



Hochschulisch qualifizierte Pflegende in der Langzeitversorgung?!

Michael Ewers und Yvonne Lehmann

- 13.1 Wandel der (pflegerischen) Langzeitversorgung – 168
- 13.2 Situation in Deutschland – 169
- 13.3 Situation im Ausland – 171
- 13.4 Effekte hochschulisch qualifizierter Pflege (in der Langzeitversorgung) – 173
- 13.5 Schlussfolgerungen – 174
- Literatur – 175

■ Zusammenfassung

Ausgehend vom Anforderungswandel in der Langzeitversorgung plädieren die Autoren dafür, in diesem Aufgabenbereich auch in Deutschland nicht nur deutlich mehr, sondern auch besser und dabei insbesondere hochschulisch qualifizierte Pflege einzusetzen. Dazu skizzieren sie zunächst den Entwicklungsstand der Akademisierung der Pflege hierzulande und die Situation in ausgewählten Ländern mit Erfahrungsvorsprung. Die Effekte, die von einem Einsatz hochschulisch qualifizierter Pfleger in der Langzeitversorgung zu erwarten sind, werden umrissen und Schlussfolgerungen aus den präsentierten Erkenntnissen für Deutschland gezogen.

Based on changed demands in long-term care, the authors plead for employing not only significantly more, but also better qualified and, in particular, more graduated nurses in this area in Germany. To this end, they first describe the state of development of academicisation of nurses in Germany and the situation in selected countries with more experience with graduated nurses. Finally, they outline the effects to be expected from highly qualified nursing staff in long-term care and draws conclusions from the findings for Germany.

hauswirtschaftliche Unterstützung angewiesen sind. Deren wachsende Zahl und der damit einhergehend steigende Bedarf an Fremdhilfe unterstützt Forderungen danach, zahlenmäßig mehr Personal für die Langzeitversorgung zu gewinnen, darunter auch solches mit geringerer Qualifikation.

Die ambulant oder (teil-)stationär erbrachte (pflegerische) Langzeitversorgung hat in den letzten Jahrzehnten aber einen Wandel durchlaufen. Zum einen sind neben den überwiegend älteren Nutzern auch (Klein-)Kinder, Jugendliche und (junge) Erwachsene aufgrund von Behinderungen, anhaltenden krankheitsbedingten Beeinträchtigungen und technischer Abhängigkeit zu berücksichtigen. Zum anderen sind die Versorgungsprobleme komplexer geworden: Psycho-emotionale Einschränkungen (z. B. Depressionen), neurodegenerative Erkrankungen und kognitive Beeinträchtigungen (z. B. Demenzen), soziale Problemlagen (z. B. Vereinsamung) oder sozial herausforderndes Verhalten (z. B. Aggression/Gewalt) machen selbst einfache, alltägliche Unterstützungsmaßnahmen deutlich interaktionsintensiver. Daneben gibt es mehr schwer kranke und multimorbide Nutzer, deren Gesundheitszustand mehr oder weniger instabil ist, weshalb sie periodisch oder dauerhaft ein qualifiziertes Monitoring und flexibel angepasste medizinisch-pflegerische Leistungen benötigen. Komplexe Behandlungs- und Medikamentenregime, Beatmung, Dialyse, Infusionstherapien oder ernährungsunterstützende Maßnahmen sind keine Seltenheit mehr. Einerseits sollen präventive und rehabilitative Potenziale auch bei Pflegebedürftigkeit ausgeschöpft, andererseits im Bedarfsfall palliative Unterstützung angeboten werden. Der Wunsch von Patienten sowie An- und Zugehörigen nach Autonomiewahrung und Einbindung in ihre Versorgung ist zu respektieren, ethnische und kulturelle Besonderheiten sollen berücksichtigt und nach Möglichkeit (lokale) Dienste und Einrichtungen sowie bürgerschaftlich Engagierte beteiligt werden. Schließlich birgt auch der Einsatz von Digitalisierung und Technik spezifische Herausforderungen für die in der Langzeitversor-

13.1 Wandel der (pflegerischen) Langzeitversorgung

Spätestens seit Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung wird der Begriff „Pflege“ in Deutschland oft pauschal mit der Langzeitversorgung (engl. long-term care) gleichgesetzt. Diese ist dadurch charakterisiert, dass sie über längere Zeiträume, oft sogar dauerhaft erbracht werden muss, was sie von der episodischen Akutversorgung unterscheidet. In Anspruch genommen wird die Langzeitversorgung noch überwiegend von Menschen, die aufgrund alters- oder krankheitsbedingter Funktionseinschränkungen auf mehr oder weniger umfangreiche alltagsnahe Hilfen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens und auf

gung tätigen Personen (Büscher 2014; Kuhlmann et al. 2016).

Diesem Anforderungswandel allein mit wenig zeitgemäßen Pflegequalifikationen und einer großen Zahl an Hilfs- und Assistenzkräften begegnen zu wollen, erscheint problematisch. Daraus resultierende Qualitätsdefizite und Sicherheitsrisiken sind vielfältig und geeignet, das Vertrauen in die Langzeitversorgung zu erschüttern. Um dem zu begegnen, werden hierzulande u. a. mehr „Heimärzte“ gefordert (Kleina et al. 2017) und auch die Kooperation von niedergelassenen Ärzten und ambulanten Pflegediensten soll verbessert werden (Gibis und Tophoven 2017). Eine solche interprofessionelle Zusammenarbeit ist grundsätzlich zu begrüßen. Erstaunlich ist aber, dass in Deutschland – im Unterschied zu vielen anderen Ländern – kaum über den *Einsatz graduierter Pfleger* in diesem Versorgungsbereich nachgedacht wird.

