unsicherheit in der Handhabung des Insulinpens und der angepassten Ernährung. Außerdem hat sie festgestellt, dass sie sich in letzter Zeit des Öfteren müde und abgeschlagen fühlt, manchmal ist sie auch richtig zittrig. Sie fragt sich, ob das mit ihrem Diabetes zusammenhängen könnte. Im Erstgespräch entsteht bei der beratenden Pflegefachperson der Eindruck, dass eine Alkoholproblematik vorliegen könnte.

In diesem Praxisbeispiel verweisen folgende Merkmale auf Hochkomplexität:

- Entwicklung von verschiedenen, schwerwiegenden, schlecht einschätzbaren, krankheitsbedingten und psychosozialen Problemstellungen (auch der Bezugspersonen): hier Alkoholabhängigkeit, Einsamkeit.
- Erfordernis der Multiprofessionalität sowie professionsübergreifender Zusammenarbeit in der Versorgung: hier Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen und Psychologen, Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberatern, Ehrenamtlichen, Vereinen, Selbsthilfegruppen. Fokus: fehlendes soziales Netz, eingeschränkte Selbstmanagementfähigkeiten.

Erweiterte, hochkomplexe Aufgaben

(ausgewählte Beispiele)

Direkte Pflege – patientenbezogene Aufgaben

Assessment-Instrumente für spezifische Phänomene und Risiken auswählen und implementieren:

z. B. Einschätzung der Selbstmanagementfähigkeiten, Einschätzung des körperlichen Zustands, Einschätzung der Alkoholabhängigkeit

Komplexe Pflegeinterventionen in hochkomplexen Pflegesituationen durchführen:

z. B. Empfehlung und Vermittlung einer Suchtberatung, Erarbeitung eines Plans für das Diabetes-Selbstmanagement (unter Verwendung einer App), Information/Anmeldung: Disease-Management-Programm, Konzeption und Durchführung von Selbsthilfegruppen

Schulungen unter Einbeziehung der Lebenswirklichkeit für zu pflegende Menschen entwickeln, durchführen und implementieren:

Ernährungsschulung; Schulung zur Injektion von Insulin

Indirekte Pflege – übergeordnete Aufgaben

An der Entwicklung und Umsetzung von Projekten/neuen Konzepten mitarbeiten, sowie Prozessoptimierung auf wissenschaftlicher Grundlage:

Netzwerkarbeit mit an der Versorgung beteiligten Akteuren, Bedarfsermittlung im Quartier sowie Konzeption bzw. Weiterentwicklung der Angebote

8. Fazit und Ausblick

Mit den vorliegenden Empfehlungen soll der personennahe Einsatz akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen erleichtert und unterstützt werden. Aufgabenprofile müssen in einem Prozess auf der Grundlage von Diskussionen in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen und gemeinsam mit den Hochschulen praxisfeldbezogen weiterentwickelt und in Bezug auf die verschiedenen Arbeitsbereiche der Pflege weiter konkretisiert werden.

Pflegefachliche Anforderungen in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen nehmen kontinuierlich zu. Akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen ergänzen die pflegerische Versorgung durch einen wissenschaftsbasierten Zugang zu pflegerischen Problemlagen und können einen Beitrag dazu leisten, die pflegerische Versorgung weiter zu verbessern. Dafür müssen zur akademischen Qualifikation passende Aufgabenfelder etabliert werden, die fachlich, aber auch strukturell gut in die Einrichtungen eingebunden sind.

Im Bereich der stationären Langzeitpflege ist zu prüfen, ob und inwieweit das neue in der Umsetzung befindliche Personalbemessungssystem einen Beitrag zur perspektivischen Etablierung der akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen in den Einrichtungen leisten kann. In diese Diskussion müssen die Praxiserfahrungen, die bislang vor allem im akutklinischen Bereich vorliegen, einfließen. Dies muss als multifaktorieller Prozess verstanden werden, der beispielsweise auch durch wissenschaftlich evaluierte Modellprojekte unterstützt werden kann, in denen auch die Kostenträger und die Versorgungsforschung einbezogen werden. Das 360° Projekt der Robert-Bosch-Stiftung hat dazu wichtige Grundlagen geschaffen, die kontinuierlich weiterentwickelt werden sollten. In diese Diskussion müssen die

Praxiserfahrungen, die bislang vor allem im klinischen Bereich vorliegen, einfließen.

