



Projektbericht

„Qualifikationsmix in der stationären Versorgung im Krankenhaus“

Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)
Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung
Grazer Str. 4
28359 Bremen

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck
Andreas Baumeister
Agnes-Dorothee Greiner

Bremen, Dezember 2016

Empfehlungen

Leitungsebene muss aktiv werden

Bisher haben noch nicht alle Krankenhäuser das Potenzial erkannt, das in einer Implementation eines Qualifikationsmix im Krankenhaus liegt. Deshalb wird den Leitungspersonen der Krankenhäuser empfohlen, die Chance besser zu nutzen und in ihren Einrichtungen aktiv Strategien zu initiieren, um Pflegehelfer_innen und hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen an sich zu binden. Pflegehelfer_innen und v. a. Pflegehelfer_innen mit einer zweijährigen Ausbildung mit generalistischer Ausrichtung können im Krankenhaus in der Versorgung von stabilen Patient_innen einfache pflegerische sowie medizinisch-diagnostische und therapeutische Aufgaben und unter bestimmten Bedingungen auch ausgewählte komplizierte Aufgaben übernehmen, die ein hohes Ausmaß an Standardisierung aufweisen, und Pflegefachpersonen von diesen Aufgaben entlasten. Hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen tragen in den Krankenhäusern zur Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität insbesondere bei der Versorgung von zu pflegenden Menschen mit komplexen medizinischen und psychosozialen Problemlagen bei.

Gesamtkonzept und Organisationsentwicklung mit Blick auf gestufte Qualifikationen erforderlich

Stärker als bisher muss von Seiten der Führungsebene der Krankenhäuser ein Gesamtkonzept zur Integration unterschiedlicher Qualifikationsniveaus in den pflegerischen Qualifikationsmix entwickelt werden. Hierfür müssen die Kompetenzen, die Aufgaben- und Verantwortungsbereiche der verschiedenen Niveaus definiert werden. Auch hinsichtlich der interprofessionellen Zusammenarbeit sind Schnittstellen und Zuständigkeiten zu klären. Zur Umsetzung des Gesamtkonzepts ist ein umfassender Prozess der Organisationsentwicklung erforderlich.

- Die Definition der Aufgaben- und Verantwortungsbereiche sollte sich an den Bedarfen der Patient_innen in den Krankenhäusern orientieren. Um Schnittstellenprobleme zu vermeiden, sollten sinnhafte Arbeitszusammenhänge und keine Einzelaufgaben festgelegt werden. In der Studie haben sich die Komplexität und Stabilität von Pflegesituationen sowie das Ausmaß der Standardisierung als Kriterien zur Einschätzung des Anforderungsniveaus herausgestellt. Diese Kriterien sind zukünftig theoretisch zu un-

terfüttern und methodisch so zu operationalisieren, dass eine Zuordnung von Qualifikationsniveaus möglich wird. Auf dieser Grundlage kann in den Krankenhäusern ein systematisches Personalmanagement erfolgen, bei dem für bestimmte Stationen mit den für sie spezifischen Anforderungen gezielt geeignete Pflegehelfer_innen oder hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen ausgewählt oder gefördert werden können.

- Derzeit bringen Pflegehelfer_innen sehr unterschiedliche Qualifikationsvoraussetzungen mit. Daher ist den Einrichtungen zu empfehlen, im Sinne eines kompetenzorientierten Personalmanagements zunächst ein „Assessment“ der bei den Pflegehelfer_innen vorhandenen Qualifikationen durchzuführen und daraufhin ein auf die ausgewählte Station und die den Pflegehelfer_in zugeschnittenes Aufgabenprofil zu entwickeln. Ggfs. sollte dabei auch festgestellt werden, welche zusätzlichen Qualifikationsnachweise abgenommen werden sollen und welche organisatorischen Regelungen zur Delegation von Aufgaben getroffen werden müssen.
- Bei der Auswahl der Stationen, auf denen mit der Einführung eines Qualifikationsmixes begonnen wird, sollten neben den Versorgungsanforderungen der Patient_innen außerdem weiche Faktoren, wie die positive Einstellung und Haltung der Stationsleitungen und des Pflegefachpersonals, berücksichtigt werden.
- Auswahl und Beratung der hochschulisch qualifizierten Kolleg_innen: Mit den hochschulisch qualifizierten Kolleg_innen sollte bei der Einstellung individuell erörtert werden, ob die Kolleg_in/der Kollege sich die Übernahme von besonderen Aufgaben vorstellen kann.
- Entwicklung eines Konzepts zur Unterstützung der Kompetenzentwicklung: Auch für Pflegehelfer_innen und Pflegefachpersonen mit Hochschulqualifikation gilt wie für beruflich qualifizierte Pflegefachpersonen, dass nach Abschluss der Ausbildung im Sinne lebenslangen Lernens die Weiterentwicklung fachlicher, sozialer und personaler Kompetenzen gezielt unterstützt werden sollte. Ein gutes Vorbild stellt das in einem der untersuchten Krankenhäuser entwickelte einjährige Trainee-Programm für hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen dar, bei dem die neuen Kolleg_innen ein Jahr auf unterschiedlichen Stationen rotieren und mit einem Stellenanteil von 20% unter Begleitung einer erfahrenen Pflegefachperson mit Hochschulabschluss ein ausgewähltes Praxisprojekt bearbeiten. Weitere Maßnahmen stellen Zielvereinbarungen, die Einbindung in Arbeitsgruppen und speziell in eine Arbeitsgruppe zur Ver-

netzung der Kolleg_innen mit hochschulischer Qualifikation sowie das Benennen einer Ansprechperson, die ebenfalls über eine hochschulische Qualifikation verfügt, dar.

Forschung zum Qualifikationsmix fördern

Zur Zusammenarbeit im qualifikationsheterogenen Team im Krankenhaus existiert in Deutschland zurzeit noch wenig Forschung. Zukünftig sollte die diesbezügliche Forschung intensiviert werden. Erforderlich sind sowohl Einzelfallstudien, bei denen etwa auf Modellstationen ein Qualifikationsmix erprobt und evaluiert wird, als auch umfassendere quantitative Studien. Anhand von standardisierten Befragungen mit größeren Samples und unter Berücksichtigung von Kennzahlen oder anderen Ergebnisparametern könnten quantitativ belastbare Aussagen beispielsweise zum möglichen Umfang des Einsatzes von Pflegehelfer_innen und hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen oder zu den Auswirkungen auf die Patientenergebnisse gemacht werden.

Weitere Empfehlungen zum Einsatz von Pflegehelfer_innen

Aufgabenprofile von Pflegehelfer_innen und Quantität des Einsatzes im Sektor Krankenhaus

Die Studie kommt unter dem Vorbehalt der nur sehr kleinen Datenbasis zu der Einschätzung, dass im Sektor Krankenhaus ein bis zwei Vollzeitstellen pro Station mit Pflegehelfer_innen besetzt werden können. Durch den Einsatz von Pflegehelfer_innen können Pflegestellen besetzt werden, die ansonsten aufgrund fehlender Bewerber_innen offen bleiben müssten. Pflegehelfer_innen können die Durchführung von pflegerischen, medizinisch-diagnostischen und therapeutischen Aufgaben

- mit einem geringen Schwierigkeitsgrad und unter der Voraussetzung von betrieblichen Verfahrensregelungen, Dienstanweisungen und zusätzlichen Qualifikationsnachweisen, auch einem höheren Schwierigkeitsgrad,
- für die feststehende Handlungsalgorithmen vorliegen,

- und in stabilen Pflegesituationen, die nur eine geringe Entwicklungsdynamik aufweisen und bei denen die Wahrscheinlichkeit von Komplikationen gering ist,

übernehmen. Die Anzahl an Pflegehelfer_innen sollte von den Charakteristika der zu pflegenden Menschen und der Aufgaben auf den jeweiligen Stationen abhängig gemacht werden. Ist der Anteil an einfachen bis komplizierten Aufgaben, an stabilen Pflegesituationen und an stark standardisierten Handlungsabläufen höher, dann können zwei oder mehr Pflegehelfer_innen beschäftigt werden. Der Anteil sollte aber auch nicht zu hoch sein und eine Pflegehelferin pro Schicht nicht überschreiten, um Pflegefachpersonen nicht mit Überwachungs- und Anleitungsaufgaben überzustrapazieren. Pflegehelfer_innen mit zweijähriger Ausbildung können aufgrund des breiteren Aufgabenspektrums und der dadurch bedingten größeren Flexibilität Pflegehelfer_innen mit einjähriger Ausbildung vorgezogen werden.

Quote an Pflegefachpersonen in Krankenhäusern sicherstellen

Zukünftig werden im Sektor Krankenhaus Pflegehelfer_innen vermutlich häufiger als bisher eingesetzt. Um einen angemessenen Personalmix ermitteln zu können, sollten flexible Personalbemessungsinstrumente entwickelt werden, die sich an den Versorgungsanforderungen der zu pflegenden Menschen orientieren. Dabei sollten Höchstgrenzen des Einsatzes definiert werden, um Risiken für die Patientensicherheit im Krankenhaus zu vermeiden. Außerdem sollte zwischen einjährig und zweijährig qualifizierten Pflegehelfer_innen differenziert werden.

Bundeseinheitliche Regelungen für die Pflegehelfer_innenausbildung schaffen

Die Pflegehelfer_innenausbildungen obliegen der Regelung durch die Länder, was zum Teil recht unterschiedliche Konzeptionen und Unsicherheiten hinsichtlich der vorliegenden Qualifikationen zur Folge hat. Eine stärkere Vereinheitlichung und Qualitätssicherung der Ausbildung auf Bundesebene ist zukünftig unabdingbar, um einen effizienten Einsatz von Pflegehelfer_innen im Krankenhaus zu ermöglichen. Durch eine stärkere Generalisierung der Ausbildung wie bei der in Bremen angebotenen zweijährigen Pflegehelfer_innenausbildung mit generalistischer Ausrichtung (GKPH(GA)) können die Einsatzmöglichkeiten im Krankenhaus unter bestimmten Voraussetzungen (zusätzliche Qualifikationsnachweise) um einige komplizierte medizinisch-diagnostische und therapeutische Aufgaben erweitert werden. In der Aus-

bildung von Pflegehelfer_innen sollten die realistische Einschätzung der eigenen Kompetenzen und Begrenzungen sowie die Erfassung von Destabilisierungsmomenten in Pflegesituationen wichtige Ziele darstellen. Die Ausbildung des Pflegehilfs- und Assistenzpersonals ist bislang kaum Gegenstand wissenschaftlicher Forschung. Auf der Basis genauerer Informationen hinsichtlich der Lernvoraussetzungen sollten spezifische pädagogische und didaktische Konzepte entwickelt und evaluiert werden, um die Zielgruppe in optimalerer Weise als bisher in ihrem Lernprozess unterstützen zu können.