13.2 Situation in Deutschland

In Deutschland wurden hochschulische Bildungsangebote für die Pflege vergleichsweise spät, in nennenswertem Umfang erst seit den 1990er-Jahren und vornehmlich für Funktionen im Bereich Management, Pädagogik und Wissenschaft eingerichtet. Das direkte Pflegehandeln blieb lange Zeit außen vor, ebenso die Notwendigkeit zur Herausbildung von klinischen Expertenrollen. Angeregt durch die Bologna-Reformen und auf Grundlage der Hochschulpakete hat sich das Angebot inzwischen erweitert. Laut einer Datenbankabfrage beim deutschen Akkreditierungsrat gibt es aktuell 74 grundständige und 19 weiterführende akkreditierte Pflegestudiengänge, darunter wenige mit klinischer Orientierung. Laut dem Hochschulkompass finden sich an fünf Universitäten Promotionsmöglichkeiten der Fachrichtung Pflegewissenschaft. Noch immer besteht damit im internationalen Vergleich erheblicher Nachholbedarf bei der Akademisierung der Pflege, womit sowohl die Verlagerung der Aus- und Weiterbildung von

Pflegenden von der sekundären auf die tertiäre Ebene des Bildungssystems gemeint ist wie auch die Etablierung von Pflegewissenschaft durch Wissenschafts- und Theorieentwicklung, Forschung und Förderung des akademischen Nachwuchses (Schaeffer und Wingenfeld 2014).

Probleme zeigen sich in Deutschland vor allem, wenn es um die hochschulische Primärqualifizierung der Pflege geht. Zwar gibt es aufgrund von Modellklauseln im Altenpflege- sowie im Krankenpflegegesetz seit 2004 die Möglichkeit, eine traditionelle Pflegeausbildung mit einem Studium zu kombinieren („Duales Pflegestudium“). Zudem wurden in wenigen Bundesländern modellhaft grundständige, berufszulassende Pflegestudiengänge eingerichtet. Erst ab 2020 mit Einführung des Pflegeberufgesetzes wird es hierzulande aber möglich sein, die *Berufszulassung regelhaft auf Grundlage eines primärqualifizierenden Pflegestudiums* mit generalistischer Ausrichtung zu erwerben. Einige Bundesländer unterstützen die Etablierung primärqualifizierender Pflegestudiengänge und schaffen entsprechende Kapazitäten im tertiären Bildungssektor. Die traditionelle vollzeitschulische Ausbildung in Sonderstrukturen des sekundären Bildungssystems soll hierzulande aber auf lange Sicht der Regelfall bleiben.

Zwar hatte der Wissenschaftsrat bereits 2012 empfohlen, künftig 10 bis 20 % der Auszubildenden eines Jahrgangs grundständig hochschulisch zu qualifizieren (WR 2012). 2016 befanden sich laut Berufsbildungsbericht (BMBF 2018) ca. 37.000 Personen im ersten Jahr ihrer Pflegeausbildung (Gesundheits- und Kinder-/Krankenpflege, Altenpflege); demnach hätten 3.700 bis 7.400 Personen in diesem Jahr ein primärqualifizierendes Pflegestudium aufnehmen sollen; die realen Zahlen sind deutlich niedriger. Wie viele Plätze es für die hochschulische Ausbildung von Pflegenden künftig geben wird, ist unklar. Die Zahl graduierter Pfleger in Deutschland dürfte aber auch in den kommenden Jahren nur langsam steigen. Noch geringer ist die Zahl derjenigen, die heute bereits in der Versorgungspraxis anzutreffen sind.

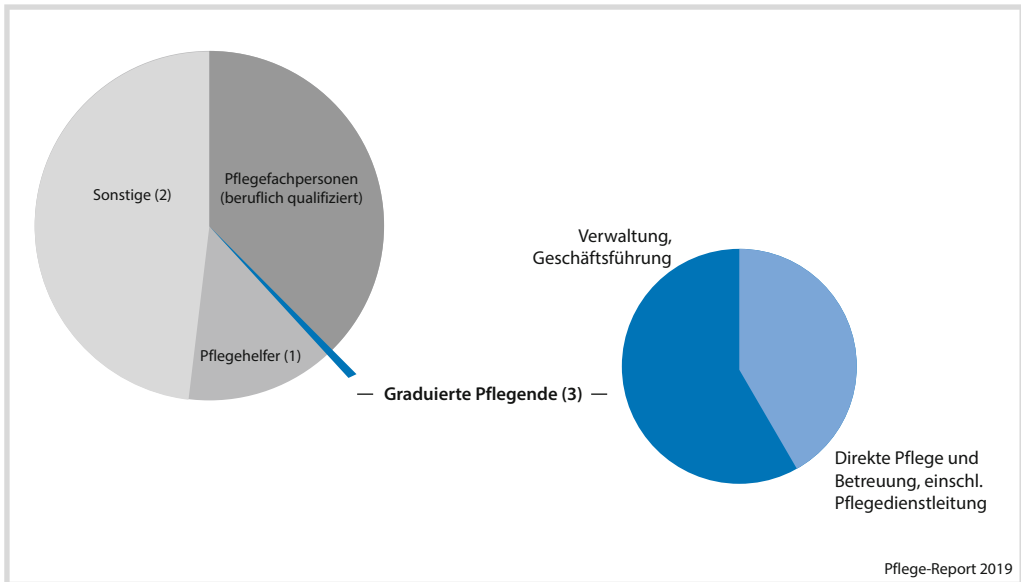


Abb. 13.1 Mitarbeiter in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten. 1) Pflegehelfer: Altenpflegehelfer, Gesundheits- und Kinder-/Krankenpflegehelfer, Krankenpflegehelfer, Heilerziehungspflegehelfer; 2) Sonstige: Ergotherapeut, Physiotherapeut/Krankengymnast, sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe, sonstiger pflegerischer Beruf, Sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss, Familienpfleger, Dorfhelfer, Fachhauswirtschaftler für ältere Menschen, sonstiger hauswirtschaftlicher Abschluss, sonstiger Berufsabschluss; 3) Um welchen Studienabschluss es sich handelt (z. B. dual/primärqualifizierend; konsekutiv/weiterbildend), ist nicht erfasst. Unklar bleibt auch der Anteil der Pflegenden aus Ländern, in denen die hochschulische Ausbildung Regelfall ist (Hastedt 2018). (Zum 15.12.2015) (Statistisches Bundesamt 2017 und eigene Berechnungen)