Der Mehrwert der Integration akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen in den Versorgungseinrichtungen muss durch empirische Forschung weiter belegt werden und mit den Leistungsträgern kommuniziert werden.

Als ein weiterer Grund ist die unzureichende Refinanzierung der mit akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen besetzten Stellen in den Einrichtungen zu nennen. Das betrifft sowohl die akute Krankenhauspflege als auch die SGB XI-Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege. Akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen sind in den gegenwärtig gebräuchlichen pflegetariflichen Systemen nur unzureichend ausgebildet. Um die Attraktivität einer personennahen Tätigkeit in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen zu erhöhen und die Voraussetzung für eine Refinanzierbarkeit durch die Kostenträger zu schaffen, müssen die Tarifregelungen zeitnah an die neuen Entwicklungen angepasst werden.

Die im vorliegenden Text erarbeiteten Aufgabenprofile akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen können geeignet sein, in Verhandlungen mit den Kostenträgern die Refinanzierung der entsprechend vergüteten Stellen zu begründen.

Die vorliegenden Empfehlungen für Tätigkeitsprofile akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen müssen in einem kontinuierlichen Prozess gemeinsam mit den Praxisfeldern und mit den Hochschulen weiterentwickelt und in Bezug auf die verschiedenen Arbeitsbereiche der Pflege weiter konkretisiert werden. Dazu können praxisbezogene, evaluierte Modellvorhaben beitragen. Neben den vorhandenen müssen auch innovative Versorgungsmodelle mit stärkerer Verantwortungsübernahme durch akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen entwickelt und implementiert werden, wie z. B. integrierte lokale Versorgungszentren. Bund und Länder sollten die Akademisierung der Pflege mit Blick auf den Einsatz in Versorgungsfeldern vorantreiben und die finanzielle Unterstützung für Hochschulen mit Pflegestudiengängen ausweiten.

Perspektivisch muss in allen pflegerischen Tätigkeitsfeldern pflegewissenschaftliches Wissen weiterentwickelt werden. Dafür ist eine Strukturförderung der Pflegeforschung erforderlich, die auf eine Verknüpfung von Praxisentwicklung und pflegewissenschaftlicher Forschung abhebt.

Anmerkungen

¹ Siehe dazu auch Klein, Bettina; Hamel, Lucas; Peters, Miriam; Meng, Michael: Patientenbezogener Mehrwert des Einsatzes von Pflegefachpersonen mit akademischer Ausbildung: ein Rapid Review. Version 1.0 Bonn, 2022. Online: https://res.bibb.de/vet-repository_780880

² Derzeit existieren 29 primärqualifizierende Bachelorstudiengänge. Das Bundesinstitut für Berufsbildung (BiBB) ermittelt für das Jahr 2021 eine Akademisierungsquote von 0,82 % verglichen mit der Gesamtzahl der Pflegeauszubildenden. (Zum Wintersemester 2021/2022 existierten 27 primärqualifizierende Hochschulen in Deutschland) (Meng/Peters/Dorin 2022, S. 12). Neben Studiengängen auf Bachelor-niveau gibt es der HQPplus-Studie (Geschäftsstelle des Wissenschaftsrats:2022) zufolge 12 klinisch orientierte Studiengänge auf Masterniveau. Angesichts dieser Zahlen ist die Quote akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen in der Versorgungspraxis bislang noch verschwindend gering. In vielen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen liegt sie unter einem Prozent, den höchsten Stand erreicht sie mit einem Anteil von insgesamt 3,16% am Gesamtpflegepersonal in Universitätsklinika, davon 2,11% in der direkten Versorgung (Bergjan et al. 2021).

³ Die Mitwirkenden der AG Tätigkeitsprofile sind auf Seite 40 genannt.