Weitere Empfehlungen zum Einsatz von hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen

Aufgabenprofile von hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen und Quantität des Einsatzes im Sektor Krankenhaus

Die identifizierten Aufgaben der

- Prozessverantwortung für Patient_innen mit komplexen medizinischen, pflegerischen, sozialen und psychischen Problemlagen und Versorgungsanforderungen,
- Schulung und Beratung von Patient_innen mit komplexen medizinischen, pflegerischen, sozialen und psychischen Problemlagen und Versorgungsanforderungen und ihren Angehörigen bzw. Konzeptentwicklung,
- Durchführung von einzelnen Projekten zur Prozessverbesserung und
- der systematischen Praxisentwicklung

stellen vielversprechende Aufgabenprofile dar, die zu einer Qualitätsverbesserung der Versorgungsprozesse und mit großer Wahrscheinlichkeit auch zu einer Verbesserung der Patient_innenergebnisse führen. Die hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen sollten - ggf. nach Durchlaufen einer Trainee- oder Einarbeitungsphase und je nach Aufgabenschnitt - eine fachliche Weisungsberechtigung gegenüber den Pflegefachpersonen mit beruflicher Ausbildung erhalten.

Die Studie kommt zu dem Schluss, dass vorerst ein bis zwei Vollzeitstellen pro Station mit hochschulisch qualifizierten Kolleg_innen besetzt werden sollten. Je nach Station und Umfang an besonderen Aufgaben kann auch ein höherer Anteil an hochschulisch qualifizierten

Kolleg_innen angestrebt werden. Es wird empfohlen, pro Arbeitsbereich mehr als eine Pflegefachperson mit Hochschulabschluss einzusetzen und die vorhandenen hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen eher in bestimmten Arbeitsbereichen zu konzentrieren, als gleichmäßig im Krankenhaus zu verteilen, um deren Position insbesondere in der Phase der Einführung dieses Qualifikationsniveau zu stärken und den Austausch untereinander zu fördern.

Zusammenarbeit von Pflegestudiengängen und Praxiseinrichtungen intensivieren

Zukünftig sollten Hochschulen und Krankenhäuser stärker zusammenarbeiten. Um die Einmündung der Absolvent_innen pflegewissenschaftlicher Bachelorstudiengänge in den Arbeitsmarkt zu erleichtern, sollten die Studiengänge bei der Konzeption ihrer Lehrangebote auch die Bedarfe der Pflegeeinrichtungen berücksichtigen. Projektmanagement und Pflegepraxisentwicklung wurden von den Leitungspersonen als relevante Themen benannt. Die Hochschulen sollten die Krankenhäuser bei der Definition von Aufgaben- und Verantwortungsbereichen für hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen unterstützen.

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG	1
2. FORSCHUNGSSTAND UND THEORETISCHER RAHMEN.....	2
2.1 FORSCHUNGSSTAND	2
2.1.1 (Gesundheits- und Kranken-) Pflegehilfe	2
2.1.2 Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss	6
2.2 THEORETISCHER RAHMEN	11
3. FORSCHUNGSFRAGEN	12
4. METHODEN.....	13
5. ERGEBNISSE: PFLEGEHELFER_INNEN MIT EIN- BIS ZWEIJÄHRIGER AUSBILDUNG	19
5.1 AUFGABEN DER PFLEGEHELFER_INNEN.....	19
5.1.1 Patient_innenferne Aufgaben.....	19
5.1.2 Patient_innennahe Aufgaben / körpernahe Aufgaben	22
5.1.2.1 Pflegerische und pflegetherapeutische Interventionen	22
5.1.2.2 Medizinisch-diagnostische und therapeutische Aufgaben	23
5.1.2.3 Patient_innennahe bzw. patient_innenbezogene Serviceaufgaben	26
5.2 DIFFERENZIERUNG NACH MERKMALEN DER PFLEGESITUATION	27
5.2.1 Ausmaß an Verantwortung: Prozess- oder Durchführungsverantwortung.....	27
5.2.2 Schwierigkeitsgrad der Aufgaben.....	28
5.2.3 Ausmaß an Stabilität	28
5.2.4 Ausmaß an Standardisierung.....	30
5.3 INSTITUTIONELLE BEDINGUNGEN	31
5.4 ANFORDERUNGEN AN DIE ZUSAMMENARBEIT.....	34
5.4.1 Anforderungen an die Zusammenarbeit auf Seiten der Pflegefachpersonen	34
5.4.2 Anforderungen an die Zusammenarbeit auf Seiten der Pflegehelfer_innen	36
5.5 WIRKUNGEN DES EINSATZES VON PFLEGEHELFER_INNEN.....	38
5.5.1 Übernahme von Pflegeaufgaben und partieller Ersatz einer Pflegefachperson	38
5.5.2 Mögliche Risiken für die Pflegequalität	40
5.5.3 Die berufliche Situation der Pflegehelfer_innen und Pflegefachpersonen.....	41

6. ERGEBNISSE: PFLEGEFACHPERSONEN MIT HOCHSCHULISCHER QUALIFIZIERUNG	43
6.1 AUFGABEN DER PFLEGEFACHPERSONEN MIT HOCHSCHULISCHER QUALIFIZIERUNG	43
6.1.1 <i>Direkte Versorgung ohne Unterschied zu beruflich ausgebildeten Pflegefachpersonen..</i>	<i>44</i>
6.1.2 <i>Pflegeprozessverantwortung.....</i>	<i>45</i>
6.1.3 <i>Fallsteuerung.....</i>	<i>46</i>
6.1.4 <i>Beratung und Schulung von Patient_innen und Angehörigen</i>	<i>52</i>
6.1.5 <i>Projektbezogene Aufgaben</i>	<i>52</i>
6.1.6 <i>Praxisentwicklung.....</i>	<i>53</i>
6.1.7 <i>PKMS-Verantwortliche_r.....</i>	<i>56</i>
6.1.8 <i>Mitarbeiter_innenbezogene Aufgaben</i>	<i>56</i>
6.1.8.1 <i>Mitarbeiter_innenführung.....</i>	<i>56</i>
6.1.8.2 <i>Ermitteln von Fort- und Weiterbildungsbedarf</i>	<i>58</i>
6.1.8.3 <i>Wissensvermittlung.....</i>	<i>58</i>
6.2 FÖRDERLICHE BEDINGUNGEN.....	59
6.3 STRATEGIEN	60
6.3.1 <i>Strategien der Einrichtung und des höheren Pflegemanagements.....</i>	<i>60</i>
6.3.1.1 <i>Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss "auf dem Schirm haben“</i>	<i>61</i>
6.3.1.2 <i>Entwickeln eines Konzepts zur Integration von hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen.....</i>	<i>61</i>
6.3.1.3 <i>Unterstützung der Kompetenzentwicklung.....</i>	<i>62</i>
6.3.1.4 <i>Ansprechpersonen.....</i>	<i>63</i>
6.3.1.5 <i>Einbindung in AG, Meetings, Netzwerke</i>	<i>64</i>
6.3.1.6 <i>Finanzielle Anreize</i>	<i>65</i>
6.3.1.7 <i>Akzeptanz bei beruflich ausgebildeten Pflegefachpersonen fördern</i>	<i>66</i>
6.3.2 <i>Strategien des mittleren Managements.....</i>	<i>66</i>
6.3.3 <i>Strategien des Pflegeteams</i>	<i>67</i>
6.3.4 <i>Strategien der Pflegefachpersonen mit Hochschulqualifikation.....</i>	<i>68</i>
6.4 ERGEBNISSE UND AUSWIRKUNGEN	68
6.4.1 <i>Qualitätsverbesserung der Versorgungsprozesse</i>	<i>68</i>
6.4.2 <i>Outcome für Pflegeleitungspersonen.....</i>	<i>71</i>
6.4.3 <i>Outcome für Pflegefachpersonen mit beruflicher Ausbildung.....</i>	<i>71</i>
6.4.4 <i>Outcome für Pflegefachpersonen mit hochschulischer Qualifikation.....</i>	<i>71</i>

7. DISKUSSION.....	73
8. ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE.....	75
9. LITERATUR.....	84
10. ANLAGEN.....	92

ABBILDUNGEN

Abbildung 1: Modell des Versorgungssystems nach Pfaff 2003.....	11
---	----

TABELLEN

Tabelle 1: Kooperation im Krankenhaus (Muths/Darmann-Finck 2013).....	4
Tabelle 2: In den Krankenhäusern erhobene Daten	14
Tabelle 3: : Aufgaben von Pflegehelfer_innen unterschiedlicher Qualifikationsniveaus	76

1. Einleitung

Aufgrund der demografischen und epidemiologischen Veränderungen in der Bevölkerung befinden sich in den Krankenhäusern zunehmend Patient_innen mit mehreren Nebendiagnosen und einem erheblichen Pflegebedarf (RKI 2015). Dem gegenüber steht der absehbare Mangel an Pflegefachkräften, der bereits jetzt dazu führt, dass die Krankenhäuser in einem Wettbewerb um die besten Pflegekräfte stehen (ebd.; Isfort et al. 2010; Isfort et al. 2014). Ein Ansatz, um diesen komplexen Herausforderungen zu begegnen, besteht in der Einführung eines gestuften Qualifikationssystems in der Pflege, bei dem die Qualifikationsstufe der Pflegefachpersonen mit dreijähriger beruflicher Ausbildung ergänzt wird um Pflegeassistent_innen oder (Gesundheits- und Kranken-) Pflegehelfer_innen mit ein- oder zweijähriger Ausbildung und Pflegefachpersonen mit einem Bachelorabschluss (DBR 2006). Durch die Kombinationen unterschiedlicher Qualifikationsniveaus innerhalb eines Pflegeteams (Qualifikations-Mix oder Grade-Mix¹) sollen die bei den Pflegenden vorhandenen Qualifikationen besser als bisher an die von diesen zu deckenden Pflegebedarfe angepasst werden (Afentakis/Maier 2011) und das vorhandene Potenzial an jungen Menschen mit unterschiedlichen allgemeinbildenden Schulabschlüssen in besserer Weise für den Pflegeberuf erschlossen werden. Die Ausbildung in der Pflegehilfe, z. B. der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe, kann ein Einstieg in das Berufsfeld Pflege für solche Bewerber_innen darstellen, die nicht die Zugangsvoraussetzungen für eine Fachkraftausbildung erfüllen oder in der Fachkraftausbildung scheitern (Wegner/Oestreich 2016). Die Einführung einer hochschulischen Erstausbildung als Zugang zur Berufszulassung stellt außerdem eine Anpassung an internationale Qualifikationsstandards dar und lässt sich auch mit der durch Studien nachgewiesenen Verbesserung von Patientenoutcomes begründen (Darmann-Finck 2012; Darmann-Finck et al. 2014). Diesem Potenzial des Grade-Mix steht eine Reihe von bislang ungelösten Problemen gegenüber. Insbesondere fehlt eine genaue Definition des Aufgabenzuschnitts der unterschiedlichen Qualifikationsniveaus für unterschiedliche Settings (Stemmer/Böhme 2008). Mit dem vorliegenden explorativen, vom Norddeutschen Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege (NDZ) finanzierten Forschungsprojekt soll untersucht werden, wie ein geeignetes Grade-Mix-Konzept gestaltet sein kann und welche Potenziale und Probleme mit der Etablierung eines Grade-Mix im Krankenhaus verbunden sind.