Für 2014 wurde geschätzt, dass ca. 7.000 bis 8.000 Personen mit abgeschlossenem pflegebezogenem Studium in Einrichtungen des deutschen Gesundheitssystems arbeiteten (Simon 2017). Ende 2015 waren dabei laut Pflegestatistik 3.727 Vollzeitäquivalente in dem hier interessierenden Versorgungsbereich tätig (Statistisches Bundesamt 2017). Insgesamt beläuft sich der Anteil graduerter Pflegenden in der Langzeitversorgung damit auf eine gleichsam „homöopathische Dosis“ von 0,1 % (ambulant) bzw. 0,2 % (stationär) des Gesamtpersonals. Werden nur Mitarbeiter mit Berufszulassung in einem Pflegeberuf betrachtet, waren es 0,8 % (ambulant) bzw. 1,4 % (stationär). Hinzu kommt, dass Hochschulabsolventen nur zu etwa einem Drittel in der direkten Pflege und Betreuung oder Pflegedienstleitung eingesetzt waren. Überwiegend sind sie im Management oder in der Geschäftsführung tätig (Abb. 13.1).

Die Gründe für die geringe Präsenz graduerter Pflegenden in der deutschen Langzeitversorgung sind vielfältig: Zum einen dürfte der in den letzten Jahren gewachsene Bedarf an wissenschaftlichem Nachwuchs in Forschung und Lehre einige motiviert haben, eine wissenschaftliche Laufbahn einzuschlagen. Zum anderen haben Anstellungsträger oft vage oder unrealistische Vorstellungen zu den Einsatzmöglichkeiten graduerter Pflegenden. Es fehlen Konzepte für die Personaleinsatzplanung und die Berufseinmündung (Heyelmann 2015; Reiber und Winter 2016). Dieser Bedarf wird zwar allmählich mit Initiativen beantwortet (z. B. DPR/DGP 2014; VPU 2015; RBS 2018), meist aber sind sie auf die Akutpflege im Krankenhaus begrenzt. Schließlich gibt es Vorbehalte und Unsicherheiten auf Seiten traditionell ausgebildeter Pflegenden. Sie befürchten eine Beschneidung ihrer ohnehin begrenzten Kompetenzbereiche und eine schleichende Ab-

wertung ihrer beruflichen Qualifikation, was durch den forcierten Einsatz von Assistenz- und Hilfskräften noch verstärkt wird (ex. Sander 2017). Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit graduierten Pflegenden fehlen, weshalb sich Vorbehalte gegenüber der Akademisierung der Pflege auf Seiten der Anstellungsträger, der Beschäftigten und womöglich auch der Nutzer der Langzeitversorgung hartnäckig halten (Darmann-Finck et al. 2016).

13.3 Situation im Ausland

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welcher Stellenwert graduierten Pflegenden in anderen Ländern beigemessen wird und wie sie mit den umrissenen Herausforderungen in der Langzeitversorgung umgehen. Dieser Frage ist eine Arbeitsgruppe am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin nachgegangen, und zwar im Rahmen eines von der Stiftung Münch beauftragten Projekts „Pflege in anderen Ländern – Vom Ausland lernen?“ (PinaL). Einbezogen wurden Großbritannien (GB), die Niederlande (NL), Schweden (SE) und Kanada (CA). Einige Beobachtungen aus dem 2018 realisierten Projekt werden hier mit wenigen Strichen skizziert (ausführlich Lehmann et al. 2019).

Auch die untersuchten Länder haben aufgrund des demografischen Wandels und dessen Auswirkungen auf Nutzer- wie auf Anbieterseite in allen Versorgungsbereichen Probleme, den *wachsenden quantitativen Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonal* zu decken – insbesondere in der Langzeitversorgung (ex. für GB: Ettelt 2018; SE: SCB 2017). Eine der deutschen Altenpflegeausbildung entsprechende dreijährige Qualifizierung i. S. eines Heilberufs gibt es international nicht, stattdessen wird ein breites Spektrum an meist gering(er) qualifizierten Personen, oft mit sozialpflegerischem Profil, sowie von Assistenten und Helfern eingesetzt. Allerdings gibt es in anderen Ländern zugleich in allen Versorgungsbereichen eine mehr oder weniger große Zahl an hoch-

schulisch qualifizierten Pflegenden (Harrington et al. 2012). Denn international ist der Abschluss eines primärqualifizierenden Studiums auf Bachelor-Niveau der übliche und oft auch einzige Weg zur Berufszulassung und zur beruflichen Registrierung in der Pflege. In Großbritannien gibt es das berufszulassende Pflegestudium schon seit Anfang der 1970er-Jahre, in den Niederlanden und in Schweden seit Ende der 1970er bzw. Anfang der 1980er-Jahre (Diepeveen-Speekenbrink 1992). Die Niederlande haben zwar eine Ausbildung im sekundären Bildungssystem beibehalten, allerdings waren auch dort 2015/16 bereits 44 % der Absolventen dieses Jahrgangs hochschulisch qualifiziert. Rund 28 % davon waren ein halbes Jahr nach Abschluss ihres Studiums in der Langzeitversorgung beschäftigt (CBS 2018).