⁴ Die Vereinte Dienstleistungsgesellschaft erklärt hierzu: Für ver.di sind hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen für das Berufsfeld wichtig. Doch damit die Studierenden eine attraktive Perspektive haben, brauche es überzeugende Antworten, für welche Tätigkeiten die hochschulische in Abgrenzung zur beruflichen Pflegeausbildung qualifizierte. „Hochkomplexe Pflegeprozesse“ seien als Unterscheidungsmerkmal nicht geeignet, denn alle Pflegefachpersonen müssten in der Lage sein, Patient:innen mit hochkomplexen Pflegebedarfen zu versorgen. In der Praxis bestehe ansonsten die Gefahr, dass die berufliche Pflegeausbildung abgewertet werde. Weitere Informationen zur ver.di Positionierung: Reform der Pflegeausbildung | Gesundheit, Soziale Dienste, Bildung und Wissenschaft ([verdi.de](https://www.verdi.de)).

⁵ Laut Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend haben im Jahr 2021 61.329 Auszubildende ihre Ausbildung zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann begonnen (BMFSFJ 2022: S. 36). Ein Anteil von 10 bis 20 % entspräche einer Studierendenzahl von 6.814 bis 15.332 Personen in primärqualifizierenden Bachelorstudiengängen. Gegenwärtig wird diese Zahl bei weitem nicht erreicht.

Zum Wintersemester 2021/2022 gab es in Deutschland 27 Hochschulen (Meng et al. 2022), welche ein primärqualifizierendes Studium angeboten haben. An diesen Hochschulen standen in diesem Semester 1.109 Studienplätze zur Verfügung. Im Zeitraum zwischen dem Wintersemester 2019/2020 und dem Wintersemester 2021/2022 haben sich insgesamt 1.036 Studierende in primärqualifizierende Studiengänge erstimmatrikuliert. Die Anzahl der Erstimmatrikulationen pro Semester

ist in diesem Zeitraum angestiegen und resultiert in 488 Erstimmatrikulationen im Wintersemester 2021/2022 in primärqualifizierenden Studiengängen (508 Studierende, wenn das gesamte Studienjahr 2021 betrachtet wird). Damit liegt die Auslastung der verfügbaren Kapazität der primärqualifizierenden Studiengänge bei etwa 49%. Die Akademisierungsquote für 2021 beträgt demnach 0,82 Prozent, wenn nur primärqualifizierend Studierende gezählt werden. (Meng et al 2022).

⁶ In der AG Tätigkeitsprofile haben vier Unterarbeitsgruppen für die Bereiche Akutpflege, ambulante Pflege, Primärversorgung und stationäre Langzeitpflege praxisbezogenen Aufgabenfelder akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen erarbeitet. Die Arbeitsergebnisse aller vier Unterarbeitsgruppen sind in die vorliegenden Ausführungen eingeflossen.

⁷ Vgl. Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, Anlage 5, Kompetenzbereich III Verantwortliche Gestaltung des intra- und interprofessionellen Handelns in unterschiedlichen systemischen Kontexten und Weiterentwicklung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung von Menschen aller Altersstufen https://www.buzer.de/Anlage_5_PflAPrV.htm

⁸ Ebenso formuliert die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) des Pflegeberufegesetzes Kompetenzen der hochschulischen Ausbildung:

„hochkomplexen akuten und dauerhaften Pflegesituationen“ Anlage 5 (zu § 35 Abs. 2 PflAPrV, § 36 Abs. 1 PflAPrV, § 37 Abs. 1 PflAPrV) Kompetenzen für die Prüfung der hochschulischen Pflegeausbildung nach § 32 PflAPrV,

„komplexen und hochkomplexen Pflegebedarfen“ § 35 Abs. 2 (1) PflAPrV,

„hochkomplexe Pflegesituation“ § 37 Abs. 4 PflAPrV,

„zur Pflege von Menschen auch in hochkomplexen Pflegesituationen erforderlichen Kompetenzen verfügt“ § 32 Abs. 1 PflAPrV,

„Pflegeprozessen bei Menschen in hochbelasteten und kritischen Lebens- und Pflegesituationen auch bei hochkomplexen Pflegebedarfen“ Anlage 5 (zu § 35 Abs. 2 PflAPrV, § 36 Abs. 1 PflAPrV, § 37 Abs. 1 PflAPrV) Kompetenzen für die Prüfung der hochschulischen Pflegeausbildung nach § 32 Abs. 3 PflAPrV.

⁹ Aus der Kompetenzbeschreibung des Pflegeberufegesetzes ergibt sich allerdings keine besondere Qualifizierung der akademischen Pflegefachpersonen für akute Notfallsituationen. Eine exklusive Zuständigkeit akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen für Notfallsituationen entspricht auch nicht den fachlichen Notwendigkeiten in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen.

