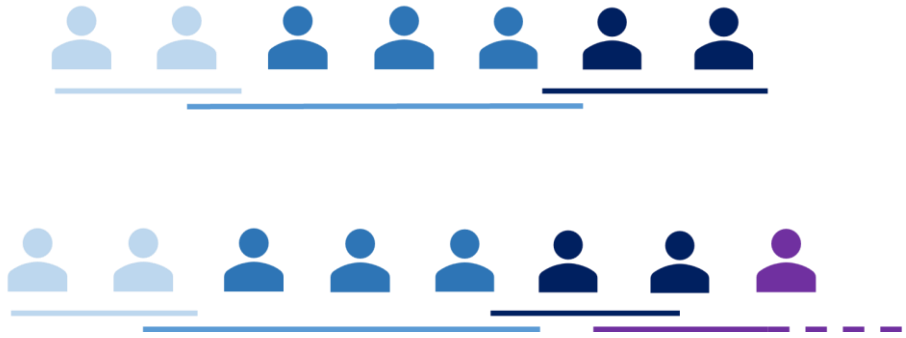
Die erweiterte pflegerische Versorgungspraxis



Abschlussbericht der begleitenden Reflexion zum Förderprogramm „360° Pflege – Qualifikationsmix für Patient:innen – in der Praxis“

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP)
im Auftrag der Robert Bosch Stiftung GmbH

Die erweiterte pflegerische Versorgungspraxis –

Abschlussbericht der begleitenden Reflexion zum Förderprogramm „360° Pflege – Qualifikationsmix für Patient:innen – in der Praxis“

im Auftrag der Robert Bosch Stiftung GmbH

Ausführung durch das

Deutsche Institut für
angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP)
Hülchrather Str. 15
50670 Köln
Internet: https://www.dip.de
E-Mail: dip@dip.de

Autor und Autorin:
Frank Weidner
Christina Schubert (geb. Weber)

Köln im Mai 2022

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 5

2. Zusammenfassung 7

3. Umsetzung der begleitenden Reflexion 12

3.1 Herausforderung und Auftrag 12
3.2 Das Förderprogramm im Überblick 13
3.3 Konzeption der begleitenden Reflexion 17
3.4 Informations- und Datengrundlagen 20
3.4.1 Dokumentenanalysen 20
3.4.2 Auftakt- und Abschlussgespräche 22
3.4.3 Projektbesuche 23
3.4.4 Vernetzungstreffen 24
3.4.5 Beiträge der Fachsymposien 25
3.4.6 Arbeit des Beirats 26
3.4.7 Zusammenführung und Auswertung 27

4. Ergebnisse 28

4.1 Viele Wege führen zum erweiterten Qualifikationsmix 28
4.1.1 Motivation und Ziele 29
4.1.2 Konzepte und Themen 29
4.2 Einsatz von AQP und ihre Akzeptanz 32
4.2.1 Einsatz von AQP 33
4.2.2 Akzeptanz von AQP 36
4.3 Intra- und interprofessionelle Kooperationen 38
4.3.1 Intraprofessionelle Kooperation 38
4.3.2 Interprofessionelle Kooperation 40
4.4 Personalentwicklung und Karrierewege 41
4.4.1 Personalentwicklung 42
4.4.2 Karrierewege 44
4.4.3 Vergütung von AQP 45
4.5 Rahmenbedingungen und Organisationsentwicklung 45
4.5.1 Strukturelle Rahmenbedingungen 46
4.5.2 Organisationsentwicklung 46
4.6 Einschätzungen zur Versorgungsqualität 48
4.7 Die Corona-Pandemie und ihr Einfluss 50
4.8 Förderliche und hemmende Bedingungen 52
4.8.1 Förderliche Bedingungen 52
4.8.2 Hemmende Bedingungen 54

5. Schlussfolgerungen 58

5.1 Größtes Programm zum erweiterten Qualifikationsmix 58
5.2 Belege zur Verbesserung der Versorgungsqualität 59
5.3 Zwei AQP-Profile für die Zukunft: Pflegefachleitung und -expertise 60
5.4 Neue Karrierewege in der pflegerischen Versorgungspraxis 63

5.5 Wachsende Akzeptanz von AQP in der Versorgungspraxis 64
5.6 Gelingende intra- und interprofessionelle Kooperationen 65
5.7 Organisationen in Entwicklung und im Wandel 66
5.8 Wesentliche Treiber und Barrieren im Qualifikationsmixgeschehen 66

6. Handlungsempfehlungen 69
6.1 Den erweiterten Qualifikationsmix vorbereiten und einführen – eigenständige Heilkundeausübung integrieren 69
6.2 Interprofessionelle Kooperation neu aufstellen 69
6.3 AQP-Profile in der Praxis etablieren 70
6.4 Fördermittel zur Etablierung des erweiterten Qualifikationsmixes bereitstellen – Modellvorhaben ermöglichen 70
6.5 Hochschulische Qualifikation für die erweiterte pflegerische Versorgungspraxis ausbauen 70
6.6 Finanzierung auf den Weg bringen – Anreize schaffen 71
6.7 Tarifliche Vereinbarungen ausweiten – Vergütungen weiterentwickeln 71
6.8 Modellrechnung zum erweiterten Qualifikationsmix 71

7. Literaturverzeichnis 74

8. Anlagen 77
Anlage I: Projektsteckbriefe der beteiligten Einrichtungen 77
Anlage II: Rollenprofile im Qualifikationsmix am UKM 91
Anlage III: Dokumentationsstruktur Konsil Patientenedukation im Teilprojekt Emotionsregulation im FNK 98
Anlage IV: Stellenbeschreibung der AQP im JSH Bremen 99
Anlage V: Karriereentwicklung in der direkten Pflegepraxis am RBK 104
Anlage VI: Organigramm im LWL- Klinikum Gütersloh 105

1. Einleitung

Seit mehr als 30 Jahren fördert die Robert Bosch Stiftung Projekte und Vorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe in Deutschland. Ein Schwerpunkt lag und liegt dabei auf zukunftsorientierten und aufeinander aufbauenden beruflichen und akademischen Qualifikationswegen in den Gesundheitsfachberufen mit einem besonderen Schwerpunkt auf Pflegeberufe. So hat die Robert Bosch Stiftung bereits im Jahr 1992 die vielbeachtete Denkschrift „Pflege braucht Eliten" vorgelegt und damit den Akademisierungsbedarf der Pflege in Deutschland erstmals ausführlich dargelegt und begründet.[1] 1996 wurde mit der Denkschrift „Pflegewissenschaft – Grundlegung für Lehre, Forschung und Praxis" eine Zwischenbilanz gezogen und Empfehlungen für die Etablierung der Pflegewissenschaft an Hochschulen gegeben.[2] Im Jahr 2000 folgte dann die Publikation „Pflege neu denken", mit der ein gestuftes System der Pflegeausbildung von den Helfer- und Assistenzberufen über die Fachberufe bis hin zu akademisch qualifizierten Profilen entwickelt und zur Diskussion gestellt wurde.[3] Parallel hat die Robert Bosch Stiftung bereits seit Mitte der 90er Jahre mehrere umfangreiche Förderprogramme für den akademischen Nachwuchs in der Pflege(wissenschaft), für Modellprojekte zur Zusammenführung der Pflegeausbildungen und anschließend auch für die Entwicklung, Erprobung und Etablierung einer Servicehelferinnen- und Servicehelferausbildung im Sozial- und Gesundheitswesen aufgelegt.

2018 hat die Robert Bosch Stiftung das Manifest „Mit Eliten pflegen"[4] veröffentlicht und 2020 gemeinsam in einer Stiftungsallianz mit der Bertelsmann Stiftung und der Stiftung Münch das Positionspapier „Pflege kann mehr" vorgelegt.[5] Hier wird aufgezeigt, welche Rahmenbedingungen und Voraussetzungen in Deutschland für gute Pflege und Spitzenpflege benötigt werden. Mit der „Neustart! Zukunftsagenda – für Gesundheit, Partizipation und Gemeinwohl" hat die Robert Bosch Stiftung im Jahr 2021 zukunftsorientierte Vorschläge für eine Reform der Primärversorgung mit Blick auf die Errichtung von Gesundheitszentren vorgelegt, in denen auch neue Formen der Interdisziplinarität unter Einbezug von akademisch qualifiziertem Pflegepersonal praktiziert werden sollen. In Gesundheitszentren übernehmen dann Community Health Nurses als Pflegefachpersonen mit Masterabschluss zentrale Funktionen und erhalten erweiterte Kompetenzen.[6]

Diese und weitere Publikationen stellen eine wesentliche Grundlage und einen Rahmen für das hier zugrundeliegende Förderprogramm „360° Pflege – Qualifikationsmix für Patient:innen – in der Praxis" (im Weiteren „Förderprogramm 360° Pflege") dar. Damit wird nahtlos an diese und weitere Initiativen und Programme der Robert Bosch Stiftung zur Förderung und Weiterentwicklung der Pflegeberufe in Deutschland angeknüpft. Auch wenn es immer um die Weiterentwick-

1 vgl. Robert Bosch Stiftung 1992
2 vgl. Robert Bosch Stiftung 1996
3 vgl. Robert Bosch Stiftung 2000
4 vgl. Robert Bosch Stiftung 2018a
5 vgl. Stiftungsallianz 2020
6 vgl. Robert Bosch Stiftung 2021

lung der Pflegeberufe ging und geht, so besteht das Kernziel der Strategie doch stets in der Sicherung und Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen und zukunftsfähigen Versorgung von kranken und pflegebedürftigen Menschen in der Kooperation mit weiteren Berufsgruppen im Gesundheitsweisen sowie mit Angehörigen und Netzwerken. Besondere Herausforderungen sind neben der kontinuierlichen Zunahme chronischer Erkrankungen, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit v.a. auch der demografische Wandel unter Fachkräften im Gesundheitswesen, weil die stark vertretene Babyboomer-Generation innerhalb der kommenden zehn Jahre in den Ruhestand geht. Deshalb sind neben intraprofessionellen Innovationen wie etwa Konzepten zur Weiterentwicklung bestehender Qualifikationsmixe und Umsetzung erweiterter Kompetenzen für Pflegefachpersonen ebenso moderne interdisziplinäre Konzepte auf Augenhöhe gefragt.

Nachdem durch die Robert Bosch Stiftung in den Jahren 2016 bis 2018 in Zusammenarbeit mit rund vierzig Verantwortlichen und Expertinnen und Experten in Politik, Praxis und Wissenschaft theoretische und konzeptionelle Grundlagen für die Umsetzung von Qualifikationsmix-Konzepten gelegt wurden, ging es seit Mitte des Jahres 2019 bis Anfang 2022 im Förderprogramm 360° Pflege um deren praktische Entwicklung und Erprobung. Insgesamt wurden von der Robert Bosch Stiftung bundesweit sieben ausgewählte Projekteinrichtungen (an acht Standorten) aus den Versorgungssektoren ambulante Pflege, akutstationäre Pflege, stationäre Langzeitpflege und Rehabilitation gefördert, um konkrete Lösungsansätze für erweiterte Qualifikationsmixkonzepte zu entwickeln und diese in der Praxis zu erproben und umzusetzen. Kernziel aller Bemühungen war und ist eine zukunftsorientierte, bedarfsgerechte und erweiterte pflegerische Versorgungspraxis unter Einbezug akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen im Qualifikationsmix. Dies wird hier und im Folgenden als „erweiterter Qualifikationsmix“ verstanden. Das Förderprogramm und die sieben Projekteinrichtungen wurden vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP) durch eine begleitende Reflexion über die gesamte Projektlaufzeit mittels Dokumentenanalysen, Vernetzungstreffen, Projektbesuchen, Fachsymposien, vielen Gesprächen in verschiedenen Formaten und weiteren Angeboten unterstützt.

Der vorliegende Abschlussbericht bezieht sich auf den Zeitraum Mai 2019 bis Anfang 2022 und beschreibt Grundlagen und Umsetzungsschritte des Förderprogramms und der Projekteinrichtungen, stellt wesentliche Strukturen und Prozesse, vor allem aber Ergebnisse, Erfahrungen und Erkenntnisse zusammen und gibt abschließend konkrete Handlungsempfehlungen an die gesundheitsbezogenen und pflegerischen Versorgungseinrichtungen und an die Politik. Insofern richtet sich diese Publikation an Fachleute aus dem Pflege- und Gesundheitssektor, an Verantwortliche sowie Politikerinnen und Politiker mit Blick auf das Pflege- und Gesundheitswesen und nicht zuletzt auch an die allgemeine Öffentlichkeit.

2. Zusammenfassung

Im Förderprogramm 360° Pflege haben von 2019 bis Anfang 2022 sieben Projekteinrichtungen an acht Standorten aus vier Versorgungsektoren neue Konzepte der erweiterten pflegerischen Versorgungspraxis unter Einbezug akademisch qualifizierten Pflegefachpersonals entwickelt, erprobt und implementiert. Kernziel dabei war und ist die Sicherung und Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten und zukunftsorientierten, qualitativ hochwertigen Versorgung und Begleitung von kranken und pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen mittels einer praxisorientierten Aufwertung und weiteren Professionalisierung der Pflege. Antworten sind gefunden worden auf Fragen nach gangbaren Wegen, einen erweiterten Qualifikationsmix in Deutschland zu etablieren und die dazu notwendigen Rahmenbedingungen näher zu beschreiben. Bei aller Unterschiedlichkeit der sektoralen und organisatorischen Ausgangslagen der Projekteinrichtungen und der Heterogenität der Ansätze und Konzepte, die verfolgt wurden, können wesentliche Erkenntnisse übergreifend formuliert werden.

So ist die schiere Größe des Förderprogramms zur Implementierung des erweiterten Qualifikationsmixes mit hunderten von direkt Beteiligten und tausenden von Interventionen bislang einzigartig in Deutschland, liefert profunde und detaillierte Einblicke ins Geschehen und stellt somit eine hervorragende und belastbare Basis für ableitbare Aussagen und Empfehlungen dar. Dass kranke und pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen von den entwickelten, erprobten und implementierten Innovationen mit wissenschaftlich begründeten Pflegekonzepten und -maßnahmen profitieren, konnte hier, wie aus internationaler Literatur bereits belegt, in vielfältiger und beeindruckender Weise bestätigt werden. Es gibt im Förderprogramm zahlreiche Belege für den Beitrag akademisierter Pflege im erweiterten Qualifikationsmix zur Sicherung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität.

Im Kern haben sich im Förderprogramm neben den verschiedenen, bestehenden beruflichen Qualifikationen und Profilen in der Versorgungspraxis zwei weitere Profile akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen (AQP) in den gesundheits- und pflegebezogenen Einrichtungen herausgebildet und bewährt. Grundsätzlich begründen, planen und implementieren AQP ihre Arbeit stärker auf wissenschaftsfundierter Grundlage als beruflich Qualifizierte. Sie haben zuvor im Pflegestudium gelernt, deutschsprachige und internationale Studien und wissenschaftliche Artikel bezüglich bestimmter Pflegeprobleme oder -interventionen 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 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 auch Menschen mit Pflegebedarfen und ihre Angehörigen, aber auch Kolleginnen und Kollegen und können aktiv an Forschungsprojekten mitwirken. Die Ausübung erweiterter Heilkunde, so wie sie für die kommenden Jahre im Rahmen von Modellprojekten angedacht wird, kann zum Aufgabenspektrum dazugehören. Sie sind im Stande fachbezogene, wissenschaftsfundierte und mithin evidenzbasierte Entscheidungen zu treffen und in diesem Sinne auch Leitungsverantwortung zu übernehmen. Auf Bachelorebene handelt es sich damit um das Profil einer Pflegefachleitung, die in

die Teams auf Stations-, Wohnbereichs- oder ambulanten Organisationseinheiten integriert wird und dort auch Leitungsaufgaben in Hinblick auf entsprechende fachliche Fragen übernimmt.

Im AQP-Profil auf Masterniveau (international zumeist als Advanced Practice Nurse, APN bezeichnet) werden im Förderprogramm die Stelleninhaberinnen und -inhaber als Pflegeexpertinnen und -experten übergreifend für Abteilungen oder zentral in Einrichtungen zumeist mit vollem Stellenumfang eingesetzt, um zu spezifischen Themen auf der Grundlage ihrer Expertise zu intervenieren und erkrankte wie pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen, aber auch Pflege-Teams und Angehörige anderer Professionen zu beraten. Dazu haben sie sich im Masterstudium pflegewissenschaftlich intensiv und fundiert mit zentralen pflegerischen Herausforderungen in der psychiatrischen, onkologischen, geriatrischen oder pädiatrischen Versorgung etc. auseinandergesetzt und können Aufgaben in der spezialisierten Versorgung und Steuerung auch hochkomplexer und kritischer Versorgungsfälle bzw. -prozesse zusammen mit verschiedenen Teams und Professionen auch über Institutionsgrenzen hinweg begleiten, steuern und bewältigen. Ihre konsiliarische Hinzuziehung hat sich im Programm bewährt. Damit nehmen sie auch übergreifende Leitungsaufgaben im Kontext ihrer fachlichen Expertise wahr. Im Gegensatz zu den Aufgaben und Rollen von Bachelorqualifizierten werden die Einsatzorte, der Umfang an Maßnahmen, die Zielgruppen und Schnittstellen spezifischer und komplexer beschrieben. Zudem zählen zu den Aufgaben mitunter auch die Begleitung und Unterstützung von Bachelorqualifizierten sowie generell von Pflegenden in neu geschaffenen Rollen bzw. Aufgaben. Schließlich sind sie im Stande nicht nur an Forschungs- und Entwicklungsprojekten mitzuwirken, sondern Anteile daran eigenständig zu übernehmen und zu verantworten.

Beide Profile können zwar unabhängig voneinander entwickelt und implementiert werden, greifen aber auch sehr gut ineinander und sollten zukünftig in der Praxis miteinander kombiniert werden. Neben AQP-Profilen sind in der Auseinandersetzung und der Implementierung des erweiterten Qualifikationsmixes in den Projekten auch neue Rollen bzw. erweiterte Aufgaben und veränderte Zuständigkeiten für Pflegefachpersonen mit und ohne Weiterbildung sowie unterschiedlicher Berufserfahrung entstanden und erprobt worden. Der erweiterte Qualifikationsmix bezieht sich damit nicht nur auf die Integration von AQP, sondern die Überprüfung und bedarfs- wie kompetenzbezogene Weiterentwicklung sämtlicher beruflicher und akademischer Profile in Teams und Einrichtungen.

Mit einer konsequenten, flächendeckenden Einführung des erweiterten Qualifikationsmixes zur Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität ergeben sich neue berufliche Möglichkeiten und Karrierewege für Pflegefachpersonen in der direkten gesundheitsbezogenen und pflegerischen Versorgung. Die so häufig beschworene und geforderte Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe und ihre weitere Professionalisierung sind damit, das zeigen die Ergebnisse und Erkenntnisse ebenfalls in beeindruckender Weise, sehr gut möglich. Erforderlich sind dazu motivierte und tatkräftige Personalentwicklerinnen und -entwickler, Kooperationen zwischen Versorgungseinrichtungen und Hochschulen sowie zukünftig entsprechende gesetzliche und tarifliche Rahmenbedingungen, die diese Prozesse auch gut ermöglichen.

Wie jede wirksame Neuerung, so erzeugt ein Vorhaben in der Pflegepraxis, wie die Implementierung eines erweiterten Qualifikationsmixes mit innovativen AQP-Profilen, auch Ängste und Sorgen bei denjenigen, die bisher schon engagiert und verantwortlich pflegen. Dies ist angesichts von geringen Quoten akademisch qualifizierten Personals in den Versorgungseinrichtungen in Deutschland und bislang fehlender Erfahrungs- und Entwicklungsräume verständlich und war von Beginn an allen bekannt. In allen Projekteinrichtungen des Förderprogramms wurde daher dem Aspekt der Akzeptanzförderung ein besonderes Augenmerk geschenkt. Durch frühzeitige, begleitende und vielfältige Maßnahmen zur Information, Überzeugung und Partizipation, nicht zuletzt aber durch die für das beteiligte Personal erlebbaren Effekte neuer Formen der intra- wie interprofessionellen Kooperation, die schlussendlich den kranken und pflegebedürftigen Menschen, ihren Angehörigen und den Teams zugutekommen, ist es überall gelungen, wachsende Selbstverständlichkeit in der Zusammenarbeit und schließlich eine sehr gute Akzeptanz der neuen Rollen zu erreichen. Und dies gilt nicht nur für die beteiligten Teams, sondern ausdrücklich auch für einbezogene Vertreterinnen und Vertreter anderer Professionen und ebenfalls für die zu versorgenden Menschen und Angehörigen, die von den neuen Angeboten profitieren konnten.

Eine unverzichtbare Voraussetzung für die Implementierung des erweiterten Qualifikationsmixes in den Versorgungseinrichtungen sind Verantwortliche, die davon überzeugt sind, dass die Pflege mehr zu Versorgungsprozessen beitragen kann, wenn man ihr die Möglichkeiten dazu gibt, und dazu jetzt die Weichen gestellt werden müssen. Ausgangspunkt ist die Bereitschaft in Organisationen zur Entwicklung und zur Transformation beruflicher und akademischer Rollen sowie zur Implementierung zukunftsträchtiger Beiträge der Pflegeberufe im Gefüge interprofessioneller Versorgungsprozesse. Der Einsatz von akademisierten Pflegefachpersonal in den Organisationseinheiten und in den gesamten Einrichtungen mit Aufgaben der fachlichen Leitung von Teams und der bedarfsgerechten Bereitstellung von Expertise zu komplexen pflegerischen Versorgungsfragen befördert die Qualität und nicht zuletzt die Attraktivität und damit auch die Wettbewerbsfähigkeit um engagiertes Pflegepersonal. Im Ergebnis führt die Bereitschaft zum Wandel in zentralen Punkten der Unternehmenskultur im Hinblick auf eine neue Interprofessionalität zu Organisationen, die ihre Zukunftsfähigkeit maßgeblich stärken können.

Insofern stellen allgemein bekannte Prinzipien des Leitens und Führens in Organisationen, wie klare Leitvorstellungen und Ziele, Wertschätzung des Personals, gelingende Kommunikation, Partizipation der Mitarbeiterschaft sowie Klarheit und Transparenz eine förderliche Rahmung von Innovationen und somit auch fördernde Aspekte zur Implementierung des erweiterten Qualifikationsmixes dar. Mit authentischen und transformationalen Führungsstilen werden die notwendigen Grundlagen gegenseitigen Vertrauens gefördert. Dahingegen wirken starre Hierarchien und Entwicklungsdefizite, hohe Arbeitsbelastungen, Personalfluktuation und häufiger Wechsel von Personal sowie vorangegangene Enttäuschungen des Personals durch Entscheidungen und Verhalten von Verantwortlichen zu Misstrauen und fehlender Innovationsbereitschaft. Im Förderprogramm haben sich darüber hinaus die zeitig spürbaren Mehrwerte und Effekte der Neuerungen sowie der intensive gegenseitige Austausch über die Einrichtungs- und Sektorengrenzen hinweg als sehr förderlich und

stabilisierend auf die Projektbeteiligten ausgewirkt. So hat die Corona-Pandemie in der Projektlaufzeit zwar zu hohen zusätzlichen Belastungen, Einschränkungen und auch Unterbrechungen geführt, es aber nicht vermocht, die Projekteinrichtungen und die Vorhaben auszubremsen.

Mit diesem Abschlussbericht zum Förderprogramm 360° Pflege liegt eine Roadmap auf dem Tisch, die klare und überzeugende Wege zu einer erweiterten pflegerischen Versorgungspraxis aufzeigt und zahlreiche Belege der Wirksamkeit und Machbarkeit ausdifferenzierter Qualifikationsmixe liefert. Es wird eindrücklich aufgezeigt, dass die Implementierung von akademisch qualifiziertem Pflegefachpersonal in die heutigen Versorgungslandschaften nicht nur dringend geboten, sondern auch sehr gut möglich ist und intra- wie interprofessionell wie auch bei den zu versorgenden Menschen bereits nach kurzer Zeit auf Akzeptanz stößt.

Auf der Grundlage der beschriebenen Ergebnisse und gewonnenen Erkenntnisse sind insgesamt zehn Handlungsempfehlungen konkretisiert worden, die sich in erster Linie an Verantwortliche in Versorgungseinrichtungen und in der Politik richten. So müssen sich die Akteurinnen und Akteure in den Krankenhäusern, ambulanten und stationären Einrichtungen der Akut- und Langzeitpflege nun ernsthaft und dringlich mit der zukunftsfähigen Neuaufstellung der Pflegeberufe auseinandersetzen. Sie sollten jetzt die Chancen, die mit einer erweiterten pflegerischen Versorgungspraxis einhergehen, erkennen und kurzfristig angehen. Dabei können sie sich an den vielfältigen Entwicklungen, Vorarbeiten und Erfahrungen aus dem Förderprogramm und den Projekteinrichtungen orientieren.

Der Gesetzgeber und die politisch Verantwortlichen auf Bundes- und Länderebene sind zugleich dringend aufgerufen, zeitnah berufs- und leistungsrechtliche Normen zu überarbeiten bzw. weiterzuentwickeln und gemeinsam mit weiteren Beteiligten die notwendigen Gelder für den Ausbau der hochschulischen Qualifikation in den Pflegeberufen bereitzustellen. Die Tarifpartner sollten kurzfristig geeignete Wege und Lösungen zur Ausgestaltung neuer Arbeitsfelder und angemessener Vergütungen der akademisch qualifizierten Stelleninhaberinnen und -inhaber finden bzw. prüfen und weiterentwickeln. Die Kostenträger sollten frühzeitig an den Entwicklungen beteiligt werden. Alle Beteiligten aus Versorgung, Politik und Gesellschaft zusammen müssen, um Erfolg in der Sicherungen und Weiterentwicklung der Pflege zu haben, wie in einem guten Konzert zusammenspielen.

Die Länder sollten ebenso zügig gemeinsam mit dem Bund auf der Grundlage der Regelungen des Pflegeberufegesetzes sowie weiterer landesspezifischer Gesetze ein zukunftsfähiges Ausbauprogramm an primärqualifizierenden und weiterbildenden, praxisorientierten Pflegestudiengängen an den Hochschulen und Universitäten auf den Weg bringen, das sich an den Empfehlungen des Wissenschaftsrates aus dem Jahr 2012 und darauf aufbauenden Erkenntnissen orientiert. Und da diese bereits vor zehn Jahren ausgesprochen wurden und seither einiges an Zeit verstrichen ist, sollte man sich hier eher am oberen Rand der Empfehlungen orientieren, also mindestens 20 Prozent eines Ausbildungsjahrgangs der Pflegeberufe akademisch qualifizieren.

Was heißt dies nun konkret? Für eine sukzessive und flächendeckende Implementierung des erweiterten Qualifikationsmixes in allen rund 32.000 ambulanten und stationären Einrichtungen der Akut- und Langzeitversorgung in Deutschland, aber auch in tausenden von Kommunen und Gesundheitszentren (Stichwort „Community Health Nursing“) bräuchte es nach Berechnungen der wissenschaftlichen Begleitreflexion mindestens 100.000 Vollzeitstellen für AQP, darunter mindestens 70.000 Stellen für Bachelorqualifizierte und mindestens 30.000 Stellen für Masterqualifizierte. Bei üblichen Teilzeitquoten ist davon auszugehen, dass dazu mindestens 150.000 AQP zur Verfügung stehen müssten.

Würden Politik, Hochschulen und die Versorgungseinrichtungen gemeinsam dafür Sorge tragen und Anreize schaffen, dass bis spätestens zum Jahr 2027 in jedem Jahr 10.000 Menschen ein primärqualifizierendes Pflegestudium in Deutschland aufnehmen können (dies würde in etwa der 20%-Quote nach den Empfehlungen des Wissenschaftsrates aus 2012 entsprechen) und dann ein knappes Drittel von ihnen (rund 3.000) ab 2030 ein pflegewissenschaftliches Studium mit Masterabschluss anschließen könnte, würden im Jahr 2035 etwa 50.000 und etwa um das Jahr 2045 die benötigten rund 150.000 akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen zur Verfügung stehen und in adäquaten Aufgabenfeldern beschäftigt werden können.

Ein solches entschlossenes und konzertiertes Aufbauprogramm wäre ein wichtiger Beitrag zur Professionalisierung und Aufwertung der Pflege und damit auch zur nachhaltigen Versorgungs- und Fachkräftesicherung in Deutschland von morgen. Damit würde Deutschland zugleich Anschluss finden an die internationalen Strukturen, Prozesse und Entwicklungen der pflegerischen und gesundheitsbezogenen Versorgung.

3. Umsetzung der begleitenden Reflexion

3.1 Herausforderung und Auftrag

Bei der wissenschaftlichen Begleitreflexion des Förderprogramms 360° Pflege handelt es sich um ein komplexes, formativ ausgerichtetes und multizentrisches Verfahren. Der Fokus der Beschreibung und Reflexion der Strukturentwicklungen, Prozesse und Ergebnisse liegt dabei zunächst auf den Einrichtungsebenen, d.h. es soll gezeigt werden, wie die geförderten Einrichtungen bei der Umsetzung des Qualifikationsmixes vorgehen, welche Erfahrungen sie machen, welche Barrieren und Hindernisse überwunden werden müssen und welche gesteckten Ziele sie erreichen bzw. nicht erreichen. Es handelt sich damit methodisch gesehen um intensive, komplexe und umfangreiche Fallbeschreibungen, die anschließend übergreifend und verallgemeinerbar dargestellt und ausgewertet werden, ohne jedoch einen systematischen Evaluationsanspruch zu erheben.

Jede einzelne Projekteinrichtung wird mit ihren organisatorischen, strukturellen und personellen Ressourcen und Prozessen projektbezogen erkundet, deskribiert und so einbezogen, dass daraufhin beschrieben und mithin erklärt werden kann, warum etwas im Hinblick auf den erweiterten Qualifikationsmix wie funktioniert hat und warum etwas woran gescheitert ist. Während der Umsetzung wurden im Förderprogramm Erkenntnisse, Erfahrungen und Ergebnisse immer wieder gemeinsam reflektiert, so etwa in den begleitenden Vernetzungstreffen und den Fachsymposien. Übergreifend wurden diese Beschreibungen dann zusammengeführt und die Ergebnisse und Erkenntnisse so weit wie möglich generalisiert und im Hinblick auf die Beantwortung von Leitfragen sowie für Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen zusammengestellt.

Im Kern geht es bei diesem Auftrag also um die Vorbereitung und Planung, Organisation und Durchführung inklusive Dokumentation sowie Reflexion und Auswertung eines gemeinsamen intensiven Erfahrungs- und Erkenntnisaustausches aller Beteiligten, die Deskription und Interpretation der Ergebnisse und Erkenntnisse aus den Einrichtungen sowie um die Ableitung von Schlussfolgerungen und den Entwurf von Handlungsempfehlungen für die Zukunft und für weitere Einrichtungen. Ebenfalls sind die Fragen des Zusammenhangs eines Einsatzes des erweiterten Qualifikationsmixes und der Qualität der Versorgung von kranken und pflegebedürftigen Menschen von Interesse, auch wenn diese nicht umfassend evaluativ – im Sinne einer Interventionsstudie – im Rahmen dieses Projektes beantwortbar waren und sind.

Im Zentrum der Begleitreflexion stehen folgende Leitfragen:

a. Ist die Einführung des erweiterten Qualifikationsmixes in den einzelnen Einrichtungen als erfolgreich zu bewerten? Woran kann das festgemacht werden?

b. Welche organisatorischen, strukturellen und personellen Faktoren sind förderlich, welche hinderlich für eine erfolgreiche Einführung von qualifikationsgemixten Pflegeteams?

c. Wie sehen die jeweiligen Lösungen im Detail aus? Für den erweiterten Qualifikationsmix, für die interprofessionelle Zusammenarbeit und für die Mitarbeiterentwicklung?

d. Welche Veränderungen des eigenen Handlungsfeldes und der eigenen Entwicklungsmöglichkeiten nehmen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege wahr?

e. Finden die akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen Akzeptanz? Welcher Mehrwert wird darin erkannt (von Vorgesetzten und auch von Kolleginnen und Kollegen)?

f. Welche Empfehlungen können für Einrichtungen, die ebenfalls den erweiterten Qualifikationsmix umsetzen wollen, gegeben werden?

g. Gibt es Anhaltspunkte für eine veränderte Versorgungsqualität?

h. Welche Veränderungen werden in der Organisationsentwicklung wahrgenommen?

Die begleitende Reflexion ist um die Planung, Organisation und Durchführung von vier Fachsymposien (entsprechend den vier Sektoren) mit dem Ziel erweitert worden, einerseits die Fachdiskurse um Beispiele guter Praxis zu ergänzen bzw. zu vertiefen und andererseits auch die Thematik des erweiterten Qualifikationsmixes einer breiteren Fachöffentlichkeit zugänglich zu machen. Ende Februar 2020 sind erste Infektionen aufgrund des SARS-CoV-2-Virus ausgebrochen und haben sich anschließend zu einer weltweiten Pandemie (im Folgenden „Corona-Pandemie“) mit verschiedenen Infektionswellen auch in Deutschland weiterverbreitet. Daher wurden die Leitfragen noch um die Betrachtung des Einflusses des Pandemiegeschehens auf die Einrichtungen und die Projektumsetzungen ergänzt.

3.2 Das Förderprogramm im Überblick

In der Versorgung von kranken und pflegebedürftigen Menschen fallen in den verschiedenen Versorgungssektoren eine Vielzahl von Aufgaben an, die unterschiedlich anspruchsvoll und komplex sind. Um dieser Diversität und Komplexität gerecht zu werden, ist zukünftig ein kompetenzorientierter und bedarfsgerechter Einsatz von Pflegefachpersonen mit unterschiedlichen beruflichen oder hochschulischen Abschlüssen, die zum Pflegeberuf befähigen, sinnvoll und notwendig. Die Pflege verfügt bereits über eine größere Bandbreite an Qualifikationen, die sich inzwischen auf allen Niveaus des Deutschen Qualifikationsrahmens abbilden lassen. Beispielhaft haben das Barbara Knigge-Demal und Gertrud Hundenborn für den Bereich der Pflege alter Menschen entwickelt und

erprobt.[7] Jedoch kommt diese Vielfalt an unterschiedlichen Qualifikationsniveaus aktuell noch zu wenig in der Praxis an.

Besonders Pflegefachpersonen mit Bachelor- und Masterabschlüssen werden in Deutschland im Vergleich zur internationalen Situation noch viel zu selten in der direkten Versorgung von kranken und pflegebedürftigen Menschen eingesetzt. Aktuelle Studien weisen darauf hin, dass die Quote akademisch qualifizierten Pflegefachpersonals in der Versorgung je nach Einrichtungsart zwischen unter einem Prozent bis maximal 5 Prozent in Ausnahmefällen in einzelnen Universitätskliniken schwankt und dass angemessene Profile und Stellen in der Praxis noch weithin fehlen.[8] Auch vor diesem Hintergrund hat der Wissenschaftsrat im Jahr 2019 die HQG*plus*-Studie in Auftrag gegeben, um den Grad der Umsetzung seiner Empfehlungen zur akademischen Qualifikation der Gesundheitsfachberufe aus dem Jahr 2012 zu überprüfen. Bekanntlich lautet die Empfehlung, 10 bis 20 Prozent eines Ausbildungsjahrgangs der Gesundheitsfachberufe inklusive Pflegefachberufe akademisch zu qualifizieren.[9]

Was ist unter dem erweiterten Qualifikationsmix zu verstehen?

Eine Ausgangsthese des Förderprogramms lautet, dass es einen erweiterten und systematisch miteinander verzahnten Qualifikationsmix braucht, um den zunehmend heterogenen und komplexen Versorgungsbedarfen der Menschen gerecht zu werden und eine qualitativ hochwertige Pflege auch zukünftig gewährleisten zu können. Der erweiterte Qualifikationsmix wird dabei so verstanden, dass je nach den Bedarfen und Erfordernissen in der direkten Versorgung von kranken und pflegedürftigen Menschen bereits bestehende Qualifikationsmixe in der Pflege mit unterschiedlichen Qualifikationsniveaus und Berufserfahrungen von der Helfer- oder Assistenzausbildung über Pflegefachpersonen mit unterschiedlichen Aus-, Fort- und Weiterbildungen ergänzt werden durch akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen (AQP) mit Bachelor- und Masterabschluss. Die zu versorgenden Menschen mit ihren Bedarfen und Bedürfnissen sowie ihre Angehörigen und Netzwerke stehen dabei im Zentrum aller Anstrengungen. Dabei ist von herausragender Bedeutung, ob und wie es gelingt, die einzelnen Rollen und Aufgaben der Akteurinnen und Akteure im erweiterten Qualifikationsmix systematisch, wirksam und nachhaltig in ein intra- und interprofessionelles Gesamtkonzept zu integrieren.

Auf Initiative der Robert Bosch Stiftung haben sich im Jahr 2016 rund vierzig Verantwortliche sowie Expertinnen und Experten aus Praxis, Management, Bildung und Wissenschaft diesem Thema gewidmet. Sie erarbeiteten im Vorläuferprojekt des Förderprogramms 360° Pflege theoretische und konzeptionelle Grundlagen für die Umsetzung von Qualifikationsmix-Konzepten für die akutstationären, ambulanten, langzeitstationären und rehabilitationsbezogenen Bereiche. Dabei wurden je-

7 vgl. Knigge-Demal und Hundenborn 2013
8 vgl. Bergjan et al. 2021; Baumann und Kugler 2019
9 vgl. Wissenschaftsrat 2012

weils folgende vier Themenbereiche bearbeitet und grundgelegt: Aufgabenbeschreibung und intraprofessionelle Kooperation, organisatorische Rahmenbedingungen, interprofessionelle Kooperation und Karriereverläufe.