¹ Während mit Skill-Mix die Zusammensetzung eines (Pflege-)Teams mit unterschiedlicher Qualifizierung (im Sinne von Können und Erfahrung) verstanden wird, wird beim Qualifikations- oder Grade-Mix allein der Ausbildungsgrad der Mitarbeiter_innen berücksichtigt (Ludwig 2008).

2. Forschungsstand und theoretischer Rahmen

2.1 Forschungsstand

Auf der Grundlage des Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR, Europäische Kommission 2008) wurde in einigen anderen europäischen Ländern ein gestuftes Kompetenzmodell für Pflegeberufe entwickelt. Für Deutschland sind insbesondere die Modelle aus Österreich (ÖGKV 2011), den Niederlanden (de Jong/Landenberger 2005) und der Schweiz (OdA SANTÉ 2012) interessant. Knigge-Demal/Hundenborn (2011) haben jeweils einen Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich „Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen“ und für den Beschäftigungsbereich der „Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen“ entwickelt (Knigge-Demal/Hundenborn 2013). Für andere Beschäftigungsbereiche, insbesondere für den Sektor Krankenhaus, existieren in Deutschland bislang noch keine Qualifikationsrahmen, so dass konstatiert werden kann, dass es noch weiterer Forschung bedarf, um eine nach beruflichen Anforderungen und Kompetenzen gestufte Binnendifferenzierung des Berufsfelds „Pflege in Deutschland“ vornehmen zu können (Reiber 2011). Im Folgenden wird der Forschungsstand zu den beiden, das Niveau der beruflich ausgebildeten Pflegefachperson ergänzenden, Qualifikationsstufen, der (Gesundheits- und Kranken-) Pflegehilfe (2.1.1, S. 2) und der hochschulisch qualifizierten Pflegefachperson (2.1.2, S. 6) differenziert betrachtet.

2.1.1 (Gesundheits- und Kranken-) Pflegehilfe

Der Gemeinsame Bundesausschuss (2013/2016) unterscheidet beim Assistenz- und Hilfspersonal die Kategorien der Pflegeassistent_innen mit zwei Jahren Ausbildung, der Krankenpflegehelfer_innen mit einem Jahr Ausbildung und der Pflegehelfer_innen mit Basiskurs (ab 200 Stunden). Im Mittelpunkt des Forschungshabens stehen ein- und zweijährig ausgebildete Pflegeassistent_innen oder Pflegehelfer_innen. Im weiteren Bericht wird dafür der Begriff „Pflegehelfer_innen“ genutzt. Sofern Unterschiede herausgehoben werden sollen, wird von einjährig qualifizierten Pflegehelfer_innen oder zweijährig qualifizierten Pflegehelfer_innen gesprochen. Hinsichtlich der Aufgaben/Kompetenzen orientieren sich die Ausbildungen an den Eckpunkten der Konferenz der Arbeits- und Sozialminister_innen der Länder für die in der Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege (ASMK 2012). Für die Festlegung von Aufgaben wird darin zwischen stabilen und instabilen Pflegesituationen sowie zwischen einfachen Maßnahmen und Maßnahmen

mit höherem Schwierigkeitsgrad unterschieden. In stabilen Pflegesituationen bzw. bei einfachen Aufgaben sollen Pflegeassistenten- bzw. -hilfskräfte Pflege selbständig durchführen können (Durchführungsverantwortung). Pflegefachpersonen sind für Planung, Überwachung und Steuerung zuständig (Steuerungsverantwortung). In instabilen Pflegesituationen bzw. bei Aufgaben mit erhöhtem Schwierigkeitsgrad wie auch bei der Mitwirkung an ärztlich verordneten Maßnahmen dagegen ist entweder von Seiten der Pflegefachperson eine konkrete Anleitung von Nöten oder aber die Fachperson führt die Pflege, aufgrund z. B. des damit verbundenen Risikopotenzials für die zu pflegende Person, selbst durch. In der Ausbildung sollen Pflegeassistenten- bzw. -hilfskräfte (der Begriff wird synonym verwendet) daher den Eckpunkten zufolge u. a. dazu befähigt werden, unter Anleitung und Überwachung von Pflegefachpersonen an ärztlich verordneten therapeutischen und diagnostischen Verrichtungen mitzuwirken (insb. Kontrolle von Vitalzeichen, Medikamentengabe, subkutane Injektionen, Inhalationen, Einreibungen, An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen) sowie Menschen in der Endphase des Lebens unterstützend zu begleiten und zu pflegen. Eine Differenzierung von ein- oder zweijährig ausgebildeten Pflegehelfer_innen bzw. Assistent_innen wird nicht vorgenommen.

Die Regelung der Ausbildung in den Pflegeassistentenberufen bzw. in der Pflegehilfe obliegt den Ländern, was zum Teil recht unterschiedliche Regelungen und auf Arbeitgeberseite Unsicherheiten hinsichtlich der vorliegenden Kompetenzen zur Folge hat. In Bremen existiert beispielsweise seit 2012 eine zweijährige Ausbildung in Gesundheits- und Krankenpflegehilfe mit generalistischer Ausrichtung, d. h. für die Tätigkeit in allen Versorgungsbereichen und die Pflege von Menschen aller Altersstufen und damit explizit auch für die Akutpflege im Sektor Krankenhaus. Der Bildungsgang ermöglicht neben dem beruflichen auch einen allgemeinbildenden Abschluss und die Ausbildung kann unter bestimmten Bedingungen auf das erste Jahr der Fachkraftausbildung angerechnet werden (Muths/Darmann-Finck 2013). In Schleswig-Holstein gibt es eine dreijährige Ausbildung zur Fachkraft für Pflegeassistenten, die zur Mitwirkung an pflegerischen und hauswirtschaftlichen Aufgaben bei Menschen aller Altersgruppen befähigt (Ministerium für Bildung und Kultur des Landes Schleswig-Holstein 2012). In Niedersachsen wird eine Ausbildung zur/zum Pflegeassistent_in angeboten, deren Absolvent_innen primär Pflegefachpersonen in Alten- und Behindertenheimen unterstützen sollen und nicht für eine Tätigkeit im Krankenhaus ausgebildet sind. Wenn eine generalistische Qualifizierung vorliegt, wird dies in diesem Bericht explizit hervorgehoben.

Da insbesondere für den Sektor Krankenhaus, in dem bisher vergleichsweise wenig geringer qualifiziertes Pflegepersonal eingesetzt wird (Kehrbach et al. 2009), zurzeit noch keine Quali-

fikationsrahmen vorliegen, gibt es bislang kaum konkrete Anhaltspunkte, wie Pflegehelfer_innen eingesetzt werden und wie die Aufteilung der Verantwortungs- und Aufgabenbereiche in der Kooperation mit Pflegefachpersonen und anderen Berufsgruppen auf der Basis des Kriteriums der „stabilen Pflegesituationen“ erfolgt. Auch fehlen Erkenntnisse hinsichtlich stations- bzw. fachrichtungsspezifischer Anforderungen, die ggf. eine Anpassung der Aufgabenbereiche der Pflegehelfer_innen notwendig machen. Auf der Basis einer explorativen berufswissenschaftlichen Studie definieren Muths/Darmann-Finck (2013) eine Pflegesituation dann als stabil, wenn sie „wenige Schwankungen aufweist, frei von krisenhaften Entwicklungen ist“ und „die Risiken, dass sich die Situation akut verschlechtert, gering sind“. Bezogen auf die Pflege von chirurgischen Patient_innen im Krankenhaus werden die Verantwortlichkeiten von Pflegehelfer_innen und Pflegefachpersonen in der Studie folgendermaßen konkretisiert (Muths/Darmann-Finck 2013):

Tabelle 1: Kooperation im Krankenhaus (Muths/Darmann-Finck 2013, 9)

<i>Menschen während eines Klinikaufenthaltes bei weitgehend standardisierten chirurgischen oder diagnostischen Routineeingriffen pflegerisch unterstützen – Klinische Behandlungspfade und -abläufe mit Kriterien und Aufmerksamkeitsschwerpunkten zur Identifizierung möglicher Destabilisierungen liegen vor.</i>	
Pflegefachperson	Gesundheits- und Krankenpflegehilfe mit generalistischer Ausrichtung
Prozessverantwortung	Durchführungsverantwortung
<ul style="list-style-type: none"> • kennt die zu pflegende Person • plant die Pflege • vergewissert sich, dass die GKpH die delegierten Aufgaben sicher durchführen kann • gibt Kriterien und Aufmerksamkeitsschwerpunkte zur Identifizierung möglicher Destabilisierungen vor – fragt Veränderungen nach • übernimmt in regelmäßigen, situationsangepassten definierten Zeitabständen die Pflege und Beobachtung selbst • evaluiert und aktualisiert die Pflegeplanung nach Rücksprache 	<ul style="list-style-type: none"> • führt die geplanten Pflegehandlungen durch • übernimmt im Rahmen der Pflege die kontinuierliche Beobachtung und leitet beobachtete Veränderungen weiter

Hinsichtlich des tatsächlichen Einsatzes deutet eine aktuelle Befragung von Pflegefachpersonen in Krankenhäusern darauf hin, dass das „Hilfspersonal“ in vielen Krankenhäusern vor allem patientenferne Aufgaben, wie Mahlzeitenbestellung, Patientenbegleitung zu Untersuchungen, Boten- und Transportaufgaben, Reinigungsaufgaben u.a., übernimmt (Bräutigam et al. 2014, 48 ff.). Eine Übertragung spezifisch pflegerischer Aufgaben auf andere „Dienste“, worunter in der Studie vermutlich auch Pflegehelfer_innen verstanden werden, erfolgt aber nur in wenigen Krankenhäusern. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass möglicherweise den unterschiedlichen Qualifikationsprofilen des Pflegehilfspersonals nicht genügend Rechnung getragen wird.