¹⁰ Eine Begrenzung liegt in den strukturellen Rahmenbedingungen der Studiengänge, die meist innerhalb von 7 Semestern einen Berufsabschluss auf Bachelorniveau gewährleisten (müssen).

¹¹ Eine ausführliche Beschreibung hemmender und förderlicher Bedingungen findet sich bei Weidner/Schubert (2022) S. 52ff.

¹² Erforderlich sind der Zugang zur Fachliteratur, zu gängigen Fachdatenbanken für wissenschaftliche Recherche sowie ein hierfür ausgestatteter Bildschirmarbeitsplatz. Ebenso eine dem Aufgabenprofil entsprechende Arbeitszeitgestaltung.

¹³ Insbesondere Vertreterinnen und Vertreter aus der ambulanten Pflege weisen darauf hin, dass die derzeitige Finanzierungssituation (Leistungsrecht) die Einbindung akademisch qualifizierter Fachkräfte behindert, bspw. „Pflegetouren“ durch akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen nicht wirtschaftlich sind, da eine Finanzierung nicht gewährleistet ist.

¹⁴ Zur Erhaltung und Erweiterung von Kompetenzen ist auch für akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen ein kontinuierlicher, berufsbegleitender Weiterbildungsprozess erforderlich. Dazu gehört die Teilnahme an Kongressen und Fortbildungen insbesondere in Bezug auf das jeweilige Fachgebiet. Kontinuierliche und themenbezogene Fort- und Weiterbildungen in Bereichen, die das aktuelle Handlungsfeld betreffen, beispielsweise Diabetes Care, Wundbehandlung, aber auch zu qualitätsbezogenen (Leitlinien, Expertenstandards), methodischen (neues Assessment usw.) oder rechtlichen Themen (neues Leistungsrecht der Sozialversicherung) bleiben im Sinne eines qualifikationsniveau-erhaltenden Kompetenzerwerbs von außerordentlicher Relevanz und das bezogen auf die Berufsbiographie begleitend.

Mitwirkende

Dr. Peter Bartmann, Diakonie Deutschland

Prof. Dr. Christel Bienstein, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe

Johannes Bösche, Uniklinikum Köln, Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Prof. Dr. Annerose Bohrer, Evangelische Hochschule Berlin

Manfred Carrier, Diakonie Deutschland

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Universität Bremen, Institut für Public Health

Bettina Dauer, Bundesinstitut für Berufsbildung

Ulrike Döring, ADS - Arbeitsgemeinschaft christlicher Schwesternschaften und Pflegeorganisationen in Deutschland e. V.

Dr. Lena Dorin, Bundesinstitut für Berufsbildung

Ulrika Gehrke, Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland

Christian Hener, Deutsches Rotes Kreuz

Prof. Dr. Sarah Hofer, Ludwig-Maximilians-Universität München

Dr. Pascal Krimmer, Deutscher Caritasverband

Dr. Michael Meng, Bundesinstitut für Berufsbildung

Wolfgang Pasch, Fließner Fachhochschule, Deutscher Pflegerat

Prof. Dr. Miriam Peters, Frankfurt University of Applied Sciences

Delphine Pommier, Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, ver.di

Heike Prestin, Diakonie Deutschland (bis 30.06.2022)

Tanja Schaller, LAG der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberuf Rheinland-Pfalz

Dr. Barbara Strohbücker, Universitätsklinikum Köln, Deutsche Krankenhausgesellschaft

Prof. Dr. Steve Strupeit, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Greifswald, Dekanekonferenz Pflegewissenschaft

Die Arbeit der AG Tätigkeitsprofile wurde im Rahmen der Ausbildungsoffensive Pflege unterstützt durch das Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend sowie die Geschäftsstelle der Ausbildungsoffensive Pflege beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben.

Literatur

Aiken L H, Sloane D M, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffith, P, Busse R, Diomidous, M. et al. (2014): Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospektive observational study. In: The Lancet, 38 (9931) 1824-1830.

Ayerle G; Langer G, Meyer G (2019): Selbstständige Ausübung von Heilkunde durch Pflegekräfte. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.): Pflege-Report 2018. Qualität in der Pflege. Berlin: Springer, S. 15-21.