Auf dieser Basis ist das Förderprogramm 360° Pflege ausgeschrieben worden. Bundesweit wurden Versorgungseinrichtungen Ende 2018 dazu aufgerufen, die Entwicklung und Umsetzung von Qualifikationsmixkonzepten unter Einbezug von akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen (AQP) auf Basis dieser erarbeiteten Vorschläge der Expertinnen und Experten zu entwickeln und zu erproben und sich mit einer entsprechenden Konzeptidee bei der Robert Bosch Stiftung um eine Förderung zu bewerben. Insgesamt sieben Projekteinrichtungen an acht Standorten wurde nach Abschluss des Auswahlverfahrens 2019 eine Förderung zugesagt. Darunter befinden sich eine Projekteinrichtung aus dem Versorgungsbereich der ambulanten Pflege, ein Träger der stationären Langzeitpflege mit zwei Standorten, eine Einrichtung aus der Rehabilitation sowie vier Projekteinrichtungen aus dem Bereich der akutstationären Pflege. Die teilnehmenden Einrichtungen mit ihren Projekten sind in der Tabelle 1 aufgelistet.

Gestartet sind die Projekte zu unterschiedlichen Zeitpunkten, der überwiegende Teil zwischen Anfang August und Anfang Oktober 2019. Nachdem ein im ambulanten Bereich gefördertes Projekt nach nur zweimonatiger Laufzeit aufgrund interner Unternehmensprozesse wieder aus dem Förderprogramm ausgeschieden war, gelang es, das „Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg Else-Heydlauf-Stiftung (WW EHS)“ in Stuttgart mit einem Projekt in diesem Sektor im Juli 2020 neu in das Förderprogramm aufzunehmen.

Aufgrund der Corona-Pandemie und durch die jeweils in Kraft gesetzten Maßnahmen zu ihrer Eindämmung wurden u.a. auch die Projektarbeiten und -planungen im Förderprogramm mitunter stark beeinträchtigt bzw. verändert. Die Projektarbeiten mussten aufgrund von anderen Prioritäten auch zeitweise unterbrochen werden. Die Robert Bosch Stiftung ermöglichte daraufhin eine Projektlaufzeitverlängerung bis Ende Dezember 2021. Die individuellen Laufzeiten der Projekte beliefen sich so insgesamt zwischen 18 und 36 Monaten (s. Tabelle 1).

Die Arbeit des DIP in seiner Rolle der Verantwortung für die wissenschaftliche Begleitreflexion des Programms mit einem besonderen Blick auf Entwicklung, Umsetzung und Erprobung von Qualifikationsmixkonzepten in der Praxis ist im Mai 2019 gestartet und wurde aufgrund der verschiedenen Projektunterbrechungen in den teilnehmenden Einrichtungen und der damit verlängerten Laufzeiten ebenfalls bis Ende März 2022 verlängert (s. Tabelle 1). Die geförderten Praxiseinrichtungen wurden über die Projektlaufzeit vom DIP entsprechend den Vereinbarungen und Absprachen mit der Robert Bosch Stiftung im Sinne eines gemeinsamen Reflexionsprozesses begleitet. Dies beinhaltet die Betrachtung verschiedener im Projektprozess erstellter Dokumente und Berichte bezüglich des Konzeptes, Auftakt- und Abschlussgespräche mit Vertreterinnen und Vertretern aus den Projekteinrichtungen, projektübergreifende Reflexionsprozesse im Rahmen der von der Robert Bosch Stiftung veranstalteten Vernetzungstreffen, je zwei Projektbesuche in jeder geförderten Einrichtung und die Planung, Organisation und Durchführung von vier Fachsymposien. Das DIP stand dabei stets mit der Robert Bosch Stiftung in den Entwicklungen und der Prozesssteuerung in engem Austausch.

Institution	Kürzel	Titel des Projektes	Laufzeit
		Akutstationärer Sektor	
Florence-Nightingale-Krankenhaus, Düsseldorf Kaiserswerth	**FNK**	ANP-Teams zu Verbesserung der akutstationären Patientenversorgung	01.09.2019 – 30.09.2021 (25 Monate)
Universitätsklinikum Münster	**UKM**	Kompetenzen und Qualifikationen bedarfsorientiert in der akutstationären Versorgung einsetzen	01.09.2019 – 31.12.2021 (28 Monate)
LWL-Klinikum Gütersloh	**LWL**	Qualifikationsmix in der Akutpsychiatrie	01.10.2019 – 31.12.2021 (27 Monate)
Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart	**RBK**	Dem Patienten zugewandt – Qualifikationsmix in der akutstationären Pflege	01.01.2019 – 31.12.2021 (36 Monate)
		Rehabilitationssektor	
Tropenklinik Paul-Lechler-Krankenhaus Tübingen gGmbH	**TPLK**	Qualifikationsmix Rehabilitationspflege im Paul-Lechler-Krankenhaus (QPP)	01.10.2019 – 31.12.2021 (27 Monate)
		Langzeitstationärer Sektor	
Johanniter Seniorenhäuser GmbH Standort Münster und Bremen	**JSH**	Qualifikationsmix in der stationären Langzeitpflege	01.08.2019 – 31.12.2021 (29 Monate)
		Ambulanter Sektor	
Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg, Else-Heydlauf-Stiftung	**WW EHS**	Qualifizierungsmix mit 360°-Coaches	01.07.2020 – 31.12.2021 (18 Monate)
		Begleitreflexion	
Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.	**DIP**	Wissenschaftliche Begleitreflexion	01.05.2019 – 31.03.2022 (35 Monate)

Tabelle 1: Übersicht Projektbeteiligte und Projektlaufzeiten

Zusätzlich wurde das Förderprogramm von einem Beirat bestehend aus sieben Expertinnen und Experten aus der Praxis, Wissenschaft und Verbänden begleitet. Neben fünf stattgefundenen Beiratssitzungen brachten sich die Mitglieder aktiv und wiederholt in Form von Vorträgen und Diskussionsbeiträgen in den Fachsymposien und in Reflexionsprozesse in den Vernetzungstreffen ein.

3.3 Konzeption der begleitenden Reflexion

Die grundlegende Konzeption der begleitenden Reflexion durch das DIP knüpft an die Ausgangspunkte der Vorarbeiten für das Förderprogramm 360° Pflege an, berücksichtigt die Anforderungsprofile sowie die relevanten Aktivitäten der geförderten Praxiseinrichtungen und beantwortet unter Einbezug des Einflusses der Corona-Pandemie die aufgeworfenen Fragestellungen.

Die Einrichtungen waren aufgefordert, ihre Konzepte für den Qualifikationsmix zu folgenden vier zentralen Themenbereichen zu entwickeln und umzusetzen:

- Qualifikationsmix – Aufgabenbeschreibung und intraprofessionelle Kooperation
- Fördernde Rahmenbedingungen der Organisation
- Interprofessionelle Kooperation
- Berufs- und Karrierewege

Weitere bzw. zusätzliche Anforderungen an die Einrichtungen bestanden darin, in ihren Konzeptentwicklungen Überlegungen über folgende Punkte einzubeziehen und zu bearbeiten:

- Planungen, Begründungen und Vorgehensweisen im Gesamtkonzept
- Ausrichtung an den Versorgungsbedarfen der Menschen
- Konkreter Einbezug und Einsatz akademisch qualifizierten Personals
- Qualifikations- und kompetenzorientierte Personalplanung in der Pflege
- Gestaltung interprofessioneller Kooperationen
- Strategie zur Nachhaltigkeit des erweiterten Qualifikationsmixes in der Einrichtung
- Unterstützung durch die Leitungsebene und Geschäftsführung

Im Konzept des DIP wird davon ausgegangen, dass in den grundlegenden Planungen der geförderten Praxiseinrichtungen auf die Anforderungsaspekte derart eingegangen wird, dass projekt- und organisationsbezogene Strukturen und Prozesse sowie ihre konzeptionellen Neuausrichtungen hinreichend beschrieben werden. Die Antrags- bzw. Ursprungskonzepte stellen somit die Ausgangslage für die weitere Umsetzung und die begleitende Reflexion dar, denn darin sind die ursprünglichen Ziele und Wege der Praxiseinrichtungen dargelegt. Es wird zugleich davon ausgegangen, dass sich diese Konzepte in der Umsetzung auf der Grundlage von Ergebnissen, Erkenntnissen und Reflexionen auch weiterentwickelt haben ggf. zu weiteren Versionsformaten.

Ein weiterer zentraler Aspekt des DIP-Konzeptes besteht in der Differenzierung der Beschreibungs- und Reflexionsebenen in Mikro-, Meso- und Makroebenen. Unter der Mikroebene wird die jeweils konkrete Versorgungspraxis verstanden, d.h. die Konzepte, Begründungs- und Handlungsgrundlagen für die Akteurinnen und Akteure in der direkten Versorgung von Patientinnen und Patienten sowie Pflegebedürftigen. Die Mesoebene steht für die Organisationspraxis, d.h. mit ihr werden die Strukturen und Prozesse auf organisationaler und führungsbezogener Ebene betrachtet. Letztlich steht die Makroebene für die allgemeinen rechtlichen, finanziellen und politischen Rahmenbedingungen, die wiederum Einfluss auf die darunterliegenden Ebenen nehmen

können. Damit sollen die Qualifikationsmixkonzepte in den Versorgungs- und Organisationspraxen sowie unter den gegebenen Rahmenbedingungen differenzierter betrachtet und beurteilt werden, die im Alltag allzu oft ineinander übergehen und verschwimmen.

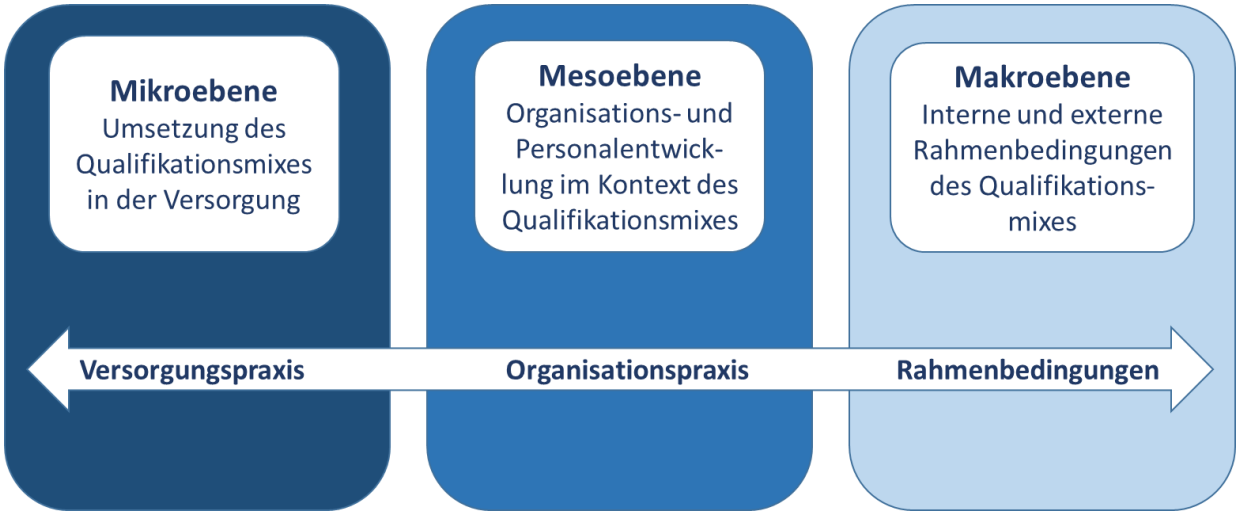


Abbildung 1: Ebenen der zu betrachtenden Versorgungs- und Organisationspraxen sowie der Rahmenbedingungen

Eine weitere Grundlage des DIP-Konzeptes stellt das sogenannte „Kontextrad“ dar (s. Abbildung 2), mit dem die wesentlichen Zusammenhänge für die Projektarbeit zusammenfassend und übersichtlich dargestellt werden. Der äußere Reifen des Kontextrades steht für die Betrachtungsperspektiven der Mikro-, Meso- und Makroebenen, die Speichen stehen für die wesentlichen Reflexionskriterien, die sich aus dem Auftrag und den Anforderungen an die Projekte ergeben. Schließlich steht die Nabe für die zu beantwortenden Leitfragen und die Zielebenen. Hinzu kommt hier der zum späteren Zeitpunkt ergänzte und gesondert zu betrachtende Einfluss der Corona-Pandemie. Das Kontextrad diente damit sowohl zu Beginn als auch während der Projektlaufzeit dazu, einerseits Zusammenhänge nicht aus dem Blick zu verlieren und anderseits die Daten- und Erkenntnissammlung entsprechend breit anzulegen.

Als Aufgaben in der Umsetzung des begleitenden Reflexionsprozesses des Förderprogramms werden Beschreibungen, Reflexionen, Kommunikation und Absprachen, Erweiterungen und Vertiefungen des Diskurses in Form von Fachsymposien, einrichtungsbezogene und -übergreifende Ergebnissicherungen zur Beantwortung der Leitfragen sowie der Entwurf von Handlungsempfehlungen herausgestellt. Hierbei kommen verschiedene Methoden und Instrumente zum Einsatz. Zur Informationsgewinnung und zur Ermöglichung von Reflexionsprozessen wurden Erkenntnisse aus Dokumentenanalysen, Auftakt- und Abschlussgesprächen, Vernetzungstreffen, Projektbesuchen und Fachsymposien eingespeist. Die Ergebnisse und Einschätzungen aus den Maßnahmen zu den Praxisprojekten und übergeordneten Kontexten wurden zur Sicherung jeweils in Protokollen festgehalten. Insgesamt liegen so allein für die einrichtungsbezogene Betrachtung und Auswertung in Bezug auf die Konzeptentwicklung und -umsetzung zur Beantwortung der Leitfragen im Begleitprozess je Projekt mehr als zwanzig, vereinzelt sogar dreißig und mehr Dokumente und Protokolle mit Informationen vor.



Abbildung 2: Kontextrad aus Betrachtungsebenen, Analysekriterien und Leitfragen

Um der Fülle an Informationen und Daten gerecht zu werden und im Prozess der Begleitreflexion den Überblick zu behalten, wurden vom DIP als Arbeitshilfen zur Erfassung, Sammlung, Sortierung und zur weiteren Bearbeitung sämtlicher Informationen und Reflexionen drei Datenpools aufgebaut und weiterentwickelt. Es handelt sich dabei um Datenpools in Bezug auf einrichtungsbezogene Informationen, auf übergreifende Projektmanagementprozesse sowie auf den Ergebnishorizont insbesondere mit Blick auf förderliche oder hemmende Faktoren. Die Datenpools eigneten sich, um Entwicklungen zunächst einrichtungsbezogen und sukzessive auch übergreifend zu bearbeiten, Veränderungen sowie Besonderheiten als auch widersprüchliche Prozesse, Unklarheiten und fehlende Betrachtungen oder Angaben gezielt und entsprechend schnell identifizieren zu können. Sie konnten so auch als Grundlage für Fragestellungen, Hinweise und Anmerkungen projektbezogen, aber auch in der projektübergreifenden Betrachtung in den weiteren Begleitprozess wieder mit einfließen.

Mittels des ersten Datenpools „Projektinformationen“ wurden insbesondere die projektbezogenen Informationen aus den Einrichtungen erfasst und sortiert. Die Sortierung orientierte sich an den übergeordneten Kategorien, die durch die Programmziele und Leitfragen vorgegeben waren und im Kontextrad abgebildet sind. Der Datenpool wurde prozessual angelegt, d.h. die Informationen aus den Projekten wurden mit Blick auf den jeweiligen Projektstart, die Ziele (Outputs, Outcomes), Maßnahmen, Zielkriterien und Maßnahmen der Überprüfung sowie erreichte Ziele (Outputs, Outcomes) zum Projektende zugeordnet.

Mittels des zweiten Datenpools „Projektmanagement“ wurden insbesondere Aspekte der Planung und Steuerung des Projektmanagements erfasst und gebündelt. Auf der Grundlage der projektbezogenen Daten aus dem ersten Datenpool wurden übergreifende Informationen zu Verantwortlichkeiten, Meilensteinen, Strategien und Partizipation sowie Nachhaltigkeit im Sinne der Verstetigung aufbereitet. Auch hier wurden prozessual auf Basis von Daten, Protokollen sowie Anmerkungen die Entwicklungen und auftretenden Fragen bzw. Unklarheiten, Besonderheiten aus Sicht der Begleitreflexion festgehalten.

Schließlich wurden mit dem dritten Datenpool „Ergebnishorizont“ die angesprochenen und wahrgenommenen Einflussfaktoren, Erfahrungen und Erkenntnisse sowie darauf basierende Lösungswege im Prozess und letztendlich Vorschläge und Lösungen der Projektbeteiligten für Herausforderungen und Perspektiven frühzeitig festgehalten. Diese Einflussfaktoren wurden mitunter auch im Hinblick auf ihre Funktion als Treiber oder als Barriere in den Projekten betrachtet, wobei sich kontextabhängig mitunter ein und derselbe Faktor förderlich oder hemmend auswirken kann. Der Einfluss der Corona-Pandemie wurde hier auch gesondert in Bezug auf einrichtungsbezogene Auswirkungen, Herausforderungen in Bezug auf die Projektumsetzung, Projektlaufzeitveränderungen, projektbezogene Anpassungen sowie im Hinblick auf Chancen und Veränderungsprozesse für den erweiterten Qualifikationsmix erfasst und bearbeitet.

3.4 Informations- und Datengrundlagen

Im Rahmen der Begleitreflexion wurden verschiedene Wege zur Übermittlung, Bearbeitung und Reflexion von Informations- und Datengrundlagen aus den Projekteinrichtungen genutzt. So wurden von den Projektbeteiligten verschiedene Dokumente erstellt, Gespräche zwischen Projektbeteiligten und dem Begleitteam geführt, Projektbesuche und Vernetzungstreffen durchgeführt u.a.m. Diese Grundlagen und ihre Verarbeitung und Nutzung für die Begleitreflexion werden im Folgenden näher beschrieben.

3.4.1 Dokumentenanalysen

Ein zentraler Bestandteil zur begleitenden Reflexion der geförderten Projekte ist die Dokumentenanalyse in Bezug auf die Betrachtung der jeweiligen Konzepte der Einrichtungen zur Umsetzung eines erweiterten Qualifikationsmixes in der Pflege unter besonderer Berücksichtigung des Einsatzes von AQP. Zu den Konzeptbestandteilen zählen sowohl Aspekte des Projektmanagements als auch die Inhalte der Intervention des bedarfsgerechten und kompetenzorientierten Qualifikationsmixes und der angestrebten Veränderungen. Im Verlauf des Prozesses wurden hierzu verschiedene Dokumente und Berichte von den Projekteinrichtungen vorgelegt, die vor dem Hintergrund der Anforderungen, der Betrachtungsebenen sowie der Reflexionskriterien und Leitfragen einrichtungsbezogen und übergreifend ausgewertet und betrachtet wurden.

Zum einen handelt es sich um die Projektanträge, Zwischenberichte und Abschlussberichte der geförderten Projekte, die von jedem Projekt zu vorgegebenen Zeitpunkten mit vergleichbarer Struktur angefordert wurden. Zum anderen wurden von den Projekten individuelle Ausarbeitungen zu verschiedenen konzeptionellen Bestandteilen wie etwa Stellenprofilen, Qualifikations-,

Kommunikations- und/oder Karrierematrizen oder Informationen zur Darlegung von einzelnen Prozessschritten auf verschiedenen Wegen zur Verfügung gestellt.

Zu Beginn des Reflexionsprozesses wurden die sieben Projektanträge vom DIP gesichtet und im Hinblick auf die vorgegebenen und angestrebten Ziele und Maßnahmen hin analysiert. Die Projektanträge hatten einen Umfang von neun bis fünfundzwanzig Seiten. Basierend auf den Kategorien des Antragsformulars der Robert Bosch Stiftung und den im Kontextrad zusammengefasst dargestellten Betrachtungsperspektiven, Reflexionskriterien sowie Leitfragen und Zielebenen wurde vom DIP eine erste Matrix zur projektbezogenen Betrachtung und zusammenfassenden Beschreibung der Anträge entwickelt und im weiteren Verlauf genutzt.

Die Matrix bestand aus drei thematischen Bereichen. Im ersten Bereich ging es um die Darstellung und Erhebung zur Ausgangssituation in den Projekten unter besonderer Beachtung der Mikro-, Meso- und Makroebenen. Im zweiten Bereich wurden Informationen zur Projektentwicklung erfasst und beschrieben. Items, die hier betrachtet wurden, sind beispielsweise Annahmen und Planungen zum Input (zur Verfügung gestellte Ressourcen), zum Output (Leistungen und Produkte), zum Outcome (Wirkungen auf die Zielgruppen) und zum Impact (Wirkungen in der Gesellschaft). Ebenfalls wurden hier dezidiert die Kriterien der Ressourcen und Wirkziele untersucht und dabei Aspekte der Treiber, der Barrieren und Risiken sowie der Nachhaltigkeit betrachtet. Der dritte und letzte Bereich der Erfassungen behandelt die gesetzten, zentralen und projektübergreifenden Themenstellungen im Förderprogramm 360° Pflege: Qualifikationsmix, Organisation, Koordination und Karrierewege. Dem schlossen sich noch grundlegende konzeptanalytische Betrachtungen nach Transparenz und Konsistenz an.

Im Verlauf und zum Abschluss des Programms wurden vom DIP die Zwischen- und Abschlussberichte der sieben Projekteinrichtungen in die Auswertungen einbezogen. Die Berichte hatten Umfänge von sechs bis fünfundzwanzig Seiten. Zur Betrachtung dieser und aller anderen von den Projekteinrichtungen im Prozess erstellten Dokumente und Berichte wurde die anfängliche Matrix in die drei zuvor beschriebenen Datenpools überführt.

3.4.2 Auftakt- und Abschlussgespräche

Verantwortliche sowie Vertreterinnen und Vertreter der Projekteinrichtungen wurden zu Beginn der Projektlaufzeit jeweils zu einem zweistündigen Erstgespräch und später auch zu einem Abschlussgespräch mit dem DIP eingeladen.

Bei den Erstgesprächen standen folgende Aspekte im Mittelpunkt:

- Persönliches Kennenlernen der Beteiligten
- Einblicke in die konkreten Planungen
- Besondere Strukturen, Prozesse und Akteursnetze
- Einschätzungen zu Stärken, Schwächen und Herausforderungen
- Einblicke in die Arbeit und Ziele der Begleitreflexion

Zur Darstellung der Projektstände der Einrichtungen sowie der Aufgaben und der Arbeit des DIP wurden jeweils Präsentationen vorbereitet und gemeinsam besprochen.

Sieben der Auftaktgespräche fanden in der Zeit von September bis Oktober 2019 in Köln im DIP statt. Das achte Gespräch wurde mit dem Nachfolgerprojekt im ambulanten Sektor im August 2020 durchgeführt. Es nahmen zwischen einer und fünf Vertreterinnen und Vertreter aus den Projekteinrichtungen teil. Dabei handelte es sich um Projektverantwortliche, -leitungen und -koordinierende. Der Prozess des Austauschs zwischen DIP und Beteiligten des jeweiligen Projektes sowie dessen wesentliche Ergebnisse wurden in Form eines Kurzprotokolls festgehalten. Übergeordnete inhaltliche Erkenntnisse in Bezug auf die Leitfragen wurden anschließend in einem zusammenfassenden Ergebnisprotokoll der Erstgespräche zusammengetragen.

Diese Gespräche dienten vor allem dem persönlichen Kennenlernen und der Schaffung einer gemeinsamen und vertrauensvollen Arbeitsgrundlage für den gemeinsamen Reflexionsprozess. Aus dem direkten Austausch zu den Projekten resultierten für das DIP-Team zudem weitere Informationsgrundlagen und Vorstellungen zu den einzelnen Vorhaben. Es zeigte sich, dass bis zum Zeitpunkt der Gespräche aufgrund fortlaufender Prozesse auch schon einzelne Präzisierungen der Vorhaben sowie Veränderungen gegenüber der Antragsphase stattgefunden hatten, über die berichtet werden konnte. Fehlende Informationen konnten gegeben und etwaige Unklarheiten geklärt werden. Auch wurden die Rollen der Akteurinnen und Akteure im Förderprogramm erörtert und gegenseitige Erwartungen angesprochen.

Im Gegensatz zu den Erstgesprächen fanden die sieben Abschlussgespräche im Zeitraum von Januar und Februar 2022 aufgrund der anhaltenden Corona-Pandemie virtuell statt. In den Abschlussgesprächen standen folgende Aspekte im Fokus:

- Betrachtung der abschließenden Ergebnisse
- Einschätzungen zu den Zielerreichungen im eigenen Projekt
- Die Bedeutung des Projektes für die Einrichtung und bestimmter Aspekte im Umsetzungsprozess
- Einschätzungen zur und Strategie der Nachhaltigkeit sowie Verstetigung
- Informationen zur gemeinsamen Abschlussveranstaltung

Es nahmen zwischen einem und sechs Vertreterinnen und Vertreter aus den Projekteinrichtungen teil. Dabei handelte es sich um Projektverantwortliche, -leitungen und -koordinierende, Mitglieder der Geschäftsführung sowie AQP. Der Prozess des Austauschs zwischen DIP und Beteiligten des jeweiligen Projektes sowie dessen wesentlichen Ergebnisse wurden wiederum in Form von Kurzprotokollen festgehalten. Übergeordnete inhaltliche Erkenntnisse in Bezug auf die Leitfragen wurden anschließend für die direkte Verwertung zum Abgleich und der Ergänzung der Ergebnisse im Abschlussbericht zusammengetragen.

Noch fehlende Informationen konnten von den Projektvertreterinnen und -vertretern in den Gesprächen ergänzt und übergreifende Einschätzungen zu den eigenen Projekten, aber auch zum gesamten Programm formuliert werden. Die Abschlussgespräche verdeutlichten und bestätigten, welche mitunter umfassenden Veränderungen und Entwicklungsschübe in den Einrichtungen stattgefunden haben. Zugleich wurde jedoch auch deutlich, dass nicht alle Ziele im Rahmen der Projektlaufzeit erreicht werden konnten. Es zeigte sich, dass die Veränderungen in allen Projekteinrichtungen noch nicht abgeschlossen sind und die Entwicklungen über den offiziellen Projektlaufzeitraum weiterverfolgt werden.

3.4.3 Projektbesuche

Im Rahmen der Begleitreflexion wurde jede geförderte Praxiseinrichtung zweimal von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des DIP besucht. Die Erstbesuche fanden aufgrund Corona-bedingter Unterbrechung im Zeitraum von Februar bis September 2020 bzw. März 2021 statt. Die Zweitbesuche wurden im Zeitraum von Juni bis August 2021 durchgeführt. Aufgrund der eingetretenen Belastungen und Einschränkungen durch die Corona-Pandemie fanden zwei der Erstbesuche virtuell bzw. in Form einer schriftlichen Befragung und Telefoninterviews statt.

Die Ziele der Projektbesuche bestanden in der konkreten Einblicknahme in die Projektbedingungen und -umsetzungen vor Ort. Auf der Grundlage der bisherigen Analysen und Einschätzungen zu den Konzepten wurden während der Besuche einrichtungsbezogen Gespräche, Beobachtungen und gemeinsame Reflexionen ermöglicht. Konzeptionell standen in den Erstbesuchen die Betrachtung des jeweiligen Stands zu den Projektschritten, von Einschätzungen zu Entwicklungen, Erwartungen und Sorgen, Rahmenbedingungen als auch Zielsetzungen zu den einzelnen Themenbereichen sowie Anhaltspunkte zur Bewertung der Zielerreichungen im Fokus. In den zweiten Projektbesuchen wurden dann die tatsächlichen Zielerreichungen, Einschätzungen zu Entwicklungen, zu Erfolgs- und Hemmnisfaktoren, die Resümees sowie die Nachhaltigkeit in den Blick genommen.

Zentral waren jeweils die Begegnungen und der Austausch mit den Kernprojektgruppen in den Einrichtungen, mit denen intensiv die Entwicklungen besprochen wurden. Im Rahmen von weiteren Gruppen- und Einzelgesprächen sowie Beobachtungen wurden Informationen zum Projektverlauf sowie zur Einschätzung einzelner Projektschritte in den Einrichtungen erhoben und dokumentiert. Mittels leitfadengestützter, offener Fragen wurden so u.a. Eindrücke und Einschätzungen aus der Sicht von Stations-, Abteilungs-, Wohnbereichs- und Pflegedienstleitungen, AQP

auf Bachelor- und Masterniveau aus der Praxis, weiteren Pflegefachpersonen, ärztlichen Leitungen, Stationsärztinnen und -ärzten, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Sozialdienst, Hauwirtschaft, Psychologinnen und Psychologen, Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie einer Diabetes- und Ernährungsberaterin erhoben.

Alle gesammelten Informationen und Eindrücke während der Projektbesuche wurden mithilfe von Protokollen, vereinzelt zusätzlich auch mit auditiver Aufnahme sowie Fotodokumentationen unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zur Ergebnissicherung festgehalten. Auch wurden dem DIP die Präsentationen der Einrichtungen sowie vereinzelt erarbeitete Dokumente wie Stellenprofile zur Verfügung gestellt. Einige dieser Produkte aus dem Förderprogramm sind dem Abschlussbericht als Anlage beigefügt und werden im Ergebniskapitel angesprochen. Alle Ergebnisse wurden in die Datenpools eingepflegt und projektübergreifend für die Darstellung in Vernetzungstreffen und letztendlich auch für die abschließende Auswertung aufbereitet zusammengetragen.

3.4.4 Vernetzungstreffen

Des Weiteren wurden von der Robert Bosch Stiftung im Rahmen des Förderprogramms von Beginn an vier projektübergreifende Vernetzungstreffen zur gemeinsamen Information, Diskussion und Reflexion zwischen den Projektbeteiligten, des Begleitteams sowie den Beiratsmitgliedern geplant und durchgeführt. Das DIP war in der Planung und Gestaltung jeweils eng mit eingebunden. So wurden jeweils Zwischenergebnisse aus Analysen, Projektbesuchen und Gesprächen in Form von Präsentationen und Impulsen eingespeist. Zudem wurden themenspezifische Arbeitsphasen in verschiedenen Gruppen durchgeführt. Die Vernetzungstreffen wurden in Form von Protokollen und Fotodokumentationen zum Zwecke der Ergebnissicherung und Auswertung dokumentiert.

Ursprünglich waren vier ganztägige Vernetzungstreffen in Stuttgart in den Räumlichkeiten der Robert Bosch Stiftung geplant. Aufgrund der Corona-Pandemie und damit einhergehenden Maßnahmen des Infektionsschutzes konnte jedoch nur das erste Treffen vor Ort in Stuttgart stattfinden. Die anderen Vernetzungstreffen fanden virtuell statt. Zudem wurden das zweite und dritte Treffen aufgrund der Besonderheit der Rahmenbedingungen auf je zwei halbe Tage aufgeteilt. Die Vernetzungstreffen fanden so als ganz- oder halbtätige Veranstaltungen im Januar, September und November 2020 sowie im März, Mai und abschließend im November 2021 statt. Insgesamt nahmen an den Treffen jeweils zwischen 20 und 30 Personen aus den verschiedenen Organisationen und dem Beirat teil.

Die Vernetzungstreffen dienten den Projektbeteiligten dazu, gegenseitig Einblicke in die Projekte, gemachten Erfahrungen und Herangehensweisen sowie Lösungen zu erhalten, um die eigenen Überlegungen und Entwicklungen im Lichte der Einblicke reflektieren und bei Bedarf in weiteren Schritten mit berücksichtigen zu können. Die Themen der Vernetzungstreffen ergaben sich aus dem jeweiligen Stand des Begleitprozesses, den Ergebnissen der bisherigen Auswertungen sowie aus Wünschen der Projektvertreterinnen und -vertreter. So ging es u.a. um die Konzeptionalisierung der Projekte, die Implementierung der Konzepte und Evaluationsschritte in den

Projekteinrichtungen. Es wurden verschiedene Präsentationen aus den Projekteinrichtungen, Impulsbeiträge seitens des DIP oder auch Inputs von externen Vertreterinnen und Vertretern zu speziellen Themen in die Vernetzungstreffen eingebaut und zur Diskussion gestellt. Ein besonderes Augenmerk galt auch der Corona-Pandemie und deren Einflüssen auf das Projektgeschehen.

Zentrale Themen wurden vertiefend diskutiert, so z.B. Fragen der Verantwortlichkeiten oder Rollenprofile in qualifikationsgemixten Teams, intraprofessionelle und organisationale Kulturveränderungen in den Einrichtungen oder auch zur Finanzierung von APQ-Stellen in den verschiedenen Sektoren und den politischen Handlungsmöglichkeiten dazu. Auch die Weiterführung der Projekte mit den Herausforderungen der Corona-Pandemie und deren Chancen und Potenziale für die Pflege wurden zum Thema.

3.4.5 Beiträge der Fachsymposien

Begleitend zu den Maßnahmen der Begleitreflexion wurden im Rahmen der Projektlaufzeit vier eintägige Fachsymposien jeweils zu einem der vier Versorgungssektoren vom DIP geplant, organisiert und durchgeführt. Dies beinhaltete das Referenten- und Anmeldemanagement, die Programmplanung und -erstellung, Tagungsorganisation, Bekanntmachung und Werbung (vornehmlich durch Mailings mit anhängendem Programmflyer, Pressemitteilungen und Onlinepublikationen auf den zur Verfügung stehenden Kanälen des DIP und der Robert Bosch Stiftung), das Catering und die Dokumentation. Die einzelnen Schritte dazu wurden jeweils eng mit der Robert Bosch Stiftung abgestimmt.

Das erste Symposium fand im November 2019 zum ambulanten Sektor statt, das zweite im Oktober 2020 zum akutstationären Sektor, das dritte im April 2021 zum langzeitstationären Sektor und das vierte Symposium dann im Oktober 2021 zum Rehabilitationssektor. Entgegen ursprünglichen Planungen konnte aufgrund der Corona-Pandemie und der damit einhergehenden Maßnahmen des Infektionsschutzes nur das erste Symposium als Vor-Ort-Veranstaltung in Berlin in der Repräsentanz der Robert Bosch Stiftung stattfinden. Alle weiteren Symposien wurden als Online-Veranstaltungen geplant und umgesetzt.

Mittels der vier Fachsymposien sind die laufenden Diskurse um den Einsatz und die Erprobung von Qualifikationsmixmodellen in den vier Versorgungssektoren erweitert und vertieft worden. Die Symposien waren inhaltlich derart konzipiert, dass sowohl Beiträge programminterner als auch -externer Natur eingeplant wurden. Die Programme waren so gestaltet, dass es jeweils einen Input zum Förderprogramm gab, Projektvertreterinnen und -vertreter der geförderten Projekte im jeweiligen Sektor in einer Diskussionsrunde zu ihren bisherigen Erfahrungen berichteten und die Situation auch aus der wissenschaftlichen Perspektive betrachtet wurde. Auch bestehende Best-Practice-Beispiele und innovative Ansätze unabhängig vom Förderprogramm aus dem In- und Ausland wurden vorgestellt. Zum Abschluss aller Symposien wurden in Diskussionsrunden unter Beteiligung von Fachpolitikerinnen und -politikern übergeordnet und vertiefend zum Thema diskutiert.

Die Symposien richteten sich an breite Zielgruppen. Insgesamt konnten mit den Symposien mehr als 400 Interessierte erreicht werden (die Teilnahme bei den einzelnen Symposien lag zwischen 75 und 175 Personen). Ein Großteil der Teilnehmenden war der Lehre und Forschung zuzuordnen. Es waren jedoch auch Teilnehmende aus der Versorgungspraxis, Leitungen im Pflege- und Gesundheitswesen, von Verbänden, öffentlichen und privaten Institutionen und weiteren Organisationen, der Presse und Politik sowie Beteiligte aus dem Förderprogramm vertreten. In den Onlineveranstaltungen waren auch einzelne Personen aus der Schweiz, Österreich, den Niederlanden und Norwegen beteiligt.

Die Inputs und Ergebnisse der Fachsymposien sind in die weiteren Reflexionsprozesse und abschließenden Ergebnisdarstellungen und Handlungsempfehlungen mit eingeflossen. Die Fachsymposien lieferten vor allem Einblicke zu Rahmenbedingungen auf der Makroebene, jedoch auch zu Aspekten der Meso- und Mikroebenen, also zur konkreten Organisations- und Versorgungspraxis. Es wurden Aspekte der Notwendigkeit und des Nutzens des Einsatzes von AQP in der Praxis zur Sicherstellung und Steigerung der Qualität der Versorgung von Pflegebedürftigen auf der Mikroebene, Herausforderungen für die Entwicklungen und notwendige Veränderungen und Schritte auf der Makroebene sowie praktische und innovative bestehende Lösungen und Ansätze zu Organisationsformen, Aufgabengestaltung und -zuschreibung sowie Qualifizierungswegen herausgestellt.

3.4.6 Arbeit des Beirats

In unregelmäßigen Abständen fanden insgesamt fünf Sitzungen des Beirates des Förderprogramms gemeinsam mit der Robert Bosch Stiftung statt. Darin wurden zentrale Fragen und Aspekte aus dem Programm sowie vorliegende Zwischenergebnisse thematisiert und diskutiert. An einigen Sitzungen nahm auch die wissenschaftliche Begleitreflexion teil. Beiräte waren darüber hinaus bei der Umsetzung der Fachsymposien beteiligt. Mitglieder des Programmbeirates sind:

- Prof. Dr. Brandenburg, Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar (PTHV)
- Sebastian Dorgerloh, Florence-Nightingale-Krankenhaus der Kaiserswerther Diakonie
- Dr. Johanna Feuchtinger, Universitätsklinikum Freiburg
- Thomas Graßhoff, Gräfliche Kliniken, Marcus Klinik GmbH & Co. KG
- Andrea Trenner, Johanniter-Schwesternschaft e.V.
- Andrea Weskamm, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)
- Dr. h.c. Franz Wagner, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)

3.4.7 Zusammenführung und Auswertung

Alle Informationen und Daten aus den verschiedenen Quellen wurden so weit wie möglich in die Datenpools eingepflegt und themen- wie kategorienorientiert bearbeitet und im Hinblick auf die Elemente des Kontextrades ausgewertet. In mehreren Auswertungs- und Interpretationsrunden durch das Begleitteam wurden seit Oktober 2021 die Informationen schrittweise in Anlehnung an das Verfahren des Qualitativen Data Mining kategorisiert, reduziert und generalisiert. [10] Die Ergebnisse werden im Folgenden mit Blick auf generalisierbare förderliche bzw. hinderliche Bedingungen beschrieben, die die Zielerreichung, Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von erweiterten Qualifikationsmixkonzepten beeinflussen können.