Bezogen auf den derzeitigen Umfang des Einsatzes von Pflegehilfspersonal im Krankenhaus geht aus einer Befragung der Leitungen deutscher Krankenhäuser des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) hervor, dass auf chirurgischen bzw. inneren Abteilungen zwischen 0,3 und 0,5 Pflegeassistent_innen mit zweijähriger Ausbildung beschäftigt sind (im Vergleich: 1,7 - 3,3 Krankenpflegehelfer_innen mit einem Jahr Ausbildung, gerechnet in Vollzeitstellen) (DKI 2015, 31). Insgesamt wird Pflegeassistenten- bzw. Pflegehilfspersonal (alle oben genannten Kategorien) in Krankenhäusern in einem Umfang von 3,1 - 5,7 Vollzeitstellen pro chirurgischer/innerer Abteilung eingesetzt. Hinsichtlich des Bedarfs an Pflegeassistenten- oder Pflegehilfspersonal gibt der Vorschlag von Maier einen Anhaltspunkt, auf jeder Station 10-15% Hilfskräfte einzusetzen (Teigeler 2016), was – wenn man die DKI-Zahlen zugrundelegt - einer Zunahme von etwa 50% entsprechen würde. Tatsächlich erwartet die Hälfte der vom DKI befragten Krankenhäuser in den nächsten Jahren eine Steigerung der Stellen bei den Pflegehelfer_innen mit ein- oder zweijähriger Ausbildung (DKI 2015, 42), noch positiver fällt die Einschätzung beim sonstigen Personal aus (ebd., 43). Als stagnierend wird die Zahl der Pflegehelfer_innen eingeschätzt, die lediglich über einen Basiskurs qualifiziert sind.

Nicht nur der Aufgabenzuschnitt ist unklar, auch zu den Auswirkungen der Einführung von unterhalb der Fachkräfteebene qualifizierten Pflegekräften auf die unterschiedlichen Akteure, die Arbeitsorganisation und die Pflegequalität gibt es bislang in Deutschland kaum empirisch gesicherte Erkenntnisse. Eine aktuelle Studie (Mai/Christ/Flerchinger 2014) zum Skill- und Grade-Mix auf Intensivstationen kommt zu dem Ergebnis, dass der Einsatz von (Kranken-) Pflegehelfer_innen mit zweijähriger Ausbildung auf Intensivstationen die Pflegefachpersonen entlasten kann, was an einer Zunahme an spezialisierten Pflegeleistungen seitens der Pflegefachpersonen erkennbar ist. Aus internationalen Studien und Erfahrungsberichten lassen sich einige mit dem Einsatz von Pflegenden, deren Qualifikationsniveau unterhalb von Pflegefachpersonen liegt, verbundene Probleme entnehmen: Buchan/Dal Poz (2002) ermitteln in

ihrem Review sowohl Studien, die zu eher positiven Ergebnissen kommen, insbesondere bezogen auf Kostenersparnisse bei gleichbleibender Patientenzufriedenheit, als auch Studien, in denen Abstriche in der Pflegequalität und eine erhöhte Arbeitsbelastung der Pflegefachpersonen festgestellt wurden. McGillis Hall/Doran/Pink (2004; 2008) kommen daher zu dem Schluss, dass die Veränderungen des Grade-Mix moderat und an die Anforderungen der spezifischen Station angepasst erfolgen müssen. Auch für den Einsatz von Pflegehelfer_innen kann angenommen werden, dass eine Übertragung von Einzelaufgaben das Risiko von Schnittstellenproblematiken birgt und daher die Übertragung von „sinnhaften Arbeitszusammenhängen“ im Sinne des vollständigen Pflegeprozesses angebrachter ist (Stemmer/Böhme 2008). Erfahrungen aus der Schweiz geben Hinweise darauf, dass die Potenziale der unterschiedlich qualifizierten Mitarbeiter_innen nicht voll ausgeschöpft werden (Ludwig/Steudter/Huiskers 2012). In Deutschland werden, eher erfahrungsgestützt, Befürchtungen geäußert, die in Richtung einer Qualitätsminderung der Pflege u. a. durch Informationsverlust, Überforderung der Pflegeassistent_innen/Pflegehelfer_innen und zusätzliche Belastungen der Pflegefachpersonen gehen (DBfK BAG Pflege 2011).

2.1.2 Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss

Seit Inkrafttreten der pflegerischen Berufsgesetze 2003 und 2004 können auf der Grundlage der Modellklauseln (duale) Studiengänge entwickelt und eingerichtet werden, die neben dem Bachelorabschluss auch zu einer Berufszulassung führen. Stöcker/Reinhard zählen 2012 bereits 39 solcher Studiengänge, seitdem werden es kontinuierlich mehr. Der aktuelle Entwurf des Pflegeberufsgesetzes der Bundesregierung (Stand August 2016) sieht für die hochschulische Erstausbildung neben den für die berufliche Ausbildung angesteuerten Kompetenzen erweiterte Ausbildungsziele vor (PfIBRefG § 37). Die erweiterten Ausbildungsziele beziehen sich etwa auf die „Gestaltung und Steuerung hochkomplexer Pflegeprozesse auf der Grundlage wissenschaftsbasierter bzw. wissenschaftsorientierter Entscheidungen“, auf „vertieftes Wissen über die Grundlagen der Pflegewissenschaft“ und den „gesellschaftlich-institutionellen Rahmen“ bzw. das „normativ-institutionelle System der Versorgung“, um die „Weiterentwicklung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung“ maßgeblich mitgestalten zu können. Die Studierenden sollen außerdem befähigt werden, „forschungsgestützte Problemlösungen wie auch neue Technologien in das berufliche Handeln übertragen zu können“ und an der „Entwicklung von Qualitätsmanagementkonzepten, Leitlinien und Expertenstandards mitzuwirken“. Einige der genannten Ausbildungsziele mögen Ausdruck der nicht nur beim Gesetzgeber bestehenden Unsicherheiten hinsichtlich eines realistischen und sinnvollen Kompetenz- resp. Qualifikationsprofils von hochschulisch ausgebildeten Pflege-

fachpersonen sein. Die Ziele „Gestaltung und Steuerung hochkomplexer Pflegeprozesse“ oder auch die Mitwirkung an der „Entwicklung von Qualitätsmanagementkonzepten, Leitlinien und Expertenstandards“ gehen deutlich über den Anspruch einer Erstausbildung hinaus und sind auf Master- oder sogar Promotionsebene anzusiedeln. Vermutlich möchte der Gesetzgeber mit den erweiterten Ausbildungszielen das Innovationspotenzial einer hochschulischen Qualifizierung würdigen. Die von den Studiengängen entwickelten Qualifikationsziele (exemplarisch Modellstudiengänge „Pflege“ NRW 2014) weisen darauf hin, dass die Absolvent_innen primär für die direkte und evidenzbasierte Pflege im interprofessionellen Team qualifiziert werden sollen. Eine Kompetenzmessung bei Absolvent_innen von primärqualifizierenden Studiengängen (darunter allerdings auch Studiengänge für Hebammen und Therapieberufe) ergab, dass sie sich in vier von fünf Kompetenzdimensionen signifikant höher einschätzen als die beruflich Ausgebildeten. Am größten fiel der Unterschied bei der Kompetenz „Anwendung wissenschaftlichen Wissens auf dem aktuellen Erkenntnisstand“ aus. Aber auch bei den Kompetenzen „Fähigkeit zur Umsetzung von interprofessionellen Diskursen und zur Förderung der Kooperation“, „Fähigkeit zur (sektorenübergreifenden) Fallsteuerung“ sowie „Fähigkeit zur Förderung der eigenen Profession“ gelangen die Studierten zu höheren Einschätzungen ihrer Kompetenzen (Darmann-Finck et al. 2014, 42 ff.). Im praktischen Handeln geht die wissenschaftliche Kompetenz – so die Selbstwahrnehmung sowie die Wahrnehmung erfahrener Pflegefachpersonen – mit einer Reflexion von Routinen und Gewohnheiten einher (Darmann-Finck et al. 2014, 52 ff.). Diese Kompetenzen sollten Grundlage für die Konzeption von spezifischen Aufgaben und Stellenbeschreibungen sein. Dabei ist auch in Rechnung zu stellen, dass es sich zwar um eine Ausbildung auf Hochschulniveau, aber immer noch um eine Erstausbildung handelt. Anders sind die Voraussetzungen einzuschätzen, wenn hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen zunächst eine berufliche Ausbildung absolviert haben, dann mehrere Jahre in der Praxis tätig waren und erst dann ein (additives) Studium aufgenommen haben.

Von Seiten von Verbänden wurden in den letzten Jahren Vorschläge zum Einsatz von Pflegefachpersonen mit hochschulischer Ausbildung veröffentlicht (vpu 2015; 2016; DPR/DGP 2014). Als mögliche Aufgabenfelder werden in dem gemeinsam vom Deutschen Pflegerat und der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft veröffentlichten Papier folgende Aufgaben genannt:

- die Weiterentwicklung der Pflege durch Unterstützung empirischer Pflegeforschung,
- die Implementierung von Forschungsergebnissen in die Praxis,

- die Identifizierung und Erstellung von Konzepten
- sowie die Evaluation der Versorgungs- und Betreuungsqualität,
- die Beratung und Anleitung von Mitarbeitern zu Fragen aktueller pflegerischer Versorgung
- und die Umsetzung von Veränderungen im Team (DPR/DGP 2014).

Konkret könnte dies etwa in der beruflichen Domäne „Pflegeprozess anwenden“ bedeuten, dass hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen insbesondere für „hochkomplexe“ Pflegesituationen zuständig sind und dafür Assessmentinstrumente auswählen sowie Pflegepläne entwickeln und evaluieren. Die Umsetzung der Pflege könnte auch von beruflich ausgebildeten Pflegefachpersonen übernommen werden (ebd.). Eine ähnliche Unterscheidung wird auch in anderen Domänen vorgenommen und ergänzt, etwa durch die Entwicklung von Konzepten und Programmen und die Qualitätsentwicklung.

Ähnlich werden in dem Konzept des vpu (2015; 2016), das sich am Österreichischen Kompetenzmodell orientiert (ÖGKV 2011), die Aufgaben von hochschulisch und beruflich ausgebildeten Pflegefachpersonen abgegrenzt. Primär sollen hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen für die Pflege in hochkomplexen Pflegesituationen, für die Konzeptentwicklung sowie für die Überprüfung und Weiterentwicklung der Pflegequalität in ihren Arbeitsbereichen zuständig sein.