Benner, PE (2017): Stufen zur Pflegekompetenz: From novice to expert. 3. Aufl. Bern.

Bergjan M, Tannen A, Mai T, Reuchtinger J, Luboinski J, Bauer J, Fischer U, Kocks A (2021): Einbindung von Pflegefachpersonen mit Hochschulabschlüssen an deutschen Universitätskliniken: ein Follow-up-Survey. ZEFQ; 163: 47-56.

<https://doi.org/10.1016/j.zefq.2021.04.001> Bundesinstitut für Berufsbildung (2023): Hochschulische Pflegeausbildung und Berufseinstieg (HPA^{BE}) Projektauftrag des BIBB, Laufzeit 22.11.2021 - 21.11.2023. <https://www.f-bb.de/unsere-arbeit/projekte/hochschulische-pflegeausbildung-und-berufseinstieg-hpabe/>

Bundesministerium für Familie, Frauen, und Jugend (2019): Ausbildungsoffensive Pflege (2019-2023).

Bundesministerium für Familie, Frauen, und Jugend (2022): Ausbildungsoffensive Pflege (2019-2023). Zweiter Bericht, S.36.

Bundesinstitut für Berufsbildung (2022): Standardisierte Module zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben - Fachkommission nach § 53 PflBG.

Bundesministerium für Gesundheit (2019): Konzertierte Aktion Pflege – Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5; November. 2019, Berlin.

Darmann-Finck, I; Nikolajev, S; Hülsmann, L (2023): Aufgabenprofile für Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss in Deutschland. Manuskript. Im Erscheinen.

Darmann-Finck I, Muths S, Görres S, Adrian C, Bomball J, Reuschenbach B (2014): Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW. Abschlussbericht vom Dezember 2014.

https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/pflege_abschlussbericht_26_05_2015.pdf

Darmann-Finck, I (2021): Entwicklung eines Qualifikationsmixmodells (QMM) für die stationäre Langzeitpflege als Grundlage für Personalbemessungsinstrumente. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 164 S. 61-69.

Darmann-Finck, I (2016a): Aufgabenfelder hochschulisch ausgebildeter Pfleger. In: Pflegezeitschrift 6, S. 362-364.

Darmann-Finck, I (2016b): Ein primärqualifizierendes Studium in der Pflege gestalten – Herausforderungen für die Hochschulen. In: Gesundheit und Pflege. Rechtszeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen 6 3, S. 91-97.

Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege (DEVAP) (2022): DEVAP-Forderungspapier zur Aufgabenumverteilung im Gesundheitswesen.
https://www.devap.de/fileadmin/Mediathek/02_Unsere_Positionen/pdf/2022-01_DEVAP-Forderungspapier_zur_Aufgabenumverteilung_im_Gesundheitswesen.pdf

Deutscher Pflegerat (DPR) und Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (2014): Arbeitsfelder akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen.
https://deutscher-pflegerat.de/wp-content/uploads/2020/02/2015-04-17-DGP-Papier_final.pdf

Eberhardt, D; Klinische Pflegeforschung, 3: 15-27; DOI:10.6094/KlinPflg.3.15; ISSN:2365-7863.

Fachkommission nach §53 Pflegeberufegesetz (2020): Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz. 2. Aufl. o.O.

Fachkommission nach dem Pflegeberufegesetz (2021): Standardisierte Module zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben.

Veröffentlichung der Module für den Erwerb erweiterter heilkundlicher Kompetenzen › Netzwerk Pflegeausbildung (koordinierungsstelle-pflegeausbildung-sh.de)

Geschäftsstelle des Wissenschaftsrats (2022): HQGplus-Studie zu Hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitssystem – Update | Quantitative und qualitative Erhebungen der Situation in Studium, Lehre, Forschung und Versorgung.
https://www.wissenschaftsrat.de/download/2022/9541-22.pdf?__blob=publication-File&v=14

Grünewald, M; Hild, T C.; Jeske, R; Moullion, S; Rausch, A; Reimers, S; Strohbücker, B (Hrsg.): Einsatz akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen in der Praxis.
https://www.vpuonline.de/de/pdf/presse/2015-05-29_abschlussbericht.pdf

Heinze, C; Claaßen, A (2023): Konzepte zur Einbindung von Bachelorabsolvent*innen in die Pflegepraxis – eine Literaturübersicht. Implementierung – Rollen und Aufgaben – Evaluation. In: Pädagogik der Gesundheitsberufe 10, 24-35.