Zu den Aufgaben der graduierten Pflegenden zählen die Pflegeprozessgestaltung einschließlich Assessment, Planung, Steuerung und Evaluation der Pflege und Betreuung, eine Reihe diagnostischer und therapeutisch-technischer Interventionen (z. B. Medikamentengabe, Schmerzmanagement, Wundversorgung; Monitoring), die Kooperation und Abstimmung mit betreuenden Ärzten und Therapeuten, die Edukation (Information, Beratung, Anleitung) von Patienten, An- und Zugehörigen sowie die Förderung ihres Selbstmanagements (ex. für GB: NMC 2018). Insbesondere aber sind graduierte Pflegenden für die Patientensicherheit und Versorgungsqualität sowie für die *Supervision und Begleitung der umfassend eingesetzten Assistenz- und Hilfskräfte* verantwortlich (ex. für GB: Jackson et al. 2016; SE: Andersson et al. 2018). Wie anspruchsvoll, fordernd und notwendig diese Aufgabe ist, zeigt sich an immer wieder zu lesenden Medienberichten, in denen Vernachlässigung und Gewalt in Pflegeheimen oder der häuslichen Versorgung durch unzureichend qualifiziertes und supervidiertes Assistenz- und Hilfspersonal angeprangert wird (ex. für GB: Beer 2013). Um derartigen Risiken begegnen zu können, wird in vielen Ländern inzwischen ein *anforderungsgerechter Qualifikationsmix* gefordert, bei dem neben gering qualifizierten Mitarbeitern grundsätz-

lich auch mehr graduierte Pflegende eingesetzt werden sollen (länderübergreifend Hickman et al. 2016; ex. für GB: Cooper et al. 2017).

Dabei ist zu bedenken, dass der erste akademische Grad (Bachelor) in der Regel eine breit angelegte Sockelqualifikation für den Einsatz in verschiedenen Versorgungsbereichen und für den Umgang mit diversen Patientengruppen und Problemlagen vermittelt. Durch systematische Einarbeitungsprogramme und die Verpflichtung zur kontinuierlichen Fortbildung, die in einigen Ländern (z. B. GB, NL, CA) an die berufliche Registrierung gekoppelt ist, wird eine passgenaue Qualifizierung zur Bewältigung der Anforderungen in den diversen Versorgungskontexten gewährleistet. Für die Langzeitversorgung relevante gerontologisch-geriatriische Pflegekompetenzen und/oder solche für die Gemeindepflege/Häusliche Pflege werden dann auf Grundlage klinischer Praxiserfahrungen in Form hochschulischer Fachweiterbildungen (meist auf Master-Niveau) erworben. Zuweilen schließt sich auch eine einschlägige Promotion an. Pflegende in Expertenrollen – so genannte „(Advanced) Nurse Practitioners“, „Clinical Nurse Specialists“ oder „Clinical Nurse Consultants“ – sind in den betrachteten Ländern (GB, NL, SE, CA) für die kontinuierliche Praxis- und Qualitätsentwicklung sowie die Evidenzbasierung des Pflegehandelns zuständig. Zudem bauen sie Brücken zwischen der Praxis und der pflegewissenschaftlichen Forschung und Lehre. Damit wird insgesamt ein *schlüssiges, konsekutives und durchlässiges Bildungsangebot* vorgehalten, das für die Praxis *ineinandergreifende Qualifikationsprofile auf unterschiedlichen Ebenen für diverse Aufgabenbereiche* und für die Pflegenden attraktive Spezialisierungs- und Entwicklungsoptionen bereithält – auch in der Langzeitversorgung (ex. für CA: Koziar 2014).

Zwar sind klischeebehaftete Vorbehalte gegenüber graduierten Pflegenden auch in anderen Ländern nicht gänzlich ausgeräumt („Too posh to wash“; Beer 2013), die Notwendigkeit eines primärqualifizierenden Pflegestudiums wird aber – anders als hierzulande noch vielfach – nicht grundsätzlich in Frage ge-

stellt. Im Gegenteil: Neben graduierten Pflegenden (Bachelor) wird oftmals auch der Einsatz von *Pflegeexperten mit erweiterten Kompetenzen* (Master) gefordert und gefördert (länderübergreifend: McGilton et al. 2016; ex. für SE: Kaasalainen et al. 2015). In den untersuchten (und vielen anderen) Ländern dürfen sie (je nach Weiterqualifikation) mehr oder weniger umfangreiche diagnostische Leistungen veranlassen (etwa Röntgenaufnahmen, Laboruntersuchungen) und eigenständig eine Reihe von Medikamenten sowie Heil- und Hilfsmittel verordnen, was zur Autonomie und Attraktivität des Pflegeberufs beiträgt (Maier 2017). Die Rollen und Funktionen, in denen graduierte Pflegende in der Versorgungspraxis tätig sind, hängen vom jeweils erreichten akademischen Grad ab, wobei der Aufgaben- und Verantwortungsrahmen („Scope of Practice“) von Land zu Land variiert (Schubert et al. 2018). In jedem Fall aber ist er deutlich breiter und anspruchsvoller angelegt als bei denjenigen, die derzeit ein grundständiges oder weiterführendes Pflegestudium in Deutschland absolvieren.

Einzuräumen ist allerdings, dass hochschulisch qualifizierte Pflegende noch immer überproportional häufig vom Krankenhaussektor angezogen werden (Koh 2012). Dem wird beispielsweise in den Niederlanden aktuell mit einer Werbemaßnahme von Gesundheitsministerium, Pflegeberufsverband und Arbeitgeberorganisationen begegnet. Sie soll Studierende und graduierte Pflegende für die Arbeit in der stationären Langzeitversorgung begeistern (z. B. über soziale Medien). Dabei werden auch Lehrende als Multiplikatoren angesprochen: Sie sollen vertiefte Einblicke in diesen Sektor erhalten, Vorurteile abbauen und die Studierenden für dieses Arbeitsfeld interessieren. Diesem Ziel dienen auch klinische Studienphasen in der Langzeitversorgung sowie die Einbindung der Lernenden in eine auf diesen Bereich ausgerichtete Praxisforschung und Praxisentwicklung (ex. für NL: Huls et al. 2015; SE: Carlson und Bengtsson 2014; CA: Potter et al. 2013). Die gezielte Anbahnung gerontologisch-geriatriischer Pflegekompetenzen im Rahmen des primärqualifizierenden ge-

neralistischen Pflegestudiums soll den Einstieg in die Berufstätigkeit erleichtern, vor Überforderung schützen und so dazu beitragen, graduierte Pflegenden langfristig an die Langzeitversorgung zu binden (ex. für SE: Hammar et al. 2017; CA: O'Connell et al. 2018).