Die sehr raren Absolvent_innenstudien und Evaluationsberichte aus den dualen Pflegestudiengängen lassen noch keinen eindeutigen Trend hinsichtlich der Aufgabenfelder erkennen. Die früheren Studien deuten darauf hin, dass die Mehrzahl der Studierenden und Absolvent_innen durchaus eine Tätigkeit in der direkten Pflege anstrebt, dass aber ein Teil nach kurzer Zeit den ersten Arbeitsplatz verlässt und ein Masterstudium aufnimmt oder in eine patient_innenferne Tätigkeit wechselt (Köhlen 2011; Knöffler et al. 2012). Die jüngeren Absolvent_innenstudien sowohl von Büker/Strupeit (2016) als auch von Darmann-Finck et al. (2015, 107 f.) kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass ein größerer Anteil der befragten Absolvent_innen (bei Büker/Strupeit 50%, bei Darmann-Finck et al. mehr) in zwei dualen Pflegestudiengängen in der direkten Pflege tätig ist. Davon übt ein größerer Anteil die direkte Pflege ohne Unterschied zu beruflich ausgebildeten Pflegefachpersonen aus, ein Teil ist auch für „Zusatzaufgaben“ zuständig (Büker/Strupeit 2016, 94). In der Studie von Darmann-Finck et al. (2015, 107 f.) übernehmen ein Fünftel bzw. ein Viertel der Befragten neben

der direkten Pflege ohne Unterschied besondere pflegfachliche Verantwortung oder Aufgaben im Bereich Praxisentwicklung. Der Teil der Absolvent_innen, der nicht mehr in der direkten Pflege aktiv ist, übt Aufgaben in den Bereichen Versorgungssteuerung, Edukation, Qualitäts- oder Projektmanagement (Büker/Strupeit 2016) bzw. außerdem in der Leitung, der Forschung oder in der Aus-, Fort- und Weiterbildung aus (Darmann-Finck et al. 2015, 107 f.). Die von Darmann-Finck et al. (2015, 107 f.) Befragten hatten außerdem zu ca. 50% die Absicht, ein Masterstudium aufzunehmen oder studierten bereits. Kesting (2014) kommt auf der Basis einer explorativen, qualitativen Studie zu dem Schluss, dass die hochschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen in der Praxis häufig keine Anknüpfungspunkte für ihre durch das Studium erworbenen Kompetenzen vorfinden, zum Teil mangelnde Akzeptanz von Kolleg_innen und anderen Berufsgruppen erfahren und zudem die Rahmenbedingungen als äußerst belastend erleben. Diese mangelnde Passung zwischen Fähigkeiten und Interessen der hochschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen einerseits und der beruflichen Umwelt andererseits führt in der Folge zu mangelnder Arbeitszufriedenheit und zur Aufgabe der Tätigkeit (ebd.). Diese Befunde verweisen darauf, dass nicht für das Qualifikationsniveau interessante Stellen, sondern auch managementbezogene Strukturen fehlen, um das Potenzial von Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss optimal auszuschöpfen.

Die Studie von Wiedermann et al. (2016) informiert über Aufgaben von Pflegefachpersonen, die nach längerer Berufserfahrung ein additives Studienprogramm besucht haben. Bei diesen Absolvent_innen war insbesondere eine Zunahme von Leitungsaufgaben und Aufgaben in der Entwicklung/Umsetzung von Pflegekonzepten/Pflegeprogrammen und im Qualitätsmanagement zu verzeichnen. Der Anteil derer, die in der direkten Patientenversorgung tätig waren, blieb aber stabil, so dass davon ausgegangen werden kann, dass die neuen Aufgaben zusätzlich übernommen wurden.

Aktuelle Hinweise über die Vorstellungen von Seiten der Leitungspersonen und Verbandsvertreter_innen zu möglichen Aufgaben von hochschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen geben die Befragungen von Simon/Flaiz (2015) und des Deutschen Krankenhausinstituts (2014). Für die von Simon/Flaiz (2015) interviewten Expert_innen stehen die Aufgaben der Prozesssteuerung einschließlich Case- und Care-Management sowie der selbstständigen und eigenverantwortlichen Pflege in patient-innennaher Versorgung im Vordergrund. Einen hohen Stellenwert haben auch eher systemische Aufgaben wie Organisation/Führung, Koordination oder Qualitätsmanagement. In der Fragebogenerhebung des Deutschen Krankenhausinstituts (2014) sollten diejenigen Einrichtungen, die grundsätzlich einen Bedarf an hochschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen sehen, angeben, in welchen Tätigkeitsbe-

reichen sie einen Einsatz für sinnvoll halten. 64% der Befragten entschieden sich für „Leitungsfunktion“, alle anderen Nennungen lagen unter 10% (ebd., 49). Insbesondere die letzte Befragung ist ein Indikator für die Unsicherheiten seitens der Arbeitgeber hinsichtlich des bei den hochschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen vorliegenden Qualifikationsprofils. Sofern es sich um Absolvent_innen eines primärqualifizierenden Studiums, also Absolvent_innen einer Erstausbildung handelt, erfordern Leitungsaufgaben mehrjährige Berufserfahrung und zusätzliche managementbezogene Bildungsmaßnahmen. Daher kann das Resümee von Lüftl/Kerres (2011), dass auf der Seite des Pflegemanagements vielerorts eher vage Vorstellungen, aber kaum konkrete Ansätze einer systematischen und organisatorisch abgesicherten Einbindung der hochschulisch ausgebildeten Pflegenden existieren, auch heute noch aufrechterhalten werden.

In der neuen Entgeltordnung für Gesundheitsberufe des Tarifvertrags für den öffentlichen Dienst (TVöD 2016) erfolgte erstmalig mit Einführung der Entgeltgruppe 9b eine tarifliche Eingruppierung für Beschäftigte mit einer abgeschlossenen Hochschulbildung. Allerdings ist die Entgeltgruppe 9b nur solchen Hochschulabsolvent_innen vorbehalten, die Aufgaben im Sinne von § 37, Abs. 3, Satz 2 des noch nicht verabschiedeten Pflegeberufsgesetzes ausüben.² Wie diese Einschränkung zu interpretieren ist, ob sie möglicherweise stärker auf patient_innenferne Aufgaben abzielt, ist derzeit noch offen.

Trotz dieser Unklarheiten geht die Mehrzahl der Krankenhausleitungen davon aus, dass der Anteil an Pflegefachpersonen mit einem hochschulischen Abschluss am Gesamtpflegepersonal in den nächsten Jahren steigen wird (DKI 2015, 41). Bislang werden lediglich in einem Fünftel der Krankenhäuser hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen eingesetzt (ebd., 35) und zwar eher auf Stationen der Inneren Medizin als auf Chirurgischen Stationen (ebd., 36). Der Wissenschaftsrat (WR) (2012) empfiehlt eine Akademisierungsquote in der unmittelbaren Patientenversorgung von 10-20% eines Ausbildungsjahrgangs. Diese Quote wird nicht nur in der pflegerischen Praxis bei weitem noch nicht erreicht, bislang werden auch an den Hochschulen noch nicht genügend Studierende ausgebildet. Gegenwärtig weist die Hochschulstatistik ca. 3.000 Studienplätze in Pflegestudiengängen aus, einbezogen wird

² Die hochschulische Erstausbildung soll demnach befähigen, „vertieftes Wissen über Grundlagen der Pflegewissenschaft, des gesellschaftlich-institutionellen Rahmens des pflegerischen Handelns sowie des normativ-institutionellen Systems der Versorgung anzuwenden und die Weiterentwicklung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung dadurch maßgeblich mitzugestalten“ (PflegeBRefG, 27).

dabei das gesamte Spektrum an pflegewissenschaftlichen Studiengängen. Ca. 5.000-10.000 Studienplätze in für die direkte Versorgung qualifizierenden Studiengängen müssten geschaffen werden, um der Quote des WR näher zu kommen (Simon 2016, 40-41).

2.2 Theoretischer Rahmen

Gegenstand des Vorhabens ist die Evaluation von Grade-Mix-Konzepten (GKPH [GA], GKP [3-jährig], BA-Pflegekräfte) im Krankenhaus. Um sowohl strukturelle als auch prozessbezogene Voraussetzungen und Folgen differenziert abbilden zu können, stützt sich das Projekt auf ein systemtheoretisches Modell des Versorgungssystems (Pfaff 2003).



Abbildung 1: Modell des Versorgungssystems nach Pfaff 2003

Mit dem „Input“ werden z. B. Patient_innenmerkmale oder strukturelle Merkmale und Ressourcen – einschließlich etwa des Grade-Mixes – der Station erfasst. Das „Throughput“ bezeichnet die Verarbeitung des Inputs innerhalb des Systems und hebt etwa auf „Versorgungsstrukturen, -prozesse und -technologien“ ab (ebd.). Im Kontext der zu untersuchenden Zusammenarbeit von Pflegenden unterschiedlicher Qualifikation sind hier vor allem die Arbeitsorganisation, die professionelle und interprofessionelle Kooperation, aber auch grundsätzliche Strukturen der Pflegeperson-Patient_innen-Interaktion von Bedeutung. Mit dem „Output“ werden die erbrachten Versorgungs- bzw. Pflegeleistungen, mit „Outcome“ die Wirkung der Versorgungsleistungen in Form von Patient_innen- und Pflegendenoutcomes (jeweils Gewinn oder Verlust von Gesundheit und Lebensqualität) bezeichnet. Aus dem Modell ist ersichtlich, dass Output und Outcome nicht nur vom Input, sondern vor allem auch vom Throughput abhängig sind. Der Fokus des vorliegenden Projekts lag aufgrund der noch unzureichenden Erkenntnisse zunächst auf dem Zusammenhang zwischen Input- und Throughput-Parametern. Die Untersuchung der Auswirkungen eines Grade-Mixes auf patient_innenbezogene Outcome-Parameter erfordert eine umfangreichere Studie und war im Rahmen des Projekts nicht möglich.

3. Forschungsfragen

Ziel des Projekts war es, den in der Pflegepraxis im Krankenhaus vorliegenden Qualifikationsmix zu evaluieren, d. h. zu prüfen, von welchem Qualifikationsniveau welche „sinnhaften Arbeitszusammenhänge“ (Stemmer/Böhme 2008) und Aufgaben übernommen werden und wie sich der Qualifikationsmix bewährt. Aus den Ergebnissen sollen Schlussfolgerungen hinsichtlich der Weiterentwicklung der praktizierten Qualifikationsmix-Konzepte gezogen werden. Vor dem Hintergrund des theoretischen Modells wurden im Einzelnen die folgenden Fragestellungen untersucht:

Input:

- Welche „sinnhaften Arbeitszusammenhänge“ bzw. Aufgaben und Tätigkeiten³ fallen auf den untersuchten Stationen durchschnittlich an?
- Wie werden die auf den untersuchten Stationen anfallenden, „sinnhaften Arbeitszusammenhänge“ und Aufgaben auf die unterschiedlichen Qualifikationsniveaus verteilt?