Hundenborn, G (2022): „Primärqualifizierendes Pflegestudium nach dem Pflegeberufegesetz - Verantwortungs- und Aufgabenbereiche sowie Kompetenzprofile hochschulisch

ausgebildeter Pflegefachpersonen“ Auftaktveranstaltung der AG Entwicklung von Tätigkeitsprofilen für hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen am 01.03.2022, Seite 3.

Kirkevold, M (2002): Pflegewissenschaft als Praxisdisziplin. 1. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

Klein, B; Hamel, L; Peters, M; Meng, M (2022): Patientenbezogener Mehrwert des Einsatzes von Pflegefachpersonen mit akademischer Ausbildung: ein Rapid Review. Version 1.0 Bonn.

https://res.bibb.de/vet-repository_780880

Knigge-Demal, B; Eylmann, C; Hundenborn, G (2013): Anforderungs- und Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen.

Lindenberg, C; Nash, S (2008): On the edge: Nursing in the age of complexity.

Luhmann, N (2009): Zur Komplexität von Entscheidungssituationen. In: Soziale Systeme 1, S. 3-35.

Meng, M; Peters, M; Dorin, L(2022): Erste Sondererhebung des BIBB- Pflegepanels: Ein aktueller Überblick zu berufsqualifizierenden Pflegestudiengängen. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung https://res.bibb.de/vet-repository_780291

Meyer (2014): Ein evidenzbasiertes Gesundheitssystem: die Rolle der nichtärztlichen Fachberufe, Vortrag.

Ein evidenzbasiertes Gesundheitssystem: die Rolle der nichtärztlichen Fachberufe (iqwig.de)

Stöcker G (2021): Pflegequalifikation im europäischen Kontext. In: Pundt J, Rosentreter M (Hrsg.): Pflege dynamisch vorwärtsgerichtet. Aktuelle Tendenzen. Bremen, , S. 57-63.

Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands e.V.(VPU) (2015):

Einsatz akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen in der Praxis, Matthias Grünewald et.al.

Einsatz akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen (vpuonline.de)

Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands e.V.(VPU) (2016):

Leitfaden Implementierung von Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss im Krankenhaus.

https://www.vpuonline.de/de/pdf/presse/2015-05-29_abschlussbericht.pdf

Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands (2016): Einsatz hochschulisch ausgebildeter Pflegefachpersonen im Krankenhaus.
www.vpu-online.de

Weidner, F; Schubert, C (2022): Die erweiterte pflegerische Versorgungspraxis – Abschlussbericht der begleitenden Reflexion zum Förderprogramm „360° Pflege – Qualifikationsmix für Patient:innen – in der Praxis; Köln.

Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen; Köln.

<https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.html>

Anhang: Sondervotum des BeKD e.V.

Sondervotum des BeKD e.V. zum Tätigkeitsprofil primär hochschulisch qualifizierter Pflegefachfrauen / -männer

Zum vorliegenden Konzept mit der Beschreibung der Tätigkeitsprofile primär hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen nach dem Pflegeberufegesetz möchte der Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland (BeKD e.V.) mit diesem Sondervotum charakteristische Merkmale des Berufsprofils der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in den Fokus rücken und zugleich anmerken, dass die hier dargestellten Tätigkeitsprofile auf Pflegefachfrauen/ -männer auf einen generalistischen Berufsabschluss mit dem akademischen Grad des Bachelors ausgerichtet sind.

Aus der Perspektive der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege benötigen diese Pflegefachfrauen/ -männer mit erweiterten Kompetenzen gemäß §37 PflBG für die eigenverantwortliche Tätigkeit in ALLEN ambulanten und stationären Aufgabenfeldern der Kinder- und Jugendmedizin zur professionellen Pflege gesunder, kranker und behinderter Kinder, vom Früh- und Neugeborenen bis zum Jugendlichen, sowie Begleitung deren Bezugspersonen eine postgraduale Zusatzqualifikation.

Hierzu liegen aus europäischen Ländern auch Erfahrungen der Paediatric Nursing Association of Europe (PNAE) vor.