[10] vgl. Weidner 2021

4. Ergebnisse

4.1 Viele Wege führen zum erweiterten Qualifikationsmix

In vielen Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegewesens besteht heute bereits ein Qualifikationsmix in der Pflege. Hierbei handelt es sich i.d.R. um einen Mix aus Pflegehelferinnen und -helfern i.d.R. mit einjähriger Ausbildung, Pflegefachpersonen mit und ohne Weiterbildung bzw. Fachweiterbildung als auch noch sehr vereinzelt um Bachelor- oder Masterqualifizierte, die allerdings zumeist in Leitungsfunktionen eingesetzt werden. Vor allem im ambulanten Sektor und der langzeitstationären Pflege ist der Anteil an Pflegehelferinnen und -helfern auf Niveau 2-3 des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) sowie Unterstützerinnen und Unterstützern ohne Ausbildung höher, akademisch Qualifizierte hingegen sind, wenn, dann nur in Führungs- bzw. Leitungspositionen, aber nicht in der direkten Versorgungspraxis vorzufinden. In den akutstationären Einrichtungen sowie in der stationären Rehabilitation werden Pflegehelferinnen und -helfer seltener eingesetzt.[11]

Mit Blick auf das Förderprogramm 360° Pflege bestanden im Universitätsklinikum Münster (UKM) und im Florence-Nightingale-Krankenhaus (FNK) zuvor schon seit längerem Bemühungen um eine Integration von AQP mit Master- und Bachelorabschlüssen im Sinne erweiterter Qualifikationsmixe in der direkten Versorgungspraxis. AQP mit Masterabschluss und fachlicher Expertise werden international zumeist als Advanced Practice Nurses (APN) bezeichnet.[12] Doch auch in diesen beiden Einrichtungen fehlte bislang noch eine durchgängige Systematik bzw. sollten die vorhandenen Ansätze mit Hilfe des Förderprogramms weiter ausgebaut werden. Auch bestanden in einigen der teilnehmenden Einrichtungen bereits Kooperationen zu Hochschulen, von denen beispielsweise Studierende regelmäßig in der Praxis vor Ort eingesetzt waren. Folglich sind die Projekte aus verschiedenen Ausgangssituationen, Vorerfahrungen und bereits bestehenden Berührungspunkten zu AQP in der direkten Versorgungspraxis in die Konzeptionierung und Umsetzung gestartet.

In der Summe der Ergebnisse wird deutlich, dass die Projekteinrichtungen im Förderprogramm sehr unterschiedliche und je eigene Konzepte und Wege entwickelt haben, um passende und möglichst nachhaltige Modelle des erweiterten Qualifikationsmix zu implementieren. Die Analysen der Dokumente, die Einschätzungen der Projektbeteiligten und die Interpretationen der Begleitreflexion bestätigen diese Vielfalt, die sich auch aufgrund der Komplexität der Ausgangsbedingungen und Versorgungsrealitäten erklärt. Daher können die entwickelten und erprobten Konzepte nicht direkt auf andere Abteilungen oder andere Einrichtungen übertragen werden. Allen Verantwortlichen in Einrichtungen, die zukünftig an die Aufgabe herangehen, ein erweitertes Qualifikationsmix-Modell zu implementieren, stehen mit den konzeptionellen Ansätzen und Erkenntnissen, den beschriebenen Erfahrungen und Ergebnissen aus dem Förderprogramm schlagkräftige Argumente und hervorragende Grundlagen zur Verfügung, an die sie sich orientieren und auf die sie sehr gut aufbauen können.

---

11 vgl. Darmann-Finck et al. 2016

12 vgl. DBfK 2019

4.1.1 Motivation und Ziele

Die Motivation der Projektbeteiligten gründet sich zum einen auf Einsichten von allgemein komplexer werdenden Pflege- und Betreuungsprozessen und zum anderen auf dem Wissen um bestehende Versorgungslücken und -bedarfe bestimmter Gruppen von erkrankten und pflegebedürftigen Menschen in den eigenen Einrichtungen. Damit einher geht die Absicht, pflegewissenschaftliche Expertise möglichst konkret in den Versorgungs- und Pflegealltag einzubinden, die Basis der Begründungen für praktische Entscheidungen zu verbessern und damit auch den Wissenschafts-Praxis-Transfer voranzubringen. Ein weiterer Aspekt, der vielen wichtig ist, ist mittels innovativer und wissenschaftsfundierter Projekte die Professionalität der Pflege weiterzuentwickeln und zugleich sichtbarer zu machen. Dazu zählen auch die Steigerung der Arbeitszufriedenheit beim beschäftigten Personal und damit die Verbesserung der Mitarbeiterbindung sowie darüber hinaus Beiträge zur Stärkung von Akzeptanz und Wertschätzung der Pflege in der Gesellschaft. Letztlich geht es allen Beteiligten auch darum, durch eine Investition in und Verbesserung von Karrieremöglichkeiten die Attraktivität der Einrichtung im Wettbewerb um Pflegepersonal auf dem Arbeitsmarkt zu steigern.

Die Weiterentwicklung der Professionalität der Pflege soll aber nicht als Eigenzweck missverstanden werden. Als primäre Ziele streben alle Projekteinrichtungen an, die Versorgungsqualität und -ergebnisse für die zu versorgenden Menschen zu sichern und zu verbessern. Dazu werden mit Blick auf die Zukunft die Implementierung bzw. Weiterentwicklung einer evidenzbasierten Pflegepraxis (EBN), die Erweiterung von Kompetenzen und Aufgaben von professionell Pflegenden auch im Hinblick auf zukünftig mehr selbstständige Heilkundeausübung sowie eine nachhaltige Verankerung von erweiterten und spezialisierten pflegerischen Interventionen im interdisziplinären Versorgungsprozess als unverzichtbar angesehen.

4.1.2 Konzepte und Themen

Mit dem Förderprogramm 360° Pflege liegt eine Vielfalt an Konzepten mit unterschiedlichen Ausgangssituationen sowie differenzierten Wegen und Lösungen im Prozess eines erweiterten Qualifikationsmixes vor. Die Heterogenität der Konzepte bezieht sich dabei gleichermaßen auf Aspekte des Projektmanagements (das „Wie“ der Umsetzungen) sowie der Inhalte und Maßnahmen der Interventionen (das „Was“ der Umsetzungen). Die Unterschiede sind auf die verschiedenen Rahmenbedingungen, Ressourcen, Erfahrungen und den unterschiedlichen IST-Zustand des Bedarfs der Veränderung vor Ort zurückzuführen (s. dazu auch die Projektsteckbriefe im Anhang Anlage I).

Die Konzepte der Projekteinrichtungen beschreiben allgemein sowohl Aufgaben und Strukturen des Projektmanagements als auch Maßnahmen und Inhalte der geplanten Interventionen. Beschrieben werden die angestrebten Ziele und die besonderen Zielgruppen, Umsetzungsorte, personellen Projektstrukturen, methodischen Herangehensweisen, zu entwickelnden Rollenprofile sowie zu entwickelnden bzw. zu verändernden organisatorischen Strukturen. Im Kern geht es den Projekteinrichtungen darum, personelle und organisatorische Entwicklungen mit vorhandenen und weiteren Ressourcen und den Bedarfen von zu versorgenden Menschen zusammenzubringen. Als Ressourcen werden neben dem vorgesehenen Zeitraum für die Entwicklung, Umsetzung und Evaluation das vor-

handene Personal und deren Kompetenzen, die Arbeitsbedingungen vor Ort, die finanziellen Möglichkeiten als auch die Motivation und Unterstützung des Teams am Umsetzungsort verstanden. In allen Projekten haben im Verlauf Anpassungen an ursprüngliche Konzeptideen stattgefunden. In gut der Hälfte der Projekte sind die Konzepte auch grundlegend geändert bzw. weiterentwickelt worden.

Mit der Umsetzung der Konzepte wurden in den Projekteinrichtungen sowohl die komplexen Anforderungen an die Personal- und Organisationsentwicklung als auch der hohe Grad der Dynamik sichtbar, was immer wieder zu Lernerfahrungen, Umplanungen und Steuerungserfordernissen im Projektmanagement führte. Und da nur wenige Einrichtungen über Erfahrungen aus vergleichbaren Projekten verfügen, erwies sich der begleitende, gemeinsame und übergreifende Reflexionsprozess als eine wichtige Quelle für neue Lösungswege und zugleich als nützliches Korsett, auch schwierige Situationen zu meistern. Besondere Herausforderungen ergaben sich vor allem aus der Corona-Pandemie, den Personalfluktuationen und besonderen Arbeits- und Projektbelastungen sowie Unsicherheiten, Vorbehalten und fehlender Unterstützung für einzelne Umsetzungsschritte. Jede Projekteinrichtung musste in der Umsetzung folglich auch Rückschritte verkraften. Ohne eine flexible und dynamische Herangehensweise in Bezug auf notwendige Anpassungen wären auch nach Auffassung der Teilnehmenden einzelne Projekte wohl nicht zu Ende geführt worden.

Für die Entwicklung, Umsetzung und Evaluation der Konzepte wurden in den Projekteinrichtungen verschiedene Projektstrukturen mit unterschiedlichem Personaleinsatz verschiedener Qualifikationen und Aufgaben, zeitlicher Ressourcen und Kompetenzen eingesetzt. So wurden neben Projektleitungen auch -koordinatorinnen und -koordinatoren oder Teilprojektleitungen eingesetzt. Es wurde in Kernprojektgruppen, übergeordneten Projekt- und Arbeitsgruppen oder in Lenkungskreisen zusammengearbeitet. Bei den Projektbeteiligten handelt es sich zumeist um Personen mit Qualifikationen und Erfahrungen aus Management, Praxis oder Pflegewissenschaft und vereinzelt auch mit pädagogischen Kompetenzen aus verschiedenen Positionen der Einrichtungen. Mitunter wurden auch externe Organisationen und Personen mit wissenschaftlicher Expertise begleitend oder mit den Aufgaben der Evaluation eingesetzt.

Zielgruppen in den Konzeptionen sind neben den AQP, die zu versorgenden Menschen und ihre Netzwerke, die Pflegeteams der Umsetzungsorte und der gesamten Einrichtungen, weitere Berufsgruppen sowie auch die gesamte Organisation. Bei den zu versorgenden Menschen handelt es sich entweder um eine oder um mehrere Zielgruppen, je nach spezifischem Versorgungskonzept. So werden u.a. Menschen mit bestimmten Erkrankungen wie Sarkome, chronisch obstruktiver Bronchitis (COPD), Schizophrenie oder auch Pflegephänomene wie Mobilität und Delir in den Fokus innovativer Versorgungskonzepte unter besonderem Einbezug von akademisch qualifiziertem Personal gestellt.

Auch die Umsetzungs- bzw. Wirkungsorte unterscheiden sich in den Projekteinrichtungen. Mitunter wurden die neuen Rollen im erweiterten Qualifikationsmix auf einer Station bzw. in einem Wohnbereich, teilweise auch settings-, einrichtungs- oder sektorenübergreifend entwickelt und erprobt. Insgesamt wurden in den Projekten unterschiedlich viele neue Rollen bzw. teilweise auch nur erweiterte Aufgaben entwickelt, besetzt wie erprobt – für Bachelor- und Masterqualifizierte, als auch für Pflegefachpersonen mit und ohne Weiterbildung sowie unterschiedlicher Berufserfahrung. Dies führte in der Folge mit Blick auf den erweiterten Qualifikationsmix in den Konzepten auch zu Veränderungen von Aufgaben und Zuständigkeiten sowie Weiterentwicklungen anderer vorhandener Qualifikationsniveaus und Rollen.

Von der methodischen Herangehensweise wurden bereits im Vorfeld oder im Verlauf des Förderzeitraumes von den Projekteinrichtungen IST-Analysen zum Versorgungsprozess, zu den zu versorgenden Gruppen, zu vorhandenen Qualifikationen, Aufgaben der Pflegenden, Kooperationen und bestehender Strukturen vor Ort durchgeführt. Dabei wurden auch die besonderen Aspekte und Vorarbeiten zur intraprofessionellen Kooperation, zu den organisatorischen Rahmenbedingungen, der interprofessionellen Kooperation und den Karriereverläufen berücksichtigt.

In den Projekteinrichtungen wurden den pflegeprozessbezogenen Rollen- und Aufgabenbeschreibungen im erweiterten Qualifikationsmix unterschiedliche, gängige Modelle und Konzepte wie der DQR für den Bereich Pflege (Pflege DQR), der Anforderungs- und Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen (AQR), die Kompetenzstufen nach Benner, das Hamric-Modell und das Konzept des EBN zugrunde gelegt.[13] Ein Konzept orientiert sich hinsichtlich des Entwicklungs- und Implementierungsprozesses zudem am PEPPA-Modell.[14] Des Weiteren beinhalten zwei Konzepte die Erstellung und Durchführung von Schulungen zur Ausübung der neuen Aufgaben sowie andere Konzepte begleitende Maßnahmen wie etwa Supervision oder Coaching zur Einarbeitung und Begleitung für die neuen Rolleninhaberinnen und -inhaber. Zudem enthalten die Konzepte Beschreibungen und Perspektiven in Bezug auf die intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit zur Dokumentation, Kommunikation und Aufteilung von Verantwortungsbereichen, zu Arbeitszeitmodellen, zur Verortung neuer Rollen im Organigramm, Vergütung und Finanzierung, zu Karrierewegen sowie Pflegesystemen.

Zum Ende der Projektlaufzeit zeigt sich, dass in allen Projekteinrichtungen die Etablierung des erweiterten Qualifikationsmixes zwar sehr gut vorangekommen, aber noch nicht abgeschlossen ist. Es handelt sich um langwierige Prozesse, wie auch andere Beispiele und Studien zeigen.[15] Zudem führte insbesondere die Corona-Pandemie dazu, dass die Implementierungsphase in allen Projekten deutlich kürzer als ursprünglich geplant und mit Unterbrechungen verlief. Auch die von einigen Ein-

13 vgl. Feuchtinger und Jahn 2018; Knigge-Demal und Hundenborn 2013; Benner 2017; Hamric et al.2013; Behrens und Langer 2010

14 vgl. Bryant-Lukosius und Dicenso 2004

15 vgl. Feuchtinger 2014; Mendel und Feuchtinger 2009; Sniatecki et al. 2017; Stephanow 2019; Stephanow 2020

richtungen geplanten summativen Evaluationen konnten nicht oder nicht im ursprünglichen Umfang stattfinden. Je nach Ausgangslage, Implementierungs- und Evaluationsschritten wurden von den Projekteinrichtungen der größere Anteil der gesetzten Ziele erreicht.

4.2 Einsatz von AQP und ihre Akzeptanz

Eine zentrale Anforderung im Förderprogramm 360° Pflege besteht darin, AQP systematisch in bereits bestehende Teams mit Grade- und Skillmixes zu integrieren. Dabei geht es nicht nur um Transparenz und Aufgabenklärungen zwischen bisherigen und zukünftigen Rolleninhaberinnen und -inhabern im Hinblick auf bestehende Aufgaben. Es geht auch um die Beschreibung von neuen und erweiterten Aufgaben, die heute schon möglich sind und solchen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zukünftig von Pflegefachpersonal ausgeübt werden können. Letzteres bezieht sich u.a. auf die selbständige Ausübung von Heilkunde also etwa die eigenverantwortliche Diagnostik und Therapie bei bestimmten vorwiegend chronischen Erkrankungen wie Diabetes, Demenz und Hypertonie, aber auch bei psychischen Erkrankungen sowie im Kontext von Schmerz- und Wundversorgung u.a.m. Damit handelt es sich um ein höchst anspruchsvolles Innovationsvorhaben, bei dem es nicht nur um eine wissenschaftsfundierte Ergänzung einer oder mehrerer neuer professioneller Rollen in bestehenden und mithin gut eingespielten Teams und Versorgungssystemen geht, sondern um die Antizipation zukünftiger Aufgaben und Rollen von Teammitgliedern. Abbildung 3 verdeutlicht diese Verschiebungen, die sich auf ein gesamtes Team beziehen können. Durch die Ergänzung einer AQP (violett) im Team verschieben sich alle Aufgabenspektren und Überschneidungen (farbige Balken unter den Figuren).



Abbildung 3: Modifikation von Aufgaben, Beschreibung und Antizipation neuer Rollen

Dazu wurden und werden u.a. folgende Fragen in Projekteinrichtungen bearbeitet: Welche Aufgaben und Kompetenzen werden den AQP im Vergleich zu den bestehenden Qualifikationen zugeschrieben? Wo überschneiden sich Aufgabenbereiche, was sind alleinige Aufgaben und Kompeten-

zen von Rolleninhaberinnen und -inhabern? Werden bereits bestehende Aufgaben von Pflegefachpersonen auf AQP übertragen? Wie verändert sich damit das Aufgabenspektrum im gesamten Team?

4.2.1 Einsatz von AQP

In den Einrichtungen werden die Fragen des konkreten Einsatzes an verschiedenen fachlichen Konzepten und spezifischen Themen beantwortet, wie etwa die Durchführung von Adherence-Therapien in der psychiatrischen Versorgung, oder die Steuerung und Koordination des Prozesses von geriatrischen Komplexbehandlungsprozessen. Auch geht es um Bedarfe der notwendigen Verbesserung der Versorgung bestimmter Patientengruppen, die Weiterentwicklung von speziellen Versorgungsettings, wo beispielsweise bereits zuvor schon AQP tätig waren u.a.m. In einer Projekteinrichtung im akutstationären Sektor waren bereits zu Beginn schon verschiedene APN-Rollen etabliert. Hier bestand der Ansatz und Fokus nicht in dem Einsatz von AQP mit neuen Rollen, sondern in der Weiterentwicklung in einem APN-Teamansatz. In den APN-Teams sollen ausgewählte Pflegefachpersonen mit verschiedenen Qualifikationsniveaus in Form eines Multiplikatorenansatzes definierte erweiterte Aufgaben von APN-Einzelrollen übernehmen. Die Rollen der APN werden entsprechend um Teamleitungsfunktionen ergänzt. In allen Projekteinrichtungen waren und sind die AQP an den Entwicklungen des Aufgaben- und Kompetenzprofils beteiligt. Sie können so in der Aufgabenausgestaltung ihre bestehenden Kompetenzschwerpunkte miteinbringen und auch in den weiteren Prozessen an der Ausgestaltung mitwirken. Neben AQP wurden in einigen Projekteinrichtungen auch ausdrücklich neue Rollen bzw. erweiterte Aufgaben für i.d.R. besonders erfahrene Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen, allerdings ohne akademische Qualifikation geschaffen und implementiert.

Zur Entwicklung und Zuordnung der Aufgaben und Kompetenzen der AQP bzw. neuen Rollen im Vergleich zu den bestehenden Aufgaben und Kompetenzen der vorhandenen Qualifikationen liegt die sektorale Ausarbeitung von Qualifikationsmatrizen der Expertinnen und Experten aus dem Vorläuferprojekt vor.[16] Einrichtungsbezogene Analysen zu den jeweiligen Aufgaben und Kompetenzerfordernissen sowie zur Rollen- und Aufgabenbeschreibung können daraus abgeleitet werden. Dabei erweist sich eine auf Qualifikationsniveaus bezogene Zuordnung von Aufgaben und Kompetenzen als gut praktikabel.[17]

Als eine weitere Grundlage zur Konzeptionalisierung von neuen Rollen in der Versorgungspraxis steht der Deutsche Qualifikationsrahmen ausgearbeitet für den Bereich Pflege (Pflege DQR) zur Verfügung. Der Pflege DQR ordnet formale Qualifikationen verschiedenen Niveaus zu und beschreibt dementsprechende Fachkompetenzen (Wissen und Fertigkeiten) sowie personale Kompetenzen (Sozialkompetenz und Selbstständigkeit). Laut dem Pflege DQR befinden sich Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss sowie mit Fachweiterbildung auf Niveau 6, Masterqualifizierte auf Niveau 7

16 vgl. Robert Bosch Stiftung 2018b

17 vgl. Nickel und Freyer 2019

und Pflegefachpersonen mit Promotion auf Niveau 8. I.d.R. über drei Jahre beruflich ausgebildete Pflegefachpersonen befinden sich je nach Berufserfahrung auf den Stufen 4 und 5.[18]

Zudem wird vor allem im langzeitstationären Bereich der Anforderungs- und Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen (AQR) in der Rollenentwicklung bzw. zur Qualifikationsmixentwicklung als eine weitere Grundlage genutzt. Im AQR sind in Anlehnung an den DQR die Anforderungen und Verantwortungsbereiche sowie der damit verbundenen Qualifikationsprofile über alle acht Qualifikationsniveaus dargestellt. Es wird je Qualifikationsniveau das Profil, der Verantwortungsbereich, Aufgabenbereich und das zugrunde gelegte Wissen und Können beschrieben und dargestellt.[19]

Des Weiteren beziehen Projekteinrichtungen das Modell der Kompetenzstufen nach Benner in ihre Überlegungen und Darstellungen mit ein.[20] Projektbeteiligte orientieren sich zur Entwicklung und Implementierung von APN auch am Hamric-Modell aus Nordamerika, in dem explizit Aufgaben und Kompetenzen für APN beschrieben werden.[21] Auch legen einige weitere Projekteinrichtungen das Positionspapier des DBfK, ÖGKV und SBK zu ANP sowie die Definition des International Council of Nursing (ICN) für ihre konzeptionellen Arbeiten zur Klärung von Aufgaben und Rollen für AQP zugrunde.[22] Ein weiteres Projekt orientiert sich hinsichtlich des Entwicklungs- und Implementierungsprozesses zudem am PEPPA-Modell.[23] In allen Projekten spielt als strukturbildendes Element für die Mikroebene das Pflegeprozessmodell eine zentrale Rolle. Damit werden auch die Vorbehaltenen Aufgaben der Pflege gem. § 4 PflBG fest in die Überlegungen integriert. Als ein Beispiel von entwickelten und angepassten Rollenprofilen der verschiedenen Qualifikationsniveaus im Qualifikationsmix ist die Matrix des UKM im Anhang abgebildet (s. Anlage II).

Die Projekteinrichtungen orientieren sich ferner bei ihren Entwicklungen einerseits an den bestehenden Bedarfen vor Ort und andererseits an den Kompetenzen von bereits vorhandenen AQP am Umsetzungsort. Auch wurden die Studiengänge von kooperierenden Hochschulen in der unmittelbaren Umgebung der Einrichtungen in die Betrachtungen einbezogen. Je nach Spezifik der neuen Rollen wird neben der Qualifikation auch die Berufsbiografie und die spezifischen Berufserfahrungen als wichtig für die Besetzung von AQP-Stellen betrachtet. Weitere Aspekte ergeben sich aus der Verortung in einem Team oder teamübergreifend in einer Abteilung bzw. zentral in einer Einrichtung. Damit gehen Aspekte der dienstlichen Unterstellung und damit zusammenhängend der Weisungsbefugnis, der angemessenen Vergütung und Refinanzierung auch über die Projektlaufzeit hinaus, des Stellenumfangs und der Arbeitszeiten und weitere Punkte einher.

Sowohl in den konzeptionellen Grundlagen als auch im Förderprogramm 360°Pflege insgesamt werden formal das Qualifikationsniveau und die Profile von Bachelor- und Masterqualifizierten sowie

18 vgl. Feuchtinger und Jahn 2018
19 vgl. Knigge-Demal und Hundenborn 2013
20 vgl. Benner 2017
21 vgl. Hamric et al. 2013
22 vgl. DBfK et al. 2013; ICN 2020
23 vgl. Bryant-Lukosius und Dicenso 2004; Rebafka 2019

die Beschreibungen zum Aufgabenspektrum unterschieden. Auch in den einzelnen Projekteinrichtungen ist die Ausdifferenzierung durchgängig gelungen. In der Gesamtbetrachtung über alle Projekte hinweg ergeben sich jedoch auch Überschneidungen und Schnittmengen im Hinblick auf den Einsatz von AQP, die sich u.a. durch die unterschiedlichen Einsatzfelder, Berufserfahrungen und auch persönliche Eignungen ergeben. Diese Überschneidungen von Rollen und Aufgaben hängen nach Auffassung von Projektbeteiligten mit der frühen Phase der Erprobung und Implementierung von AQP zusammen und dürften sich mit dem Voranschreiten der Umsetzung des erweiterten Qualifikationsmixes und dem weiteren Sammeln von spezifischen Erfahrungen weiter ausdifferenzieren lassen. In Zukunft ist weiter daran zu arbeiten, die verschiedenen Konzepte und Erfahrungen zu allgemeinen und verbindlichen Konzepten mit klaren Rollenprofilen weiterzuentwickeln.

Generell lässt sich festhalten, dass im AQP-Profil auf Bachelorniveau die Stelleninhaberinnen und -inhaber eher in Teams oder kleineren Versorgungseinheiten wie Stationen oder Wohnbereichen mitunter auch nur mit einem gewissen Stellenanteil für die neue Rolle zum Einsatz kommen. Der in der Pflege übliche Terminus einer „Freistellung“ für erweiterte Aufgaben wirkt nach Auffassung von Projektbeteiligten aber kontraproduktiv, weil er Exklusivität suggeriert, die so weder angelegt noch angestrebt wird. Die Bachelorqualifizierten finden dort i.d.R. eher einen festen Platz im Team ggf. auch mit der Funktion einer leitenden Fachkraft, in der erweiterte Kompetenzen integrativ in den Alltag ausgeübt werden. Sie übernehmen dort die Versorgung und Steuerung komplexerer Patienten- und Bewohnerfälle in Form der Übernahme der Versorgung oder aber in Form von konsiliarischen Beurteilungen. Auch wird ihnen die Verantwortung zur Verbesserung der Umsetzung von Pflegeprozessen der Station oder des Wohnbereichs übertragen. Zu konkreten Aufgaben zählen ferner die Auswahl, Durchführung und Evaluation bedarfsgerechter (evidenzbasierter) Interventionen, kollegiale fachliche Beratung, Schulung, Begleitung und Fortbildung, Patienten- und Angehörigenedukation, Begleitung von Bachelorstudierenden sowie Aufgaben in der intra- und interprofessionellen Zusammenarbeit.

Im AQP-Profil auf Masterniveau werden Stelleninhaberinnen und -inhaber als APN und damit als Pflegeexpertinnen und -experten übergreifend für Abteilungen oder zentral in Einrichtungen zumeist mit vollem Stellenumfang eingesetzt, um zu spezifischen Themen auf der Grundlage ihrer Expertise zu intervenieren und erkrankte wie pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen, aber auch Pflege-Teams und Angehörige anderer Professionen zu beraten. Sie übernehmen Aufgaben in der spezialisierten Versorgung und Steuerung hochkomplexer Versorgungsfälle bzw. -prozesse. Damit nehmen sie auch übergreifende Leitungsaufgaben im Kontext ihrer fachlichen Expertise wahr. Im Gegensatz zu den Aufgaben und Rollen von Bachelorqualifizierten werden die Einsatzorte, der Umfang an Maßnahmen, die Zielgruppen und Schnittstellen spezifischer und komplexer beschrieben. Zudem zählen zu den Aufgaben mitunter auch die Begleitung und Unterstützung von Bachelorqualifizierten sowie generell von Pflegenden in neu geschaffenen Rollen bzw. Aufgaben. Welche Versorgungssituationen jeweils als komplex oder hochkomplex eingestuft werden, muss je nach Umsetzungsort und von den dort bestehenden Bedarfen der Menschen mit Versorgungsbedarf eigens betrachtet und definiert werden. Für Masterqualifizierte werden APN-Rollen etwa für Delirprävention und in der onkologischen Versorgung entwickelt.

Prozesse der generell schwierigen Personalakquisition und auch der Personalfluktuation verkomplizieren oder verzögern mitunter den Einsatz von AQP in der Versorgung. So erklärt es sich auch, dass Einrichtungen, die dabei auf vorhandene personelle Ressourcen zurückgreifen, zunächst Kompromisse im Hinblick auf Qualifikation und Rollenbeschreibung machen müssen, bei anderen verzögert sich die Umsetzung mitunter aufgrund einer erst späteren Besetzung von neu eingerichteten Stellen mit geeignet, akademisch qualifiziertem Personal.

In einem weiteren Projekt stellte sich im Prozess heraus, dass für die angedachte AQP-Rolle nicht zwingend die Kompetenzen von AQP erforderlich sind. So wurden hierzu auch fortgebildete und mitunter beruflich erfahrene Fachkräfte eingesetzt. Parallel zu diesem Prozess wurden im erweiterten Qualifikationsmixkonzept mit Blick auf die gesamte Einrichtung andere Rollen und Aufgaben für Bachelorqualifizierte aber auch Masterqualifizierte konfiguriert, die teilweise auch noch im Projektlaufzeitraum besetzt werden konnten. Diese Prozesse werden in der Einrichtung auch nach dem Abschluss des Projektes fortgesetzt.

4.2.2 Akzeptanz von AQP

In der Literatur wird seit längerem das Problem von Vorbehalten und Sorgen der Pflegepraxis gegenüber akademisch qualifiziertem Pflegepersonal beschrieben und diskutiert.[24] Auch in nahezu allen Projekteinrichtungen waren zu Beginn Sorgen und Ängste, Vorbehalte, teilweise sogar Widerstände in den intra- als auch interprofessionellen Teams gegenüber einem Einsatz von AQP zu erkennen. Vor allem bestand Sorge und Angst vor geringerer Wertschätzung der eigenen Kompetenzen, Beschneidung von Zuständigkeiten und Aufgaben, Verantwortungsverlust und Verlust an Einfluss. Ebenso zeigten sich Sorgen vor Mehrbelastungen in der Folge eines Neuzuschnitts von Aufgabenfeldern. Die Vorbehalte bestanden zum Teil aufgrund fehlenden Wissens und Informationen zu den Konzepten, Aufgaben und Kompetenzen, fehlender bisheriger oder negativer Erfahrungen und Vorstellungen zu AQP. Auch die Einschätzung, dass in Deutschland mit einer akademischen Qualifikation in der Pflege i.d.R. eine Abwendung aus den Versorgungsbereichen einhergeht, ist weit verbreitet und – auch aufgrund bislang fehlender finanzieller und weiterer Anreize für den Einsatz von AQP in der direkten Versorgungspraxis – nicht ganz falsch.

Insofern ist eine Konzentration auf die Aspekte der Akzeptanz von AQP in den Einrichtungen, aber auch seitens der Menschen mit Pflege- und Versorgungsbedarfen sowie deren Angehörigen im Förderprogramm 360° Pflege sinnvoll und notwendig. Während des gesamten Entwicklungs- und Implementierungsprozesses war daher in den Einrichtungen und Teams viel Informations- und Überzeugungsarbeit notwendig. Trotz des Wissens um diese Herausforderung wurde der dazu hinreichende Aufwand oftmals unterschätzt. Auch in den meisten Projekteinrichtungen musste das diesbezügliche Engagement länger und intensiver aufrechterhalten werden als ursprünglich gedacht. So wurden Grundlagen, Ziele und Intentionen der Projekte wiederholt während dienstlicher Übergaben, Teamsitzungen, Stationsleitungskonferenzen, Gremiensitzungen und Flurgesprächen ange-

[24] vgl. Gerlach 2013; Andree 2013

sprochen und diskutiert. Eine Ursache dafür besteht auch darin, dass es vielerorts an zielgruppenorientierten schriftlichen Ausarbeitungen zur Herstellung von Transparenz fehlte. Vereinzelt wurde schriftlich beispielsweise über E-Mails und Aushänge, in einem Projekt auch durch die Erstellung eines einrichtungsbezogenen Handbuchs informiert.

In drei Projekten wurden Coaching bzw. Supervisionen zur Begleitung und Reflexion in der Rollenfindung für die AQP als auch für die pflegerischen Teams sowie andere beteiligte Professionen angeboten. Auf diese Art und Weise können neben Bedarfen und Wünschen auch die Sorgen, Ängste und Widerstände wahrgenommen und besprochen und gemeinsam bearbeitet werden. Die Begleit- und Reflexionsangebote wurden meist durch von extern hinzugezogenen Expertinnen und Experten durchgeführt. In einer Einrichtung gab es für Bachelorqualifizierte zudem ein Traineeprogramm, um angeleitet zunächst Erfahrung zu sammeln und in den benötigten Kompetenzen gestärkt zu werden, um dann die neue Rolle einnehmen zu können. In einem weiteren Projekt wurde ein solches Programm im Laufe der Projektlaufzeit entwickelt. Des Weiteren erwies sich eine enge Begleitung durch regelmäßige Rücksprachen mit der Projektleitung oder dem gesamten Team der Verantwortlichen als förderlich. In einer Einrichtung, in der im Rahmen der Projektlaufzeit bereits mehrere Stellen für Bachelorqualifizierte in der Einrichtung besetzt wurden, wurde eine Netzwerkstruktur zum Austausch untereinander entwickelt. Dies wurde von den Stelleninhaberinnen und -inhabern als sehr hilfreich empfunden.

Die Herangehensweise der Entwicklung und Umsetzung dieser und weiterer Maßnahmen nehmen spürbar Einfluss auf die wachsende Akzeptanz und Unterstützung und damit auf den Erfolg der Implementierung. Als förderlich für Akzeptanzprozesse erweist sich frühzeitig die Unterschiedlichkeit von Aufgaben und Kompetenzen je nach Qualifikationsniveau klar darzustellen, immer mit Blick darauf die Gleichwertigkeit und Notwendigkeit aller Kompetenzen und Aufgaben in den Mittelpunkt zu stellen. Dabei sollte der Fokus auf die Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität der Pflegebedürftigen in den Vordergrund gerückt werden. Die Akzeptanz und das Vertrauen zur fachlichen Kompetenz und den neuen Aufgaben müssen sukzessive aufgebaut werden und zeigen sich vielfach als gemeinsamer und noch nicht abgeschlossener Lernprozess. Auch die Vorstellung und Erfahrungen zum Mehrwert von AQP für das Team und die Versorgung der anvertrauten Menschen stellen wichtige Aspekte für das Akzeptanzempfinden im Team und in der Organisation dar. Ebenso ist besonders die kontinuierliche Unterstützung der Leitungsebene zentral für die Prozesse der Implementierung und Akzeptanz.

Im Laufe der Projektlaufzeit konnte über alle Projekteinrichtungen hinweg eine stetig wachsende Akzeptanz in den Teams und Organisationen zu den AQP und ihren Aufgaben, Kompetenzen sowie angestoßenen Veränderungen in den Versorgungsprozessen wahrgenommen werden. Je länger AQP vor Ort Beiträge leisten, umso häufiger werden sie von den Kolleginnen und Kollegen gezielt angefragt und in ihren neuen Rollen bestätigt. In allen Projekteinrichtungen konnte diese positive Akzeptanzspirale festgestellt und beschrieben werden. Die Arbeit und Einbindung von AQP wird sukzessive auf dem Hintergrund persönlicher Erfahrungen intra- wie interprofessionell immer selbstverständlicher.

Auch von Seiten der Patientinnen und Patienten, Nutzerinnen und Nutzern sowie der Bewohnerschaft und von Angehörigen entwickelt sich zunehmend Akzeptanz und Vertrauen dem erweiterten Qualifikationsmix gegenüber. Dort wo durch AQP edukative und begleitende Angebote für Patientinnen und Patienten sowie pflegebedürftige Menschen und deren Angehörigen implementiert werden, werden die Angebote gut angenommen. Die AQP wird als Ansprechpartnerin bzw. Ansprechpartner wahrgenommen, geschätzt und zusehends auch aktiv kontaktiert. In der Wechselwirkung verstärken sich die Akzeptanzprozesse in der Versorgung und im Team. Der Mehrwert in Bezug auf die zu versorgenden Menschen zeigt sich in der Einschätzung, dass sich die Versorgungsqualität verbessert sowie die Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten, Nutzerinnen und Nutzer sowie der Bewohnerschaft und ihrer Angehörigen wächst. Zum anderen wird ein Mehrwert und Entlastung in den Teams in der erlebten Handlungssicherheit durch die Ansprechbarkeit und Hinzuziehung der AQP zu bestimmten Versorgungsaspekten, der Sensibilisierung, Wissenserweiterung und Entwicklung von Handlungskompetenzen durch Schulungen, Anleitungen sowie Fortbildungen und strukturiertere Arbeitsprozesse gesehen. Selbst dort, wo anfänglich große Skepsis und Sorgen in Teams besteht, können diese interdependenten Entwicklungen zu Änderungen der Auffassungen und für tragfähige Akzeptanzprozesse sorgen.

4.3 Intra- und interprofessionelle Kooperationen

Ein weiterer wichtiger Aspekt bei der Einführung eines erweiterten Qualifikationsmixes betrifft auch die Veränderungsprozesse in den intra- und interprofessionellen Kooperationen. Im Prinzip sind alle Berufsgruppen und Qualifikationen, die in die betreffenden Versorgungsprozesse eingebunden sind, von diesen Veränderungen berührt.

4.3.1 Intraprofessionelle Kooperation

Rückmeldungen von einzelnen Projektbeteiligten verdeutlichen, dass Aufgaben- und Kompetenzzuschreibungen auch in etablierten intraprofessionellen Kooperationen nicht immer transparent sind und klar unterschieden werden. Oftmals übernehmen die Pflegenden in der aktuellen Versorgung einen Großteil der anfallenden Aufgaben bei den ihnen zugewiesenen kranken und pflegebedürftigen Menschen. Auch im Hinblick auf die Komplexität der Versorgung werden Anforderungen bisher nur selten unterschieden. Ferner wird die Ressource bestehender Fachkompetenzen hinsichtlich einer Zusammenarbeit in der direkten Versorgung noch zu wenig systematisch genutzt und häufig die Versorgung nur stationsbezogen und noch zu selten übergreifend betrachtet. Zudem ist nach Auffassung vieler Projektbeteiligter weiterhin eine Kultur in der Pflege verbreitet, Anforderungen an eine Patientenversorgung weitgehend solitär zu bewältigen. Dies kann im Hinblick auf Aspekte einer ganzheitlichen Perspektive und des uno-actu-Prinzips – also der Erbringung mehrerer versorgungsbezogener Handlungen und Tätigkeiten in einem zeitlichen und situativen Zusammenhang – durchaus sinnvoll sein. Mit zunehmender Komplexität von Versorgungsbedarfen jedoch kann dies die einzelne Pflegefachperson auch schnell an die Grenzen der Belastbarkeit und der Kompetenzen und darüber hinaus führen.