Innerhalb der Langzeitversorgung streben graduierte Pflegenden oftmals eine Tätigkeit im hierarchiearmen ambulanten Sektor an (ex. für NL: Maurits et al. 2018; SE: Carlson et al. 2014; CA: Chachula et al. 2015), wo sie eigenverantwortlicher und zuweilen auch anstelle von Ärzten tätig sein können (van Iersel et al. 2016). Beispielsweise sind graduierte Gemeindepflegende (Community Nurses) in den Niederlanden u. a. für die Ermittlung und Festlegung des individuellen (sozialrechtlich abgesicherten) Pflege- und Versorgungsbedarfs zuständig. Eine externe Pflegebegutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen – wie sie in Deutschland durchgeführt wird – gibt es dort nicht mehr. Die ambulante Pflege profitiert zudem von populären Konzepten, die graduierten Pflegenden ein selbstverantwortliches und abwechslungsreiches Arbeiten in kleinen Teams (oft mit mehreren Assistenz- und Hilfskräften) sowie die Verwirklichung professioneller Vorstellungen ermöglicht (z. B. Buurtzorg-Konzept; de Groot et al. 2018). Inzwischen wird vielerorts versucht, erfolgreiche Konzepte aus der ambulanten Pflege und anderen Bereichen auf die stationäre Langzeitversorgung zu übertragen, um sie für graduierte Pflegenden attraktiver zu machen (ex. für NL: Maurits et al. 2018). Zuweilen wird das Magnetkrankenhaus-Konzept adaptiert oder ein so genanntes „Care Home Innovation Centre“ (CHIC) eingerichtet. Das Konzept der Lehrkrankenhäuser wird dabei auf Pflegeheime übertragen, die dann als lernende und (sich) entwickelnde Institutionen interessante Möglichkeiten für (angehende) Pflegenden bieten, sich einzubringen und professionelle Pflege mitzugestalten. Dies eröffnet besonders graduierten (weiterqualifizierten) Pflegenden neue Karriereoptionen (ex. Hockley et al. 2017).

13.4 Effekte hochschulisch qualifizierter Pflege (in der Langzeitversorgung)

Vorliegende Studien zu den Effekten, die durch verschiedene Personalzusammensetzungen (Qualifikationsmix) und den Einsatz graduiert Pflegenden zu erzielen sind, beziehen sich meist auf den Krankenhausesektor. In (trans-)nationalen Beobachtungsstudien konnte dabei u. a. robust nachgewiesen werden, dass eine größere Zahl an graduierten Pflegenden die Versorgung sicherer und effektiver macht (ex. Aiken et al. 2013). Geringere Qualifikationsniveaus der Pflegenden sowie Unterbesetzung korrelieren dagegen mit schlechte(re)r Versorgungsqualität (inkl. höherer Mortalität) (ex. Cho et al. 2015; Aiken et al. 2017). Allerdings sind erhebliche Varianzen in den Outcomes der verschiedenen Versorgungseinrichtungen innerhalb der einzelnen Länder erkennbar. Demnach werden die Ergebnisse nicht allein durch die Anzahl graduierter Personen bestimmt, sondern auch durch die Art und Weise, wie sie in den Institutionen verortet sind und wie die Pflege- und Versorgungsteams im Qualifikationsmix letztlich zusammenwirken (Aiken et al. 2014, 2017).

Ein systematisches Mapping-Review zum Zusammenhang von Personalausstattung und Pflegequalität in Pflegeheimen konnte wegen erheblicher methodischer Defizite und der Heterogenität der Einzelstudien keine belastbaren Detailaussagen treffen (Spilsbury et al. 2011). Einige Befunde deuten jedoch darauf hin, dass mehr Personal sowie eine höhere Anzahl an qualifizierten Pflegenden einen positiven Einfluss auf bewohnerbezogene Outcomes hat, darunter gesundheitsbezogene Lebensqualität, Druckgeschwüre, Ernährungs- und ADL-Status, freiheitseinschränkende Maßnahmen, Krankenhauseinweisungen (ebd.; ähnlich auch: Shin 2013; Donald et al. 2014). Wenn gleich weiterer Forschungsbedarf besteht und bei länderübergreifenden Studien stets die Besonderheiten der jeweiligen Gesundheitssysteme

me berücksichtigt werden müssen, lässt der Einsatz graduerter Pflegender durchaus eine Verbesserung der Patienten- und Bewohnerversorgung erwarten (Darmann-Finck und Reuschenbach 2018).

Darüber hinaus gibt es diverse Reviews guter Qualität zum Einsatz von Pflegeexperten (Master/Promotion), die in der Primär-, Akut- oder Langzeitversorgung eingesetzt sind. Sie zeigen, dass sie mindestens gleich gute Ergebnisse bei der Übernahme definierter Aufgaben erzielen, die vormals allein Ärzten zugeordnet waren. Dokumentiert sind u. a. eine bessere Patientenadhärenz bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus oder COPD, verkürzte Krankenhausverweildauern, verringerte Wiedereinweisungsraten durch Sicherstellung der häuslichen Versorgung sowie positiv empfundene Lebensqualität ambulant versorgter geriatrischer Patienten und ihrer Angehörigen. Die Studien zeigen zudem, dass die Patientensicherheit gewährleistet und die Qualität erhalten wird. Die Patientenzufriedenheit ist häufig sogar höher als bei einer Versorgung ohne Pflegeexperten, was für verschiedene Diagnosegruppen, Indikatoren, Versorgungsformen und Länder belegt ist (ex. Martin-Misener et al. 2015; Maier et al. 2017).