In einem 2015 veröffentlichten Positionspapier zur Ausbildung in der Pädiatrischen Pflege heißt es:

„PNAE-Mitglieder sind überzeugt, dass generalistische/erwachsenenorientierte Pflegeausbildungsprogramme in vielen Ländern eine ungenügende Vorbereitung für die Praxis als Pädiatrische Fachperson sind, d.h. eigenständige Einschätzung, Planung, Durchführung und Evaluation der Pflege von Säuglingen und Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen.“

In Deutschland könnte dies z.B. während eines anschließenden Masterstudiums oder im Rahmen einer bundeseinheitlichen beruflichen Anschlussqualifizierung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege erfolgen. Zur didaktischen Ausgestaltung dieser, hat der BeKD e.V. mit einer Expertengruppe aus Theorie und Praxis eine Handreichung erstellt und im Oktober 2022 veröffentlicht.

Aufgrund der hohen Komplexität der Anforderungen im äußerst vielfältigen Berufsfeld der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege lässt sich das Tätigkeitsprofil nicht trennscharf in komplexe und hochkomplexe Aufgaben differenzieren und die in

diesen Empfehlungen zugrunde gelegten Kriterien können nicht eins zu eins übertragen werden.

Vielmehr bestimmen andere Kriterien, Bedarfe und Bedingungsfaktoren dieses Aufgabenprofil. Maßgebliche und mitentscheidende Sachverhalte sind nachfolgend zusammengefasst.

1. Merkmale des Kindseins

Die professionellen Pflegeerfordernisse bei Kindern und Jugendlichen orientieren sich in jeder Pflegesituation immer auch an den charakteristischen Merkmalen des Kindseins, wie

- Gesunde Entwicklung des Kindes und Jugendlichen
- Physische und psychische Unversehrtheit des Kindes und Jugendlichen
- Familiengesundheit und Elternkompetenz

Dabei ist die Erkenntnis „Kinder sind keine kleinen Erwachsenen“ im theoretisierten Pflegeprozess richtungweisend.

2. Gesellschaftlicher Auftrag

Der originäre gesellschaftliche Auftrag der professionellen Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ist die spezifische pflegerische Betreuung und Unterstützung von Kindern/Jugendlichen und die Begleitung ihrer Eltern/ Bezugspersonen.

Die Berufsausbildung dieses eigenständigen Pflegeberufs in Deutschland ist beruferechtlich im Teil 5 „Besondere Vorschriften über Berufsabschlüsse in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie in der Altenpflege“ des Pflegeberufegesetzes geregelt.

Die berufsspezifischen Kompetenzen sind in der Anlage 3 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ausgewiesen und in den Rahmenplänen der Fachkommission (§ 53 PflBG) didaktisch aufbereitet.

Damit wird zugleich grundlegenden Kinderrechten gemäß Artikel 24 der UN- Kinderrechtskonvention und des Artikels 8 der Europäischen Charta für Kinder im Krankenhaus Rechnung getragen.

3. Kindliche Ressourcen und Elternkompetenz

Bedingt durch die Abhängigkeit der zu pflegenden Kinder vom Früh- und Neugeborenen bis zum Übergang in das Erwachsenenalter von deren

Bezugspersonen, sind Pflegesituationen und der daraus resultierende Pflegebedarf in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege immer im Kontext des Alters- und Entwicklungsstandes des Kindes sowie der Eltern-Kind-Beziehungen zu ermitteln, zu analysieren, zu gestalten und zu bewerten.

Dabei gilt, je jünger das Kind und/oder geringer die elterlichen Kompetenzen und Ressourcen bei der Sicherstellung der Pflegeanforderungen, umso umfangreicher und komplexer sind die Anforderungen an die professionelle Gesundheits- und Kinderkrankenpflege bei akuten und chronischen Erkrankungen sowie besonderen Bedürfnissen durch Behinderung.

4. Fallverantwortung im Pflegeprozess

Die Fallverantwortung und Gestaltung des Bezugspflegesystems als Merkmale im Aufgabenprofil akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen sind im Berufsfeld der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege generelle Arbeitsprinzipien, ohne die der Zugang zum Kind und Begleitung der Eltern/Bezugspersonen nicht möglich wäre.