Throughput:

- Entsprechen die in der Ausbildung vermittelten Kompetenzen der GKPH (GA) den Anforderungen der Praxis bzw. wie können diese an den Bedarf der Station (s. Input) angepasst werden (z. B. Schnittstellenabgrenzung, Übernahme von Anordnungs- und Durchführungsverantwortung, Kooperation mit ärztlichem Personal)?
- Wie gelingt es den hochschulisch ausgebildeten Pflegefachkräften, ihre Kompetenzen, z. B. hinsichtlich evidenzbasierter Pflege, in die Pflegepraxis einzubinden und wie erfolgt die Aufgabenteilung mit den beruflich ausgebildeten Fachkräften in der konkreten Zusammenarbeit?
- Wie wird die Zusammenarbeit im qualifikationsheterogenen Team institutionell und vor Ort organisiert?

³ Aufgaben definieren wir nach Hacker (2005) als sinnhaft zusammenhängende, vollständige Handlungen, während Tätigkeiten als einzelne Handlungen zur Erfüllung von Aufgaben zu verstehen sind. Im Folgenden wird nur von Aufgaben gesprochen; die konkreten Tätigkeiten sind dabei mitgemeint.

- Welche Auswirkungen hat die Etablierung eines Grade-Mixes auf die Tätigkeit und Befindlichkeit der beruflich ausgebildeten Pflegefachpersonen (z. B. Entlastung und Freisetzung von Ressourcen zur Wahrnehmung der komplexeren Aufgaben oder zusätzliche Belastung durch Delegationsaufgaben, Beschneidung von Zuständigkeitsbereichen, Akzeptanz von hochschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen)?
- Wie nehmen Pflegehelfer_innen ihre berufliche Situation wahr?
- Wie nehmen die hochschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen ihre berufliche Situation wahr?

Output:

- Wie ist die Qualität der erbrachten Versorgungs- bzw. Pflegeleistungen der Pflegehelfer_innen einzuschätzen? Entsprechen sie fachlichen Standards?
- Inwiefern gehen die von hochschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen erbrachten Versorgungs- und Pflegeleistungen über die der beruflich ausgebildeten Pflegefachpersonen hinaus?

4. Methoden

Da der Forschungsstand hinsichtlich der Forschungsfragen noch recht bescheiden ausfällt, wurde ein qualitatives Studiendesign gewählt. Untersucht wurden fünf Einzelfälle bzw. der Qualifikationsmix auf fünf ausgewählten Stationen in fünf norddeutschen Krankenhäusern (Mecklenburg-Vorpommern, Hamburg, Schleswig-Holstein, Bremen). Aufgrund der jeweiligen Erkenntnispotenziale und Grenzen der unterschiedlichen Methoden und um die verschiedenen Forschungsfragen beantworten zu können, erfolgte eine Triangulation der Methoden (Flick 2007). Eingesetzt wurden

- teilnehmende Beobachtungen und
- leitfadengestützte Interviews mit Pflegepersonen unterschiedlicher Qualifikation in den fünf untersuchten Krankenhäusern (Pflegehelfer_innen, Pflegefachpersonen mit beruflicher und hochschulischer Ausbildung sowie Personen mit Leitungsaufgaben).

Ergänzend wurden leitfadengestützte Interviews mit Leitungspersonen aus solchen Krankenhäusern geführt, die als besonders innovativ hinsichtlich des Einsatzes von hochschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen bekannt sind.

Schließlich fand ein Expertenworkshop zur Interpretation der Ergebnisse statt.

Der Studie lag ein **Sample** von insgesamt fünf Stationen zugrunde. Die Krankenhäuser unterschieden sich hinsichtlich der Trägerschaft (drei kommunale, zwei frei-gemeinnützige Krankenhäuser) und Größe (450 - 1.000 Betten), die Stationen hinsichtlich der Fachdisziplin. Die Fachrichtungen der untersuchten Stationen umfassten die Bereiche Augenheilkunde, allgemeine Chirurgie bzw. Traumatologie, Intermediate Care, Kardiologie, Onkologie und Thoraxchirurgie.

Tabelle 2: In den Krankenhäusern erhobene Daten

	Erhobene Daten
Krankenhaus A	TB: 5 Tage (Fokus Pflegehelfer_in und Pflegefachperson m. hochschulischer Ausbildung.) Interviews: 3 (Stationsleitung, 1,5-jährig qualifizierte Pflegehelferin, Pflegefachperson mit hochschulischer Ausbildung)
Krankenhaus B	TB: 2 Tage (Fokus Stationsassistentin) Interviews: 3 (Stationsleitung, Stationsassistentin ohne pflegerische Ausbildung, Pflegefachperson mit hochschulischer Ausbildung)
Krankenhaus C	TB: 3 Tage (Fokus Pflegefachperson mit hochschulischer Ausbildung) Interviews: 5 (zwei Pflegefachpersonen mit hochschulischer Ausbildung, zwei Pflegefachpersonen mit beruflicher Ausbildung, eine Pflegeleitung, Case Management)
Krankenhaus D	TB: 3 Tage (Fokus auf Pflegehelfer_in (Generalistische Ausrichtung)) Interviews: 3 (zwei Stationsleitungen und ein_e 2-jährig qualifizierte_r Pflegehelfer_in)
Krankenhaus E	Interviews: 4 (zwei Stationsleitungen, ein_e 2-jährig qualifizierte_r Pflegehelfer_in, eine beruflich qualifizierte Pflegefachperson)

Die **teilnehmenden Beobachtungen** wurden im Rahmen von 2-5 tägigen Forschungsaufenthalten einer Forschungsperson mit pflegerischer Ausbildung auf insgesamt vier gezielt ausgewählten Stationen durchgeführt. Feldbeobachtung bedeutet, dass die Forscherin/der Forscher am Stationsleben teilnimmt, beobachtet, was passiert, zuhört, was gesagt wird, Fragen stellt und alle verfügbaren Daten sammelt (Lüders 2007). Nachträglich oder zum Teil parallel wurden Feldprotokolle erstellt. Bei der Feldbeobachtung lag der Fokus (Scheffer 2002) auf der Erfassung der von den beobachteten Pflegepersonen jeweils übernommenen Aufgaben (Input), auf der Zusammenarbeit zwischen den Pflegenden der unterschiedlichen Qualifikationsniveaus (Throughput) und auf der Qualität der Durchführung der übernommenen Aufgaben (Output). Hinsichtlich der übernommenen Aufgaben wurde vor dem Feldaufenthalt unter Verwendung des Österreichischen Kompetenzmodells (ÖGKV 2011) eine Systematik an zu erwartenden Aufgaben als strukturierendes Beobachtungsinstrument entwickelt. Beobachtet wurde stets jeweils eine Pflegeperson (z. B. ein_e Pflegehelfer_in) an einem Tag, wobei die Beobachtung sich ausschließlich auf Pflegehelfer_innen oder Pflegefachpersonen mit Hochschulischer Ausbildung bezog. Die Beobachterin bzw. der Beobachter folgten den Pflegenden bei all ihren Aktivitäten („shadowing“). Shadowing als Methode der qualitativen Forschung kann als enge Begleitung und Beobachtung einer Untersuchungsperson in ihrem beruflichen Alltag über einen längeren Zeitraum verstanden werden (McDonald 2005). In die Feldbeobachtungen eingebettet waren ethnographische Interviews, die mehr Gesprächs- als Interviewcharakter haben und dazu dienen, beispielsweise Hintergründe für beobachtete Handlungen der Pflegenden in Erfahrung zu bringen. Die Beobachtungen wurden anhand von Feldprotokollen dokumentiert.

Als zweite Erhebungsform wurden **leitfadenstrukturierte Interviews** (Helfferich 2005; Meuser/Nagel 2005) geführt: auf den Stationen der Krankenhäuser A und B jeweils mit der Stationsleitung, einer Pflegefachperson mit Hochschulischem Abschluss und einer Pflegehilfskraft; im Krankenhaus C mit einer Person der Pflegedienstleitung, zwei Pflegefachpersonen mit Hochschulischem Abschluss und zwei Pflegefachpersonen mit beruflichem Abschluss; auf den Stationen der Krankenhäuser D und E jeweils mit zwei Stationsleitungen und einer Pflegehilfskraft; im Krankenhaus E zusätzlich dazu mit einer beruflich ausgebildeten Pflegefachperson. Insgesamt liegen 18 Interviews aus den Krankenhäusern A-E mit einer durchschnittlichen Dauer von 16 - 48 Minuten vor. Der Interviewverlauf orientierte sich an einem Leitfaden, der je nach Akteursgruppe angepasst wurde.

Die Fragen richteten sich auf

- die Aufgabenverteilung,
- die Zufriedenheit und ggf. Schwierigkeiten mit der Aufgabenverteilung,
- die Auswirkungen des auf der Station vorhandenen Qualifikationsmixes (bezogen auf den Prozess und das Ergebnis),
- mögliche Konfliktsituationen in der Zusammenarbeit aufgrund des Qualifikationsmixes (Leitfaden s. Anhang)

Da die erhobenen Daten noch zu wenig Informationen hinsichtlich möglicher Aufgaben für Pflegefachpersonen mit Hochschulischer Ausbildung lieferten, wurden **zusätzlich leitfadengestützte Interviews** (Helfferich 2005; Meuser/Nagel 2005) mit Leitungspersonen oder Verantwortlichen aus Einrichtungen geführt, die nicht im NDZ-Bereich lokalisiert und dafür bekannt sind, Konzepte zur systematischen Einbindung von Pflegefachpersonen mit Hochschulischer Ausbildung in den Qualifikationsmix etabliert zu haben. Als Experte/Expertin werden in diesem Kontext Personen bezeichnet, die „in irgendeiner Weise Verantwortung (tragen) [...] für den Entwurf, die Implementierung oder die Kontrolle einer Problemlösung“ (Meuser/Nagel 2005, 73). Erfasst wird ihr „Betriebswissen“, d.h. die Expert_innen geben Auskunft über ihr eigenes Handlungsfeld (ebd., 75). Auf diese Weise wurden mit sechs Vertreter_innen aus vier Krankenhäusern drei Einzel- und ein Gruppeninterview durchgeführt (Leitfaden s. Anhang). Die befragten Proband_innen gehörten der Pflegedirektion bzw. dem höheren Pflegemanagement an und wurden in dem einen Gruppeninterview um eine für den Studiengang beauftragte Person der Pflegeschule ergänzt. Die Dauer der Einzelinterviews betrug 26 - 53 Minuten, die des Gruppeninterviews 68 Minuten.