Die grundlegende Konzeptionalisierung eines erweiterten Qualifikationsmixes betont daher Teambuilding und Teamwork. Häufig geht den Projektergebnissen zufolge dann auch die Initiative neuer, intraprofessioneller Arbeitsformen von den AQP und weiteren Pflegenden mit erweiterten Aufgaben aus. Sie gehen proaktiv auf die Teams und Teammitglieder zu, bieten kollegiale Beratungen und Schulungen an oder suchen Patientinnen und Patienten oder Bewohnerinnen und Bewohner für die Übernahme von Versorgungsprozessen eigeninitiativ auf. Im weiteren Verlauf zeigt sich dann nahezu überall, dass die neuen Rollen und Aufgaben von der überwiegenden Zahl der Teammitglieder immer selbstverständlicher wahrgenommen und immer häufiger angefragt werden. Mögliche Vorbehalte und Hemmschwellen können so häufig sukzessive abgebaut werden und neue Formen der intraprofessionellen Kooperation in der Pflege gefördert und etabliert werden.

In den Projekteinrichtungen ändert sich die intraprofessionelle Zusammenarbeit insofern, dass neue Akteurinnen und Akteure, weitere Aufgaben sowie Kompetenzen hinzukommen. Auch sind weitere Strukturen und Möglichkeiten des intraprofessionellen Austauschs über Ziele, Aufgaben und Kooperationen entstanden. Dort, wo AQP und Pflegefachpersonen mit erweiterten Aufgaben eingesetzt werden oder aber die Struktur der Hinzunahme von Pflegeexpertinnen und -experten stationsübergreifend eingeführt wird, stehen nun zusätzliche Ansprechpartnerinnen und -partner für besondere Herausforderungen in der Versorgung zur Verfügung. Klinische und ethische Fallbesprechungen finden häufiger statt. Des Weiteren sind mit dem Einsatz von AQP neue Informations- und Schulungsangebote sowie neue Formen von Fortbildungen in den Teams auch hinsichtlich einer stärker evidenzbasierten Pflegepraxis entstanden und werden zusehends akzeptiert.

Solcherlei angestrebte Veränderungen in der intraprofessionellen Kooperation setzen nicht nur die Bereitschaft zum gemeinsamen Lernen und Verändern, sondern auch Kontinuitäten in den Veränderungsprozessen und -beteiligungen voraus. Förderlich sind dazu relativ stabil besetzte Teams. Nach Auffassung vieler Projektbeteiligter erschweren ein hoher Anteil an Personal aus Leasingfirmen sowie Faktoren der Personalfluktuation, längere Krankheitsphasen oder häufige Arbeitsplatzwechsel die Verankerung der neuen Maßnahmen und Strukturen und verzögern oder behindern den angestrebten Kulturwandel in den Einrichtungen.

In Bezug auf Führungsaufgaben in den Teams ändern sich Konstellationen und Kooperationen dort, wo AQP neben einer organisatorischen Führung der Stations- oder Wohnbereichsleitung als fachliche Führungskräfte zusätzlich eingesetzt werden. Die bislang eingesetzten Stations- oder Wohnbereichsleitungen geben dabei nicht selten die fachliche Verantwortung und damit zusammenhängende Aufgaben wie die Leitung von Fallbesprechungen an die AQP ab. Zugleich können sie sich damit auf die Aufgaben und Kompetenzen der Personalverantwortung und -steuerung konzentrieren.

4.3.2 Interprofessionelle Kooperation

Gleichermaßen tauchen mit der Implementierung eines erweiterten Qualifikationsmixes Herausforderungen in den interprofessionellen Kooperationen auf. Nach Auffassung vieler Projektbeteiligter ist die bisherige Zusammenarbeit in den Einrichtungen immer noch häufig von der Wahrnehmung und Einschätzung tradierter Rollenbilder zu den verschiedenen Professionen geprägt. Dabei wird insbesondere der Pflege oftmals noch eine untergeordnete Rolle im Versorgungsprozess eingeräumt. Die Tatsache, dass es sich bei den Pflegeberufen um Heilberufe handelt, vorbehaltene Aufgaben im aktuellen Pflegeberufegesetz geregelt sind und auch seitens des Gesetzgebers die Erweiterung selbständiger Heilkundeausübung durch die Pflege vorbereitet wird und Modellvorhaben angestoßen werden, spielt nach Aussagen von Projektbeteiligten in vielen Einrichtungen noch keine Rolle. Umso größer werden die Potenziale für eine spürbare Weiterentwicklung der interprofessionellen Kooperationen im Rahmen des Förderprogramms 360° Pflege eingeschätzt.

Konzeptbestandteile aus den Projekten, die insbesondere Einfluss auf die interprofessionelle Kooperation nehmen bzw. dafür von Bedeutung sind, sind z.B. professionsübergreifende Fortbildungsangebote, innovative Kommunikationsstrukturen und pflegerische Konsilarsysteme. Zur Einführung und Etablierung solcher und weiterer innovativer Maßnahmen und Angebote in den interprofessionellen und organisatorischen Abläufen braucht es einiges an Zeit. Vorbehalte gegenüber neuen Rollenverständnissen in der Pflege und tradierte Vorstellungen zu Hierarchien zeigen sich im Förderprogramm u.a. auch beim ärztlichen Personal. So stellen der Vertrauensgewinn und das Arbeiten auf interprofessioneller Augenhöhe an die Beteiligten hohe Anforderungen und benötigen viel Geduld.

Insbesondere im langzeitstationären Versorgungssektor, in dem eine kontinuierliche Kooperation mit Hausärztinnen und -ärzten notwendig ist, brauchen interprofessionelle Kooperationen und z.B. Fallbesprechungen unter Leitung einer AQP eine große Offenheit und die Bereitschaft der Ärzteschaft zum Rollenwandel. Die Überzeugung und Hartnäckigkeit von Seiten der Projektbeteiligten, Teams und AQP zahlt sich aber auch hier aus. So gibt es aus allen Projekteinrichtungen zahlreiche Hinweise auf einen bereits begonnenen Wandel in der interprofessionellen Kooperation.

In den Projekteinrichtungen können durch den Einsatz von AQP und Pflegefachpersonen mit erweiterten Aufgaben gezielt neue Strukturen und Prozesse der Zusammenarbeit mit anderen Professionen geschaffen werden, wie etwa mittels interdisziplinärer Fallbesprechungen, in denen regelhaft AQP die Verantwortung und Moderation übernehmen sowie durch veränderte Formen interprofessioneller Visiten. Aufgrund der stärker ausgeprägten, wissenschaftsbasierten Kommunikationsfähigkeit und evidenzbasierter Begründungs- und Handlungskompetenzen der AQP können pflegerische Beiträge im interprofessionellen Versorgungsprozess klarer und überzeugender argumentiert und dargestellt werden.

Dort wo die AQP und Pflegefachpersonen mit erweiterten Aufgaben stationsübergreifend tätig werden, werden i.d.R. Konsiliarsysteme zur Kontaktierung sowie zur Hinzuziehung von Expertisen eingeführt oder vorhandene Systeme entsprechend weiterentwickelt. Pflegerische Konsile werden so-

wohl durch Pflegende als auch ärztlicherseits angefordert. Mit der Einführung neuer Konsildokumente sowie der Nutzung weiterer Assessments in der Versorgung, spielt auch der Einbezug und die Unterstützung der IT-Abteilungen und des Qualitätsmanagements eine zentrale Rolle. Als Beispiel ist die PC-basierte Dokumentationsstruktur eines Konsils der Patientenedukation im FNK im Anhang dargestellt (s. Anlage III).

Ferner werden die AQP explizit in Versorgungsprozessen für bestimmte Patienten- und Bewohnergruppen als Schnittstelle zu und Koordination zwischen den verschiedenen pflegerischen, ärztlichen und therapeutischen Professionen eingesetzt. Diese und weitere Erfahrungen in der täglichen Zusammenarbeit tragen maßgeblich zu einer verbesserten Akzeptanz und einer neuen Sicht auf die Pflege durch Berufsangehörige anderer Professionen bei. Dort wo Sorgen in Bezug auf Aufgaben- und Kompetenzverschiebungen bestehen, wird in der Umsetzung nicht selten erkannt, dass durch den Einsatz von AQP innovative, transparente und optimierte Versorgungsprozesse möglich werden. Auch werden Entlastungen wahrgenommen, dort wo durch die AQP Prozesse in der Zusammenarbeit koordiniert werden.

4.4 Personalentwicklung und Karrierewege

Mit der Einführung eines erweiterten Qualifikationsmixes geht eine umfängliche Personalentwicklung einher und es entstehen neue Karrierewege in der Pflege. So sind in den Projekteinrichtungen sowohl Rollen für Bachelor- und Masterqualifizierte mit unterschiedlicher Berufserfahrung in der Versorgungspraxis entwickelt als auch bereits bestehende Rollenprofile zum Teil weiterentwickelt worden. Damit sind weitere Karrierechancen für das Pflegepersonal mit transparenten Berufsaufstiegen, mehr Verantwortung und größeren Entscheidungsfreiräumen entstanden. Es werden mitunter zusätzlich zu neuen AQP-Aufgaben wie etwa Kollegialberatungen und -schulungen sowie spezifische Ausgestaltungen von Versorgungsübergängen zwischen Institutionen und Sektoren auch erweiterte Aufgaben und Zuständigkeiten für fachweitergebildete Pflegefachpersonen und weitere Pflegefachpersonen geschaffen. Dazu gehören z.B. innovative diagnosebezogene Interventionen in allen klinischen Feldern, Patientenberatung und -edukation zu bestimmten Fragestellungen bei definierten Patientengruppen sowie Prozessbegleitungen während des Krankenhausaufenthaltes u.a. m. Zukünftig werden forschungs- und entwicklungsbezogene Aufgaben eine noch größere Rolle spielen, denn eine wesentliche Zielrichtung des Einsatzes von AQP in der direkten Versorgung besteht in Innovationen und Qualitätsverbesserungen auch mittels Durchführung und Beteiligung an Studien, Projekten und Pflegeforschung.

4.4.1 Personalentwicklung

In Bezug auf die Personalentwicklung bestehen aktuell in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen i.d.R. viele und verschiedene Möglichkeiten an Fort- und Weiterbildungen und entsprechender Unterstützung und Anreize. Dies gilt auch für den größeren Teil der Projekteinrichtungen im Förderprogramm 360° Pflege. Einige hatten zudem bereits zuvor Kooperationen mit Hochschulen in Bezug auf die akademische Qualifikation und den Einsatz von AQP in der Versorgung angebahnt. In allen Einrichtungen wurden in der Projektlaufzeit die bestehenden Angebote zur Personalentwicklung gerade im Hinblick auf den erweiterten Qualifikationsmix vertieft und ausgebaut.

Bei der Besetzung von neu geschaffenen Rollen für die AQP und erweiterten Aufgaben wird i.d.R. zunächst auf vorhandenes Personal zurückgegriffen. In den akutstationären Projekteinrichtungen wurden Pflegefachpersonen mit akademischem Abschluss oder in einer akademischen Qualifikation gezielt von Projektverantwortlichen angesprochen oder haben sich eigeninitiativ beworben. In Einrichtungen der stationären Langzeitpflege stellt sich dies schwieriger dar, da dort kaum AQP in der Versorgungspraxis vorhanden sind. In den Projekteinrichtungen mussten daher die zu besetzenden Stellen extern ausgeschrieben werden. Als Anreize für die Besetzung der neuen Stellen werden innovative und erweiterte Aufgaben, mehr Verantwortung und Entscheidungsfreiräume, besondere Arbeitszeiten sowie eine höhere Vergütung angeboten.

Zur Akquisition von weiterem Personal für AQP-Stellen werden neben den unternehmensinternen Personalentwicklungsmöglichkeiten verstärkt auch Kooperationen mit Hochschulen angestrebt. In Stellenbeschreibungen für AQP, die nach und nach in den Projekteinrichtungen entstanden sind, wird dabei auch dezidiert auf benötigte Kompetenzen eingegangen, auch um angesichts der bestehenden Heterogenität von Pflegestudiengängen gezielt geeignete potenzielle Stelleninhaberinnen und -inhaber anzusprechen und zu gewinnen. Als Beispiel einer Stellenbeschreibung für bachelorqualifizierte AQP ist die Stellenbeschreibung der AQP im Johanniter Seniorenhaus (JSH) Bremen im Anhang abgebildet (s. Anlage IV).

Eine besondere Bedeutung wird neben der Ausrichtung der akademischen Qualifikation ferner der Berufsbiografie, der Berufserfahrung, der Motivation und der Persönlichkeit der Bewerberin bzw. des Bewerbers beigemessen. Zusätzlich werden auch Traineeprogramme angeboten, um die benötigten Kompetenzen für die neuen Rollen zu stärken, und weitere individuelle und unterstützende Angebote geschaffen.

Abermals stellen Faktoren der Personalfluktuation Hemmnisse in der gezielten Personalentwicklung mit Blick auf den erweiterten Qualifikationsmix dar. Mehrere der akquirierten, qualifizierten und eingesetzten AQP und Pflegefachpersonen in erweiterten Aufgaben sind im Verlauf der Projektlaufzeit durch den Wechsel von Arbeitsbereichen, aufgrund von Schwangerschaft, Langzeiterkrankung oder Kündigungen aus Projekten ausgeschieden. Gerade beim Ausstieg einer AQP aus einem Projekt bedeutet dies nicht selten eine Unterbrechung bzw. einen Neuanfang, weil damit die entscheidende Akteurin bzw. der Akteur wegfällt. Auch die Wiederbesetzung solcher Positionen stellt sich aktuell mitunter als schwierig und langwierig heraus.

Mit den Schritten einer gezielten Personalentwicklung gehen auch bestimmte Schritte der Organisationsentwicklung einher. Die Projektergebnisse zeigen, dass dort, wo AQP eingesetzt werden, i.d.R. auch ein Kompetenzzuwachs im gesamten Team insbesondere in Bezug und im Umgang mit evidenzbasierter Pflege festgestellt werden kann. Mit den begleitenden Angeboten von Schulungen, Kurzfortbildungen, kollegialer Beratung, Journal Clubs, One-Minute-Wonders, Pocket Cards u.a.m. können die Mitglieder der Teams zu bestimmten pflegerischen Fragen und Zielgruppen sensibilisiert, ihr Wissen erweitert werden und ihnen neue Lösungswege an die Hand gegeben werden. Dies stärkt die kollektive Handlungskompetenz in pflegerischen Teams und führt zu einem stärkeren Gemeinschaftsgefühl, das wiederum einer besseren Aufgabenbewältigung und Handlungssicherheit zuträglich ist.

In drei Projekteinrichtungen verdeutlichen zudem quantitative Daten, dass im Zusammenhang mit den Personalentwicklungen und neuen Karrierewegen spürbar positive Veränderungen hinsichtlich der Personalgewinnung und -bindung stattgefunden haben. So zeigt sich dort ein zu den Vorjahren vergleichsweise hohes Aufkommen an Bewerbungen für den Pflegebereich auch für den Einsatz von AQP. Dies gilt auch für die steigende Nachfrage nach Ausbildungsplätzen für die Pflegeberufe. So konnten alleine in zwei Projekteinrichtungen in der letzten Projektphase insgesamt 33 Stellen (19 und 14) für bachelorqualifizierte AQP besetzt werden! Auch die Zahl der offenen Stellen in den übrigen Bereichen hat in diesen Einrichtungen deutlich abgenommen. Es werden mit diesen Prozessen also auch Wirkungen sichtbar, die international mit den Magnet-Einrichtungen in Verbindung gebracht werden.[25]

Eine weitere Herausforderung in der systematischen Aufgaben- und Kompetenzzuschreibung für Bachelor- und Masterqualifizierte in der direkten Patientenversorgung liegt in den verschiedenen Qualifikationswegen und -abschlüssen. So gibt es eine Vielzahl an verschiedenen Qualifikationsgraden und -abschlüssen in Pflegestudiengängen in Deutschland, mit denen die Absolvierenden sehr unterschiedliche Kompetenzen erwerben. Es handelt sich dabei entweder um eher managerial, pädagogisch und pflegepraktisch oder wissenschaftlich ausgerichtete Studiengänge, die jeweils andere Schwerpunkte auf die zu erwerbenden Kompetenzen legen. Ferner wird mit der Einführung des Pflegeberufegesetzes zukünftig stärker zwischen primärqualifizierenden Bachelorstudiengängen sowie ausbildungsintegrierenden und -begleitenden Formen (bislang überwiegend als „duale Studiengänge“ bezeichnet) zu unterscheiden sein. Auch die additiven Bachelorstudiengänge, die unter Anerkennung von Berufserfahrung auf einer abgeschlossenen beruflichen Pflegefachqualifikation aufbauen, werden weiterhin noch angeboten. Diese unterschiedlichen Zugangswege und Kompetenzentwicklungen gilt es in den Konzeptionen und Aufgabenprofilen von AQP in der Versorgungspraxis zu berücksichtigen.

Zur Weiterentwicklung und Sicherstellung des Bedarfs an akademisch qualifiziertem Pflegepersonal müssen die Einrichtungen sich daher selbst auch weiter für primärqualifizierende und weitere Studienangebote und Absolventinnen wie Absolventen aus Pflegestudiengängen öffnen. Dazu stellen

[25] vgl. Maucher 2018; Weeren 2019

sich bislang die Rahmenbedingungen des Pflegeberufegesetzes insbesondere im Hinblick auf die Finanzierung der praktischen Ausbildungsanteile, aber auch bezüglich der finanziellen Absicherung der Studierenden in der Auffassung der Projektteilnehmerinnen und -teilnehmer noch als sehr defizitär und keineswegs hinreichend dar. Auch aus diesem Grunde werden aktuell auch betriebliche Stipendienprogramme angeboten.

4.4.2 Karrierewege

Mit dem erweiterten Qualifikationsmix gehen neu geschaffene Karrierewege in der Pflege einher. So werden in einigen Projekteinrichtungen zum Teil auch erstmalig die Karrierewege in der Pflege transparent in einer Karrierematrix abgebildet. Damit können Karrierewege von AQP aber auch von beruflich Qualifizierten in der Pflege sowohl in horizontaler als auch in vertikaler Ausrichtung, damit verbundene Aufgabenprofile, Verantwortlichkeiten und Vergütungsmöglichkeiten, Handlungsfelder und Arbeitsbedingungen sowie Strukturen der betriebsinternen Qualifikationen und Unterstützungen u.a.m. aufgezeigt werden. Zugleich werden dem pflegerischen Personal dadurch neue Perspektiven der Entwicklung aufgezeigt und Anreize für eine berufliche Weiterentwicklung und Karriere gesetzt. Als Beispiel für die Darstellung von Karrierewegen in der direkten Pflegepraxis ist im Anhang die Karrierematrix des Robert-Bosch-Krankenhauses (RBK) abgebildet (s. Anlage V).

Durch den gut vorbereiteten, geplanten und längerfristigen Einsatz von AQP in den Projekteinrichtungen sowie ihre konkreten Beiträge in den intra- und interprofessionellen Kooperationen werden neue Entwicklungs- und Karrieremöglichkeiten für alle Beteiligten sicht- und erlebbar. Dies liegt auch an den vielfach wahrgenommenen, wissenschaftsfundierten Kompetenzen der AQP, ihr konkretes Wissen, ihre Kommunikations-, Argumentations- und Reflexionsfähigkeiten und an den Reaktionen darauf innerhalb der Teams, im interprofessionellen Geschehen, aber auch unternehmensweit. Das damit einhergehende Potenzial für die professionelle Pflege, das gesteigerte Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein führt so zu einem Gewinn für alle Beteiligten und zeigt interessierten Pflegefachpersonen lohnenswerte Karrierewege in der Pflege auf. Die Projektergebnisse zeigten sehr klar auf, dass dadurch die Stärkung des professionellen Selbstverständnisses und eine Imageaufwertung der Pflege insgesamt gelingt.

In allen Projekteinrichtungen sollten mit der Implementierung des erweiterten Qualifikationsmixes Veränderungen in der Professionalität der Pflege sichtbar gemacht werden. Dies konnte innerhalb der Einrichtungen bzw. zumindest an den Umsetzungsorten nach Auffassung der meisten Projektbeteiligten erreicht werden. Die Rückmeldungen zur Akzeptanz und dem wahrgenommenen Mehrwert aus verschiedenen Perspektiven sowie Anhaltspunkte zur Versorgungsqualität bestätigen dies. In einer Einrichtung der akutstationären Versorgung wurde zudem wahrgenommen, dass intern nun mehr über Beiträge und Erfolge der Pflege berichtet wird und bei stattfindenden Forschungsprojekten die Pflegewissenschaft häufiger angefragt wird. Vereinzelt konnte durch das hohe pflegerische Wissen auch schon ein beginnender Wandel beim vorherrschenden Bild von Pflege bei Patientinnen und Patienten sowie Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen wahrgenommen werden.

4.4.3 Vergütung von AQP

Ein weiterer und zugleich für alle Projekteinrichtungen herausfordernder Aspekt in Bezug auf den Einsatz von AQP in den Einrichtungen besteht in deren angemessener Vergütung bzw. Entlohnung und einer entsprechenden Refinanzierung. Die Fördermittel erwiesen sich für die Projekteinrichtungen diesbezüglich als eine hilfreiche Unterstützung zur Vorbereitung, Projektentwicklung und -umsetzung. Für die jeweilige Eingruppierung in bestehende Tarifsysteme und die Ermöglichung entsprechender Refinanzierungen durch Kostenträger mussten aber kreative, individuelle und in aller Regel noch zeitlich befristete Lösungen gefunden werden. Mit Blick auf eine nachhaltige Verankerung und Fortsetzung der gewachsenen Strukturen in der Regelversorgung fehlt es bisher mit wenigen Ausnahmen[26] an verlässlichen Regelungen und hinreichenden Refinanzierungen in den vorhandenen Tarifsystemen bzw. als Verhandlungsgrundlagen mit den Kostenträgern für die unterschiedlichen Qualifikationen und Einsatzfelder von AQP in den Versorgungsbereichen der verschiedenen Sektoren.

Eine höhere tarifliche Vergütung für AQP wurde in den Projekteinrichtungen nicht nur aufgrund ihrer formalen Qualifikation, sondern insbesondere in Bezug auf die neu geschaffenen Rollen mit mehr Verantwortung und erweiterten Aufgaben festgelegt und begründet. Dies dient vor allem dazu, den Kostenträgern aufzeigen zu können, worin Leistungen und Mehrwert von AQP in der direkten Gesundheitsversorgung und Pflege bestehen. Die entsprechenden Verhandlungen zur Refinanzierung der AQP-Stellen durch die Kostenträger stellten sich bis zum Ende der Projektlaufzeit für die meisten Verantwortlichen der Projekteinrichtungen als kompliziert und ergebnisoffen dar.

4.5 Rahmenbedingungen und Organisationsentwicklung

Die Entscheidung der Entwicklung und Implementierung eines erweiterten Qualifikationsmixes betrifft die gesamte Organisation einer Einrichtung und setzt strukturelle und prozessuale Veränderungen sowie Entscheidungen auf allen Ebenen des Unternehmens voraus oder zieht solche nach sich. In den Projekteinrichtungen muss daher für eine gelingende Umsetzung der anspruchsvollen Innovationen eine gewisse Priorität und Aufmerksamkeit auf Zeit eingeräumt werden. Dies setzt gegenseitiges Vertrauen und Offenheit der Leitungen, der Projektverantwortlichen und Mitarbeitenden in den Projekten voraus.

In einigen Projekteinrichtungen lagen bereits zuvor Erfahrungen mit Projekten vor, doch für fast alle Einrichtungen handelte es sich um ein erstes mit Drittmitteln gefördertes Projekt in der Pflege. Die

[26] Im Tarifvertrag öffentliche Dienste (TVöD) wurden in den letzten Jahren im Pflegebereich Einordnungen für Beschäftigte in der Pflege mit Hochschulabschluss vorgenommen. Für Bachelorqualifizierte sind dies die Entgeltgruppen P 9b und 9c (je nach Verantwortung) und für Masterqualifizierte (als wissenschaftliche Leitungskräfte) P 13 und je nach Verantwortung auch höher (vgl. ver.di „Durchbruch geschafft“ URL: https://gesundheit-soziales.verdi.de/tarifbereiche/oeffentlicher-dienst)

finanzielle Förderung und intensive Projektbegleitung wurden von den Teilnehmenden überwiegend als Wertschätzung der Berufsgruppe und Chance gesehen, in der Pflege einen wesentlichen Schritt zur Aufwertung und Professionalisierung weiterzukommen.

4.5.1 Strukturelle Rahmenbedingungen

In aller Regel resultieren durch die Implementierung des erweiterten Qualifikationsmixes Veränderungen und Verschiebungen von Zuständigkeiten je nach Qualifikationsniveau auch bei den vorhandenen Mitarbeitenden. Um die Umsetzung und Ausübung der neuen Aufgaben und Rollen im Team bestmöglich zu ermöglichen sind beispielsweise von Beginn an zeitliche Ressourcen für die Umsetzung festzulegen, und zwar sowohl für Zeiten einer normalen Personalbesetzung und für Zeiten von Engpässen, um die Umsetzung nicht jeweils von unterschiedlichen Ressourcen abhängig zu machen.

So wurden im Förderprogramm überwiegend strukturelle Rahmensetzungen für die Arbeitszeit, auch für damit neu einhergehende Arbeitszeitmodelle zur Ausübung von erweiterten Aufgaben geschaffen, die in den Dienstplänen vor Ort fest eingeplant wurden. Bei den Arbeitszeiten handelt es sich um Einsätze verschiedener Teammitglieder unterschiedlichen Umfangs an zuvor bestimmten Tagen, die Schaffung von Zwischendiensten oder aber festgelegte Zeitfenster wie Übergabe- bzw. Überlappungszeiten der Schichten. Bei den AQP gehört dazu auch die Einplanung von Bürozeiten, um konzeptionell arbeiten zu können, oder aber Einsätze vor- und nachzubereiten.

Nicht überall konnten die Arbeitszeitstrukturen von Beginn an zufriedenstellend an die Anforderungen des erweiterten Qualifikationsmix angepasst werden. Gründe dafür waren konzeptioneller, informatorischer oder auch personeller Art. Aber auch aufgrund von Versorgungsprioritäten z.B. während der Corona-Pandemie oder bei akutem Personalmangel war eine Ausübung der erweiterten Aufgaben und neuen Rollen nicht immer zu gewährleisten.

Des Weiteren zeigt sich in den Ergebnissen mitunter auch, dass bestehende Pflegesysteme verändert und angepasst werden müssen, um die kompetenzorientierte und bedarfsgerechte Versorgung im erweiterten Qualifikationsmix umsetzen zu können. Dabei stellen Bezugspflegesysteme und das Primary Nursing grundsätzlich gute organisationale Voraussetzungen für die Umsetzung von zukunftsfähigen Qualifikationsmixmodellen dar.

4.5.2 Organisationsentwicklung

Mit der Implementierung von AQP-Rollen und erweiterten Aufgaben von Pflegefachpersonen verschiebt sich und wächst schließlich der Verantwortungsrahmen in der Pflege, der den Pflegenden in der Organisation sowie den Teams auch zugesprochen werden muss. Personal- und Organisationsentwicklungen greifen hier ineinander. Auf der anderen Seite geben Pflegende im Rahmen von erweiterten Qualifikationsmixen teilweise auch Verantwortlichkeiten ab oder übernehmen neue, die dem jeweiligen Kompetenzniveau entsprechen. Dies wird auch in Organigrammen sichtbar, wenn AQP in Abteilungen, Wohnbereichen und Stationen oder im Rahmen von Stabsstellen eingeplant werden. Als Beispiel ist das angepasste Organigramm des LWL-Klinikums im Anhang dargestellt (s. Anlage VI).

Während Stationsleitungen häufig die disziplinarische Leitung und Vorgesetztenrolle innehaben, werden bachelorqualifizierte AQP zunehmend als fachliche Expertinnen und Experten mitunter ebenfalls mit Leitungsfunktionen etwa auf einer Station oder einem Wohnbereich eingesetzt. Dies setzt jeweils eine gute Abstimmung der Leitungskräfte und die klare und transparente Aufteilung von Verantwortlichkeiten voraus. Teilweise behielt in den Projekten die Stationsleitung und Wohnbereichsleitung noch die Letztentscheidung auch im Hinblick auf fachliche Fragen in der Hand. Die Fragen der dienstlichen Unterstellung und Weisungsbefugnis zwischen bisherigen und neuen Stelleninhaberinnen und Stelleninhabern konnten in einigen Projekten im Rahmen der Projektlaufzeit noch nicht abschließend geklärt werden. Auch für die masterqualifizierten AQP (APN) wird eine Fachleitungsfunktion auf übergeordneter Abteilungs- oder Einrichtungsebene gesehen.

Um evidenzbasierte Erkenntnisse aus der internationalen Pflegewissenschaft alltagsnah recherchieren zu können, sind digitale Ausstattungen und regelhafte Zugänge zu Onlinedatenbanken und wissenschaftlicher Literatur in den Einrichtungen unabdingbar. Dies ist in Projekteinrichtungen, die nicht an Universitäten oder Bildungseinrichtungen angegliedert sind und keinem Forschungsauftrag nachgehen, häufig nicht oder nur sehr eingeschränkt oder erst nach und nach gegeben. Insgesamt zeigt sich durch das Förderprogramm aber in den Einrichtungen eine hohe Dynamik im grundlegenden Ausbau evidenzbasierter Grundlagen. Auch mit Blick auf die konzeptionellen, fachlichen Ausarbeitungen und bei Angeboten wie Angehörigen- und Patientenberatungen wird deutlich, dass die Verfügbarkeit von PC-Arbeitsplätzen, Dienst-Tablets und -Smartphones in den Organisationen notwendig ist. In einem Projekt umfasst ein neues Angebot für Patientinnen und Patienten zudem die Durchführung von Hausbesuchen. Zur Ermöglichung dieser müssen die Verfügbarkeit von Autos sowie haftungsrechtliche Aspekte geklärt werden.

Neben den Angeboten von Coaching, Supervision, der engen Begleitung durch Projektverantwortliche und Netzwerkbildungen zur Unterstützung und Stabilisierung von Rollenfindungen und Teameinbindungen wurden in zwei Einrichtungen für die Übernahme erweiterter Aufgaben von Pflegefachpersonen eigens Schulungskonzepte entwickelt und umgesetzt. Diese beinhalten Module der Wissens- und Kompetenzaneignung in Bezug auf settingübergreifende Ansätze, Fachkenntnisse zu Patientengruppen und Interventionen sowie die Befähigung zur Patientenedukation und zur Selbstreflexion. Aufgrund der Corona-Pandemie und damit verbundener Einschränkungen sowie unterschiedlicher Gründe der Personalfluktuation können diese Maßnahmen jedoch nicht in dem Umfang und der Kontinuität wie ursprünglich vorgesehen stattfinden, was einen Entwicklungs- und Implementierungsprozess negativ beeinflusst.

In allen Projekteinrichtungen werden die eingeschlagenen Wege zur Implementierung eines erweiterten Qualifikationsmixes als erfolgreich und unumkehrbar angesehen, auch um sich in Zukunft in der Konkurrenz mit anderen Einrichtungen um Versorgungsqualität und Personalbestand behaupten zu können. Die Projektergebnisse haben insbesondere gezeigt, wie wichtig, sinnvoll und praktikabel eine kompetenzorientierte und bedarfsgerechte Versorgung unter gezieltem Einbezug von akademisch qualifiziertem Personal ist. Dies macht auch die Zufriedenheit der Mitarbeitenden in den Projekten deutlich. Die Evaluationsgespräche der Projekteinrichtungen, die Projektbesuche und

gemeinsame Reflexionen belegen diese Entwicklungen und eine im Projektverlauf zusehends wachsende Zustimmung von Seiten der Pflegenden, aber auch weiterer Berufsgruppen eindrucksvoll.

4.6 Einschätzungen zur Versorgungsqualität

Mit dem erweiterten Qualifikationsmix wird in erster Linie die Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität und Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten, Nutzerinnen und Nutzer sowie Bewohnerinnen und Bewohnern und ihrer Angehörigen angestrebt. Dass insbesondere der Einsatz von AQP in der Pflegepraxis positive Wirkung erzielen kann, zeigen seit Jahren internationale Studien. Sie verweisen auf Zusammenhänge des Einsatzes wissenschaftlich qualifizierten Pflegepersonals in gesundheitsbezogenen Versorgungseinrichtungen mit einer besseren Versorgungsqualität und positiven Patientenoutcomes.[27]

Im Rahmen des Förderprogramms 360° Pflege war keine systematische, projektübergreifende Evaluation geplant, die Projektbeteiligten wurden in Reflexionsgesprächen und bei Projektbesuchen jedoch aufgefordert, konkrete Ziele mit Blick auf die Sicherung und Optimierung der Versorgungsqualität zu formulieren sowie Einschätzungen im Hinblick auf den Grad der Zielerreichung zu benennen. Darüber hinaus haben einzelne Projekteinrichtungen eigens Evaluationen geplant und umgesetzt, deren Ergebnisse hier zum Teil schon einfließen konnten. In der überwiegenden Anzahl der Projekteinrichtungen konnten im Rahmen des Förderzeitraumes insbesondere aufgrund der Corona-Pandemie aber noch keine summativen Evaluationen durchgeführt werden.

Die Versorgungsqualität und Zufriedenheit von kranken und pflegebedürftigen Menschen soll mittels eines erweiterten Qualifikationsmixes u.a. dadurch verbessert werden, dass Aufgaben stärker kompetenzorientiert bearbeitet und Maßnahmen häufiger evidenzbasiert begründet und umgesetzt werden, darüber Pflegeprozesse optimiert, neue bedarfsorientierte Angebote implementiert sowie intra- und interprofessionelle Entscheidungen systematischer getroffen werden. Durch den Einsatz von AQP in der direkten Versorgung wurden zum Teil Versorgungsprozesse und -abläufe weiter systematisiert und strukturiert. So wurden Dokumentationsgrundlagen und -prozesse sowie Ablaufprozesse optimiert und u.a. neue Assessments und Maßnahmen zur Prävention und entsprechende Interventionen erarbeitet. Dabei handelt es sich beispielsweise um Assessments zur Erhebung eines Delirs, der Mobilität oder der Sicherung und Verbesserung der Schluckfähigkeit sowie Ablaufpläne zur Patientenübergabe u.a.m. Eine verbesserte Strukturqualität wird auch in der Pflegeprozessdokumentation angestrebt und durch Weiterentwicklung des Medikamentenmanagements. Auch das Überleitungs- und Entlassmanagement wurde in verschiedenen Einrichtungen optimiert.

In den Projekteinrichtungen wurden im Rahmen von Evaluationen u.a. Interviews, Fragebögen, Fokusgruppeninterviews, teilnehmende Beobachtungen eingesetzt und Routinedaten ausgewertet. Dabei ging es um die Zufriedenheit von zu versorgenden Menschen und ihren Angehörigen, aber auch auf Seiten des Personals um Erhebungen zu Veränderungsprozessen bei Wissen und Kompe-

[27] vgl. Aiken et al. 2017; Twigg et al. 2019

tenzen sowie um Aussagen zur Verweildauer, Dekubitiraten oder Anzahl von Patientinnen und Patienten mit erfolgreich abgeschlossenen Behandlungen. Auch die Betrachtung der Anzahl durchgeführter Beratungen und Fallbesprechungen zählten zu den Evaluationsverfahren, die eingesetzt worden sind.

Der Grad der Zielerreichung wird u.a. daran festgemacht, ob die betroffenen Menschen ihr Wissen und ihre Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung und langfristigem krankheitsbezogenen Selbstmanagement verbessern können, ob Gesundungsprozesse optimiert, Entlassungen bzw. Übergänge zwischen Versorgungssystemen gelingen und Wiedereinweisungen verhindert werden konnten. Vor allem aufgrund der Corona-Pandemie war die Umsetzung von geplanten Veränderungen in den einzelnen Projekten aber mit Einschränkungen verbunden. Formulierte Ziele und Maßnahmen mussten teilweise angepasst und verschoben werden. Die Umsetzungs- und Implementierungsphasen erstreckten sich insgesamt über einen kürzeren Zeitraum als ursprünglich geplant. Auch konnte die anvisierte Anzahl einzubeziehender Patientinnen und Patienten in den meisten Einrichtungen nicht erreicht werden. Dies beeinflusst auch die Aussagekraft von einrichtungsbezogenen Kennzahlen in Bezug auf Patientenoutcomes.

In den übergreifenden Projektergebnissen und vielfältigen Einschätzungen von Projektbeteiligten zeigen sich dennoch zahlreiche Hinweise, die einen positiven Einfluss des erweiterten Qualifikationsmix auf die Versorgungsqualität und die Zufriedenheit von betroffenen Menschen belegen können. Insbesondere den gezielten und intensivierten Patientenberatungen seitens der AQP und weiterer Pflegefachpersonen mit erweiterten Aufgaben wird zugeschrieben, maßgeblich zu einem verbesserten Selbstmanagement von Patientinnen und Patienten im Hinblick auf ihre Erkrankung beigetragen zu haben. In diesem Zusammenhang ist vielfach beobachtet und berichtet worden, dass sich bei vielen zu versorgenden Menschen die Haltung zum Umgang mit Erkrankungen verändert habe. Die zu versorgenden Menschen und ihre Angehörige meldeten ihrerseits zurück, informierter über Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit zu sein und aufgrund von Beratungen spezifische Skills zum Umgang mit Symptomen und Einschränkungen kennengelernt und erlernt zu haben.