Sie basieren auf fachlichen und personalen Kompetenzen, die neben der Berufsausbildung, während Fort- und/oder Weiterbildungen erworben werden.

Je nach Tätigkeitsbereichen in der Kinder- und Jugendmedizin, d.h. ob Akutpflege im Krankenhaus, stationäre Langzeitpflege, bei ambulanten Pflegediensten oder in der Primärversorgung sind sie entsprechend auszugestalten.

5. Erweiterte Handlungskompetenzen

Lotsenfunktionen, Mitwirkung bei der Erarbeitung von Qualitätsstandards und Leitlinien in pädiatrischen Fachgesellschaften, Anleitung, Beratung, Schulung von Patienten und Eltern, Pflegevisiten, Casemanagement, aufsuchende Hausbesuche in den Frühen Hilfen oder Wund- und Stomatherapie gehören ebenfalls zum Berufsprofil der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.

6. Interdisziplinäre/ multiprofessionelle Zusammenarbeit

Eine hohe Komplexität der Handlungskompetenz der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ist per se durch die Arbeit in interdisziplinären und multiprofessionellen Teams in der Kinder- und Jugendmedizin gefordert.

Die dabei zu gestaltenden Behandlungspfade zur Versorgung des Kindes/ Jugendlichen und Begleitung der Eltern / Bezugspersonen sind stets mit einem hohen Maß an Kompetenzen zu Kooperationen und Kommunikation innerhalb der Berufsgruppen, wie z.B. Pädiater, Physiotherapeuten, Frühförderer, Psychologen, Erzieher, Lehrer, Sozialarbeiter und weitere verbunden.

Fazit

Der BeKD e.V. unterstützt nachdrücklich die Zielsetzung der Empfehlungen für Tätigkeitsprofile hochschulisch ausgebildeter Pflegefachpersonen, um diese auf hochschulischem Niveau zur unmittelbaren pflegerischen Tätigkeit zu befähigen. Zur Sicherstellung der wissenschaftlichen Expertise im Berufsfeld der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sollten neben einem Masterstudium auf dem Boden des Pflegeberufgesetzes vermehrt postgraduale Studiengänge für berufserfahrene Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende auf Masterniveau mit den Aufgabenprofilen einer Advanced Practice Nursing vorgehalten werden.

August 2023
Ulrika Gehrke

BeKD e.V.

Zum Brinkfeld 16 | 31555 Suthfeld | Telefon: + 49 (0) 1 76 - 59 39 77 89
E-Mail: Bv-Kinderkrankenpflege@t-online.de | www.bekd.de

Literatur:

Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland (BeKD e.V.) (2022). Anschlussqualifizierung „Gesundheits- und Kinderkrankenpflege“ für Absolventinnen und Absolventen mit der Berufsbezeichnung Pflegefachfrau / Pflegefachmann nach Pflegeberufegesetz - Handreichung für die Theorie und Praxis.

Bundesgesetzblatt (BGBl.) Teil I: Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG). Bonn 2017 [online]

URL: <http://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/PflBG.pdf> [Stand: 16.08.2022].

Bundesgesetzblatt (BGBl.) Teil I: Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (PflAPrV). Bonn 2018 [online]

URL: https://dejure.org/BGBl/2018/BGBl._I_S._1572 [Stand: 16.08.2022].

European Association for Children in Hospital (EACH). URL: <https://each-for-sick-children.org/each-charter/> [Stand: 2022-08-16]

Fachkommission (2020): Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG. o. O. [online] URL: https://www.bibb.de/dokumente/pdf/geschst_pflgb_rahmenplaene-der-fachkommission.pdf [Stand: 08.07.2022].

Paediatric Nursing Associations of Europe (PNAE): Paediatric Nurse Education in Europe. A Position Statement by the Paediatric Nursing Associations of Europe (PNAE). October 2005, Revised March 2012, Revised June 2015 URL:

<https://pnae.eu/wp-content/uploads/2020/05/Paediatric-Nurse-Education-in-Europe.pdf> [Stand: 2022-08-16]

UN-Kinderrechtskonvention (1989). Übereinkommen über die Rechte des Kindes (Convention on the Rights of the Child, CRC) (URL: <https://www.kinderrechtskonvention.info/uebereinkommen-ueber-die-rechte-des-kindes-370/>) [Stand: 2022-08-16]