Während sich die untersuchten Stationen ausschließlich in Krankenhäusern im Einflussbereich des NDZ befanden, wurden die im Anschluss interviewten Expert_innen aus drei anderen Bundesländern akquiriert (Berlin, NRW, BW).

Die insgesamt 22 Interviews wurden auditiv aufgezeichnet und im Anschluss teilweise transkribiert. Sowohl die Interviews als auch die Feldprotokolle wurden inhaltsanalytisch nach dem Prinzip der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2010) mit Hilfe des Programms MAXQDA12 ausgewertet. Die Untersuchungskategorien wurden aus dem vorgestellten theoretischen Bezugsrahmen, den Untersuchungsfragen und den bereits vorliegenden Kompetenz- respektive Qualifikationsrahmen abgeleitet. Als übergeordnete Kategorienstruktur wur-

de auf das Kodierparadigma der Grounded Theory zurückgegriffen (Mey/Mruck 2009; Strauss 1994).

Der **Feldzugang** erfolgte bei vier Krankenhäusern durch die Vermittlung von Mitgliedern des Verwaltungsrats des NDZ, eine Station bzw. ein Krankenhaus wurde auf Initiative der Projektleitung angesprochen. Das Forschungsteam stieß dabei zunächst auf erhebliche Schwierigkeiten, solche Stationen zu rekrutieren, auf denen der gewünschte Qualifikationsmix vorhanden ist. Mit zwei Krankenhäusern wurde Kontakt aufgenommen, eine Beteiligung an dem Forschungsprojekt kam aber aufgrund mangelnder zeitlicher Kapazitäten bzw. eines nicht vorhandenen Qualifikationsmixes in der Pflege nicht zustande. Auch bei den Einrichtungen, die schließlich für die Datenerhebung ausgewählt wurden, lag – trotz gegenteiliger Angaben der Pflegedirektionen – zum Teil der gewünschte Qualifikationsmix nicht vor. In den Krankenhäusern D und E wurde daher ausschließlich die Zusammenarbeit von beruflich ausgebildeten Pflegefachpersonen mit Pflegehelfer_innen evaluiert. In den Krankenhäusern B und C waren keine ausgebildeten Pflegehelfer_innen, sondern war sonstiges Hilfspersonal beschäftigt, in Krankenhaus B wurde daher eine Stationsassistentin ohne pflegerische Ausbildung in die Datenerhebung einbezogen. Für die Gewinnung der Proband_innen der Experteninterviews wurde auf Kontakte der Projektleitung zu innovativen Pflegeeinrichtungen zurückgegriffen. Um die Teilnahme am Forschungsvorhaben abklären zu können, wurde zunächst von der Projektleitung per Email Kontakt zu den Pflegedirektionen aufgenommen. Im Anschluss fanden persönliche Vorgespräche der für die Datenerhebung zuständigen wissenschaftlichen Mitarbeiter_innen mit den Pflegedirektionen sowie den Abteilungs- respektive Stationsleitungen statt. Sofern eine Teilnahme zustande kam, wurden daraufhin von den wissenschaftlichen Mitarbeiter_innen die Stationsteams und insbesondere die für die Datenerhebung in Frage kommenden Personen zunächst mündlich informiert und um Einwilligung gebeten. Zusätzlich wurden schriftliche Informationsmaterialien ausgehändigt (s. u.).

Bei der Untersuchung wurden die forschungsethischen Grundsätze der „informierten Zustimmung“ und des Datenschutzes berücksichtigt (Schnell/Heinritz 2006):

Informierte Zustimmung: Die Ansprechpersonen wurden über Ziel und Methode der Datenerhebung umfassend informiert und leiteten diese Informationen mit dem Anliegen der Gewinnung von Probandinnen bzw. Probanden an geeignete Personen weiter (Informationsschreiben s. Anhang). Ihnen wurde eine feste Ansprechperson genannt und sie hatten ausreichend Zeit, um sich eine Meinung bezüglich ihrer Teilnahme an der Studie bilden zu kön-

nen. Zu Beginn der Erhebung erfolgten Erläuterungen zur schriftlichen Einwilligungserklärung. Die gegenseitige Einwilligungserklärung wurde unterschrieben und ausgehändigt (Formular s. Anhang).

Datenschutz: Die transkribierten Daten wurden anonymisiert. Die Audiodatei und die personenbezogenen Daten werden nur auf sicheren einzelnen Datenträgern und nicht in Netzwerken verwahrt und werden nach fünf Jahren unwiederbringlich gelöscht bzw. überschrieben. Hierfür wird die frei verfügbare Software „ERASER“ genutzt.

Die Projektergebnisse wurden abschließend im Rahmen eines **Expertenworkshops** in der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit vorgestellt und diskutiert. Die Ergebnisse des Expertenworkshops flossen in die Interpretation der Ergebnisse und die Ableitung der Empfehlungen ein. Teilgenommen haben 27 Vertreter_innen von Berufsverbänden, Gewerkschaften, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Krankenkassen, der Bremer Pflegeschulen und Krankenhausdirektionen, Hochschulen und der Wissenschaft, Gesundheitsbehörden und des Norddeutschen Zentrums zur Weiterentwicklung der Pflege.

5. Ergebnisse: Pflegehelfer_innen mit ein- bis zweijähriger Ausbildung

Auf den beobachteten Stationen wurde die Pflege im Rahmen des Pflegesystems der Funktionspflege durchgeführt. Den Pflegehelfer_innen wurden daher i.d.R. einzelne Aufgaben übertragen. Lediglich in einem Krankenhaus war die_der beobachtete Pflegehelfer_in für die komplette Durchführung der Pflege von Patient_innen mit kleinen Operationen zuständig. Um eine Zergliederung der Pflege und Schnittstellenprobleme zu vermeiden, sind solche umfassenderen Arbeitszusammenhänge vorzuziehen. Daher werden bei der Ergebnisdarstellung zunächst die identifizierten (Einzel-)Aufgaben der Pflegehelfer_innen (5.1, S. 19) beschrieben und im Anschluss die Merkmale der Pflegesituationen gekennzeichnet, für die die Pflegehelfer_innen zuständig waren (275.2, S. 27). Diese Merkmale können als Grundlage für die Entwicklung von Kriterien für die Auswahl von Patient_innen genutzt werden, die von Pflegehelfer_innen kompetent pflegerisch versorgt werden können. Außerdem werden förderliche Bedingungen für den Einsatz von ein- bis zweijährig ausgebildeten Pflegehelfer_innen (5.3, S. 31), Anforderungen an die Zusammenarbeit mit Pflegefachpersonen (5.4, S. 34) und mögliche Wirkungen (5.5, S. 38) eines Einsatzes zusammengefasst.

5.1 Aufgaben der Pflegehelfer_innen

Die Aufgaben der Pflegehelfer_innen können in patient_innenferne und patient_innennahe Aufgaben unterschieden werden.

5.1.1 Patient_innenferne Aufgaben

Die patient_innenfernen Aufgaben gliedern sich in Aufgaben der **Koordination und Organisation**, Aufgaben der **Dokumentation und Verwaltung von pflegebezogenen Daten** sowie **hauswirtschaftliche Tätigkeiten**. Einjährig ausgebildete Pflegeassistenzkräfte übernehmen außerdem verschiedene Arten von **Botengängen**, die bei den zweijährig ausgebildeten Pflegehelfer_innen eine geringere Rolle spielen.

Im Bereich der **Koordination und Organisation** übernehmen zweijährig ausgebildete Pflegehelfer_innen Aufgaben, wie die Verteilung von Neuzugängen auf die freien Zimmer bzw. Betten, Terminierungen und die Koordination von Untersuchungsterminen und die Transporte zu diesen Terminen oder sie nehmen eingehende Anrufe an. Bei spezialisierten Diensten

haben die Pflegehelfer_innen ggfs. sogar ein eigenes Telefon, um die Prozesse rund um alle stattfindenden Operationen eines Tages auf einer Station (selbständig) zu organisieren und zu koordinieren.

Die einjährig ausgebildeten Pflegehelfer_innen sind im Vergleich dazu weniger tief in die Koordination und Organisation eingebunden. Sie tätigen Anrufe vor allem, um Fragen abzuklären, Informationen weiterzugeben oder ihnen übertragene Aufträge telefonisch durchzuführen. Außerdem nehmen sie bei Gelegenheit eingehende Anrufe an.

Die **Dokumentation** gehört eher zu den Nebenaufgaben der Pflegehelfer_innen. Zentral ist dabei vor allem die Ergänzung des Pflegeberichts durch relevante Beobachtungen und Veränderungen, die den Pflegehelfer_innen während der patient_innennahen Pflege aufgefallen sind. Zum Teil werden auch Tätigkeitsnachweise geführt. Das Spektrum reicht hierbei, je nach Aufgabengebiet der Pflegehelfer_innen, vom Dokumentieren einzelner pflegerischer Tätigkeiten bis hin zur Dokumentation der gesamten Versorgung vor und nach einer Operation. Kennzeichnend ist jeweils, dass die Pflegehelfer_innen die Dokumentation der Pflegefachpersonen bzw. anderer Berufsgruppen ergänzen. Neben der Beteiligung an der Pflegedokumentation übernehmen Pflegehelfer_innen auch einfache Aufgaben in der Patient_innenverwaltung, wie das Abheften von Aktenmaterial.

Beispiele für **Hauswirtschaftliche Tätigkeiten** sind die Vorbereitung von Pflegematerial, etwa eines Pflegewagens, die Durchführung von Reinigungsarbeiten (medizinische Geräte oder Pflegehilfsmittel) sowie Tätigkeiten rund um die Mahlzeiten. An hauswirtschaftlichen Aufgaben beteiligen sich Pflegehelfer_innen nur in begrenztem Maße, da viele Tätigkeiten durch Reinigungs- oder Servicepersonal abgedeckt werden. In Bereichen oder auch zu Zeiten, in denen entsprechende unterstützende Dienste nicht verfügbar sind, übernehmen insbesondere die einjährig ausgebildeten Pflegehelfer_innen vermehrt hauswirtschaftliche Aufgaben. Typische Reinigungstätigkeiten, die sowohl ein- als auch zweijährig ausgebildete Pflegehelfer_innen durchführen, sind das Desinfizieren von Blutdruckgeräten, Infusionsständern oder Transportstühlen. Einen besonders großen Zeitaufwand benötigt die Zubereitung sowie das Austeilen und Einräumen der Mahlzeiten auf der Station, wobei auch Pflegefachpersonen zum Teil daran mitwirken.