Dokumentiert ist schließlich auch, dass Pflegende mit hohem Bildungsabschluss eine höhere Berufs- und Arbeitsplatzzufriedenheit zeigen, was wiederum eine längere Berufsverweildauer erwarten lässt (Adams und Miller 2001). Diese Effekte treten in allen Versorgungsbereichen und Ländern aber nur dann ein, wenn die graduierten Pflegenden (Bachelor/Master) auch ihrer Qualifikation entsprechende Verantwortungsbereiche ausfüllen, selbständig arbeiten dürfen und sich in ihrer pflegerischen Tätigkeit gefordert fühlen (ebd.; auch Aiken et al. 2013).

13.5 Schlussfolgerungen

In anderen Ländern sind keine Patentrezepte dafür zu finden, wie die Pflege attraktiver gestaltet werden kann und wie die drängenden

Probleme in den verschiedenen Versorgungsbereichen zu lösen sind. Allerdings zeigt sich, dass andere Länder bei tendenziell vergleichbaren Herausforderungen in der Langzeitversorgung nahezu übereinstimmend andere Wege beschreiten, als dies hierzulande derzeit der Fall ist:

Sie betrachten die *Akademisierung der Pflege als Chance bei der Beantwortung anstehender Versorgungsherausforderungen* – auch und gerade in der Langzeitversorgung. Sie haben gelernt, dass die Beantwortung quantitativer Anforderungen durch eine intensive Nutzung gering qualifizierter Assistenz- und Hilfskräfte ohne Einbußen bei der Patientensicherheit und Qualität der Versorgung nur gelingen kann, wenn zugleich die qualitativen Anforderungen beantwortet werden. Graduierte Pflegende übernehmen einerseits Anleitungs-, Supervisions- und Steuerungsaufgaben, andererseits sind sie für anspruchsvolle klinische Aufgaben verantwortlich. Dabei werden auch Pflegeexperten mit Master-Abschluss oder Promotion und einem erweiterten Aufgaben- und Verantwortungsrahmen („Scope of Practice“) eingesetzt, um die Bedarfsgerechtigkeit und Evidenzbasierung der Langzeitversorgung zu fördern. Ausgeprägte analytische, reflexive und kommunikative Kompetenzen ermöglichen ihnen, Zusammenhänge besser verstehen, vermitteln und begründet Prioritäten setzen zu können. Sie können Innovationen vorantreiben und die notwendige Praxis- und Qualitätsentwicklung fördern. Zudem können sie selbst eigenverantwortlich Versorgungsaufgaben wahrnehmen, die vormals dem ärztlichen Aufgabenbereich zugeschrieben wurden. Dies ermöglicht es u. a. auch, die knappen ärztlichen Ressourcen in allen Versorgungsbereichen gezielter einzusetzen.

Es kommt – so die Lehren aus anderen Ländern – also vor allem auf den *richtigen Qualifikationsmix* an, der möglichst orientiert an (pflege-)wissenschaftlichen Erkenntnissen anforderungsgerecht und nutzerzentriert gestaltet sein sollte. Dies könnte auch eine Strategie sein, um aktuellen Über- oder Unterforderungserscheinungen in der deutschen (be-

ruflichen) Pflege zu begegnen und mehr graduierte Pflegenden für die zunehmend wichtige Langzeitversorgung zu gewinnen, zu qualifizieren und zu binden. Die gelingende Integration graduierter Pflegenden im Qualifikationsmix der Langzeitversorgung wird jedoch nicht dem Zufall überlassen bleiben dürfen. Sie erfordert Entwicklungsmaßnahmen im Beschäftigungssektor sowie im Rahmen der Aus- und Weiterbildung von Pflegenden. Zudem wird sie durch pflegerische Versorgungs- und Bildungsforschung unterstützt und flankiert werden müssen.