Die kranken und pflegebedürftigen Menschen erleben zudem Wertschätzung und Zufriedenheit durch die Zuwendung und Zeit, die für sie zusätzlich zur Verfügung steht und aufgrund von individuellen Maßnahmen, die sie für sich nutzen können. Dieser Wissenszuwachs und das Wissen um eine konkrete Ansprechperson führen bei den zu versorgenden Menschen häufiger zu einem Gefühl von mehr Sicherheit. Durch diese Maßnahmen als auch durch weitere Veränderungen im Versorgungsprozess wird von Pflegenden zudem angegeben, dass sie wahrnehmen, dass Patientinnen und Patienten, Nutzerinnen und Nutzer sowie Angehörige ruhiger, entspannter und zufriedener wirken. Auch gibt es aufgrund von quantitativen Datenauswertungen und verschiedenen Einschätzungen vermehrt Hinweise darauf, dass es durch Angebote persönlicher Begleitung und Beratung weniger zu ungeplanten Patientenaufnahmen gekommen ist sowie aufgrund von Wundvisiten in der Verantwortung von AQP weniger Dekubiti aufgetreten sind.

4.7 Die Corona-Pandemie und ihr Einfluss

Als unvorhersehbare Rahmenbedingung nahm der Ausbruch der Corona-Pandemie ab März 2020 großen Einfluss auf die Einrichtungen, zum einen als Versorgungseinrichtungen im Gesundheitswesen, zum anderen als Projekteinrichtungen im Förderprogramm 360° Pflege. Die Pandemie zusammen mit den Maßnahmen zu ihrer Eindämmung erstreckten sich insgesamt auf mehr als zwei Drittel der Projektlaufzeit. Insgesamt wurde die zweite und dritte Pandemie-Welle von den meisten Projekteinrichtungen als am schwerwiegendsten erlebt. Eine gewisse Entspannung trat nur kurzzeitig zwischen der ersten und zweiten Welle sowie dann wieder nach der dritten Welle ein.

Die Corona-Pandemie führte in der akutstationären Versorgung zur höheren Auslastung und Belastung der intensivpflegerischen Bereiche, zum vorsorglichen Freihalten von Kapazitäten und zur Schließung von Stationen sowie zu Verschiebungen bzw. zum zeitweisen Stopp elektiver Patientenaufnahmen und Operationen. Pflegepersonal wurde geschult und vorbereitet auf den Einsatz in der Intensivpflege. Im Bereich der psychiatrischen Versorgung kam es zu einer drastischen Verringerung von ambulanten Therapiemaßnahmen und -angeboten sowie von Gruppenangeboten mit der Folge der Zunahme von krisenhafteren Verläufen bei den Patientinnen und Patienten in der stationären Versorgung. Auch in der Rehabilitation zeigte sich aufgrund dieser und weiterer Maßnahmen eine veränderte Nachfrage von Gesundheitsleistungen und damit eine Reduzierung von Patientenaufnahmen sowie Verschiebung von Leistungen.

In der stationären Langzeitpflege waren ebenfalls erhebliche Auswirkungen zu spüren, die insbesondere mit den Hygienemaßnahmen sowie der präventiven Abschottung vieler Einrichtungen und den damit zusammenhängenden Kontakt- und Besuchseinschränkungen einhergingen. Angebote und Maßnahmen zur Teilhabeförderung und Partizipation der Bewohnerschaft wurden zum großen Teil drastisch zurückgefahren. Dennoch wurden in einigen Einrichtungen in ganz Deutschland Corona-Ausbrüche unter den Bewohnerinnen und Bewohnern sowie damit zusammenhängende, zum Teil auch erhöhte Sterberaten verzeichnet. Aus den Einrichtungen wurde vermehrt über die Folgen dieser psychischen Belastungen für die Bewohnerschaft und wegen der zunehmenden Vereinsamung berichtet. Dies war auch eine der besonderen Herausforderungen im ambulanten Versorgungsbereich, zumal es zeitweise auch einen Aufnahmestopp in die stationären Einrichtungen gab.

Die zuvor genannten Auswirkungen der Pandemie auf die Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen hatten folglich auch Auswirkungen auf die einzelnen Projektumsetzungen. Die Projekteinrichtungen standen wie alle anderen Einrichtungen der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung vor den Herausforderungen der Entwicklung und Umsetzung besonderer Hygienekonzepte, mit Schutzbekleidungen, Kontakteinschränkungen und Besuchsverboten und der Einrichtung spezifischer Versorgungsbereiche für infizierte und erkrankte Menschen. Dabei wurden die Projekteinrichtungen von der Corona-Pandemie unterschiedlich stark betroffen.

Auch durch die Besuchsverbote, weitere Maßnahmen zur Wahrung des Infektionsschutzes von Pflegebedürftigen und Mitarbeitenden, sowie der Schließung von Stationen oder Aufbau von Corona-Stationen, unter denen sich auch Projektstationen befanden, kam es zu zeitlichen Verschiebungen

oder Anpassungen von geplanten Projektmaßnahmen und Zielen sowie konnten bestimmte Maßnahmen im Rahmen der Projektlaufzeit nicht mehr realisiert werden. So konnten in allen Projekteinrichtungen u.a. Projekt- und Arbeitsgruppentreffen, Begleitungen der AQP und der Teams vor Ort als auch in Workshops, Coachings oder Schulungen nicht wie geplant stattfinden, sind ausgefallen, wurden teilweise mehrfach verschoben oder in anderer Form umgesetzt. Teilweise wurde im Verlauf auf Telefonkontakte oder virtuelle Alternativen ausgewichen, die Teilnehmergröße von Gruppentreffen reduziert oder es wurde versucht, größere Räume zu organisieren, um die Treffen oder den Austausch unter Infektionsschutzvorgaben ermöglichen zu können.

In einer Projekteinrichtung kam es in der zweiten Welle aufgrund eines massiven Corona-Ausbruchs beim Personal in der Einrichtung nahezu zum kompletten Erliegen der Patientenversorgung vor Ort. Die Bewältigung der Krisenzeiten hatte dabei stets oberste Priorität, Projektangelegenheiten wurden dann zurückgestellt. Die bereits vor der Krise in einigen Projekteinrichtungen bestehende angespannte Personalsituation verschärfte sich weiter. Das akademisch qualifizierte Pflegefachpersonal als auch Einrichtungsleitungen und Stationsleitungen wurden vermehrt oder gänzlich in der Krisenbewältigung, in die Ausarbeitung von Konzepten sowie in der Patienten- und Bewohnerversorgung benötigt und eingesetzt.

Auch konnten in Projekten geplante Maßnahmen außerhalb der Einrichtung erst zu einem späteren Zeitpunkt realisiert werden oder fanden zwischenzeitlich in Form von telefonischen Kontakten und ambulanten Treffen innerhalb der Einrichtung statt. Aufgrund der verschiedenen Auswirkungen sind Projekte zudem später als geplant in die Implementierungsphase oder die Evaluation eingestiegen, haben Ziele und Maßnahmen angepasst, den Umfang der Projektaktivitäten verringert und Einsatzorte verändert. So konnten z.B. angestrebte Fallzahlen in der Evaluation nicht erreicht werden oder der Vergleich bestimmter Patientendaten vor und nach der Implementierung des erweiterten Qualifikationsmixes erwiesen sich nicht mehr als aussagekräftig oder wurden auf den Zeitraum nach der offiziellen Beendigung der Projektlaufzeit verschoben. In einem Projekt wurde der Fokus aufgrund weiterer ungünstiger Rahmenbedingungen im Verlauf gänzlich auf eine Anpassung und Weiterentwicklung der Konzeptionierung gelenkt.

Es kam in allen Projekteinrichtungen zu Unterbrechungen, Verzögerungen und Modifikationen und es wurde mithin überlegt, Projekte ganz zu beenden. Aufgrund der Bedeutung, die dem Thema von den Projektbeteiligten zugemessen wird, der Rahmenbedingung und der gegenseitigen Unterstützung im Förderprogramm sowie der durch die Robert Bosch Stiftung eingeräumten Möglichkeit zur Projektlaufzeitverlängerung, sind schlussendlich alle Projekteinrichtungen im Förderprogramm verblieben und haben die Umsetzungen fortgesetzt und zu Ende geführt. Im Zuge dessen wurden Laufzeitverlängerungen für die Projekteinrichtungen bis Ende 2021 vereinbart. Die Begleitreflexion lief noch bis Ende März 2022.

Trotz aller genannten belastenden Auswirkungen der Pandemie und Einschränkungen in Bezug auf die Projektumsetzung wurden von den Projekteinrichtungen auch Chancen und Potenziale in der Krise gesehen. Zum einen wurde der Einsatz digitaler Möglichkeiten zur Kommunikation innerhalb der Einrichtung aber auch im Rahmen von ambulanten Therapien deutlich vorangetrieben. Ebenso wurde einrichtungsintern deutlich, wie hilfreich akademisch qualifiziertes Pflegepersonal auch in

Bezug auf eine aktuelle und evidenzbasierte Aufklärungsarbeit und Unterstützung von Pflegenden, Patientinnen und Patienten sowie Bewohnerinnen und Bewohner im Umgang mit COVID-19 und der Umsetzung von Krisenplänen sein kann. Denn fast überall waren die Entwicklung und Umsetzung der Krisenpläne Aufgabe von Pflegenden. Die zentrale Rolle der Pflegenden in der Bewältigung der Corona-Pandemie und ihrer Auswirkungen wurde auch interprofessionell wahrgenommen. So fühlten sich pflegerische und interdisziplinäre Teams durch die gemeinsame Bewältigung der Krise gestärkt.

4.8 Förderliche und hemmende Bedingungen

Die Fragen nach förderlichen und hemmenden Bedingungen werden immer dann gestellt, wenn Veränderungsprozesse und Innovationen vorangetrieben werden müssen. Sowohl allgemeine als auch vorhabenspezifische Bedingungen können Einfluss auf den Erfolg oder Misserfolg in Projekten nehmen. Ein und derselbe Faktor kann dabei sowohl hemmende als auch förderliche Wirkungen entfalten, je nachdem ob und wie einflussreich er vorhanden ist oder nicht und wie er sich kontextuell auswirkt. Um Doppelungen in der Darlegung zu vermeiden, werden die Bedingungen im Folgenden so beschrieben, wie sie sich im Wesentlichen in den Projekteinrichtungen auf die Strukturen und Prozesse ausgewirkt haben, also eher förderlich oder eher hemmend.

In den Projekteinrichtungen lagen schon zuvor allgemeine Erkenntnisse und Erfahrungen zu Zusammenhängen von positiven oder negativen Einflussfaktoren vor. Für den Umgang damit, aber besonders in der Auseinandersetzung mit den projektspezifischen Treibern und Barrieren, hat sich der Austausch der Projekteinrichtungen untereinander und in der wissenschaftlichen Begleitreflexion als sehr hilfreich erwiesen.

4.8.1 Förderliche Bedingungen

Allgemein bekannte Prinzipien des erfolgreichen Leitens und Führens in Organisationen, wie klare Leitvorstellungen und Ziele, Wertschätzung des Personals, gelingende Kommunikation, Partizipation der Mitarbeiterschaft sowie Klarheit und Transparenz stellen auch in Projekten zur Implementierung eines erweiterten Qualifikationsmixes förderliche Rahmenbedingungen dar. Angesichts der Tatsache, dass die Einführung des erweiterten Qualifikationsmixes viele organisatorische und personelle Aspekte berührt und verändert, sind Kenntnisse und Erfahrungen zu förderlichen Rahmenbedingungen und flankierenden Maßnahmen wertvoll und sollten gezielt genutzt werden, um mit einem atmosphärisch und ressourcenbezogen gut und positiv gestalteten Umfeld die jeweiligen Projektziele besser erreichen zu können.

Entscheidend ist dabei auch, ob es bereits eine Kultur des Wandels in einer Organisation gibt, die auf gegenseitiges Vertrauen aufbauen kann, d.h., ob es beispielsweise in der Vergangenheit bereits erfolgreich umgesetzte Großprojekte insbesondere mit Blick auf die Pflege gegeben hat, oder nicht. Denn mit dem Wagnis des Wandels geht nicht selten ein Verlust an Gewohntem und an Routinen einher, bei dem sich Verantwortliche und Mitarbeiterschaft aufeinander verlassen können müssen. Liegen diese positiven Erfahrungen vor, ist es in der Regel einfacher, als wenn sie erst geschaffen

werden müssen. Grundsätzlich aber hängt der Erfolg aller Vorhaben immer wieder aufs Neue vom Grad einer vorhandenen und gepflegten Vertrauenskultur ab.

Zum gelingenden Führen und Leiten in Organisationen gehört ein authentischer und auf Transformation abzielender Führungsstil, mit dem es auch unter besonderen Herausforderungen und in schwierigen Situationen gelingt, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gegenüber Wertschätzung auszudrücken. Gerade bei der Implementierung des erweiterten Qualifikationsmixes mit Blick auf neue Kolleginnen und Kollegen mit akademischer Qualifikation droht die Gefahr einer schleichenden Entwertung bisheriger beruflicher Rollen und persönlichen Engagements. In den Projekten haben sich transformationale Führungsstile bewährt. Vorbehalte, Sorgen und Ängste in den vorhandenen Teams wurden angesprochen und Unsicherheiten der AQP sowie von Pflegefachpersonen mit neuen erweiterten Aufgaben in den Blick genommen und bearbeitet. In einem angemessenen Mix aus offenen und vertrauensvollen Gesprächen ist es den Verantwortlichen immer wieder gelungen, den unterschiedlichen Akteurinnen und Akteuren mit ihren Positionen und Ansichten jeweils Wertschätzung entgegenzubringen.

In den Projekteinrichtungen hat sich ferner bestätigt, dass sich frühzeitige und adressatenbezogene Kommunikationsangebote zum Vorhaben, zu den Zielen und Maßnahmen sowie zu den angestrebten Veränderungen im Team als sehr förderlich erweisen. Je besser der Informationsprozess geplant und umgesetzt wird, desto eher gelingt es, möglichst alle Projektbeteiligten und potenziell Einbezogenen zu erreichen und zeitnah als Unterstützerinnen und Unterstützer zu gewinnen. Zudem hat sich gezeigt, dass Kombinationen verschiedener Kommunikationswege mündlicher und schriftlicher sowie analoger und digitaler Art nachhaltiger wirken. Die Betonung von authentischer Wertschätzung und proaktiver Kommunikation erweist sich als starker Treiber für die Integrationsprozesse der AQP in Teams und Organisationen und hat die gegenseitige Akzeptanz gestärkt.

Gut informierte Teams können projektbezogene Anforderungen besser mitgestalten und umsetzen. Insbesondere wenn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Entscheidungen und Weichenstellungen einbezogen werden und an der Ausgestaltung der Konzepte und Umsetzungsschritte partizipieren können, sind sie eher bereit, die notwendigen Änderungen mitzutragen. Als Maßnahmen zur Stärkung der Partizipation wurden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Projekten regelmäßig in Meetings, Arbeitsgruppen und Workshops einbezogen. In Coaching-Sitzungen und Supervisionen wurden auf die Veränderungen vorbereitet sowie Fragen einer gelingenden Partizipation, aber auch Sorgen und Unbehagen reflektiert. Dies alles hatte wiederum den Effekt, dass die Motivation zur Projektumsetzung bei den Projektbeteiligten und in den Teams auch in Zeiten hoher Arbeitsanforderungen nie ganz zum Erliegen kam und auch bei besonderen Widrigkeiten schnell wieder eine kollektive Bereitschaft vorhanden war, gemeinsam die Projektarbeit fortzusetzen und etwaige Barrieren zu überwinden.

Als weitere förderliche Bedingung für das Gelingen der Umsetzung der Projekte zeigen sich Klarheit und Transparenz sowohl in den Grundlagen und Zielen als auch in den anstehenden Maßnahmen und einzelnen Schritten. In den Projekteinrichtungen gehörten dazu zeitnah entwickelte und miteinander vereinbarte, transparente Aufgaben- und Kompetenzzuschreibungen, klar geregelte Ar-

beitszeiten und damit zusammenhängend zeitliche Ressourcen für die Projektarbeit und Übernahme von neuen Aufgaben, die Bekanntheit räumlicher und materieller Gegebenheiten für die Ausführung von projektbezogenen Tätigkeiten, eindeutig nachvollziehbare Veränderungen der Zusammenarbeit wie Zuständigkeiten und Weisungsbefugnis sowie Klarheit zu den neuen Karrierewegen entlang von Karrierematrizen. Zur argumentativen Unterstützung erwiesen sich Ergebnisse aus internationalen Studien, nationale wie internationale Konzepte zu Grade- und Skillmixes sowie die Vorstellung konkreter Aufgabenfelder und Fallvignetten als sehr hilfreich.

Zu den wichtigsten Treibern in den Projektumsetzungen zur Implementierung des erweiterten Qualifikationsmixes zählen aber die persönlichen Erfahrungen der Wirksamkeit und eines spürbaren Mehrwerts der Veränderungsprozesse. Erst mit der konkreten Integration von AQP ins Team, der sicht- und spürbaren Umsetzung von Innovationen und nicht zuletzt dem erlebbaren kollektiven Erfolg der vielfältigen Bemühungen konnten in den Projekteinrichtungen weitere Kräfte freigesetzt und vorhandene Zweifel und Vorbehalte weitgehend ausgeräumt werden. Als spürbarer Mehrwert der Veränderungsprozesse wurden beispielsweise die Zunahme an Austausch und Kooperation in den Versorgungsprozessen in den Teams, der Gewinn an Handlungssicherheit in einzelnen Berufsrollen, die Entlastung bei komplexen Anforderungen und in kritischen Situationen sowie generell Verbesserungen in der Versorgungsqualität wahrgenommen. Auch die von den Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohnern sowie von Nutzerinnen und Nutzern und deren Angehörigen zurückgemeldeten Fortschritte und Zufriedenheiten haben diese Sichtweisen und Haltungen gestärkt.

4.8.2 Hemmende Bedingungen

Welche Erfahrungen und Erkenntnisse wurden im Hinblick auf Hemmnisse und Barrieren im Förderprogramm gesammelt? Abgesehen von den massiven Einflüssen der Corona-Pandemie, die bereits im Kapitel zuvor beschrieben wurden, lassen sich wiederum eine Reihe von Einflussfaktoren bestimmen, die sich zumeist hemmend auf gezielte, organisatorische Wandlungsprozesse auswirken. Dazu gehören wegen ihrer Permanenz in der Berichterstattung schon als klassisch zu bezeichnende Faktoren in der Pflege wie etwa hohe Arbeitsbelastungen, Personalmangel, Personalfluktuation und vergleichsweise hohe Krankenstände, die sich bekanntermaßen nicht selten gegenseitig in ihrer negativen Wirkung verstärken und Motivation und Bereitschaft, zusätzliche Aufgaben im Rahmen von innovativen Projekten zu übernehmen, ausbremsen können. Hinzu können weitere Barrieren auftreten, die dann spezifischer mit den Voraussetzungen und Zielen eines erweiterten Qualifikationsmixes vergemeinschaftet sein können, wie etwa Vorbehalte und Entwertungsängste beim vorhandenen Personal.

Wirken sich gelebte Wertschätzung und gegenseitiges Vertrauen förderlich auf Wandlungsprozesse in Organisationen aus, so liegt es auf der Hand, dass sich in Kulturen der Skepsis oder eines Misstrauens, der Stagnation und Enttäuschungen in der Mitarbeiterschaft kaum eine Organisationsentwicklung vorantreiben lässt. Nur in seltensten Fällen liegen solcherlei auf Vertrauen oder Skepsis gründende Organisationskulturen in Reinform vor. Aufgrund von erheblichen Fluktuationen unter

dem Personal kommt es auch zu einer natürlichen Durchmengung ganz unterschiedlicher, biografisch angesammelter Erfahrungen unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, aber auch bei den Entscheiderinnen und Entscheidern. Kurzum, es ist sinnvoll, in jeder Organisation von beiden Seiten her die Sache anzugehen und stets auch mögliche atmosphärische oder motivationale Barrieren und Hindernisse dieser Art frühzeitig aufzuspüren, zu bearbeiten und im Auge zu behalten.

Diese Erfahrungen wurden auch in den Projekteinrichtungen gemacht. So resultierten wahrgenommene Vorbehalte und abwartende Haltungen bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nicht selten aus negativen Erfahrungen und Enttäuschungen mit vorangegangenen Projekten, die im Sand verliefen, schlecht organisiert waren oder wichtige Ziele nicht erreicht haben und somit von einzelnen als aufwändig, aber sinnlos und mithin auch als ärgerlich bilanziert wurden. Diese Erfahrungen und Stimmungen mussten auch in den Projekteinrichtungen hin und wieder eigens aufgearbeitet werden. Zum anderen wurden aber auch insbesondere zu Beginn Missverständnisse oder auch Überforderungen auf Seiten der AQP und den Pflegefachpersonen mit erweiterten Aufgaben wahrgenommen, wenn es mal nicht so lief, wie geplant, nicht zeitnah benötigte Rahmenbedingungen zur Gewährleistung der Umsetzung geschaffen wurden oder es punktuell an Unterstützung mangelte. Mittels zahlreicher Gespräche und Reflexionen konnten Herausforderungen wie diese in der Einschätzung der Projektbeteiligten frühzeitig erkannt und aufgearbeitet werden und somit verhindert werden, dass sie sich zu höheren und schließlich unüberwindlichen Barrieren aufstauen konnten.

Eine der wesentlichen und bekannten Barrieren bei der Einführung eines erweiterten Qualifikationsmixes sind Vorbehalte und Ängste des in der Praxis erfahrenen und weit überwiegend beruflich ausgebildeten Personals gegenüber akademisch qualifizierten Pflegenden. Die Gründe dafür sind vielfältig und können an dieser Stelle nicht vertieft werden. Sie hängen nicht zuletzt mit fehlenden positiven Erfahrungen zusammen, die einfach nicht gemacht werden konnten, weil es in Deutschland bislang so gut wie keine versorgungsbezogene Akademisierung im pflegerischen Personal gibt. Damit betreten aus der Sicht der Pflegepraxis neue Akteurinnen und Akteure die eigene Bühne mit unbekannten Kompetenzen und Intentionen und lösen damit nachvollziehbare Ängste eines drohenden „Heimatverlustes“ aus, wie Dirk Axmacher dies bereits vor mehr als 30 Jahren treffend beschrieben hat.[28]

In der Mehrheit der Projekteinrichtungen fehlte es zu Beginn ebenfalls an Berührungspunkten, Erfahrungen und Vorstellungen zum praktischen Einsatz von AQP. Zum Teil bestanden auch negative Erfahrungen sowie bedrohliche Vorstellungen zu deren Kompetenzen, Zielen, Absichten und Aufgaben. Die Vorbehalte und Entwertungsängste bestanden in pflegerischen Teams als auch bei anderen Professionen darin, dass sich Kompetenzen überschneiden könnten, eigene Aufgabengebiete beschnitten oder übernommen werden, die eigenen Kompetenzen nicht mehr wertgeschätzt werden oder keinen Nutzen mehr haben, sie Verantwortung und mitunter auch Einflüsse auf Entscheidungen und Vorgänge verlieren. Auf der anderen Seite standen AQP nicht selten im Konflikt mit ihren Doppelrollen zwischen normaler Teammitgliedschaft und besonderer Funktion sowie widersprüchlichen fremden und eigenen Erwartungen. Damit gilt es dem von Anke Gerlach bereits vor Jahren

[28] vgl. Axmacher 1991

beschriebenen „Chamäleon-Effekt“ entgegenzuwirken, in dem AQP aufgrund von bekannten Vorbehalten, Ängsten und Ablehnungen durch beruflich qualifiziertes Personal, die eigenen Kompetenzen nicht entfaltet und Verhalten und Handlungen an vorhandene Routinen und Regeln anpasst.[29] Um dem entgegenzuwirken, erweist es sich als förderlich, bei Einführung des erweiterten Qualifikationsmixes für die AQP und die Teams die Begleitung und Unterstützung durch die Projektverantwortlichen sowie von Leitungspersonen sicherzustellen als auch Angebote zur Unterstützung der Rollenfindung und -stärkung wie Coaching, Supervision und Vernetzungsangebote vorzuhalten.

In den meisten Projekteinrichtungen gelang es, mit Überzeugungsarbeit, Partizipation und Transparenz notwendiges Vertrauen in den Teams zu schaffen und zu gewinnen. An einem Umsetzungsort einer Projekteinrichtung waren die Sorgen und Barrieren jedoch so groß, dass eine andere Organisationseinheit zur weiteren Erprobung und Implementierung ausgewählt und dorthin mit der Projektarbeit gewechselt wurde. Zusätzliche und störende Projektbelastungen bei den Mitarbeitenden im Team zeigten sich ferner, wenn am Umsetzungsort zeitgleich noch weitere Projekte bearbeitet wurden. Derartige Überlagerungen führen schnell zur Überforderung und können sich negativ auf alle Vorhaben gleichermaßen auswirken.

Eine starke Barriere im Vorankommen beim erweiterten Qualifikationsmix zeigte sich in den Projekteinrichtungen in Fluktuationen und Personalwechseln an den Umsetzungsorten. Davon waren sowohl AQP und Pflegefachpersonen mit erweiterten Aufgaben, Projektverantwortliche, Leitungen sowie Anteile von Projektteams betroffen. Eine bestimmte Fluktuation ist in der Pflege üblich, jedoch befördern Veränderungsprozesse mitunter auch den Grad und die zeitlichen Zusammenhänge von Personalwechseln. Dies hat sich im Laufe des Förderprogramms sowohl hemmend als auch förderlich gezeigt, letzteres in einigen Einrichtungen im Zusammenhang mit dem wachsenden Erfolg des Projektes. Während aufgrund von Unsicherheiten und Unzufriedenheiten, aber auch durch Abwerbeaktionen der Konkurrenz, Personal die Projekteinrichtungen verlassen hat, gelang es im Laufe der Zeit in einigen Einrichtungen mehr und mehr Pflegepersonal von außen für die Umsetzung des Qualifikationsmixes und die Schaffung neuer, interdisziplinärer Kooperationsformen zu gewinnen.

Der Weggang von Projektbeteiligten führte stets zu Rückschritten und Schwierigkeiten der Aufrechterhaltung sowie der Kontinuität als auch zu Störungen der Nachhaltigkeit und zum Erfordernis intensiver Kommunikation und Motivation neu gewonnenen Personals. Vor allem hemmend zeigte sich der Verlust von Projektleitungen oder AQP, also zentraler Funktionsträgerinnen und -träger in der Projektumsetzung. In denjenigen Fällen, in denen die einzige AQP die Einrichtung verließ, brauchten die Teams i.d.R. Monate, um diesen Rückschlag wieder aufzuholen. Voraussetzung war jeweils, zeitnah geeignetes Personal für die Übernahme der Vakanz zu finden. Diese Erfahrungen führten zu der Erkenntnis, nicht nur in der Projektlaufzeit, sondern insbesondere im Übergang zu einem späteren Regelbetrieb mit Doppelbesetzungen und Stellensplittungen bei den AQP und weiteren Funktionsträgerinnen und Funktionsträgern zu planen, um solchen Verlusten und Rückschritten präventiv entgegenzuwirken.

[29] vgl. Gerlach 2013

Auch andere Gesundheitsberufe wie etwa die Ärzteschaft sind von Personalfluktuation betroffen. Ein häufiger Wechsel von Ärztinnen und Ärzte, die auch aufgrund von unterschiedlichen Einsatzorten insbesondere in akutstationären Einrichtungen oftmals nur zeitweise an Projekten wie diesen partizipieren konnten, wirkte sich nicht selten als Hemmnis auf die interdisziplinäre Kooperation aus.

Eine weitere wesentliche Barriere stellt der Umstand dar, dass insgesamt zu wenig akademisch qualifiziertes Pflegepersonal für den Einsatz in der Versorgungspraxis zur Verfügung steht. Hier wurde ein echter circulus vitiosus sichtbar, der sich mehrfach hemmend ausgewirkt hat. So fehlen aufgrund der Tatsache, dass bislang nur sehr wenige AQP in der direkten gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung eingesetzt werden, hinreichende Qualifikationsmöglichkeiten an Hochschulen und in Praxiseinrichtungen. Die Nachfrage nach AQP fehlt bislang. Das neue Pflegeberufegesetz hat zwar die Möglichkeit einer primärqualifizierenden hochschulischen Pflegeausbildung neu geschaffen, die fehlenden finanziellen Ausstattungen der Hochschulen und der Praxiseinrichtungen sowie die ebenfalls fehlenden finanziellen Anreize für potenzielle Bewerberinnen und Bewerber, ein Studium aufzunehmen und später in der Praxis verantwortungsvolle Versorgungsaufgaben zu übernehmen, bremsen deren Umsetzung stark aus.[30]

Somit ist erklärbar, dass auch die Projekteinrichtungen bei ihrer Suche nach geeigneten AQP immer wieder Schwierigkeiten hatten, diese zeitig zu finden und auch längerfristig zu binden. Die generelle Zurückhaltung in der zurückliegenden und aktuellen Bundes- und Länderpolitik im Hinblick auf eine Akademisierung der pflegerischen Versorgung und den Ausbau der Hochschulen und Praxisorte zur weiteren Professionalisierung der Pflege, hat sich als eine der größten Barrieren bei der Projektumsetzung gezeigt. Auf den begleitenden Fachsymposien ist diese Thematik wiederholt angesprochen und mit Vertreterinnen und Vertretern der Parteien auch diskutiert und problematisiert sowie Wege in die Zukunft aufgezeigt worden.

Im Zusammenhang mit der bislang hierzulande fehlenden Bereitschaft in Bund und Ländern, die Empfehlungen des Wissenschaftsrates aus 2012 auch im Hinblick auf die Akademisierung der Pflegeberufe konsequent und planvoll anzugehen, stehen auch die Fragen einer auskömmlichen Refinanzierung sowie einer angemessenen tariflich vereinbarten Vergütung der neuen beruflichen Rollen von AQP in der Praxis. Aus der Sicht der Projektbeteiligten war dies ein weiterer, wirkmächtiger und hemmender Faktor nicht nur in der Umsetzung, sondern vor allem im Blick auf eine Verstetigung und Nachhaltigkeit der positiven Entwicklungen während des Förderprogramms. Im Rahmen des Förderzeitraumes konnten die Projektverantwortlichen bei der Umsetzung ihrer Projekte auf die Fördermittel aus dem Programm der Robert Bosch Stiftung zurückgreifen, die sie mit eigenen Mitteln ergänzt haben. Im weiteren Verlauf wurden dann jeweils einrichtungsbezogene Wege gefunden, um die (Re)Finanzierungs- und Vergütungsfragen zumeist jedoch bezogen auf den Status quo und zeitlich befristet zu beantworten. Die Regelfinanzierung und Vergütung des erweiterten Qualifikationsmixes zu einer förderlichen Bedingung zu machen ist daher aus der Sicht der Projektbeteiligten eine conditio sine qua non.

30 vgl. VPU et al. 2022

5. Schlussfolgerungen

Im Folgenden werden die Ergebnisse und Erkenntnisse der wissenschaftlichen Begleitreflexion übergreifend und mit Blick auf die formulierten Ziele und aufgeworfenen Fragen zur Implementierung eines erweiterten Qualifikationsmixes zu Schlussfolgerungen zusammengeführt.

5.1 Größtes Programm zum erweiterten Qualifikationsmix

Das Förderprogramm 360° Pflege ist das wohl umfangreichste Unterfangen zur Erprobung, Entwicklung und Implementierung von akademisch qualifiziertem Pflegepersonal in der Versorgungspraxis in Deutschland! In den deutschlandweit acht teilnehmenden Projekteinrichtungen waren insgesamt 48 Stationen, Wohnbereiche und ambulante Dienste mit mehr als 800 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und mehr als 160 Projektbeteiligten in das Programm eingebunden, haben ihre Konzepte entwickelt, umgesetzt und weiterentwickelt und gemeinsam über Erkenntnisse und Erfahrungen reflektiert. Mehr als 50 akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen, davon rund 40 Bachelorqualifizierte und rund 10 Masterqualifizierte haben als AQP in den Teams und Einrichtungen Innovationen in der pflegerischen Versorgung erprobt und implementiert.

Faktensheet zum Förderprogramm 360° Pflege

Anzahl der Einrichtungen	8
Versorgungssektoren	akutstationär, langzeitstationär, ambulant, Rehabilitationspflege
Anzahl involvierte Stationen/ Wohnbereiche/ ambulante Dienste	48
Anzahl Projektbeteiligte	direkt: > 160 indirekt: > 800
Anzahl eingesetzte AQP in den neuen Rollen	Bachelor: ca. 40 Master: ca. 10
Anzahl involvierter zu versorgender Menschen/ Angehöriger	direkt: > 750 indirekt: > 6.400
Anzahl direkter Kontakte und stattgefundener Interventionen bei den zu versorgenden Menschen und Angehörigen	> 4.000
Anzahl kollegialer Beratungen/ Schulungen/ Fortbildungen etc.	> 850

Tabelle 2: Faktensheet zum Förderprogramm 360° Pflege – Qualifikationsmix für Patient:innen – in der Praxis

Von den erweiterten Qualifikationsmixkonzepten haben allein im Förderprogramm schon mehr als 750 Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner, Nutzerinnen und Nutzer und ihre Angehörigen direkt profitieren können. Sogar mehr als 6.000 gesundheitlich zu versorgende Menschen sind im Laufe der Zeit in den acht Einrichtungen mit den neuen Versorgungskonzepten und neuen Rollen in der Pflege in Berührung gekommen. Zu dieser Verbreitung und Wirkung im Förderprogramm beigetragen haben die insgesamt rund 4.000 direkten Kontakte und Interventionen mit zu versorgenden Menschen und ihren Angehörigen über alle Projekteinrichtungen hinweg. Zudem wurden mehr als 800 kollegiale Beratungen, kürzere Schulungen und Fortbildungen zumeist von AQP für die Teams bzw. für weiteres Fachpersonal durchgeführt. Zahlreiche Konzepte, Protokolle

und Mitschriften dieser Interventionen sind durch die Projekteinrichtungen und die wissenschaftliche Begleitreflexion dokumentiert und ausgewertet worden. Die einzelnen Daten sind im Faktensheet übersichtlich zusammengestellt (s. Tabelle 2).

5.2 Belege zur Verbesserung der Versorgungsqualität

Der Blick in Bezug auf die Wirksamkeit der erweiterten Qualifikationsmixe richtet sich zunächst auf die zu versorgenden Menschen und ihre Angehörigen, denn die Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität in der Pflege ist ein zentrales Ziel. Hier lässt sich festhalten, dass im Förderprogramm vielfältige Daten und Hinweise zusammengetragen wurden, die den Beitrag des erweiterten Qualifikationsmixes und des Einsatzes von AQP zur Sicherung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität eindrucksvoll belegen.

Dazu wurden in den Projekteinrichtungen Interviews, Fragebögen, Fokusgruppeninterviews, teilnehmende Beobachtungen eingesetzt und Routinedaten ausgewertet. Neben Aussagen zur Verweildauer, Entwicklung von Dekubitiraten oder Anzahl von Patientinnen und Patienten mit erfolgreich abgeschlossenen Behandlungen geht es auch um die Zufriedenheit und um Erhebungen zu Veränderungsprozessen im Hinblick auf Wissen, Kompetenzen und Selbsteinschätzungen von Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohnern sowie Nutzerinnen und Nutzern und ihren Angehörigen.

Der im Förderprogramm tausendfach erprobte Einsatz von AQP in der direkten Versorgung zeigt eindeutig, dass Versorgungsprozesse und -abläufe besser systematisiert und strukturiert und vor allen Dingen evidenzbasiert weiterentwickelt werden können. Interventionen, Ablauf- und Dokumentationsprozesse können dadurch optimiert und u.a. neue Assessments und innovative Maßnahmen zur Prävention und entsprechende Maßnahmen in die Versorgungspraxis integriert werden. Die verbesserte Struktur- und Prozessqualität zeigt sich auch in der Weiterentwicklung und Optimierung von Medikamenten- sowie Überleitungs- und Entlassmanagement.

In den übergreifenden Projektergebnissen, den vielfältigen Einschätzungen von Projektbeteiligten und zahlreichen Evaluationsdaten aus den Projekteinrichtungen zeigen sich deutliche Hinweise auf den positiven Einfluss des erweiterten Qualifikationsmix auf die Zufriedenheit von betroffenen Menschen und deren Wahrnehmungen der Versorgungsqualität. Aus allen Projekteinrichtungen wird trotz widriger Rahmenbedingungen ein hoher Grad der Zielerreichung berichtet. Dies wird u.a. daran festgemacht, dass kranke oder pflegebedürftige Menschen ihr Wissen und ihre Fähigkeiten zum langfristigen gesundheitsbezogenen Selbstmanagement und zur Alltagsbewältigung verbessern können. Es liegen hunderte Erfahrungsberichte dazu vor, dass Gesundungsprozesse optimiert, Entlassungen und Übergänge zwischen Versorgungssystemen besser gelingen und Wiedereinweisungen gezielt verhindert werden können.

Insbesondere die fundierten, individuellen Patientenberatungen und -schulungen seitens der AQP und weiterer Pflegefachpersonen mit erweiterten Aufgaben tragen maßgeblich zu einer verbesserten Information und Motivation bei vielen zu versorgenden Menschen und einer veränderten Hal-

tung im Umgang mit ihren Erkrankungen und ihrer Gesundheit bei. Patientinnen und Patienten sowie Angehörige meldeten ihrerseits nicht selten zurück, sich sicherer im Umgang mit den Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit zu fühlen und aufgrund der Beratungen spezifische Skills zum Umgang mit Symptomen und Einschränkungen kennengelernt und erlernt zu haben.