Literatur

- Adams D, Miller BK (2001) Professionalism in nursing behaviors of nurse practitioners. *J Prof Nurs* 17(4):203–210
- Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W for the RN4CAST Consortium (2013) Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *Int J Nurs Stud* 50(2):143–153
- Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, Diomidous M, Kinnunen J, Kózka M, Lesaffre E, McHugh MD, Moreno-Casbas MT, Rafferty AM, Schwendimann R, Scott PA, Tishelman C, van Achterberg T, Sermeus W (2014) Nurse staffing and educational and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet* 383(9931):1824–1830
- Aiken LH, Sloane D, Griffiths P, Rafferty AM, Bruyneel L, McHugh M, Maier CB, Moreno-Casbas T, Ball JE, Ausserhofer D, Sermeus W, RN4Cast-Consortium (2017) Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *Bmf Qual Saf* 26(7):559–568
- Andersson Å, Frank C, Willman AML, Sandman P-O, Hansbo G (2018) Factors contributing to serious adverse events in nursing homes. *J Clin Nurs* 27:e354–e362
- Beer G (Hrsg) (2013) *Too Posh to Wash? Reflections on the Future of Nursing*. London: 2020health.org. <http://www.2020health.org/2020health/Publications/Publications-2013/Too-posh-to-wash.html>. Zugegriffen: 12. Dez. 2018
- BMBF – Bundesministerium für Bildung und Forschung (2018) *Berufsbildungsbericht 2018*. https://www.bmbf.de/pub/Berufsbildungsbericht_2018.pdf. Zugegriffen: 12. Dez. 2018
- Büscher A (2014) Ambulante Pflege. In: Schaeffer D, Wingenfeld K (Hrsg) *Handbuch Pflegewissenschaft*. (Studienausgabe). Beltz Juventa, München, Basel, S 491–512
- Carlson E, Bengtsson M (2014) The uniqueness of elderly care: registered nurses' experience as preceptors during clinical practice in nursing homes and home-based care. *Nurse Educ Today* 34(4):569–573
- Carlson E, Rämgård M, Bolmsjö I, Bengtsson M (2014) Registered nurses' perceptions of their professional work in nursing homes and home-based care. *Int J Nurs Stud* 51(5):761–767
- CBS – Centraal Bureau voor de Statistiek (2018) Meer verpleegkundigen afgestudeerd. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/19/meer-verpleegkundigen-afgestudeerd>. Zugegriffen: 24. Okt. 2018
- Chachula KM, Myrick F, Young O (2015) Letting go: How newly graduated registered nurses in Western Canada decide to exit the nursing profession. *Nurse Educ Today* 35(7):912–918
- Cho E, Sloane DM, Kim EY, Kim S, Choi M, Yoo IY, Lee HS, Aiken LH (2015) Effects of nurse staffing, work environments, and education on patient mortality: an observational study. *Int J Nurs Stud* 52(2):535–542
- Cooper E, Spilsbury K, McCuaghan D, Thompson C, Butterworth T, Hanratty B (2017) Priorities for the professional development of registered nurses in nursing homes: a Delphi study. *Age Ageing* 46(1):39–45
- Darmann-Finck I, Reuschenbach B (2018) Qualität und Qualifikation: Schwerpunkt Akademisierung der Pflege. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) *Pflege-Report 2018*. Qualität in der Pflege. Springer, Berlin, S 163–170
- Darmann-Finck I, Baumeister A, Greiner AD (2016) Qualifikationsmix in der stationären Versorgung im Krankenhaus. Projektbericht. <http://www.public-health.uni-bremen.de/mitglieder/ingrid-darmann-finck/publikationen/>. Zugegriffen: 13. Dez. 2018
- Diepeveen-Speekenbrink JCMH (1992) Nursing science in The Netherlands: the Utrecht contribution. *J Adv Nurs* 17(12):1361–1368
- Donald F, Kilpatrick K, Reid K et al (2014) A systematic review of the cost-effectiveness of nurse practitioners and clinical nurse specialists: what is the quality of the evidence? *Nurs Res Pract* 2014:896587. <https://doi.org/10.1155/2014/896587>
- DPR/DGP – Deutscher Pflegerat/Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (2014) *Arbeitsfelder akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen*. https://deutscher-pflegerat.de/Fachinformationen/2015-04-17-DGP-Papier_final.pdf. Zugegriffen: 13. Dez. 2018
- Ettelt S (2018) Großbritannien vor dem Austritt aus der EU – Brexit und seine Folgen für das Gesundheitswesen. *G+s – Gesundheits- Sozialpolitik* 72(3):13–18
- Gibis B, Tophoven C (2017) Reformbedarf in der ambulanten Versorgung. In: Brandhorst A, Hildebrandt