Kranke und pflegebedürftige Menschen erleben zudem Wertschätzung und Zufriedenheit durch die Zuwendung und Zeit, die für sie zusätzlich zur Verfügung steht, und aufgrund von individuellen Maßnahmen, die sie für sich nutzen können. Dieser Wissens- und Kompetenzzuwachs und das Wissen um eine konkrete Ansprechperson führen bei den zu versorgenden Menschen häufig zu einem Gefühl von mehr Sicherheit. Durch diese Maßnahmen als auch durch weitere Veränderungen im Versorgungsprozess wird von Pflegenden zudem angegeben, dass sie wahrnehmen, dass Patientinnen und Patienten, Nutzerinnen und Nutzer sowie Angehörige ruhiger, entspannter und zufriedener wirken. Auch gibt es aufgrund von quantitativen Datenauswertungen und verschiedenen Einschätzungen vermehrt Hinweise darauf, dass es durch Angebote persönlicher Begleitung und Beratung weniger zu ungeplanten Patientenaufnahmen gekommen ist sowie aufgrund von Wundvisiten in der Verantwortung von AQP weniger Dekubiti aufgetreten sind.

5.3 Zwei AQP-Profile für die Zukunft: Pflegefachleitung und -expertise

Obwohl die acht Projekteinrichtungen mit sehr unterschiedlichen Ausgangssituationen zu tun hatten und differenzierte Ansätze und Konzepte zur Entwicklung und Einführung des erweiterten Qualifikationsmixes verfolgt haben, haben sich einrichtungsübergreifend im Kern zwei wesentliche Profile und Funktionen von AQP im erweiterten Qualifikationsmix herausgebildet und bewährt. Sie unterscheiden sich grundsätzlich nach dem Qualifikationsgrad, in Bezug auf die organisationale Einbindung, den Grad der Spezialisierung und der Einbettung in den Qualifikationsmix. Zum einen handelt es sich um das AQP-Profil einer Pflegefachleitung auf Bachelorebene und zum anderen um das AQP-Profil der Pflegeexpertise auf Masterebene (s. Tabelle 3).

	Qualifikation	**Organisationsebene**	**Spezialisierung**	**Qualifikationsmix**	**DQR-Niveau**
Pflegefachleitung	Bachelor	Versorgungseinheit	fachgebietsbreit	integriert	6
Pflegeexpertise	Master	Abteilung/ Institution	versorgungsspezifisch	assoziiert	7

Tabelle 3: AQP-Pflegefachleitungs- und -expertiseprofil

AQP mit Pflegefachleitungsfunktion auf Bachelorniveau sind in Teams auf Stations- oder Wohnbereichsebene oder in ambulanten Diensten im jeweiligen Qualifikationsmix integriert, erweitern diesen und können neben den bereits vorhandenen Stations- und Wohnbereichsleitungen im Leitungsbereich fungieren. Sie sind fachgebietsbreit für alle fachlichen Fragen von pflegerischen Bedarfen in der Patienten- oder Bewohnerschaft ihrer Versorgungseinheit zuständig und fördern die intra- und interprofessionelle Kooperation. Sie tragen mit ihrer wissenschaftsfundierten Qualifikation zur evi-

denzbasierten Pflege in der Praxis bei und sorgen damit auch für die Sicherung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität. Zu konkreten Aufgaben zählen die Auswahl, Durchführung und Evaluation bedarfsgerechter (evidenzbasierter) Interventionen, kollegiale fachliche Beratungen und Schulungen im Team, Patienten- und Angehörigenberatungen und -edukation, Begleitung von Bachelorstudierenden sowie Aufgaben in der intra- und interprofessionellen Zusammenarbeit. Zur Erfüllung des AQP-Profils Pflegefachleitung ist neben einem primärqualifizierenden Bachelorstudium oder einer vergleichbaren Qualifikation auch Berufserfahrung von mindestens zwei Jahren von Vorteil. Die Funktion muss entsprechend vergütet und von Kostenträgern refinanziert werden (s. Abbildung 4).

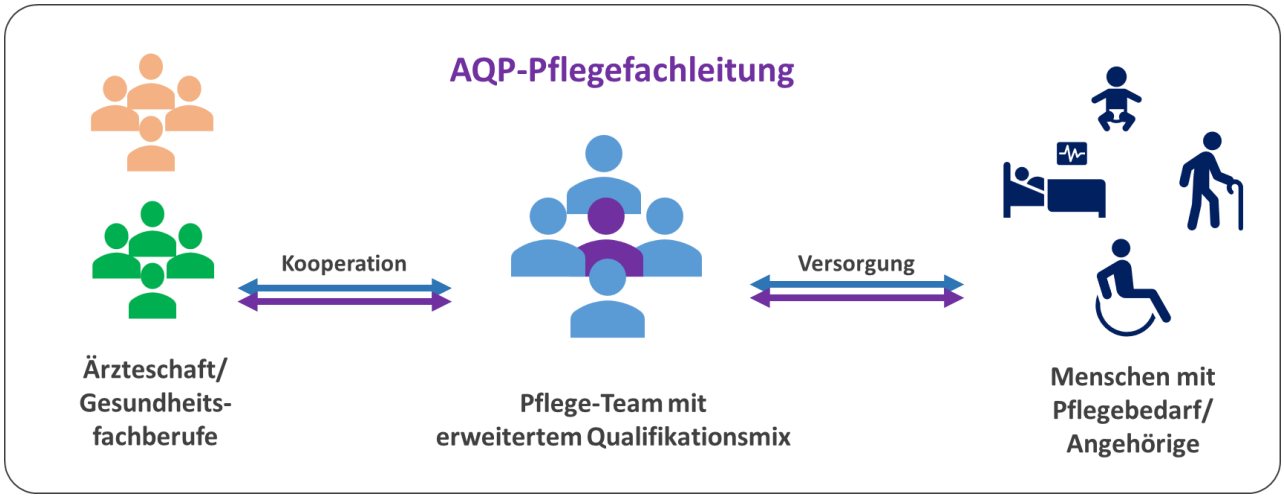


Abbildung 4: AQP-Profil Pflegefachleitung im erweiterten Qualifikationsmix

AQP als Pflegeexpertinnen und -experten auf Masterniveau entsprechen den international verbreiteten APN-Rollen. Sie sind je nach Einrichtungsart und Versorgungssektor auf Abteilungs- oder Einrichtungsebene tätig. Da sie nicht selten mit mehreren Teams übergreifend zusammenarbeiten, erweitern sie vorhandene Qualifikationsmixe assoziativ. Das heißt, dass eine solche Pflegespezialistin bzw. ein solcher -spezialist zumeist konsiliarisch tätig wird. Dies bedeutet, sie bzw. er wird von pflegerischen Teams oder auch anderen Professionen punktuell bei der Versorgung in besonderen Situationen oder von spezifischen Fällen hinzugezogen. Sie sind in ihrem Arbeitsbereich hinsichtlich ihrer Expertise für alle Fragen hochkomplexer pflegerischer Bedarfe der Patienten- und Bewohnerschaft zu speziellen Versorgungsherausforderungen körperlicher, psychischer und psychosozialer Art wie etwa bei Demenz, Delir, psychischen Krisen, Schmerzen, Wunden etc. zuständig. Damit nehmen sie auch abteilungs- oder einrichtungsbezogene fachliche Leitungsaufgaben im Kontext ihrer Expertise wahr.

Im Gegensatz zum AQP-Profil Pflegefachleitung sind die Einsatzorte, der Umfang an Maßnahmen, die Zielgruppen und Schnittstellen im AQP-Profil Pflegeexpertin und -experte zumeist spezifischer und komplexer. Zudem zählen zu den Aufgaben mitunter auch die Beratung und Unterstützung von Pflegefachleitungen sowie generell von Pflegenden in neu geschaffenen Rollen bzw. Aufgaben. Sie tragen mit ihrer wissenschaftsfundierten Qualifikation zur evidenzbasierten Pflege in der Praxis bei und sorgen damit ebenfalls für die Sicherung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität. Dazu

gehören auch die einrichtungsbezogene Implementierung und Umsetzung von fachlichen Leitlinien und Standards sowie von evidenzbasierten Konzepten und Verfahren ebenso wie die Initiierung und Durchführung von oder entsprechende Beteiligung an Studien und Projekten. Zur Erfüllung des AQP-Profils Pflegeexpertise ist aufbauend auf einem Bachelorabschluss ein Masterstudium oder eine vergleichbare Qualifikation sowie Berufserfahrung zur Spezialisierung von mindestens zwei Jahren erforderlich. Die Funktion der Pflegeexpertise muss entsprechend vergütet und von Kostenträgern refinanziert werden (s. Abbildung 5).

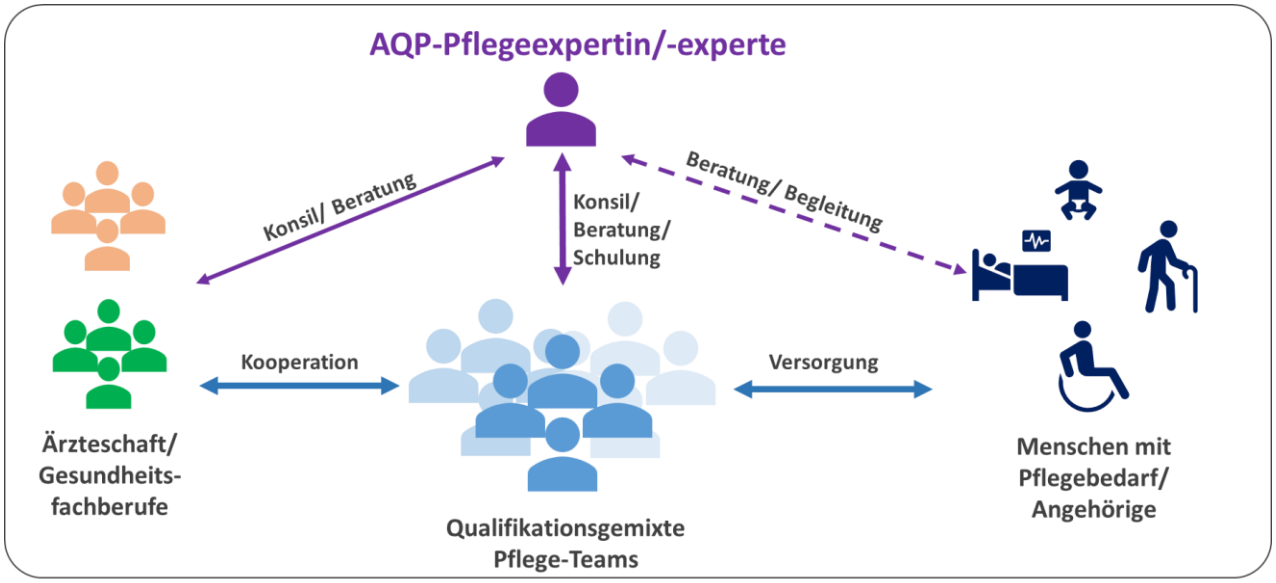


Abbildung 5: AQP-Profil Pflegeexpertin und -experte

Zur Ausübung beider AQP-Profile in den verschiedenen Einrichtungen und Sektoren bedarf es besonderer Rahmen- und Arbeitsbedingungen wie Arbeitszeitregelungen und Zuständigkeiten, Büro- und Besprechungsräume, Internet- und Datenbankzugriffsmöglichkeiten sowie einer angemessenen Ausstattung, wie z.B. digitaler Endgeräte oder bei Außendiensteinsätzen auch eines Dienstfahrzeugs.

Beide Profile können in Einrichtungen unabhängig voneinander eingesetzt werden, greifen mit ihren Profilen aber auch sehr gut zur erweiterten pflegerischen Versorgungspraxis ineinander und sind international anschlussfähig. Eine Kanonisierung von pflegerischen Fachgebieten und Expertisen für die Profile sowie eine Ausdifferenzierung von entsprechenden Pflegestudiengängen – ähnlich wie die etablierten Fachweiterbildungen in der Pflege – hat in Deutschland aufgrund der beschriebenen Defizite noch nicht stattgefunden. Daher werden die konkreten Aufgaben- und Einsatzbereiche von Pflegefachleitungen sowie Pflegeexpertinnen und -experten noch überwiegend von den Einrichtungen selbst bestimmt. Je nach Größe, Auftrag und Spezialisierung von Versorgungseinrichtungen können die beschriebenen AQP-Profile daher auch organisatorisch oder bezogen auf die Aufgaben noch ineinander übergehen (s. Abbildung 6).

Zukünftig ist davon auszugehen, dass diese Entwicklungen eng verknüpft werden mit der sukzessiv wachsenden Ausübung von eigenständiger Heilkunde durch Pflegefachpersonal gemäß der anstehenden Umsetzung von Modellprojekten nach § 64 d SGB V in den Bundesländern. Denn mit der

weiteren Professionalisierung der Pflege gehen Erwartungen nach mehr eigenständiger Leistungserbringung und Versorgungsaufträgen von Pflegefachpersonal einher.



Abbildung 6: Modell der erweiterten pflegerischen Versorgungspraxis mit AQP-Profilen

5.4 Neue Karrierewege in der pflegerischen Versorgungspraxis

Ein erweiterter Qualifikationsmix kann echte, neue Karrierewege in der Pflege schaffen, und zwar in der direkten Versorgung von kranken und pflegebedürftigen Menschen! Neue Aufgaben, größere Verantwortung, zunehmende Entscheidungsfreiheit und mehr Einflussnahme auf Versorgungs- und Organisationsprozesse setzen eine wissenschaftsfundierte Qualifikation voraus, erfordern angemessene Arbeitsbedingungen und eine deutlich höhere Vergütung. Mit einer systematischen Implementierung des erweiterten Qualifikationsmixes und einer Aufnahme von AQP-Profilen in die Stellenprofile von Einrichtungen und ambulanten Diensten können neue berufliche Perspektiven in der Pflege aufgezeigt, Anreize für eine berufliche Weiterentwicklung und Karriere gesetzt und damit die Attraktivität der Pflege nachhaltig gesteigert werden. Eindrucksvoll wurde zum Ende des Förderprogramms dabei sichtbar, dass eine solche klare organisatorische Entscheidung für die Implementierung eines erweiterten Qualifikationsmixes die Wettbewerbssituation von Einrichtungen am Pflegearbeitsmarkt schnell und eindrücklich verbessern kann.

An dieser Stelle muss aber auch klar benannt werden, dass eine solche versorgungsorientierte Karriere in der Pflege als AQP-Pflegefachleitung oder AQP-Pflegeexpertin bzw. -experte einer angemessenen Abbildung in den Tarifsystemen, einer Refinanzierung durch die Kostenträger und einer spürbaren Aufwertung der Akademisierung der Pflege von Bund und Ländern und damit auch der entsprechenden normativen Grundlagen seitens der Tarifparteien und Gesetzgeber bedarf. Bis zur Verwirklichung derartiger Normen sind Einrichtungen weitgehend auf eigene, kreative und in aller Regel auf zeitlich befristete Lösungen angewiesen. Das Förderprogramm 360° Pflege und die Projekteinrichtungen haben hier jedoch ermutigenden Beispiele und gangbare Wege aufgezeigt.

Mit neuen Karrierewegen in der Pflege hängen weitere Maßnahmen der Personalentwicklung in den Einrichtungen zusammen. Neben den innovativen Profilen für Bachelor- und Masterqualifizierte mit unterschiedlicher Berufserfahrung in der Versorgungspraxis werden nicht selten auch bestehende Rollenprofile für Pflegefachpersonen mit und ohne Fachweiterbildung weiterentwickelt. Zur Besetzung neu geschaffener Stellen wird gerne auch auf geeignetes und vorhandenes Personal zurückgegriffen, für das sich damit auch neue Karrierechancen und bildungsbezogene Durchlässigkeiten ergeben. Auch bestehende oder neue Kooperationen mit Hochschulen in Bezug auf ausbildungsintegrierende und -begleitende oder berufsbegleitende akademische Qualifikationen und den Einsatz von AQP in der Versorgung werden weiterentwickelt oder neu angebahnt. Vor diesem Hintergrund sind betriebliche Stipendien- und Traineeprogramme sehr sinnvoll.

5.5 Wachsende Akzeptanz von AQP in der Versorgungspraxis

Im Ergebnis ist deutlich geworden, dass der erweiterte Qualifikationsmix und die AQP mit ihren Profilen, Aufgaben, Kompetenzen sowie den angestoßenen Veränderungen in den Versorgungsprozessen eine stetig wachsende Akzeptanz in den Teams und Organisationen, aber auch seitens der Patientinnen und Patienten sowie pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen erfahren. Je länger sie vor Ort Beiträge leisten, desto häufiger werden sie von Kolleginnen und Kollegen auch anderer Berufsgruppen gezielt angefragt und in ihren neuen Rollen bestätigt. Die Arbeit und Einbindung von AQP in die Versorgungspraxis wird sukzessive vor dem Hintergrund persönlicher Erfahrungen immer selbstverständlicher.

Angesichts von bislang eklatant geringen Quoten akademisch qualifizierten Pflegepersonals in der direkten gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in Deutschland ist die Frage nach ihrer Akzeptanz in der Praxis gleichermaßen nachzuvollziehen wie auch ihre positive Beantwortung von zentraler Bedeutung. Nur wenn es sukzessive und nachhaltig gelingt, die Berufsangehörigen der Pflegeberufe, die Patientinnen und Patienten, die Bewohnerinnen und Bewohner der stationären Langzeitpflege, die Nutzerinnen und Nutzer ambulanter Pflegedienste und ihre Angehörigen von der Notwendigkeit und vom Mehrwert eines erweiterten Qualifikationsmixes zu überzeugen und Vorbehalte, Ängste und Sorgen um den Verlust von Aufgaben und Wertschätzung in den bisherigen Teams zu nehmen, können die hier aufgegriffenen und weiterentwickelten Ansätze in der Praxis der Zukunft greifen. In diesem Spannungsfeld und mit diesen Herausforderungen sind die Projekteinrichtungen im Förderprogramm 360° Pflege angetreten.

Die Ergebnisse belegen in beeindruckender Weise, dass dort, wo im erweiterten Qualifikationsmix edukative und begleitende Angebote für kranke und pflegebedürftige Menschen und deren Angehörigen implementiert werden, die Angebote gut angenommen und die Stelleninhaberinnen und -inhaber schnell akzeptiert werden. Die AQP wird dabei als neue und verbindliche Ansprechpartnerin bzw. Ansprechpartner wahrgenommen, geschätzt und zusehends auch aktiv kontaktiert. In der Wechselwirkung verstärken sich die Akzeptanzprozesse in der Versorgung und im Team. Der Mehrwert in Bezug auf die zu versorgenden Menschen zeigt sich auch in der Einschätzung, dass sich darüber die Versorgungsqualität verbessert sowie die Zufriedenheit der zu versorgenden Menschen und ihrer Angehörigen wächst. Zum anderen wird ein Mehrwert und Entlastung in den Teams in der

erlebten Handlungssicherheit durch die Ansprechbarkeit und Hinzuziehung der AQP zu bestimmten Versorgungsaspekten, der Sensibilisierung, Wissenserweiterung und Entwicklung von Handlungskompetenzen durch Schulungen, Anleitungen sowie Fortbildungen und strukturiertere Arbeitsprozesse gesehen. Selbst dort, wo anfänglich große Skepsis und Sorgen in Teams besteht, können diese interdependenten Entwicklungen zu Änderungen der Auffassungen und für tragfähige Akzeptanzprozesse sorgen.

Zur Förderung des Akzeptanzprozesses hat sich eine vorbereitende und begleitende Informations- und Überzeugungsarbeit genauso bewährt wie der frühzeitige und kontinuierliche Einbezug und die Partizipation der entsprechenden Versorgungseinheiten und Teams in die Veränderungsprozesse. Begleitend entfalten Angebote wie Coaching und Supervision in der Aufgaben- und Rollenfindung für die AQP sowie für die Teambuilding-Prozesse eine unterstützende und förderliche Wirkung. Auf diese Art und Weise können neben Bedarfen und Wünschen auch die Sorgen, Ängste und Widerstände wahrgenommen werden und gemeinsam bearbeitet werden.

5.6 Gelingende intra- und interprofessionelle Kooperationen

Eine konsequente und nachhaltige Implementierung des erweiterten Qualifikationsmixes fördert einrichtungs- und sektorenunabhängig die Prozesse der Partizipation, der Transparenz und der Akzeptanz in der intra- und interprofessionellen Versorgung und damit auch das Teambuilding und Teamworking. In den Projekteinrichtungen ändert sich die intraprofessionelle Zusammenarbeit insofern, als dass neue Akteurinnen und Akteure, weitere Aufgaben sowie Kompetenzen hinzukommen und weitere Strukturen und Möglichkeiten des intraprofessionellen Austauschs über Ziele, Aufgaben und Kooperationen entstehen. Klinische und ethische Fallbesprechungen finden häufiger auch zwischen Pflegenden statt. Des Weiteren werden mit dem Einsatz von AQP neue kollegiale Informations- und Schulungsangebote sowie neue Formen von Fortbildungen in den Teams auch hinsichtlich einer stärker evidenzbasierten Pflegepraxis selbstverständlicher.

Mit einem erweiterten Qualifikationsmix geht nicht selten eine neue Kultur des Miteinanders und der Kooperation einher. Gerade im Hinblick auf die zunehmende Komplexität der Versorgung wird mitunter auch die Ressource bestehender Fachkompetenzen hinsichtlich einer Zusammenarbeit in der direkten Versorgung nun systematischer genutzt. Solcherlei angestrebte Veränderungen in der intraprofessionellen Kooperation setzen nicht nur die Bereitschaft zum gemeinsamen Lernen und Verändern, sondern auch Kontinuitäten in den Veränderungsprozessen und -beteiligungen voraus, verstärken diese aber zugleich. Förderlich sind dabei relativ stabil besetzte Teams. Ein hoher Anteil an Personal aus Leasingfirmen sowie andere Faktoren von Personalfluktuationen wie längere Krankheitsphasen oder Arbeitsplatzwechsel erschweren die Verankerung der neuen Maßnahmen und Strukturen und behindern den angestrebten Organisationswandel in den Einrichtungen.

Ähnliches gilt für die interprofessionelle Kooperation. AQP werden explizit in Versorgungsprozessen für bestimmte Patienten- und Bewohnergruppen oder komplexe Fälle als Schnittstelle zu und Koordination zwischen den verschiedenen pflegerischen, ärztlichen und therapeutischen Professionen eingebunden. Dazu tragen auch neue Strukturen und Prozesse in der Zusammenarbeit im erweiter-

ten Qualifikationsmix mit anderen Professionen maßgeblich bei, wie etwa interdisziplinäre Fallbesprechungen in Verantwortung und Moderation durch eine AQP, modifizierte interdisziplinäre Visiten, professionsübergreifende Fortbildungsangebote und pflegerische Konsiliarsysteme. Diese und weitere Erfahrungen in der täglichen Zusammenarbeit tragen maßgeblich zu einem neuen Verständnis der Pflegeberufe durch Berufsangehörige anderer Professionen bei. Auch werden Entlastungen wahrgenommen, dort wo durch AQP Prozesse in der Zusammenarbeit neu koordiniert werden. Aufgrund der stärker ausgeprägten, wissenschaftsbasierten Kommunikationsfähigkeit und evidenzbasierter Begründungs- und Handlungskompetenzen der AQP können pflegerische Beiträge im interprofessionellen Versorgungsprozess klarer und überzeugender argumentiert werden.

5.7 Organisationen in Entwicklung und im Wandel

Das Förderprogramm 360° Pflege hat in vielerlei Hinsicht verdeutlicht, dass die Implementierung eines erweiterten Qualifikationsmixes nicht nur eine bestimmte, förderliche Organisationskultur voraussetzt, sondern zu einem umfassenden und zumeist unumkehrbaren Organisationswandel beitragen kann. Denn die Entscheidung dazu sowie deren Auswirkungen betrifft stets die gesamte Organisation und setzt Erfahrungen und Vertrauen genauso wie die Bereitschaft zu strukturellen und prozessualen Veränderungen auf allen Ebenen des Unternehmens voraus. Und die Wirkungen des erfolgreich eingeführten erweiterten Qualifikationsmixes verfestigen sich ebenfalls auf vielen organisationalen Ebenen und nicht nur in den beteiligten Teams selbst.

Der umfassende Organisationswandel hat auch etwas mit dem Umgang und der Wertschätzung der Pflege im Unternehmen zu tun und steht damit in engem Zusammenhang mit der jeweiligen Führungskultur. So werden die finanzielle Förderung und intensive Projektbegleitung der pflegerischen Teams im Förderprogramm 360° Pflege als Wertschätzung der Berufsgruppe und als Chance gesehen, die Professionalisierung der Pflege mit ihren vielfältigen Wirkungen voranzubringen. Als besonders förderlich erweisen sich die Unterstützung und Befürwortung von Seiten der Ebene des mittleren Managements, Personen mit unmittelbarer Dienstplanungsverantwortung und Kontakten zu den Teams sowie durch Personen, die Verantwortung in Bezug auf die Finanzierung und konzeptionelle Ausrichtung in der Einrichtung haben. Ein authentischer und transformationaler Führungsstil der Unternehmensleitungen unterstützt diese Schritte im Organisationswandel.

5.8 Wesentliche Treiber und Barrieren im Qualifikationsmixgeschehen

Die gelingende Umsetzung eines umfänglichen Vorhabens wie die Implementierung des erweiterten Qualifikationsmixes erfordert auf nahezu allen organisationalen und personellen Ebenen in den Versorgungseinrichtungen eine frühzeitige, konsequente und nachhaltige Berücksichtigung von förderlichen, aber auch von hemmenden Bedingungen. Dazu zählen allgemeine Treiber, die zum Erfolg innovativer Vorhaben stets notwendig sind und unterstützend wirken. Hinzukommen spezifische Treiber, die eher projektimmanent sind und daher eigens beachtet werden müssen. Ebenso sind allgemeine wie spezielle Barrieren in den Blick zu nehmen, die einen Erfolg bedrohen und sogar zum Scheitern führen können.

Einfach gesagt sind Prinzipien des erfolgreichen Leitens und Führens in Organisationen in aller Regel auch allgemeine Treiber bei innovativen Vorhaben. Dazu gehören transparente und verbindliche Leitvorstellungen und Ziele, Begleitung und Unterstützung, Wertschätzung des Personals, gelingende Kommunikation, Partizipation der Mitarbeiterschaft sowie ein vorherrschendes Klima des gegenseitigen Vertrauens. In den Projekten haben sich dabei die transformationalen Führungsstile bewährt. Die Betonung von authentischer Wertschätzung und proaktiver Kommunikation sowie adressatengerechter, vielfältiger Information erweist sich als starker Treiber für die Integrationsprozesse der AQP in Teams und Organisationen und hat die gegenseitige Akzeptanz gestärkt. Ebenso zeigt sich die zeitnahe Herstellung von Transparenz und Klarheit zu den Aufgaben- und Kompetenzzuschreibungen, den Arbeitszeiten und damit zusammenhängenden zeitlichen Ressourcen für die Übernahme von neuen Aufgaben, zu materiellen und räumlichen Gegebenheiten, Veränderungen der Zusammenarbeit wie Zuständigkeiten und Weisungsbefugnis sowie neuen Karrierewegen als besonders bedeutsam. Zur begleitenden Stabilisierung der Organisationen im Wandel haben sich Angebote wie Coaching und Supervision in den Teams als auch für die AQP zur Rollenfindung und -stärkung bewährt, ebenso wie Vernetzungsangebote und Traineeprogramme für AQP.

Als bedeutende spezifische Treiber wirken sich die persönlichen positiven Erfahrungen mit dem Mehrwert und der Wirksamkeit des erweiterten Qualifikationsmixes aus. Dazu gehören die verstärkten Teambuilding-Prozesse, ein Gewinn an Handlungssicherheit, Entlastung bei komplexen Anforderungen sowie Verbesserungen in der Versorgungsqualität. Auch die von den zu versorgenden Menschen und deren Angehörigen zurückgemeldeten Fortschritte und Zufriedenheiten stärken positive Haltungen zum innovativen Geschehen. Letztlich werden diese Eindrücke noch einmal verstärkt, wenn aufgrund der positiven Unternehmensentwicklung das Bewerberpotenzial für offene Stellen wächst und qualitativ besser wird und offene Stellen zeitnah und adäquat wiederbesetzt werden können.

Ohne Zweifel hat sich als eine wesentliche Hürde und Barriere in der Projektumsetzung die Corona-Pandemie und die Maßnahmen ihrer Eindämmung auf die Projekte ausgewirkt. So stark ihre Anforderung an die Einrichtungen und ihre bremsende Wirkung in den Projekten auch war, keines ist daran gescheitert, was zugleich für die Stärke der einrichtungsbezogenen und begleitenden Treiber im Förderprogramm spricht. Ebenfalls können anspruchsvolle Vorhaben, die auch eingeübte Arbeitsabläufe und bewährte Rollen und Routinen in Frage stellen, nur selten in Unternehmenskulturen der vorherrschenden Skepsis und des Misstrauens, der Stagnation und Enttäuschungen gedeihen. Weitere Hemmnisse, die sich im Prinzip auf alle Bemühungen um Innovationen und Reformen zumeist negativ auswirken, sind hohe Arbeitsbelastungen, Personalmangel, Personalfluktuation und vergleichsweise hohe Krankenstände. In Projekten, in denen Qualifikationsprozesse und Rollenprofiländerungen von zentraler Bedeutung sind, wirkt sich eine Personalfluktuation insbesondere unter Verantwortlichen und Leistungsträgerinnen und -trägern mitunter stark bremsend aus.

Einige der größten Barrieren bei der Implementierung akademisch qualifizierten Personals in bestehende Teams sind bekannte Vorbehalte, Entwertungs- und Verlustängste des in der Praxis erfahrenen und weit überwiegend beruflich ausgebildeten Pflegepersonals sowie anderer Professionen. Aber auch AQP können mit den neuen Anforderungen schnell überfordert werden und reagieren

mit Anpassungen. Prinzipien wie „Heimatverlust“ und „Chamäleoneffekt“ werden in der Literatur als Synonyme für derartige Barrieren diskutiert. Ein wesentlicher Grund dafür, dass es in den Einrichtungen an positiven Vorerfahrungen mangelt, liegt auf der Makroebene in den fehlenden förderlichen Rahmenbedingungen und Anreizen für den systematischen Einsatz von AQP in der direkten gesundheitsbezogenen Versorgung und für entsprechend ausgestattete Pflegestudiengänge an Hochschulen und Universitäten. Mit dieser zögerlichen Gesundheits- und Pflegepolitik in Bund und Ländern einher gehen auch noch offene Vergütungs- und Refinanzierungsfragen für AQP in der Praxis.

Die Projekteinrichtungen im Förderprogramm haben dennoch eindrucksvoll aufzeigen können, dass es durch eine Bündelung und gegenseitige Verstärkung von allgemeinen und spezifischen Treibern gelingen kann, alle Hürden und Barrieren für den erweiterten Qualifikationsmix in der Praxis sukzessive zu überwinden, Projektziele zu erreichen und die Veränderungen erfolgreich und wirksam und mit einer guten Perspektive auf Nachhaltigkeit zu implementieren.

6. Handlungsempfehlungen

Um die Versorgung von Menschen, die krank oder pflegebedürftig sind, auch zukünftig flächendeckend und sektorenübergreifend sicherzustellen, braucht es neue Strukturen, Konzepte und Qualifikationen sowie innovative Formen der interdisziplinären Kooperation. Die Pflegeberufe müssen und können dazu neue und erweiterte Aufgaben übernehmen. Ihre weitere Professionalisierung trägt zur steigenden Attraktivität des Berufsfeldes bei und geht mit zukunftsweisenden, praxisorientierten Karrierechancen einher, die bisher noch stark vernachlässigt sind. Dazu bieten sich Konzepte erweiterter Qualifikationsmixe an, mit deren Hilfe es auch in Zukunft gelingen kann, komplexe gesundheitsbezogene Versorgungslagen wissenschaftsfundiert und sicher zu steuern und zu bewältigen.

Im Rahmen des Förderprogramms „360° Pflege – Qualifikationsmix für Patient:innen – in der Praxis“ der Robert Bosch Stiftung wurde die Einführung erweiterter Qualifikationsmixe unter systematischem Einbezug akademisch qualifizierten Pflegepersonals (AQP) gefördert und intensiv analysiert. Der vorliegende Abschlussbericht legt deutlich dar, dass in Form der untersuchten Konzepte wirksame und zukunftsfähige Lösungswege zur Verfügung stehen.

Wir empfehlen daher dringend, dass in den Krankenhäusern, den stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, den Rehakliniken und den Einrichtungen der Primärversorgung konkrete Ziele gesetzt und Maßnahmen eingeleitet werden, um die Chancen und Möglichkeiten der erweiterten pflegerischen Versorgungspraxis zu nutzen.

6.1 Den erweiterten Qualifikationsmix vorbereiten und einführen – eigenständige Heilkundeausübung integrieren

Ein Ziel der nächsten Jahre muss es sein, den erweiterten Qualifikationsmix flächendeckend einzuführen. Die Konzepte, Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem Förderprogramm können und sollen anderen Einrichtungen bei der Vorbereitung und Einführung des erweiterten Qualifikationsmixes als Blaupausen dienen.

Parallel hierzu sollte die eigenständige Heilkundeausübung durch die Pflege aktiv vorangetrieben werden. Ab 2023 stehen in den Bundesländern entsprechende Modellvorhaben nach § 64d SGB V an. In der Folge sollten Pflegefachpersonen bei entsprechender Qualifikation zukünftig in allen Bereichen eigenständig zu verantwortende, erweiterte Kompetenzen in Diagnostik und Therapie bezogen auf die fundierte Ausgestaltung von Pflegeprozessen übernehmen können.

6.2 Interprofessionelle Kooperation neu aufstellen

Verantwortliche, die beabsichtigen, den erweiterten Qualifikationsmix in ihren Einrichtungen einzuführen, sollten zugleich auch die interdisziplinären Kontexte proaktiv einbeziehen und neu aufstellen. Nur so können sich Strukturen und Prozesse der interprofessionellen Kooperation weiterentwickeln sowie die Wahrnehmung und Wertschätzung durch Berufsangehörige anderer Professionen aufgewertet werden.

6.3 AQP-Profile in der Praxis etablieren

Im Rahmen des Förderprogramms sind projektübergreifend zwei klare AQP-Profile für den Einsatz in der Versorgungspraxis identifiziert worden, die zur Verbesserung der evidenzbasierten pflegerischen Versorgung sowie der Personal- und Organisationsentwicklung beitragen können:

- **Akademisch qualifizierte Pflegefachleitungen auf Bachelorniveau**, die in Pflegeteams in der Akut- und Langzeitversorgung integriert sind.
- **Pflegeexpertinnen und -experten auf Masterniveau**, die sich fachlich auf besonders komplexe pflegerische Herausforderungen spezialisieren und teamübergreifend, konsiliarisch und entwicklungsbezogen in den Institutionen eingesetzt werden.

Für die beiden Profile sollten **schnellstmöglich verbindliche Qualifikations-, Stellen- und Tätigkeitsbeschreibungen bundes- bzw. ländereinheitlich erarbeitet und konsentiert werden**. Dabei sollten die AQP-Profile von Beginn an als komplementär eingestuft werden.

6.4 Fördermittel zur Etablierung des erweiterten Qualifikationsmixes bereitstellen – Modellvorhaben ermöglichen

Bisher konnten die positiven Ergebnisse im Rahmen der Projekteinrichtungen sowie im Förderprogramm nur dank der Fördermittel der Robert Bosch Stiftung sowie durch erhebliche Eigenmittel der jeweiligen Einrichtungen erreicht werden. Obwohl die positiven Wirkungen unbestritten, eindeutig und klar belegt sind, ist die Regelfinanzierung zur nachhaltigen Fortsetzung des erweiterten Qualifikationsmixes in der Praxis weiterhin nicht geklärt. Zur Weiterentwicklung der AQP-Profile und Vorbereitung einer flächendeckenden Einführung der genannten Konzepte sind weitere Modellvorhaben jedoch zwingend notwendig.

Wir schlagen daher vor, dass auf Bundesebene befristet für einen Zeitraum von zunächst fünf Jahren Fördermittel zur zeitnahen Einführung des erweiterten Qualifikationsmix für mindestens einhundert Einrichtungen bereitgestellt werden.

6.5 Hochschulische Qualifikation für die erweiterte pflegerische Versorgungspraxis ausbauen

Trotz der bundeseinheitlichen Regelung der primärqualifizierenden hochschulischen Pflegeausbildung im Rahmen des Pflegeberufegesetzes, werden diese aufgrund fehlender finanzieller Ausstattungen und Anreize bislang nicht hinreichend nachgefragt.[31]

Deswegen benötigt es gemeinsame Anstrengungen auf Seiten der Versorgungseinrichtungen wie auch auf Seiten der Gesetzgeber auf Bundes- und Länderebene, um den Teufelskreis aus geringer Nachfrage nach akademisch qualifiziertem Pflegepersonal aus den Versorgungsbereichen und fehlender entsprechender Angebote der Hochschulen und auf dem Arbeitsmarkt zu durchbrechen.

[31] vgl. VPU et al. 2022

6.6 Finanzierung auf den Weg bringen – Anreize schaffen

Der Bundesgesetzgeber und die Länder sollten die Chancen einer konsequenten Professionalisierung der Pflegeberufe anerkennen und finanziell die Wege für eine zukünftige Regelfinanzierung und -versorgung in diesem Kontext ebnen.

Kurzfristig müssen hierzu Fördermittel und finanzielle Anreize bereitgestellt werden, um Einrichtungen aller Sektoren zeitnah den Umstieg auf einen erweiterten Qualifikationsmix zu ermöglichen.

Mittel- und langfristig ist zu empfehlen, dass sowohl leistungs- als auch berufsrechtliche Möglichkeiten ausgeschöpft werden, um akademisch qualifiziertes Pflegepersonal mit erweiterten Kompetenzen und Aufgaben flächendeckend einsetzen und refinanzieren zu können. Ebenfalls sollten Bund und Länder die Akademisierung der Pflege mit Blick auf den Einsatz in Versorgungsfeldern vorantreiben und die finanzielle Unterstützung für Hochschulen mit Pflegestudiengängen ausweiten.

6.7 Tarifliche Vereinbarungen ausweiten – Vergütungen weiterentwickeln

Auch die Tarifparteien sind aufgrund der vorliegenden Ergebnisse aus dem Förderprogramm 360° Pflege aufgerufen, die verschiedenen Tarifsysteme für den Einsatz von akademisch qualifiziertem Pflegepersonal zu öffnen bzw. weiterzuentwickeln.

Im TVöD sind bereits grundlegende Möglichkeiten für bachelor- und masterqualifizierte Pflegefachpersonen angelegt, die bezüglich ihrer Angemessenheit zu überprüfen und ggf. fortzuschreiben sind. Andere Tarifsysteme sollten hier zeitnah nachziehen.

6.8 Modellrechnung zum erweiterten Qualifikationsmix

Aus den Ergebnissen und Erkenntnissen der Projekteinrichtungen im Förderprogramm und weiterer Überlegungen ergibt sich folgende Bedarfsermittlung für eine zukünftige, flächendeckende Übertragung der beschriebenen AQP-Profile auf möglichst alle Versorgungseinrichtungen:

- Auf jeder Station eines Krankenhauses, in stationären Pflegeeinrichtungen und in jedem ambulanten Pflegedienst sollte **mindestens eine ganze Stelle (VZÄ)[32] für das AQP-Profil Pflegefachleitung auf Bachelorniveau** geschaffen werden.
- 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- und -Pflegestatistiken 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 20 Stationen und 8 Abteilungen in jedem Krankenhaus ausgegangen, die zukünftig mit bachelor- und masterqualifiziertem Pflegefachpersonal ausgestat-

[32] VZÄ = Vollzeitäquivalent

tet werden sollten. Aus diesen Überlegungen heraus ergibt sich ein Bedarf an etwa 68.100 Vollzeitstellen für Bachelor- und rund 25.200 Vollzeitstellen für Masterqualifizierte, also rund 93.300 Vollzeitstellen für akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen für die Versorgungspraxis (s. Tabelle 4).

Einrichtung	Anzahl bundesweit	VZÄ AQP Bachelorniveau	VZÄ AQP Masterniveau
Krankenhäuser	**1.900**		
Stationen (20/ Khs.)	38.000	38.000	
Abteilungen (8/ Khs.)	15.200		15.200
Stationäre Einrichtungen Langzeitpflege	**15.400**	15.400	5.100
Ambulante Pflegedienste	**14.700**	14.700	4.900
Summe Einrichtungen	**32.000**	**68.100**	**25.200**

Tabelle 4: Bedarfskalkulation an AQP in den Krankenhäusern, stationären Einrichtungen der Langzeitpflege sowie den ambulanten Diensten in Deutschland.

Einberechnet sind hier noch nicht die Bedarfe für weitere Einsatzfelder akademisch qualifizierten Pflegepersonals, etwa für die Primärversorgung und die kommunale Daseinsvorsorge. Hier hat sich die aktuelle Bundesregierung bekanntlich vorgenommen, das Berufsbild der Community Health Nurse (CHN) zu etablieren.[33] Auch wenn es Überschneidungen mit den Einsatzfeldern in den ambulanten Pflegediensten geben dürfte, wäre hier von weiteren mindestens 5.000 Personalstellen für akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen überwiegend auf Masterniveau auszugehen, die vornehmlich in den größeren Landkreisen, Städten und Gemeinden, im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und in neu zu schaffenden Gesundheitszentren eingesetzt würden.

Vor diesem Hintergrund ergibt sich für die flächendeckende Umsetzung des erweiterten Qualifikationsmixes ein Gesamtbedarf von rund 100.000 Vollzeitstellen für akademisch qualifiziertes Personal (rund 70.000 Bachelor und rund 30.000 Master) überwiegend in den beschriebenen AQP-Profilen und als CHN in der Primärversorgung sowie in Kommunen und im ÖGD. Bei üblichen Teilzeitquoten dürfte es sich schlussendlich um rund 150.000 akademische Pflegefachpersonen handeln, die es in den nächsten Jahrzehnten in Deutschland zu qualifizieren und einzustellen gelte.

Um dieses Ziel zu erreichen, müssen in den kommenden Jahren erhebliche Anstrengungen und Investitionen in den Ausbau von Hochschulen und Universitäten mit primärqualifizierenden und weiterbildenden Pflegestudiengängen erfolgen. Die von der Stiftungsallianz 2020 vorgeschlagenen, gut ausgestatteten 30.000 Studienplätze für Pflegefachpersonal (10.000 pro Jahr) orientieren sich an der 20-Prozent-Empfehlung des Wissenschaftsrates und weisen hier in die richtige Richtung.[34]

[33] vgl. Bundesregierung 2021, S. 82

[34] vgl. Stiftungsallianz 2020

Davon ausgehend, dass bis spätestens 2027 in jedem Jahr etwa 10.000 Menschen ein primärqualifizierendes oder weiterbildendes Pflegestudium in Deutschland aufnehmen, ist ab 2030 mit rund 7.000 zusätzlichen Bachelorqualifizierten jährlich am Arbeitsmarkt zu rechnen. Ab 2032 könnten dann jährlich rechnerisch noch einmal jeweils rund 3.000 Masterqualifizierte aus pflegewissenschaftlichen Masterstudiengängen hinzukommen. Bis zum Jahr 2035 würden diese Anstrengungen dann rechnerisch knapp 50.000 akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen hervorbringen können, die in den Versorgungseinrichtungen und Kommunen als Pflegefachleitungen oder als Pflegeexpertinnen und -experten wirken könnten. Erst um das Jahr 2045 wäre dann mit der Erfüllung der hier vorgeschlagenen Quoten (rund 150.000 AQP für rund 100.000 Stellen) im erweiterten Qualifikationsmix zu rechnen.

7. Literaturverzeichnis

Aiken, L.H.; Sloane, D.; Griffiths, P.; Rafferty, A.M.; Bruyneel, L.; McHugh, M.; Maier, C.B.; Moreno-Casbas, T.; Ball, J.E.; Ausserhofer, D.; Sermus, W. (2017): Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. In: BMJ Qual Saf; 26: S. 559-568.

Andree, J. (2013): Implementierung akademischer Pflegekräfte – Wie lassen sich akademische Pflegekräfte sinnvoll in der Pflegepraxis integrieren? In: Güse, C.; Schüßler, M. (Hrsg.): Gesundheit und Pflege – Aus der Hochschule in die Praxis. Band 2. Berlin: Logos Verlag.

Axmacher, D. (1991): Pflegewissenschaft! Heimatverlust der Krankenpflege? – In: Rabe-Kleberg, U. et al.: Dienstleistungsberufe in Krankenpflege, Altenpflege und Kindererziehung. Bielefeld: KT-Verlag, S. 120 -138.

Baumann A.-L.; Kugler, C. (2019): Berufsperspektiven von Absolventinnen und Absolventen grundständig qualifizierender Pflegestudiengänge – Ergebnisse einer bundesweiten Verbleibstudie. In: Pflege; 32(1): S. 7-16.

Behrens, J.; Langer, G. (2010): Evidence-based Nursing and Caring – Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. 3. überarbeitete und ergänzte Auflage. Bern: Hans Huber Verlag.

Benner, P. (2017): Stufen zur Pflegekompetenz – From Novice to Expert. 3. unveränderte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag.

Bergjan, M.; Tannen, A.; Mai, T.; Feuchtinger, J.; Luboeinski, J.; Bauer, J.; Fischer, U.; Kocks, A. (2021): Einbindung von Pflegefachpersonen mit Hochschulabschlüssen an deutschen Universitätskliniken: ein Follow-up-Survey. In: Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. Wesen (ZEFQ); 163: S. 47-56.

Bryant-Lukosius, D.; Dicenso, A. (2004): A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. In: J Adv Nurs; 48 (5): S. 230-540.

Bundesregierung (2021): Koalitionsvertrag 2021 – Mehr Fortschritt wagen. URL: https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/gesetzesvorhaben/koalitionsvertrag-2021-1990800 (07.04.2022).

Craig, P.; Dieppe, P.; Macintyre, S.; Michie, S.; Nazareth, I.; Petticrew, M. (2021): Developing and evaluating complex interventions. URL: https://mrc.ukri.org/documents/pdf/complex-interventions-guidance/ (24.02.2022).

Darmann-Finck, I.; Baumeister, A.; Greiner, A-G. (2016) Projektbericht „Qualifikationsmix in der stationären Versorgung im Krankenhaus“. URL: https://www.public-health.uni-bremen.de/mitglieder/ingrid-darmann-finck/publikationen/?publ=6505&print=1 (07.04.2022).

DBfK (2019): Advanced Practice Nursing – Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung. URL: https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Advanced-Practice-Nursing-Broschuere-2019.pdf (29.03.2022).

DBfK, ÖGKV, SBK (Hrsg.) (2013): Advanced Nursing Practice in Deutschland, Österreich und der Schweiz. URL: https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/ANP-DBfK-OeGKV-SBK_2013.pdf (24.02.2022).

Feuchtinger, J. (2014): Integration von akademisch ausgebildeten Pflegenden. In: Z. CNE-Fortbildung; 6(4): S. 12-16.

Feuchtinger, J.; Jahn, P. (2018): Deutscher Qualifikationsrahmen – beispielhafte Ausarbeitung als Arbeitsgrundlage für die Arbeitsgruppen. URL: https://qualifikationsmix-pflege.de/fileadmin/user_upload/downloads/360-Pflege-DQR_Definition_360Grad_Pflege.pdf (24.02.2022).

Gerlach, A. (2013): Professionelle Identität in der Pflege. Akademisch Qualifizierte zwischen Tradition und Innovation. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag.

Hamric, A.B.; Hanson, C.M.; Tracy, M.F.; O'Crady, E.T. (2013): Advanced Practice Nursing: An integrative Approach. St. Louis: Elsevier Saunders.
International Council of Nurses (ICN) (Hrsg.) (2020): Guidelines on Advanced Practice Nursing. URL: https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf (24.02.2022).
Knigge-Demal, B.; Hundenborn, B. (2013): Anforderungs- und Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen. URL: https://www.fh-bielefeld.de/multimedia/Fachbereiche/Wirtschaft+und+Gesundheit/Bereich+Pflege+und+Gesundheit/Forschung+und+Entwicklung/InBVG/Projekte/Anforderungs_+und+Qualifikationsrahmen-p-76606.pdf (24.02.2022).
Maucher, H. (2018): Magnetkrankenhaus – Qualifikation und Versorgungsqualität. In: Simon, A. (Hrsg.): Akademisch ausgebildetes Pflegefachpersonal – Entwicklung und Chancen. Berlin: Springer-Verlag. S. 155-175.
Mendel, S.; Feuchtinger, J. (2009): Aufgabengebiete klinisch tätiger Pflegeexperten in Deutschland und deren Verortung in der internationalen Advanced Nursing Practice. In: Pflege; 22(3): S. 208-216.
Nickel, W.; Freyer, S. (2019): Akademiker in der klinischen Pflege. In: Die Schwester Der Pfleger; 11: S. 42-47.
Rebafka, A. (2019): Stolpersteine aus dem Weg räumen. In: Die Schwester Der Pfleger; 2: S. 68-73.
Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (1992): Pflege braucht Eliten. Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege. Beiträge zur Gesundheitsökonomie 28. Gerlingen: Bleicher Verlag.
Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (1996): Pflegewissenschaft - Grundlegung für Lehre, Forschung und Praxis. Denkschrift. Materialien und Berichte 46. Gerlingen: Bleicher Verlag.
Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2000): Pflege neu denken – Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Stuttgart: Schattauer.
Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2018a): Mit Eliten pflegen – für eine exzellente, zukunftsfähige Gesundheitsversorgung in Deutschland. URL: https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/mit-eliten-pflegen (22.03.2022).
Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2018b): Erarbeitete Dokumente der Arbeitsgruppen. URL: https://qualifikationsmix-pflege.de/dokumente (29.03.2022).
Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2021): Die Neustart! Zukunftsagenda – für Gesundheit, Partizipation und Gemeinwohl. URL: https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/die-neustart-zukunftsagenda-fuer-gesundheit-partizipation-und-gemeinwohl (07.04.2022).
Sniatecki, S.; Keinath, E.; Knisch, A.; Herrmann, V.; Meissner, K.; Werner, J. (2017): ANP konkret: Entwicklung einer Advanced Nursing Practice (ANP) im Florence-Nightingale-Krankenhaus. In: Stemmer, R.; Remmel-Faßbender, R.; Schmid, M.; Wolke, R. (Hrsg.): Aufgabenverteilung und Versorgungsmanagement im Krankenhaus gestalten – von erfolgreicher Praxis lernen. Heidelberg: medhochzwei Verlag. S. 273-289.
Stephanow, V. (2019): Implementierung von Pflegeexpert/innen APN in deutschen Krankenhäusern: Chancen und Herausforderungen – Bedarfsanalyse aus der Perspektive von Pflegedirektor/innen. In: Pädagogik der Gesundheitsberufe; 6(3): S. 214-226.
Stephanow, V. (2020): Advanced Practice Nurses: Pionierarbeit am Patienten. In: Pflege Zeitschrift; 73(4): S. 10-13.
Stiftungsallianz (2020): Pflege kann mehr! Positionspapier der Stiftung Münch, Bertelsmann Stiftung und Robert Bosch Stiftung (Stiftungsallianz) für eine neue Rolle der professionellen

Pflege im Gesundheitswesen. In: Pflege & Gesellschaft; 25: S. 78-85. Beltz: Juventa. URL: https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/pflege-kann-mehr (07.04.2022).

Twigg, D.E.; Kutzer, Y.; Jacob, E.; Seaman, K. (2019): A quantitative systematic review of the association between nurse skill mix and nursing-sensitive patient outcomes in the acute care setting. In: Journal of Advanced Nursing; 75: S. 3404-3423.

VPU e.V., Netzwerk Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung im VPU e.V., Deutscher Pflegerat e.V., Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V., Bundes-Dekanekonferenz Pflegewissenschaft e.V., DBfK e.V., European Academy of Nursing Science, Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (2022): Forderung nach einer Finanzierung der hochschulischen Pflegeausbildung und den weiteren Ausbau von Pflegestudiengängen. URL: https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2022/03/2022_03_29_VPU_Gemeinsames-Forderungspapier_Pflegestudiengaenge_Finanzierung_Pflegeausbildung.pdf (07.04.2022).

Weeren, M. (2019): Das Magnet-Krankenhaus-Programm – Pflegefachkräftemangel und strategische Wettbewerbssituation aktiv gestalten. In: Stierle, J.; Siller, H.; Fiedler, M.; Ortner, S. (Hrsg.): Handbuch strategisches Krankenhausmanagement. Wiesbaden: Springer Gabler-Verlag. S. 261-276.

Weidner, F. (2021): Qualitatives Data Mining als systematisiertes, multimethodisches und mehrphasiges Gruppeninterpretationsverfahren. In: Nover, S.; Panke-Kochinke, B. (Hrsg.): Qualitative Pflegeforschung. Eigensinn, Morphologie, Gegenstandsangemessenheit. Baden-Baden: Nomos. S. 403-415.

Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. URL: https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (29.03.2022).

8. Anlagen

Anlage I: Projektsteckbriefe der beteiligten Einrichtungen

zurück

Projektsteckbrief Florence-Nightingale-Krankenhaus (FNK)	
Versorgungssektor	akutstationär
Träger	Kaiserswerther Diakonie
Wichtige Strukturdaten	Das Florence-Nightingale-Krankenhaus (FNK) hat eine Regel- und Schwerpunktversorgung mit 550 Patientenbetten und ist ein Lehrkrankenhaus der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf. 2020 wurden ca. 23.000 Patientinnen und Patienten stationär und 57.000 Patientinnen und Patienten ambulant versorgt.
Konzept Qualifikationsmix	Ansatz: Seit 2010 wird eine erweiterte und vertiefte pflegerische Praxis im Sinne des international beschriebenen und etablierten Konzeptes des Advanced Practice Nursing (APN) aufgebaut und fortlaufend weiterentwickelt. Pflege-Expertinnen und -Experten APN (Advanced Practice Nurse) spielen hier als praxiserfahrene und klinisch spezialisierte Pflegende mit einem Masterabschluss eine wesentliche (Einzel-)Rolle. Der ANP-Team-Ansatz ist ergänzend dazu darauf ausgerichtet, Pflegende mit oder ohne akademischen Berufsabschluss, Fachweiterbildung und Berufserfahrung mit einzubinden. Ziele: In der strategischen Gesamtausrichtung des Hauses ist das Vorhaben ein Baustein, um einen zukunftsfähigen Skill- und Grademix zu etablieren und die Pflege in der kooperativen Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen für den pflegebedürftigen Menschen zu verorten. Als zusätzlicher Effekt wird erwartet, dass die pflegerischen Interventionen zu einer Verbesserung des Patienten-Outcome führen. Thematische/ methodische Schwerpunkte: Die ANP-Teams sind auf folgende Patientengruppen ausgerichtet: • Patientinnen und Patienten mit Chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) • Patientinnen und Patienten mit oral antikoagulativer Therapie (OAK) • Patientinnen und Patienten mit Bronchialcarzinom (BC)

	• Patientinnen und Patienten mit Emotionsregulationsstörungen (EmoReg) Die Pflegefachpersonen haben eine gezielte Förderung ihrer personalen und fachlichen Kompetenzen erhalten, um so mehr Sicherheit in der Ausübung ihrer Rolle im ANP-Team zu erlangen. Dafür fanden Fortbildungen im Modulformat statt und die Teilnahme an externen Fortbildungen. In der Praxis wurden die ANP-Teammitglieder gezielt durch die ANP-Teamleitungen (Pflegeexpertinnen und -experten APN) begleitet.
Wesentliche Ergebnisse	• ANP-Team-Ansatz in der akutstationären Versorgung ist umsetzbar • Die Versorgungssituation von vier Patientenzielgruppen konnte verbessert werden. Mehr Patientinnen und Patienten als vor Projektbeginn konnten aufgrund definierter Versorgungsbedarfe konsultiert werden • Pflegende im Projekt konnten Fähigkeiten im Bereich der personalen Kompetenz verbessern und ihre Fachkompetenz erhöhen • Abteilungsbezogene Rahmenbedingungen sind notwendig z.B. Dienstzeiten, Kommunikationsstrukturen • Kooperation mit anderen Berufsgruppen konnte verbessert und pflegerische Expertise mehr wertgeschätzt werden
Kontaktdaten	Florence-Nightingale-Krankenhaus Kreuzbergstraße 79 40489 Düsseldorf https://www.florence-nightingale-krankenhaus.de

Projektsteckbrief Robert-Bosch-Krankenhaus (RBK)	
Versorgungssektor	akutstationär
Träger	Stiftungskrankenhaus (RBSG)
Wichtige Strukturdaten	• Abteilungen: 31 Abteilungen/Zentren, davon 22 Abteilungen/9 Zentren • Betten: ca. 1.000 • Mitarbeitende: 3.055, 1.736 Pflegende im Pflege- /Funktionsdienst • Patientinnen und Patienten: 35.000
Konzept Qualifikationsmix	Motivation und Zielsetzung: Zum einen sollte der bereits bestehende Qualifikationsmix noch stärker an den Bedürfnissen und an den jeweiligen Pflegeprozessphasen der Patientinnen und Patienten ausgerichtet sein, sie sollen einen erlebbaren Mehrwert erfahren. Zum anderen sollten nachhaltige Strukturen zur Personalentwicklung etabliert werden. Projektansatz und -schwerpunkte: • Im Rahmen des Projekts standen zwei Patientengruppen im Mittelpunkt, welche sowohl einen hohen Komplexitätsgrad aufwiesen als auch ein hohes Maß an intra- und interprofessioneller Zusammenarbeit erforderten. Demnach sind die beiden Teilprojekte „Delirprävention“ und „Nephrologie“ abgeleitet worden. • Ein weiterer Schwerpunkt zur Förderung einer erweiterten Pflegepraxis betraf die Organisationsentwicklung, indem Karriereentwicklungsstrukturen für Pflegende sowohl auf horizontaler als auch auf vertikaler Ebene geschaffen wurden. Eine besondere Rolle wurde den akademisch qualifizierten Pflegenden (AQP) zugedacht mit der Entwicklung und Implementierung eines eigenen Stellenprofils, welches in der direkten Patientenversorgung verortet ist: das Stellenprofil Pflegeexperte/ Pflegeexpertin APN für Masterabsolventinnen und -absolventen und das Stellenprofil „Teamleitung für die Pflegeprozesssicherung (TLP)“ für Bachelorabsolventinnen und -absolventen. Methodische Schwerpunkte: Deskriptive Datenerhebung, Workshops mit Führungsteams der Pflege, Standardisierte Online-Befragung der PDL, SL, TLP, Semi-strukturierte Gruppeninterviews im Teilprojekt Delirprävention, Schulungen auf den Projektstationen, Kollegiale Beratung

Wesentliche Ergebnisse	• Entwicklung/Implementierung einer Karriere-entwicklungsmatrix der Pflege am RBK • Einführung des Stellenprofils APN (für Master-absolventinnen und -absolventen, Stand Ende 2021: 2 APN); Einführung des Stellenprofils „Teamleitung für die Pflegeprozesssicherung“ (für Bachelorabsolventinnen und -absolventen, Stand Ende 2021: 19 TLP) • Teilprojekt Delirprävention: Umsetzung des De-lirmanagements (Patientenkontakte der APN, Schulungen, SOP/Leitfaden Delirmanagement, PocketCard, diverse Orientierungshilfen) • Teilprojekt Nephrologie: Schulungen, One Mi-nute Wonder, Fallbesprechungen, Teament-wicklung, Bilden des intra- und interprofessio-nellen NETZ-Teams • Innovationsschub/Sicherung der Nachhaltigkeit am RBK durch Projekt-Ergebnisse in 360° (z.B. Anschlussprojekte, Magnet4Europe, Führungs-workshops mit PDL, SL, TLP)
Kontaktdaten	Robert-Bosch-Krankenhaus Auerbachstr. 110 70376 Stuttgart pflegedirektion@rbk.de

Projektsteckbrief LWL-Klinikum Gütersloh (LWL)	
Versorgungssektor	akutstationär psychiatrisch
Träger	Das LWL-Klinikum Gütersloh ist Teil des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe.
Wichtige Strukturdaten	Das Klinikum verfügt über 220 stationäre Betten. Es handelt sich um eine psychiatrische Klinik mit Versorgungsauftrag für den Kreis Gütersloh. Zudem gibt es Bereiche mit dem Schwerpunkt Rehabilitation für Suchterkrankungen, psychische Erkrankungen und Forensik. Auch gehört zu dem Klinikum eine kleine somatische Abteilung.
Konzept Qualifikationsmix	<u>Ansatz:</u> • Der Qualifikationsmix spielt in der Klinik eine große Rolle. • Der Ansatz des Qualifikationsmixkonzeptes bestand in der Durchführung der psychotherapeutischen Kurzintervention „Adherence Therapie“ als Rolle für akademisch qualifiziertes psychiatrisches Pflegefachpersonal mit Umsetzung der Erprobung auf einer Fokusstation. <u>Thematische/methodische Schwerpunkte:</u> • Im Rahmen des 360°-Projektes wurden Pflegende auf der Ebene DQR 5 (Bachelor bzw. Fachweiterbildung Psychiatrische Pflege) in der Durchführung dieser Kurzintervention geschult. Im Schwerpunkt richtete sich die Intervention an Personen mit Erkrankungen aus dem Bereich der affektiven bzw. psychotischen Erkrankungen. • Die damit einhergehende Veränderung der beruflichen Rolle sowie die Veränderung in der Zusammenarbeit mit anderen Vertreterinnen und Vertretern des interdisziplinären Teams wurden durch Supervisionen begleitet. • Im Laufe der Projektumsetzung stellte sich die Durchführung von Adherence Therapie von den benötigten Kompetenzen her nicht als explizite Rolle für AQP, sondern mögliche Weiterentwicklung und erweiterte Aufgabe für AQP als auch für Fachweitergebildete mit entsprechender Berufserfahrung heraus. • Ergänzend wurde das Konzept um explizite Rollen für Bachelorqualifizierte als auch für Masterqualifizierte, bereits bezogen auf die gesamte Einrichtung, weiterentwickelt. Sowohl auf Bachelorebene als auch auf Masterebene wurden Pflegende eingestellt.

Wesentliche Ergebnisse	• Es konnte gezeigt werden, dass akademisierte Pflegende als auch Fachweitergebildete durch entsprechendes Training psychotherapeutische Interventionen durchführen können. Dabei sah das Konzept auch Hausbesuche nach Entlassung vor. • Es hat sich gezeigt, dass die Patientinnen und Patienten durch die Intervention in ihrem langfristigen Krankheitsmanagement wirksam unterstützt werden konnten. • Trotz Coronapandemie konnten Pflegende von den Stationen im häuslichen Umfeld tätig werden und ihre Kompetenzen therapeutisch und settingbezogen ausbauen. • Das 360°-Projekt hat sich im Hinblick auf die Weiterentwicklung des Qualifikationsmixes auf allen anderen Stationen als „Booster“ herausgestellt. Dies liegt unter anderem daran, dass ein positives Modell für einen Karriereweg „am Bett“ entwickelt werden konnte. • Bereits 15 Pflegefachpersonen konnten in der neuen expliziten Rolle für Bachelorqualifizierte und 3 masterqualifizierte Pflegefachpersonen als APN in der Einrichtung gezielt eingesetzt werden.
Kontaktdaten	Prof. Dr. Michael Schulz LWL-Klinikum Gütersloh Stellvertretender Pflegedirektor Pflegerische Abteilungsleitung Allgemeinpsychiatrie Buxelstraße 50 33334 Gütersloh Tel.: 01706366140 michael.schulz@lwl.org

Projektsteckbrief Universitätsklinikum Münster (UKM)	
Versorgungssektor	akutstationär
Träger	öffentlich rechtlich
Wichtige Strukturdaten	39 Kliniken, 30 Zentren, 41 Forschungsinstitute, 1.457 Betten 62.800 stationäre Fälle 434.00 Belegungstage 445.000 ambulante Behandlungen 11.140 Beschäftigte 11 Schulen und Weiterbildungsstätten
Konzept Qualifikationsmix	Ziel: Kompetenzen der unterschiedlich qualifizierten und unterschiedlich erfahrenen Pflegenden basierend auf den Bedarfen der Patientinnen und Patienten gezielt einsetzen Schwerpunkte: • Basierend auf den in Workshops herausgearbeiteten Bedarfen definierter Patientengruppen wurden insbesondere die Rolle des Pflegeexperten APN, der Bachelor in klinischer Pflege und der Fachweitergebildeten Pflegenden erweitert, um die Kompetenzen entsprechend abzubilden. • Zur Unterstützung wurden verschiedenste Hilfsmittel zur Umsetzung erarbeitet (u. a. Symptomtagebuch, Infoflyer, Check-up-Assessment, in Bearbeitung: Einschätzung der Komplexität, digitale Lösung für das Symptomtagebuch) und eine Kommunikationsmatrix entwickelt mit dem Fokus auf der intra- sowie interprofessionellen Kommunikation.
Wesentliche Ergebnisse	• Durch die Umsetzung des Konzeptes wird aus Sicht der Pflegefachpersonen grundsätzlich eine allgemeine Verbesserung in der Versorgung der Patientinnen und Patienten wahrgenommen. • Eine Optimierung der Versorgungssituation zeigt sich insbesondere bei den Sarkompatientinnen und -patienten, die von dem Pflegeexperten/der Pflegeexpertin Advanced Practice Nurse (APN) begleitet werden. • Durch die Bachelor in klinischer Pflege konnte insbesondere im Bereich der Aktivität und Fatigue sowie der Mangelernährung die Pflegepraxis evidenzbasiert weiterentwickelt werden. • Für eine erfolgreiche Implementierung *erweiterter* Aufgaben sind zeitliche Ressourcen relevant und werden mit Wertschätzung in Verbindung gebracht.

	• Eine angenommene Steigerung der Zufriedenheit der Pflegenden zeigt sich insbesondere bei den direkt in das Projekt involvierten Pflegefachpersonen, die *stolz* auf das von ihnen Entwickelte sind.
Kontaktdaten	Nina Kolbe Pflegedirektion Stabsstelle Pflegewissenschaft Universitätsklinikum Münster (UKM) Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude W30 48149 Münster Tel: 0251 83-52964 Nina.Kolbe@ukmuenster.de

Projektsteckbrief Tropenklinik Paul-Lechler-Krankenhaus (TPLK)	
Versorgungssektor	Rehabilitationspflege
Träger	Deutsches Institut für Ärztliche Mission e.V. - Difäm
Wichtige Strukturdaten	90-Betten-Krankenhaus Abteilungen/Schwerpunkte: Akutgeriatrie (inkl. Frührehabilitation), Palliativmedizin, Tropenmedizin und Interdisziplinäre Demenz Abteilung
Konzept Qualifikationsmix	Ziele und thematische/methodische Schwerpunkte: **Erhöhung der Patientensicherheit** durch verbesserten Informationsfluss an den Schnittstellen prä- und poststationäre Versorgung • Prästationäre Konsile (pflegerische Perspektive) in Berufsgenossenschaftlicher Unfallklinik (BG) • Anpassung/Optimierung Pflegeüberleitung **Gezielte Überleitung von Patientinnen und Patienten mit geriatrischer Komplexbehandlung** (GKB) in poststationäre Strukturen sowie Beratung der Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen • Anknüpfungspunkte an bisheriges Projekt (Begleitete Entlassung) → Synergien **Größtmögliches Wiedererlangen der Alltagskompetenz der Patientinnen und Patienten** • Intensivierung/ Wiederaufnahme des Konzepts Aktivierend-therapeutische Pflege (ATP) • Steigerung der Kontinuität in der pflegerischen Betreuung → klare Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für Patientinnen und Patienten sowie Angehörige **Erhöhung der Anzahl erfolgreich abgeschlossener geriatrischer Komplexbehandlungen** (GKB) • Fallsteuerung durch verantwortliche Pflegekraft • Teilnahme an GKB-Sitzungen • Ausgewählte Pflegefachkräfte pro Station mit Kontrollfunktion (Dokumentation) • Koordination durch akademisch qualifizierte Pflegefachperson auf Masterniveau (AQP) • Interdisziplinäre Projektgruppe GKB **Stärkung des Selbstverständnisses** als Pflegefachperson • Einbeziehung von Pflegekräften mit Weiterbildungen (Kompetenzprofile) → Befragung • Konsiliardienst „Pflege-Expertinnen und -Experten“ (Vorbild Wundmanagement)

Wesentliche Ergebnisse	• Bislang positive Rückmeldungen aus der interdisziplinären Projektgruppe zur Steigerung der erfolgreich abgeschlossenen GKBs, konkrete Analyse jedoch noch ausstehend • Gezielte Überleitungen in poststationäre Strukturen sowie Beratungen der Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen finden statt (Anknüpfungspunkte an bereits implementiertes Projekt Begleitete Entlassung (BegE) mit stattfindenden Pflegetrainings geschaffen) • In Bezug auf die Personalbindung und Personalgewinnung wurde u.a. ein zusätzliches Angebot eines berufsbegleitenden Studiums geschaffen • Durch die neu geschaffene Stelle der AQP, die neben der direkten Patientenversorgung am Bett zusätzlich übergeordnete Aufgaben mit Führungsverantwortung übernimmt, eröffnen sich neue Berufsperspektiven. Auch horizontale Entwicklungsmöglichkeiten sind durch die Miteinbindung der Pflege-Expertinnen und -Experten mit Weiterbildung und die Schaffung von Strukturen zur adäquaten Konsultation des jeweiligen Expertentums gewährleistet • Eine Stärkung des Selbstverständnisses als Pflegefachkraft durch effizientere Einbindung vielfältiger Qualifikationen und damit verbundener Kompetenzen konnte erreicht werden
Kontaktdaten	Samuel Hahn (Projektleitung) Tropenklinik Paul-Lechler-Krankenhaus gGmbH Paul-Lechler-Str. 26 72076 Tübingen samuelhahn@tropenklinik.de

Projektsteckbrief Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg Else-Heydlauf Stiftung (WW EHS)	
Versorgungssektor	ambulant
Träger	Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg
Wichtige Strukturdaten	Der Mobile Dienst an der Else-Heydlauf Stiftung betreut, begleitet und versorgt mit 50 Mitarbeitenden in den Bereichen Pflege, Sozialer Dienst und Hauswirtschaft ca. 300 pflegebedürftige Nutzerinnen und Nutzer in den Stadtgebieten Stuttgart-Zuffenhausen, Stuttgart-Rot und Stuttgart-Giebel
Konzept Qualifikationsmix	<u>Ansatz und Ziel:</u> Unser Ansatz und Ziel in Bezug auf den Qualifikationsmix unter Einbezug von akademisch qualifiziert Pflegenden (AQP) in der direkten Pflege bestand in der fachlichen und beruflichen Qualifizierung der Mitarbeitenden des mobilen Dienstes (MD) und der Weiterentwicklung der Versorgung der Nutzerinnen und Nutzer. <u>Thematische/ methodische Schwerpunkte:</u> Ausgangspunkt war die Ist-Ermittlung des Qualifikationsstandes der Mitarbeitenden und der Leitungen des MD zur Planung und Durchführung der individuellen Qualifizierungsmaßnahmen durch kontinuierliche Betreuung und Coachings durch die 360° Pflege-Coaches, Pflegefachpersonen mit akademischer Qualifikation und diversen Weiterbildungen, des Organisations- und Entwicklungsteams des Wohlfahrtswerkes. Hieraus wurden individuelle Qualifizierungsmaßnahmen wie Praxisanleitungen, Schulungen und Fortbildungen zu pflegefachlichen Themen, Change Management, systemische Beratung, Befähigung zur Teilnahme an digitalen Formaten abgeleitet, unter anderem auch Maßnahmen zur Verbesserung der deutschen Sprache als Grundlage jeder Akademisierung. Die Mitarbeitenden und Leitungskräfte wurden hierbei durch die 360°-Coaches auf der Basis ihres DQR-Niveaus vertikal und horizontal qualifiziert und über das Projekt hinweg fortlaufend betreut. Dazu wurden folgende Instrumente entwickelt: • Fortbildungsplan • Matrix zur Darstellung des Qualifizierungsbedarfs der Mitarbeitenden • Individuelle Kompetenzprofile • Standardisierte Fragebögen zur Befragung der Mitarbeitenden bezüglich ihrer Zufriedenheit mit den Qualifizierungsmaßnahmen • ein Transferkoffer • One Minute Wonders

Wesentliche Ergebnisse	• Die professionelle Handlungssicherheit und das Auftreten der Mitarbeitenden gegenüber den Nutzerinnen und Nutzern des MD (und deren Angehörigen) von Pflegekräften wurde gestärkt • Das Selbstverständnis der Pflegenden und Hineinwachsen in neue Verantwortungsbereiche wurde verbessert, durch die Übernahme neuer Aufgaben • Zunächst keine AQP direkt im MD, stattdessen Qualifizierung aller Mitarbeiterebenen • Die Leitungskräfte stehen hinter den positiven Projektergebnissen und zur Weiterführung der Schulungen in allen betroffenen Bereichen • Die Nachhaltigkeit des Projekts ist gesichert durch die dauerhafte Etablierung eines 360°-Pflege-Coaches in allen MD des Wohlfahrtswerkes über das Projektende hinaus
Kontaktdaten	Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg Schloßstraße 80 70176 Stuttgart info@wohlfahrtswerk.de

Projektsteckbrief Johanniter Seniorenhäuser GmbH (JSH)	
Versorgungssektor	Stationäre Langzeitpflege
Träger	Johanniter Seniorenhäuser GmbH und Johanniterhaus Bremen GmbH
Wichtige Strukturdaten	• Die Johanniter Seniorenhäuser GmbH hat sich mit zwei Einrichtungen am Projekt 360° Pflege beteiligt. • Das Johanniterhaus Bremen versorgt 84 Bewohnerinnen und Bewohner auf zwei Wohnbereichen mit insgesamt ca. 95 Mitarbeitenden unterschiedlicher Stellenanteile. • Im Johanniter-Stift Münster leben 80 Bewohnerinnen und Bewohner auf vier Wohnbereichen, 13 Mieterinnen und Mieter in betreuten Wohneinheiten und es gibt ca. 101 Mitarbeitende insgesamt mit jeweils verschiedenen Stellenanteilen. • Sowohl steuernd als auch inhaltlich beteiligt waren die beiden Regionalzentren Nord (Bremen) und West (Köln). • Im Rahmen der Zusammenkünfte im Steuerkreis und als kontinuierlicher Ansprechpartner war der zuständige Geschäftsführer der zentralen Geschäftsstelle in Berlin beteiligt.
Konzept Qualifikationsmix	<u>Ansatz und Ziele:</u> Um den steigenden Anforderungen an die Pflege und Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner in der stationären Langzeitpflege auch in den kommenden Jahren, insbesondere im Hinblick auf den Fachkräftemangel in der Pflege, gerecht zu werden, bedarf es einer tiefgreifenden Organisationsentwicklung sowohl der Unternehmensleitung als auch der Einrichtungen. Die Pflege muss sich einer umfassenden personellen und strukturellen Professionalisierung unterziehen, bei der - unter anderem - die unterschiedlichen Qualifikationsmerkmale im täglichen Handeln Berücksichtigung finden sollen. Ebenso notwendig ist es, ein anforderungsgerechtes und zeitgemäßes Pflege- und Berufsverständnis zu entwickeln. Vorhandene Rollenprofile der Mitarbeitenden werden geschärft, ein kompetenzgerechter Einsatz muss selbstverständlich sein und die ergänzenden wissenschaftlichen Fähigkeiten und Kompetenzen von akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen (AQP) in der Pflegepraxis genutzt werden. Dazu wurde einerseits die bestehende Ablauforganisation kompetenzgerecht weiterentwickelt, andererseits ein modulares, erweitertes Tätigkeitsfeld für akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen (AQP) konzeptioniert und implementiert. Der Ansatz ist ein erweiterter Qualifikationsmix innerhalb der verschiedenen, an der Pflege beteiligten Berufsgruppen. Das Zusammenspiel mit der AQP geschieht in moderner flacher Hierarchie, mit dem Ziel einer professionellen, anforderungs- und bedarfsgerechten Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner, methodisch im Wesentlichen durch Beratung und