- H, Luthe E-W (Hrsg) Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Springer VS, Wiesbaden, S 191–213
- de Groot K, Maurits EEM, Francke AL (2018) Attractiveness of working in home care: an online focus group study among nurses. *Health Soc Care Community* 26(1):e94–e101
- Hammar LM, Holmström IK, Skoglund K, Meranius MS, Sundler AJ (2017) The care of and communication with older people from the perspective of student nurses. *Nurse Educ Today* 52(1):1–6
- Harrington C, Choiniere J, Goldmann M, Jacobsen FF, Lloyd L, McGregor M, Stamatopoulos V, Szebehely M (2012) Nursing home staffing standards and staffing levels in six countries. *J Nurs Scholarsh* 44(1):88–98
- Hastedt I (2018) Qualifikationsanforderungen in der Altenpflege aus Sicht der betrieblichen Praxis. In: Simon A (Hrsg) Akademisch ausgebildetes Pflegefachpersonal. Springer, Wiesbaden, S 181–195
- Heyelmann L (2015) Nach dem Pflege-Studium in die Altenpflege? Die Erwartungen der Arbeitgeber. Mabuse, Frankfurt a. M.
- Hickman LD, Neville S, Fischer T, Davidson PM, Phillips JL (2016) Call to action: greater investment in the registered nurse role is required to improve care outcomes for dementia patients living in residential aged care and their families. *Contemp Nurse* 52(2–3):137–139
- Hockley J, Harrison JK, Watson J, Randall M, Murray S (2017) Fixing the broken image of care homes, could a 'care home innovation centre' be the answer? *Age Ageing* 46(2):175–178
- Huls M, de Rooij SE, Diepstraten A, Koopmans R, Helmich E (2015) Learning to care for older patients: hospitals and nursing homes as learning environments. *Med Educ* 49(3):332–339
- van Iersel M, Latour CHM, de Vos R, Kirschner PA, Scholte OP, Reimer WJM (2016) Nursing students' perceptions of community care and other areas of nursing practice – a review of the literature. *Int J Nurs Stud* 61(1):1–19
- Jackson C, Wright T, Martin A (2016) Safe caseloads for adult community nursing services – an updated review of the evidence. Canterbury Christ church university – england center for practice development. https://improvement.nhs.uk/documents/817/Final_Version_Managing_Safe_Caseloads.pdf. Zugegriffen: 24. Okt. 2018
- Kaasalainen S, Ploeg J, Donald F, Coker E, Brazil K, Martin-Misener R, Dicenso A, Hadjistavropoulos T (2015) Positioning clinical nurse specialists and nurse practitioners as change champions to implement a pain protocol in long-term care. *Pain Manag Nurs* 16(2):78–88
- Kleina T, Horn A, Suhr R, Schaeffer D (2017) Zur Entwicklung der ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. *Das Gesundheitswesen* 79(5):382–387
- Koh LC (2012) Student attitudes and educational support in caring for older people – A review of literature. *Nurse Educ Pract* 12(1):16–20
- Kozier BJ (2014) Nursing education in Canada. In: Kozier BJ, Erb G, Berman AT, Snyder S, Buck M, Yiu L, Leeseberg Stamler L (Hrsg) *Fundamentals of Canadian nursing: concepts, process, and practice*. Pearson Education, London, S 27–39
- Kuhlmann A, Franke A, Naegele G (2016) Akademische Fachkräfte in Altenhilfe und -pflege: Bedarf aus Expertensicht. In: Naegele G, Olbermann E, Kuhlmann A (Hrsg) *Teilhabe im Alter gestalten. Aktuelle Themen der Sozialen Gerontologie*. Springer, Wiesbaden, S 197–216
- Lehmann Y, Schaepe C, Wulf I, Ewers M (2019) Pflege in anderen Ländern: Vom Ausland lernen? Herausgeber: Stiftung Münch. Medhochzwei, Heidelberg
- Maier C, Aiken L, Busse R (2017) Nurses in advanced roles in primary care: policy levers for implementation. OECD Publishing, Paris <https://doi.org/10.1787/a8756593-en>
- Martin-Misener R, Harbman P, Donald F, Reid K, Kilpatrick K, Carter N, Bryant-Lukosius D, Kaasalainen S, Marshall DA, Charbonneau-Smith R, DiCenso A (2015) Cost-effectiveness of nurse practitioner in primary and specialised ambulatory care: systematic review. *BMJ Open*. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007167>
- Maurits EEM, de Veer AJE, Groenewegen PP, Francke AL (2018) Attractiveness of people-centred and integrated Dutch Home Care: a nationwide survey among nurses. *Health Soc Care Community* 26:e523–e531
- McGilton KS, Bowers BJ, Heath H, Shannon K, Dellefield ME, Prentice D, Siegel EO, Meyer J, Chu CH, Ploeg J, Boscart VM, Corazzini KN, Anderson RA, Mueller CA (2016) Recommendations from the international Consortium on professional nursing practice in long-term care homes. *J Am Med Dir Assoc* 17(2):99–103
- NMC – Nursing & Midwifery Council (2018) Future nurse. Standards of proficiency for registered nurses. <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/education-standards/future-nurse-proficiencies.pdf>. Zugegriffen: 12. Dez. 2018
- O'Connell B, Guse L, Greenslade L (2018) Does restructuring theory and clinical courses better prepare nursing students to manage residents with challenging behaviors in long-term care setting? *Gerontol Geriatr Educ*. <https://doi.org/10.1080/02701960.2018.1428573>
- Potter G, Clarke T, Hackett S, Little M (2013) Nursing students and geriatric care: the influence of specific knowledge on evolving values, attitudes, and actions. *Nurs Educ Pract* 13(5):449–453
- RBS – Robert Bosch Stiftung (2018) 360° Pflege – Qualifikationsmix für den Patienten. <https://www.>

- bosch-stiftung.de/sites/default/files/documents/2018-02/485_17-2018-02-07_RBS_Broschuere_360°_Pflege_A4_WEB_ES.pdf. Zugegriffen: 13. Dez. 2018
- Reiber K, Winter M (2016) *Pflegerische Versorgung in Baden-Württemberg von Morgen: Sicher, flächendeckend, kompetent!? Analyse der neuen Pflegeausbildungsstrukturen*. Baden-Württemberg Stiftung (Hrsg). https://www.hs-esslin-gen.de/fileadmin/media/Fakultaeten/sp/Forschung/Analyse_der_neuen_Pflegeausbildungsstrukturen.pdf. Zugegriffen: 3. Dez. 2018
- Sander T (2017) Wer „pflegt“ wen? Akademisierung und Professionalisierung in der Pflege. In: Sander T, Dangendorf S (Hrsg) *Akademisierung der Pflege. Berufliche Identitäten und Professionalisierungspotenziale im Vergleich der Sozial- und Gesundheitsberufe*. Beltz Juventa, Weinheim/Basel, S 10–26
- SCB – Statistiska centralbyrån (2017) *Trender och Prognoser 2017. befolkningen, utbildningen, arbetsmarknaden med sikte på 2035*. Statistiska centralbyrån, Stockholm
- Schaeffer D, Wingefeld K (2014) Die Entwicklung von Pflegewissenschaft in Deutschland. In: Schaeffer D, Wingefeld K (Hrsg) *Handbuch Pflegewissenschaft (Studienausgabe)*. Beltz Juventa, München, Basel, S 9–15
- Schubert M, Herrmann L, Spichiger E (2018) Akademisierung der Pflege – Evidenz und Wirksamkeitsforschung. In: Simon A (Hrsg) *Akademisch ausgebildetes Pflegefachpersonal. Entwicklung und Chancen*. Springer, Berlin, S 85–100
- Shin JH (2013) Relationship between nursing staffing and quality of life in nursing homes. *Contemp Nurse* 44(2):133–143
- Simon M (2017) *Das Gesundheitssystem in Deutschland*, 6. Aufl. Hogrefe, Bern
- Spilsbury K, Hewitt C, Stirk L, Bowman C (2011) The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: a systematic review. *Int J Nurs Stud* 48(6):732–750
- StatBA – Statistisches Bundesamt (2017) *Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse*. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen: 13. Dez. 2018
- VPU – Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands e.V. (2015) *Einsatz akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen in der Praxis*. http://www.vpu-online.de/de/pdf/presse/2015-05-29_abschlussbericht.pdf. Zugegriffen: 14. Dez. 2018
- WR – Wissenschaftsrat (2012) *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. Drucksache 2411-12, Berlin, 13.07.2012. <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf>. Zugegriffen: 12. Dez. 2018

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