	Coaching der Mitarbeitenden und fachlicher Prozessbearbeitung und -begleitung.
Wesentliche Ergebnisse	• Die Implementierung akademisch Qualifizierter in den Einrichtungen bringt umfassende organisatorische und strukturelle Veränderungen mit sich, was enorm viel Erklärung, Transparenz, fortlaufende Kommunikation, Einsatz-, Veränderungs- und Reflexionsbereitschaft vor allem auf der Leitungsebene und in weiteren wichtigen Schlüssel- und Schnittstellenpositionen benötigt. • Veränderungsprozesse werden nicht von allen Mitarbeitenden ohne weiteres mitgetragen und lösen auch Ängste und Unsicherheiten aus. • Die Attraktivität einer Einrichtung mit guten Arbeitsprozessen und innovativen Konzepten wird für potenziell neue Mitarbeitende deutlich gestärkt. Mitarbeitenden und Auszubildenden werden neue Karrierewege aufgezeigt und auch ermöglicht. Sowohl in der Öffentlichkeit als auch bei Kooperationspartnern wird die Einrichtung als zunehmend kompetenter Partner wahrgenommen. • Es haben sich konkrete Aufgabengebiete für die AQP ergeben: ▪ Kollegiale Fachberatung ▪ Angebot eines strukturierten pflegerischen Konsils ▪ Assistierte Prozesssteuerung oder deren Übernahme in komplexen Pflegesituationen ▪ Arbeiten der AQP in der direkten Pflege und Versorgung als unmittelbarer Partner der Pflegefachkräfte auf Augenhöhe ▪ Erarbeitung komplementärer Methoden und Werkzeuge zur Steuerung des Pflegeprozesses, Adaption von Assessments ▪ Zentrale Steuerung und Begleitung der Arztvisiten durch die AQP ▪ Bewohner- und Angehörigenedukation • Die Johanniter Seniorenhäuser GmbH hat 2020, im Rahmen der Fortschreibung ihrer Strategie 2021-2025, in einem strategischen Unternehmensziel festgelegt, die Pflege zu professionalisieren. Die Erörterung der Ergebnisse des Projekts 360° Pflege, innerhalb der Geschäftsführung und in der Geschäftsleitung, soll kurz-, mittel- und langfristige Wege der Umsetzung dieses strategischen Ziels innerhalb der Johanniter-Seniorenhäuser aufzeigen, mit dem Ziel einer nachhaltigen Verstetigung.
Kontaktdaten	Georg Hammann (Projektleitung) Fachbereichsleitung Pflege und Betreuung Finckensteinallee 111 12205 Berlin Tel.: 030 230 9970-258 Mobil: 0173 5762797 E-Mail: georg.hammann@jose.johanniter.de Internet: www.johanniter.de

Anlage II: Rollenprofile im Qualifikationsmix am UKM

zurück

QUALIFIKATION	AUFGABEN	KOMPETENZEN				PROF. PFLEGE (DQR)
		FACHKOMPETENZ		PERSONALE KOMPETENZ		
		Wissen	Fertigkeiten	Sozialkompetenz	Selbständigkeit	
Pflegeassistenz, Kranken-/Altenpflegehelfer/in	• Unterstützung der Patientinnen und Patienten nach Absprache mit der zuständigen GKP/AP z.B. Vitalzeichenkontrolle, Grundpflege • Rückmeldung an Pflegeverantwortliche	• Weiß um die möglichen Einschränkungen in den Lebensaktivitäten des Patienten • Kennt die Hilfsmittel, die von Patienten verwendet werden	• Unterstützung des Patienten nach Absprache mit der zuständigen GKP/AP bei Nahrungsaufnahme, bei Körperpflege, bei Ausscheidungen, in der Bewegung • Kann mit dem Patienten seinen Ressourcen gemäß kommunizieren • Wendet die Hilfsmittel der Patientin/des Patienten korrekt an	• Rückmeldung zu Beobachtungen an die zuständige GKP/AP	• Eigenständiges und verantwortungsbewusstes Arbeiten • Kennt die eigenen Grenzen	**Professionelle Pflege Stufe 1 (DQR 3)**
Gesundheits- und Krankenpflege/Altenpflege (<2 Jahre Berufserfahrung)	• **Pflegeprozessverantwortung** bei weniger komplexen Patientinnen und Patienten • Führt standardisierte Assessments bei den Patientinnen und Patienten im Bereich durch • Kann bedarfsgerechte Interventionen planen und durchführen • Kann die nächsten Angehörigen einbeziehen • Evaluiert die Ergebnisse der Interventionen	• Hat Kenntnisse zu den biologischen und psychosozialen Veränderungen • Hat allgemeines Wissen zu den standardisierten Assessments und Interventionen bei der Patientin/beim Patienten • Weiß um die Bedeutung der Familie in der	• Führt standardisierte Assessments bei den Patientinnen und Patienten durch • Kann bedarfsgerechte Interventionen planen und durchführen • Kann die nächsten Angehörigen	• Gibt Informationen im interprofessionellen Team weiter • Beteiligt sich aktiv mit dem Wissen zur Patientin/zum Patienten an Fallbesprechungen	• Übernimmt Verantwortung für die Betreuung von Patientinnen und Patienten	**Professionelle Pflege Stufe 2a (DQR 4)**

		Betreuung der Patientin/des Patienten	einbeziehen • Evaluiert die Ergebnisse der Interventionen			
Bachelor in klinischer Pflege (<2 Jahre Berufserfahrung)	**Aufgaben entsprechend 2a** • Projektbezogener Theorie-Praxis-Transfer mit Schwerpunkt der Evidenzbasierung in der Pflege	• Hat Kenntnisse zu den biologischen und psychosozialen Veränderungen • Hat allgemeines Wissen zu den standardisierten Assessments und Interventionen bei der Patientin/beim Patienten • Weiß um die Bedeutung der Familie in der Betreuung der Patientin/des Patienten	• Führt standardisierte Assessments bei den Patientinnen und Patienten durch • Kann bedarfsgerechte Interventionen planen und durchführen • Kann die nächsten Angehörigen einbeziehen • Evaluiert die Ergebnisse der Interventionen	• Gibt Informationen im interprofessionellen Team weiter • Beteiligt sich aktiv mit dem Wissen zur Patientin/zum Patienten an Fallbesprechungen • Hinterfragt Vorgehensweisen und argumentiert evidenzbasiert	• Übernimmt Verantwortung für die Betreuung von Patientinnen und Patienten • Ist mit der (internationalen) Literatur zu den Entwicklungen in der Betreuung von onkologischen Patientinnen und Patienten im eigenen Bereich vertraut • Kann das Wissen in geeigneter Weise an die Kollegen/innen weitergeben • Kann die Wirksamkeit der Handlungen reflektieren und angepasste Handlungen auf Grundlage der verfügbaren Evidenz in die Arbeit integrieren	**Professionelle Pflege Stufe 2b (DQR 6)**
Gesundheits- und Krankenpflege/Altenpflege (>2 Jahre Berufserfahrung)	**Erweiterte Aufgaben der Stufen 3 inklusive der Stufe 2a** • Pflegeprozessverantwortung bei Patientinnen und Patienten mit den vielfältigsten Einschränkungen und Herausforderungen im Bereich • Fördert und stabilisiert individuelle Ressourcen im Kontext der Diagnostik und Therapie	**Ergänzend zu Stufe 2a** • Ist vertraut mit den Vielfältigkeiten der Einschränkungen von onkologischen Patientinnen und Patienten, bedingt durch in-	**Ergänzend zu Stufe 2a** • Kann onkologische Patientinnen und Patienten mit den vielfältigsten Einschränkungen	**Ergänzend zu Stufe 2a** • Unterstützt Kollegeninnen und Kollegen in der Betreuung • Bespricht sich mit	**Ergänzend zu Stufe 2a** • Unterstützt Kollegeninnen und Kollegen im Bereich • Greift systematische	**Professionelle Pflege Stufe 3 (DQR 5)**

	• Kann aus einer vorgegebenen Gruppe von standardisierten Assessments situativ angepasste auswählen	dividuelle, diagnostische und therapeutische Gegebenheiten • Weiß um die Bedeutung des Erhalts von Ressourcen bei onkologischen Patientinnen und Patienten • Kennt Möglichkeiten der individuellen Förderung	betreuen • Fördert und stabilisiert individuelle Ressourcen im Kontext der Diagnostik und Therapie • Kann aus einer vorgegeben Gruppe von standardisierten Assessments situativ angepasste auswählen	Patientin oder Patient, Angehörigen, Ärztinnen und Ärzten und Pflegeteam bezüglich Einschränkungen, Entwicklungsmöglichkeiten, diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Ziele	Auffälligkeiten in der Betreuung von onkologischen Patientinnen und Patienten auf, spricht sie im Team an und kann Ressourcen hinzuziehen	
Gesundheits- und Krankenpflege/Altenpflege mit Fachspezifischen Weiterbildungen/ Pflegespezialisten (>4 Jahre Berufserfahrung)	**Erweiterte Aufgaben der Stufen 4a inklusive der Stufe 2a und 3** • Individuelle spezialisierte Fachpflege bestimmter Patientengruppen/ Pflegephänomene • Betreut besonders komplexe Patientengruppen • Patienten- und Angehörigenedukation • Schulung von Mitarbeitern im spezialisierten Bereich	• Vertieftes Wissen zu biologischen und psychosozialen Gegebenheiten bei der Patientin oder beim Patienten • Kennt über das standardisierte Maß hinausgehende Assessmentinstrumente • Kennt die Instrumente zur Prozesssteuerung • Weiß um die bereichsübergreifenden/systemischen Einflüsse auf die Patientin/den Patienten • Hat basale Kenntnis zum Prozess der ethischen Entscheidungsfindung	• Führt über das Standardmaß hinausgehende Assessments (z.B. Check up) als Prozessbegleiterin oder -begleiter bei der Patientin/beim Patienten durch, plant bedarfsgerechte Interventionen, führt sie durch und evaluiert das Ergebnis • Kann situativ angepasste Assessments aus einer Gruppe auswählen und zusätzliche recherchieren • Steuert den Prozess der Patientin/des Patienten mit komplexen Situationen, bis über die Entlassung	• Arbeitet eng mit der Patientin/dem Patienten, den Angehörigen, den Pflegenden und den Vertretern aller anderen Berufsgruppen im eigenen Bereich und darüber hinausgehend zusammen • Hinterfragt Vorgehensweisen und argumentiert evidenzbasiert • Moderiert Fallbesprechungen	• Ist mit der (internationalen) Literatur zu den Entwicklungen in der Betreuung von onkologischen Patientinnen und Patienten im eigenen Bereich vertraut • Kann das Wissen in geeigneter Weise an die Kolleginnen und Kollegen weitergeben • Kann die Wirksamkeit der Handlungen reflektieren und angepasste Handlungen auf Grundlage der verfügbaren Evidenz in die Arbeit integrieren • Entwickelt evidenzbasierte Vorgaben für den Bereich mit und	**Professionelle Pflege Stufe 4a (DQR 5)**

			hinaus • Begleitet die Patientin/den Patienten punktuell während ihres/seines Prozesses über den eigenen Bereich hinaus • Berät Patientinnen und Patienten und Angehörige • Kann ethische Dilemmata erkennen, benennen und notwendige Ressourcen zur weiteren Entscheidungs-findung hinzuziehen		begleitet die Umsetzung	
Gesundheits- und Krankenpflege mit Fachweiterbildung (>4 Jahre Berufserfahrung)	**Erweiterte Aufgaben der Stufen 4b inklusive der Stufe 2a und 3** • Führt über das Standardmaß hinausgehende Assessments bei der Patientin/beim Patienten durch, plant bedarfsgerechte Interventionen, führt sie durch und evaluiert das Ergebnis • Berät Patientin/Patient und Angehörige • Betreut besonders komplexe Patientengruppen	• Vertieftes Wissen zu biologischen und psychosozialen Gegebenheiten bei der Patientin/beim Patienten • Kennt über das standardisierte Maß hinausgehende Assessmentinstrumente • Kennt die Instrumente zur Prozesssteuerung • Weiß um die bereichsübergreifenden/systemischen Einflüsse auf die Patientin/den Patienten	• Führt über das Standardmaß hinausgehende Assessments bei der Patientin/beim Patienten durch, plant bedarfsgerechte Interventionen, führt sie durch und evaluiert das Ergebnis • Kann situativ angepasste Assessments aus einer Gruppe auswählen und zusätzliche recherchieren	• Arbeitet eng mit der Patientin/dem Patienten, den Angehörigen, den Pflegenden und den Vertretern aller anderen Berufsgruppen im eigenen Bereich und darüber hinausgehend zusammen • Hinterfragt Vorgehensweisen und argumentiert evidenzbasiert • Moderiert Fallbesprechungen	• Ist mit der (internationalen) Literatur zu den Entwicklungen in der Betreuung von onkologischen Patientinnen und Patienten im eigenen Bereich vertraut • Kann das Wissen in geeigneter Weise an die Kolleginnen und Kollegen weitergeben • Kann die Wirksamkeit der Handlungen reflektieren und angepasste Handlungen auf Grundlage der verfügbaren Evidenz in	**Professionelle Pflege Stufe 4b (DQR 5)**

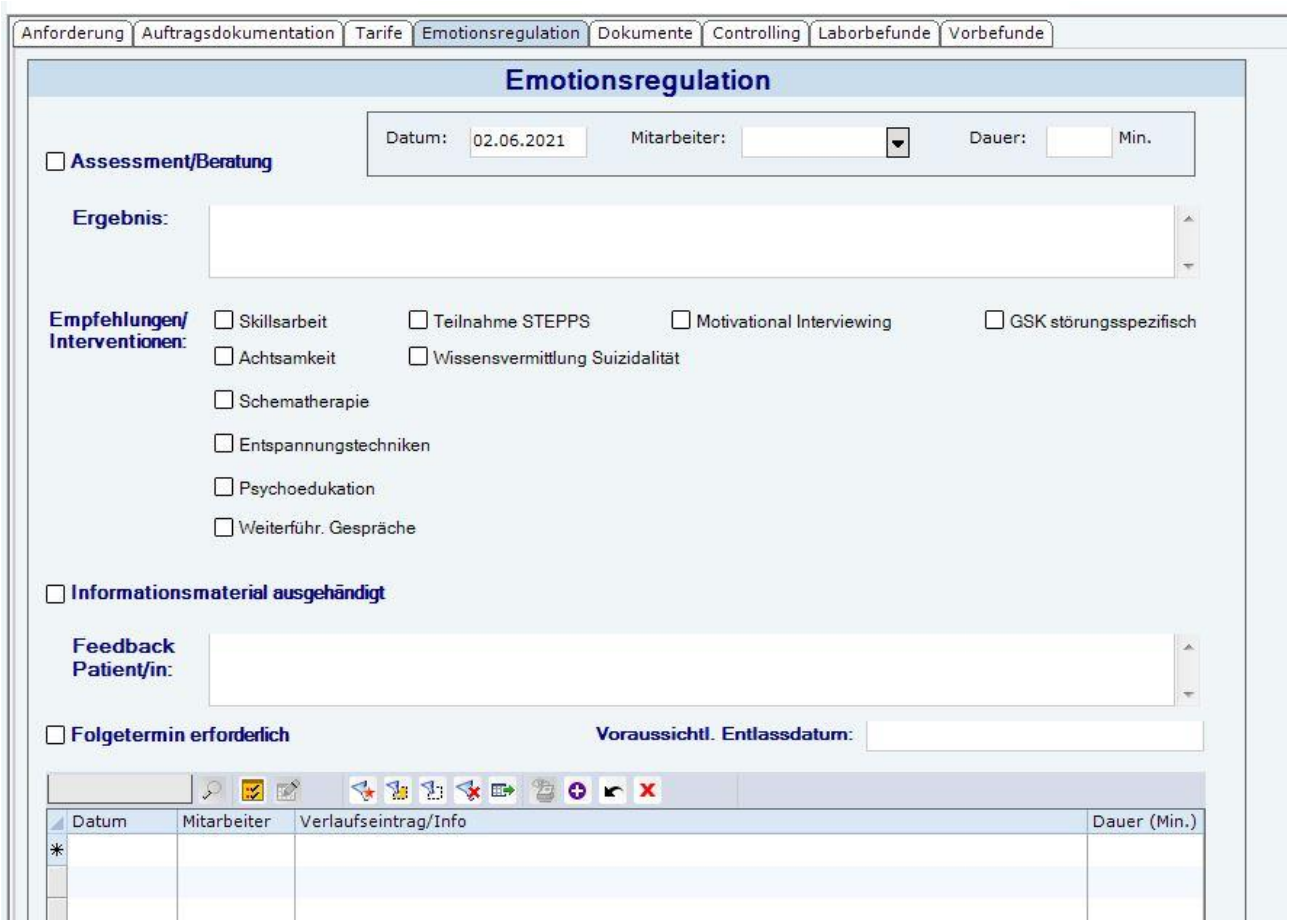
		• Hat basale Kenntnis zum Prozess der ethischen Entscheidungsfindung	• Steuert den Prozess der Patientin/des Patienten mit komplexen Situationen, bis über die Entlassung hinaus • Begleitet die Patientin/den Patienten punktuell als Prozessbegleitende Pflegefachkraft während ihres/seines Prozesses über den eigenen Bereich hinaus • Berät Patientin/Patient und Angehörige • Kann ethische Dilemmata erkennen, benennen und notwendige Ressourcen zur weiteren Entscheidungsfindung hinzuziehen		die Arbeit integrieren • Entwickelt evidenzbasierte Vorgaben für den Bereich mit und begleitet die Umsetzung	
Bachelor in klinischer Pflege (>2 Jahre Berufserfahrung)	**Erweiterte Aufgaben der Stufen 4c inklusive der Stufe 2a und 3 (oder: 2a – 4b)** • Kann situativ angepasste Assessments und Interventionen aus einer Gruppe auswählen und zusätzliche recherchieren • Entwickelt bedarfsgerechte Patientenedukationen und implementiert diese auf Station	• Vertieftes Wissen zu biologischen und psychosozialen Gegebenheiten bei der Patientin/beim Patienten • Kennt über das standardisierte Maß hinausgehende Assessmentinstrumente • Kennt die Instrumente zur	• Führt über das Standardmaß hinausgehende Assessments bei der Patientin/beim Patienten durch, plant bedarfsgerechte Interventionen, führt sie durch und evaluiert das Ergebnis • Kann situativ	• Arbeitet eng mit der Patientin/dem Patienten, den Angehörigen, den Pflegenden und den Vertretern aller anderen Berufsgruppen im eigenen Bereich und darüber hinausgehend zusammen • Hinterfragt	• Ist mit der (internationalen) Literatur zu den Entwicklungen in der Betreuung von onkologischen Patientinnen und Patienten im eigenen Bereich vertraut • Kann das Wissen in geeigneter Weise	**Professionelle Pflege Stufe 4c (DQR 6)**

		Prozesssteuerung • Weiß um die bereichsübergreifenden/systemischen Einflüsse auf die Patientin/den Patienten • Hat basale Kenntnis zum Prozess der ethischen Entscheidungsfindung	angepasste Assessments aus einer Gruppe auswählen und zusätzliche recherchieren • Steuert den Prozess der Patientin/des Patienten mit komplexen Situationen, bis über die Entlassung hinaus • Begleitet die Patientin/den Patienten punktuell als Prozessbegleitende Pflegefachkraft während ihres/seines Prozesses über den eigenen Bereich hinaus • Berät Patientin/Patient und Angehörige • Kann ethische Dilemmata erkennen, benennen und notwendige Ressourcen zur weiteren Entscheidungsfindung hinzuziehen	Vorgehensweisen und argumentiert evidenzbasiert • Moderiert Fallbesprechungen	an die Kollegeninnen und Kollegen weitergeben • Kann die Wirksamkeit der Handlungen reflektieren und angepasste Handlungen auf Grundlage der verfügbaren Evidenz in die Arbeit integrieren • Entwickelt evidenzbasierte Vorgaben für den Bereich mit und begleitet die Umsetzung	
Pflegeexperte/in ANP, Master (>4 Jahre Berufserfahrung)	**Erweiterte Aufgaben der Stufen 6 inklusive der Stufe 2a - 5** • Sicherstellung, Entwicklung und Evaluation der fachlichen (Weiter-)Entwicklung in der Pflege (Klinik, Station, Fachbereich) • Eigenverantwortliches Anwenden wissenschaftlicher Methoden und Instrumente	• Verfügt über umfassendes, detailliertes und spezialisiertes Wissen auf dem neuesten Erkenntnisstand zur Betreuung	• Planung und Durchführung von Schulungen für Pflegende • Verfassen von interprofessionellen Standards und	• Leiten von Arbeitsgruppen • Begleiten von Bachelor-Pflegenden in der Fachentwicklung	• Kontakt zu wissenschaftlichen und fachlichen Netzwerken rund um die Betreuung	**Professionelle Pflege Stufe 5 (DQR 7)**

	• Eigenverantwortliche Steuerung von Prozessen in einem wissenschaftlich orientierten Tätigkeitsbereich • Begleitung und Führung der Bachelor in klinischer Pflege und Förderung der Rollenentwicklung im Fachbereich • Definierte Aufgaben in der direkten Begleitung komplexer Patientengruppen im Spezialgebiet • Erstellen wissenschaftlicher Publikationen Vgl. Tätigkeitsprofil/Fokus Onkologie: Ewing Sarkom, Osteo Sarkom	onkologischer Patientinnen und Patienten • Verfügt über erweitertes Wissen in angrenzenden Bereichen • Hat umfassendes Wissen zum Prozess der ethischen Entscheidungsfindung	Vorgaben zur Betreuung onkologischer Patientinnen und Patienten • Evaluation der Pflegepraxis • Einführung von Neuerungen • Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner bei fachlichen Fragen für Kolleginnen und Kollegen und Vertreterinnen und Vertreter der anderen Berufsgruppen • Eigenständige Betreuung von spezifischen onkologischen Patientengruppen (Ewig Sarkom, Oste Sarkom) • Ist neben Auswahl, Änderung auch zur situativen Adaptation von Assessmentinstrumenten im Rahmen von Forschungsarbeiten fähig	• Leiten von interprofessionellen Fallbesprechungen • Weiterentwicklung der Pflege von onkologischen Patientinnen und Patienten	onkologischer Patientinnen und Patienten • Mitarbeit in Forschungsprojekten • Auftritt auf internationalen Kongressen • Publizieren in internationalen Journals

Anlage III: Dokumentationsstruktur Konsil Patientenedukation im Teilprojekt Emotionsregulation im FNK

zurück



Anlage IV: Stellenbeschreibung der AQP im JSH Bremen

Stellenbeschreibung
Akademisch qualifizierte Pflegefachkraft (AQP)

DIE JOHANNITER
Johanniterhaus Bremen

Name der Einrichtung	
Vor- und Nachname des Stelleninhaber	
Stellenbezeichnung	Akademisch qualifizierte Pflegefachkraft (erweitert)
Unmittelbar vorgesetzte Stelle	EL
Stelleninhaber erhält zusätzlich Anweisung durch	
Unterstellte Mitarbeiter	
Stellvertretung	

I. Ziele der Stelle

- Entlasten der Wohnbereichsleitung in pflegefachlichen Fragen
- Entlasten der Pflegefachkräfte und Pflegeassistenzkräfte in komplexen Pflegesituationen
- Anhebung der Versorgungsqualität, Prozessqualität sowie Ergebnisqualität im multiprofessionellen Team
- Bedarfsgerechte und kompetenzgerechte Versorgung der Bewohner*innen (neuer Qualifikationsmix)
- Theorie-Praxis Transfer im Sinne einer evidenzbasierten Pflege (EBN)
- Fachliche Führung des Wohnbereichs in Kooperation mit der Wohnbereichsleitung im Sinne einer Pflegeprozessverantwortung für komplexe Fälle (Pflegekonsil)
- Pflege und Betreuung nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen (EBN)
- Informations- und Beratungsbedarf von Bewohner*innen und Angehörigen nachkommen (Beratungssprechstunde)
- Bewohner*innen in ihrer Gesunderhaltung unterstützen (Beratung und Patientenedukation)
- Unterstützung der Qualitätssicherung und –Entwicklung in der Einrichtung (EBN)
- Führen von (ethischen) Fallbesprechungen (Kooperationsaufgabe, Fallbesprechung)
- Mitwirkung an dauerhafter Sicherstellung einer fortschrittlichen und qualitativ hochwertigen Ausbildung im Haus in Zusammenarbeit mit Praxisanleitung und PDL (EBN)

II. Hauptaufgaben

1 Bewohnerbezogene Aufgaben

- Steuerung des Pflegeprozesses für die anvertrauten Bewohner*innen in Kooperation mit der verantwortlichen PFK (Pflegekonsil)
- In komplexen Fällen: Begleitung der PFK zur Erstellung und Aktualisierung der Pflegeplanung für die im Rahmen der Bezugspflege ihr anvertrauten Bewohner (Pflegekonsil)
- Evaluation der Pflege- und Betreuungsplanung gemeinsam mit der Wohnbereichsleitung (Pflegeprozesssteuerung, Pflegekonsil)
- Information und Beratung der Pflegebedürftigen/Angehörigen in pflegefachlichen Fragen sowie Unterstützung beim Heimeinzug in Kooperation mit der Wohnbereichsleitung (Beratungen)
- Sach- und fachgerechtes Verhalten beim Eintreten bewohner*innenbezogener Notfälle (laut AQR)
- Aufbau und Pflege von Kommunikations- und Kooperationsbeziehungen zu externen Personen und Institutionen: Hochschulen und Berufsfachschulen in Kooperation mit Praxisanleitung (Stichwort Kooperation und Karriereverläufe im Vier Speichen Modell)
- Wertschätzende Umgang mit verstorbenen Bewohner*innen und Begleitung der Angehörigen (gemäß AQR, komplexe Gesprächssituation)
- Führen von multiprofessionellen (ethischen) Fallbesprechungen

zurück

- Aufbau und Pflege von Kommunikations- und Kooperationsbeziehungen zu externen Personen und Institutionen (Kooperation)
- Organisatorische Fachverantwortung bei Einzug in die Einrichtung (laut AQR: Organisation und Assesment)
- Auswahl von geeigneten Instrumenten zur Risikoerfassung und daraus resultierenden Pflegediagnosen mit entsprechender Planung von geeigneten Maßnahmen (laut AQR)
- Organisatorische Fachverantwortung bei Überleitung aus oder in einer andere Pflegeeinrichtung (laut AQR)

2 Einrichtungsbezogene Aufgaben

- Unterstützung der Wohnbereichsleitung bei Durchführung von Kontrollmaßnahmen z.B. in Bezug auf Pflegequalität (Visiten, Dokumentationskontrollen, Rundgänge), Umgang mit Medikamenten, Verbrauchsgütern, Wäschevorhaltung/ -kosten, Inkontinenzverbrauch u.a.(Pflegekonsil)
- Erhebung von Vorkommnissen (Stürze, Dekubitus, etc.) und Weitergabe an die Pflegedienstleitung in Kooperation mit der Wohnbereichsleitung und Planung daraus resultierender Maßnahmen (Pflegekonsil)
- Teilnahme an relevanten übergeordneten Besprechungen und anschließende Weitergabe von Informationen an die Mitarbeiter (Stichwort inter/intraprofessionelle Kooperation) → Kommunikationsmatrix
- Beteiligung an der Weiterentwicklung des Pflegekonzeptes (EBN)
- Beteiligung an Qualitätssicherungs- und Qualitätsentwicklungsmaßnahmen (z.B. Qualitätszirkel, hausinterne und externe Arbeitsgruppen) (EBN) → Kommunikationsmatrix
- Mitwirkung an der Entwicklung von Leitlinien und Standards (DGP)
- Mitwirkung an der Entwicklung von Instrumenten zur Pflege- und Qualitätserfassung (DGP)
- Teilnahme an / Durchführung von Pflegevisiten in Absprache mit der Wohnbereichsleitung und PDL (Pflegeprozesssteuerung)
- Leitung des Journal Club (EBN) → Kommunikationsmatrix
- Terminierung und Durchführung der pflegebezogenen Beratungssprechstunde für Angehörige (Beratungssprechstunde)
- Vor dem Hintergrund einer Qualitätssicherung ist eine funktionierende Kommunikationsstruktur zu den einzelnen Bereichen innerhalb der Einrichtung zu pflegen und vorzuhalten. Die AQP pflegt funktionelle Beziehungen zu:
  - EL/ PDL/ WBL
  - Kollegen und Mitarbeitern
  - allen kooperierenden Berufsgruppen in der Einrichtung
  - den Angehörigen
  - den Betreuern
  - den Haus- und Fachärzten
  - dem MDK
  - den konfessionellen Institutionen
- Mitwirkung und Koordination der Arbeitsabläufe im Wohnbereich in Absprache mit der Wohnbereichsleitung sowie bei ihrer Abwesenheit

- Mitarbeit bei der Auswertung von Pflegevisiten zusammen mit Wohnbereichsleitung und QM (Pflegeprozesssteuerung)
- Medikamentenmanagement (laut AQR)

3 Personalbezogene Aufgaben

- Unterstützung der Pflegefachkräfte sowie Pflegeassistenzkräfte in komplexen Pflegesituationen (Pflegekonsil)
- Unterstützung der Kolleg*innen in belastenden Situationen durch Initiierung von (ethischen) Fallbesprechung in Rücksprache mit Wohnbereichsleitung
- kollegiale Beratung und Anleitung der Kolleg*innen in Rücksprache mit der Wohnbereichsleitung (Beratung)
- Mitwirkung bei der Praxisanleitung von Auszubildenden (Stichwort Kooperation und Karriereverläufe)
- Aktive Einbeziehung und Begleitung interessierter Kolleg*innen in den Journal Club (EBN)

4 Außenwirksame Aufgaben

- Repräsentation der Einrichtung in der Öffentlichkeit (z. B. bei der Mitgestaltung von Festen)
- Repräsentation der Einrichtung in externen Qualitätszirkeln, Netzwerken sowie bei externen Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen
- Repräsentation der Einrichtung gegenüber externen Kooperationspartnern

5 Verantwortungsbereiche/ Kompetenzen

- Die Stelleninhaberin ist für die fach- und sachgerechte Ausübung der in ihrer Stellenbeschreibung genannten Aufgaben und Pflichten verantwortlich. Sie gestaltet dabei ihre Arbeit in enger Absprache mit den Pflegefachkräften und Pflegeassistenzkräften im Rahmen des Pflegekonsil. Im Rahmen der Pflegeprozesssteuerung ist eine enge Zusammenarbeit mit der Wohnbereichsleitung notwendig.
- Die Stelleninhaberin ist (im Rahmen des Pflegekonsils gemeinsam mit der PFK) für die Führung der Pflegedokumentation, d.h. das Dokumentieren von Informationen, Beurteilungen, Plänen, Handlungen und Ergebnissen, die die Pflege einer betroffenen Person betreffen, verantwortlich.
- Die Stelleninhaberin kann einzelne Aufgaben fachgerecht an andere Mitarbeiter delegieren. Sie trägt die Verantwortung für die von ihr ausgeführten und veranlassten Handlungen, deren Folgen für sie absehbar sind. Ist Eile geboten, ergreift sie in ihrem Kompetenzbereich die notwendigen Sofortmaßnahmen.
- Die Stelleninhaberin hat Zugang zu allen für ihre Arbeit erforderlichen Angaben zur Person der von ihr begleiteten Bewohner.
- Die Stelleninhaberin ist verantwortlich für die Führung des Journal Clubs (EBN) und damit verbundener kritische Auseinandersetzung wissenschaftlicher Literatur
- Im Nachgang initiiert sie dadurch resultierende Änderungen der Versorguns- und Pflegepraxis im Lenkungskreis Qualität

6 Qualifikation und Voraussetzung

6.1 Berufliche Qualifikation

- Abgeschlossenes primärqualifizierendes Hochschulstudium („Pflegebachelor")
  Oder
- Staatlich anerkannte Ausbildung zur Gesundheits- und krankenpflegerin, Altenpflegerin oder Pflegefachfrau in Kombination mit einem additiven Pflegestudium (Pflegewissenschaft, Pflegepädagogik o.Ä.) mindestens auf Bachelorniveau (erweitertes Stellenprofil)

6.2 Persönliche Eignung

- psychische und physische Belastbarkeit
- Integrität, Loyalität, Verschwiegenheit und Vertrauenswürdigkeit
- Sicherheit und Gewandtheit in Wort und Schrift
- Fähigkeit, Verantwortung wahrzunehmen
- Ausdauer, Initiative, Leistungsbereitschaft, Zuverlässigkeit, Durchsetzungsfähigkeit
- Kritik- und Konfliktfähigkeit

6.2 Sozialkompetenz

- Kooperationsvermögen, Teamfähigkeit und Einsatzbereitschaft
- Einfühlungsvermögen in die Lebenswelt pflegebedürftiger Menschen, ihrer Familien und Freunde

6.3 Fachkompetenz

- Entscheidungs-, Handlungs-, Führungs- und Organisationsfähigkeit
- Fähigkeit der Wertschätzung bei der Kommunikation und Kooperation mit Pflegebedürftigen, Kolleg*innen und Vorgesetzten
- EDV Kenntnisse
- Sicherer Umgang mit wissenschaftlichen Datenbanken (EBN)

6.4 Sonstige Voraussetzungen

- Mitgliedschaft in der evangelischen Kirche bzw. in einer christlichen Kirche, die der Arbeitsgemeinschaft christlicher Kirchen/ Konfessionen angeschlossen ist
  oder
- Anerkennung der christlichen Werte und Vorstellungen sowie Arbeit danach

7 Sonstige Bestimmungen

- Verpflichtende Teilnahme an internen und externen Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen nach inhaltlicher und zeitlicher Absprache mit der Einrichtungs- bzw. Pflegedienstleitung und Weitergabe des neu erworbenen Wissens und der praktischen Umsetzung an andere Mitarbeiter
- Der/die Stelleninhaber/in ist dem Berufsgeheimnis und Datenschutz verpflichtet.
- Die Annahme von Geld und Geschenken ist untersagt.
- Im Bedarfsfall müssen Sonderaufgaben oder Einzelaufträge übernommen werden.

I. Vollmachten/ Berechtigungen außerhalb allgemeiner Regelungen	
Keine	
Änderungsvermerke	
Anmerkung	Die Stellenbeschreibung ist Bestandteil des Dienstvertrages. Sie tritt mit dem Tag der Unterzeichnung in Kraft. Alle vorhergehenden Stellenbeschreibungen verlieren damit ihre Gültigkeit. Änderungen aufgrund von Entwicklungen im Arbeitsbereich bleiben vorbehalten und bedürfen der Schriftform. Sollten Bestimmungen in dieser Stellenbeschreibung aus irgendwelchen Gründen unwirksam sein oder werden, gelten die übrigen weiter. Die Vertragsparteien verpflichten sich, die unwirksamen Bestimmungen sinngemäß zu ersetzen. Diese Stellenbeschreibung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, wird bei Bedarf geändert und wenn nötig ergänzt, unterliegt also einer ständigen Aktualisierung.

Stellenbeschreibung übergeben:

Ort, Datum

Unterschrift Einrichtungsleitung

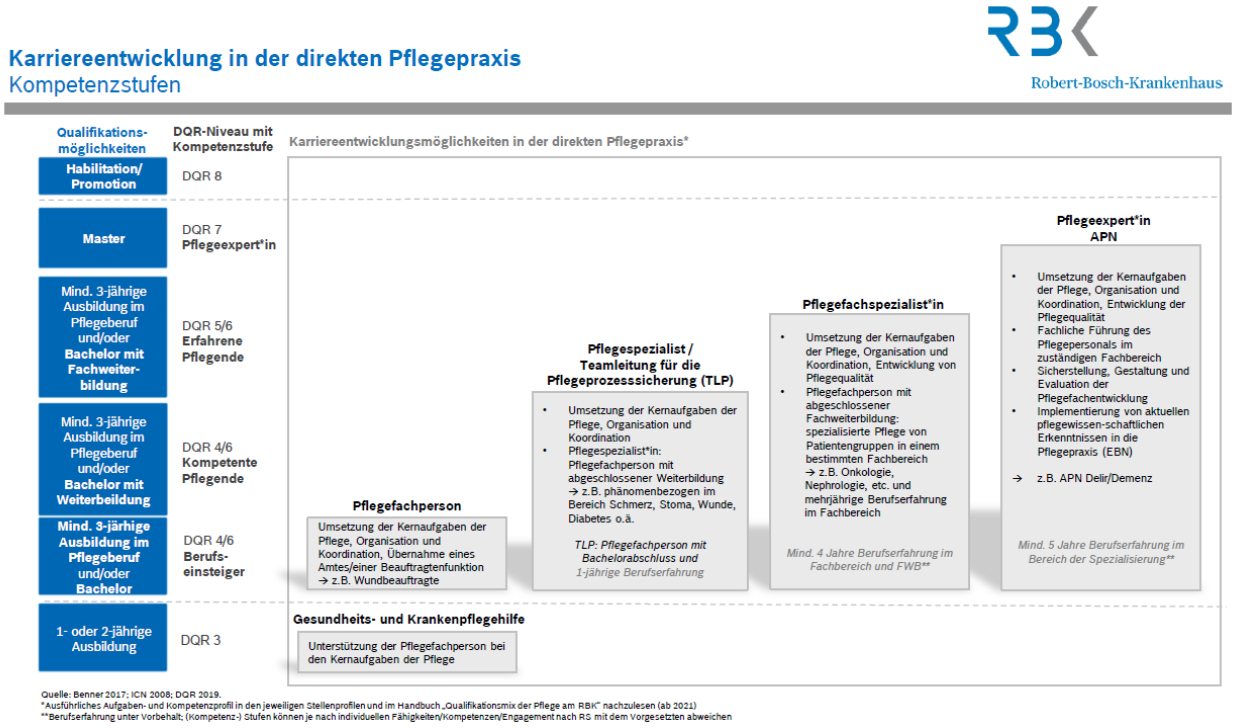
Stellenbeschreibung erhalten:

Ort, Datum

Unterschrift Stelleninhaber/in

Anlage V: Karriereentwicklung in der direkten Pflegepraxis am RBK

zurück



Anlage VI: Organigramm im LWL- Klinikum Gütersloh

zurück