Nach der Pause sortiert [der/die Pflegehelfer_in] die Tablettts im Wagen und bereitet für die weniger selbstständigen Patient_innen die Brote vor. Im Frühdienst macht dies eine Serviceassistentin, die von Schüler_innen unterstützt wird. Im Spätdienst wurden die Serviceassistent_innen nach Angaben der Krankenpflegehelferin gekürzt, so dass jetzt die Pflegenden die Schnabelbecher in der eigenen Spülmaschine leeren und spülen müssen, was viel Zeit kostet.

„Die Pflegehilfskräfte sind im Spätdienst mit eingeteilt, dann machen sie halt die Aufgaben, die nebenbei anfallen, also die Serviceaufgaben, Essen austeilen, Essen einsammeln, sie helfen beim Frischmachen und bei den pflegerischen Sachen.“⁴

Die Tätigkeit des Austeilens und Einsammelns von Essenstabletts wird auch von Servicekräften ohne pflegerische Ausbildung durchgeführt. Die Pflegefachpersonen schätzen es, dass die Pflegehelfer_innen im Gegensatz zu den Servicekräften bei dieser patient_innenfernen Aufgabe auch pflegerelevante patient_innennahe Beobachtungen machen und diese an das Pflegeteam weitergeben. Solche Beobachtungen zur Nahrungsaufnahme blieben bei dem Servicepersonal aus.

Botengänge gehören zu den täglichen Aufgaben der einjährig ausgebildeten Pflegehelfer_innen und spielen bei den zweijährig ausgebildeten Pflegehelfer_innen eine geringere Rolle. In Tätigkeitskatalogen für Pflegehelfer_innen sind Botengänge als typische patient_innenferne Aufgabe aufgeführt. Je nach Spezialisierung der Station sowie der Verfügbarkeit von unterstützenden Diensten sind hier der Transport von Blutproben ins Labor, das Abholen von Röntgenbildern aus der Röntgenabteilung, bestellten Medikamenten aus der zentralen Apotheke, ärztlichen Dokumenten von den Sekretariaten der entsprechenden Ärzt_innenzimmer oder der Gang zum stationseigenen Postfach zu nennen. Botengänge sind besonders bei weitläufigen Krankenhausgebäuden oft zeitaufwändig und haben zur Folge, dass die Pflegehelfer_innen für einen längeren Zeitraum nicht auf der Station verfügbar sind.

Bezüglich der zweijährig ausgebildeten Pflegehelfer_innen sind sowohl die befragten Leitungskräfte als auch die Pflegehelfer_innen selbst der Meinung, dass einfache Botengänge nicht typischerweise von ihnen durchzuführen sind. Die pflegefachliche Qualifikation wird geschätzt und Botengänge eher dem Servicepersonal bzw. Personen ohne Pflegeausbildung zugeordnet. Bei der Verteilung der darüber hinaus notwendigen Botengänge an Pflegenden mit unterschiedlicher Qualifikation, spielt möglicherweise eher der Zusammenhang mit der konkreten Aufgabe als die Qualifikation eine Rolle.

⁴ Bei den mit Anführungszeichen gekennzeichneten Belegstellen handelt es sich um Aussagen der interviewten Personen. Belegstellen ohne Anführungszeichen sind den Beobachtungsprotokollen und Aufzeichnungen der Forschenden entnommen.

5.1.2 Patient_innennahe Aufgaben / körpernahe Aufgaben

Patient_innennahe bzw. körpernahe Aufgaben gliedern sich in pflegerische und pflegetherapeutische Interventionen (5.1.2.1, S. 22) sowie in medizinisch-diagnostische und therapeutische Aufgaben (5.1.2.2, S. 23). Darüber hinaus konnten patient_innennahe Serviceaufgaben (5.1.2.3, S. 26) identifiziert werden.

5.1.2.1 Pflegerische und pflegetherapeutische Interventionen

Hauptaufgabe der Pflegehelfer_innen ist die Durchführung pflegerischer und pflegetherapeutischer Interventionen. Viele der befragten Pflegenden verschiedener Qualifikationsstufen bezeichnen diese Aufgabe als „Grundpflege“, „Grundkrankenpflege“ oder „allgemeine Pflege“ im Vergleich zur „speziellen Pflege“.

„Grund-, Krankenpflege ist meins. Mit allen ATLS, was dazu gehört. Also das machen wir.“

„Dass die Krankenpflegehelfer doch mehr in der Grundkrankenpflege – also die Aufgabenverteilung ist nicht – aber es ist so ihr Haupt[aufgabe], weil die Schwester eigentlich doch mehr ärztliche Tätigkeiten übernimmt und somit bleibt viel mehr der pflegerische Bereich, wirklich hauptsächlich für die Krankenpflegehelferin.“

In einer Beschreibung ihrer Aufgaben fasst ein_e Pflegehelfer_in sogar alle patient_innennahen Aufgaben zum Oberbegriff „der Pflege“ zusammen und grenzt diese von medizinisch-therapeutischen Aufgaben ab, für die vor allem die Pflegefachpersonen zuständig seien.

„Ich mache eigentlich die ganze Pflege“.

Aufgaben der körpernahen, pflegerischen Versorgung fallen vermehrt im Frühdienst an. Im Frühdienst stehen dabei hauptsächlich die Übernahme oder Anleitung zur morgendlichen Körperpflege und das Ankleiden, die Mobilisation und der Transfer sowie das mundgerechte Zubereiten und/oder Anreichen von Nahrung im Mittelpunkt. Im Zusammenhang mit diesen Aufgaben sind die Pflegehelfer_innen auch verantwortlich für die Durchführung zentraler, prophylaktischer Maßnahmen. Im Spätdienst fallen solche Aufgaben vor allem bei Toiletten-gängen, dem „zur Klingel gehen“, der Körperpflege oder dem Umkleiden an.

„Nachdem die Pflegekräfte wieder da sind, geht die Krankenpflegehelferin zur Klingel. Sie sagt, dass im Normalfall sie für die Klingeln zuständig ist, sie aber bei Bedarf Unterstützung durch die Pflegekräfte bekommt.“

Während oder direkt nach der Durchführung patient_innennaher, pflegerischer Interventionen führen Pflegehelfer_innen kurze unterstützende und informierende Gespräche mit den Patient_innen, allerdings nicht auf dem Niveau einer fachlichen Beratung.

Bei den Patient_innen aus dem Bereich der Strahlentherapie nimmt sich die Krankenpflegehelferin immer wieder bewusst Zeit für Gespräche. Sie sagt, dass ihr das sehr wichtig ist.

Bei konkreten fachlichen oder organisatorischen Fragen von Patient_innen, zum Beispiel zu Diagnosen oder zum weiteren Behandlungsverlauf, geben die Pflegehelfer_innen die Anfrage direkt an die Pflegefachpersonen weiter.

„Gerade, wenn Patienten jetzt mal so eine Frage hatten. Hier sehen ja im Krankenhaus manche Tabletten anders aus, als die Patienten zu Hause haben, und da kommt halt mal hin und wieder die Frage von den Patienten: ‚Was ist das für eine Tablette, die kenne ich nicht.‘ Und dann gehe ich halt zur Schwester und sage: ‚Komm mal mit, guck dir mal die Tablette an, die Patientin kennt die nicht.‘“

I.d.R. versorgen der/die Pflegehelfer_innen selbstständig die Patient_innen in stabilen Pflegesituationen, die noch mehr oder weniger mobil sind und nur eine begrenzte pflegerische Unterstützung benötigen. Bei dieser Patient_innengruppe ist nicht mit kurzfristigen Zustandsveränderungen zu rechnen, allerdings ist es auch Aufgabe der Pflegehelfer_innen, Veränderungen im Allgemeinzustand und die Pflegesituation kontinuierlich zu beobachten, an die Pflegefachpersonen weiterzugeben und die Pflege ggf. auch an diese abzugeben, wenn eine Zustandsverschlechterung eingetreten ist. Bei besonders immobilen Patient_innen oder bei Patient_innen mit komplexen pflegerischen Versorgungsanforderungen arbeiten die Pflegehelfer_innen häufig zu zweit mit einer Pflegefachperson zusammen, ihre Tätigkeit hat dann die Pflegefachperson unterstützenden Charakter. Des Öfteren arbeiten Pflegefachperson und Pflegehelfer_in auch gemeinsam in einem Patient_innenzimmer, wobei die Pflegefachperson dann für die Patient_innen mit der anspruchsvolleren Versorgung zuständig ist. Dadurch ist auch eine schnelle wechselseitige Unterstützung möglich.

Ein_e Patient_in benötigt viel Hilfe beim Transfer im Bett. Die Krankenpflegehelferin bittet die im Patient_innenzimmer anwesenden Pflegefachpersonen kurz um Hilfe. Eine der Pflegekräfte geht sofort zur Krankenpflegehelferin und die beiden machen den Transfer gemeinsam.

Die Pflegefachperson bittet die Krankenpflegehelferin um Hilfe beim Lagern eines Patienten. Gemeinsam und auf Anweisung der Pflegefachperson bewegen beide den Patienten zum Kopfende.

5.1.2.2 Medizinisch-diagnostische und therapeutische Aufgaben

Bei medizinisch-diagnostischen und therapeutischen Aufgaben, von den Befragten oft als „behandlungspflegerische“ Aufgaben⁵ zusammengefasst, werden die Unterschiede zwischen den ein- und zweijährig ausgebildeten Pflegehelfer_innen besonders deutlich. Einjährig aus-

⁵ Zur Kritik an dem Begriff s. Müller (1998).

gebildete Pflegehelfer_innen übernehmen insgesamt eher weniger Aufgaben aus diesem Bereich als die zweijährig ausgebildeten Pflegehelfer_innen. Darüber hinaus werden die zweijährig ausgebildeten Pflegehelfer_innen, je nach ihrer Ausbildung, zusätzlichen Schulungen und dem Einsatzbereich nicht nur für einfache, sondern auch für komplizierte Aufgaben dieser Kategorie eingesetzt.

Medizinisch-diagnostische und therapeutische Aufgaben, die von einjährig ausgebildeten Pflegehelfer_innen durchgeführt werden, sind vor allem die Blutzuckermessung, die Vitalzeichenkontrolle, einfache Verbände (z. B. Salbenverbände), Abstriche, subkutane Injektionen (falls ein entsprechender Qualifikationsnachweis vorhanden ist), Untersuchungsvorbereitung sowie das Verteilen und Verabreichen von Medikamenten. Um entsprechende Aufgaben übernehmen zu können, müssen die Pflegehelfer_innen über die fachlichen Kenntnisse verfügen und sich die delegierenden Pflegefachpersonen davon überzeugt haben, dass die Pflegehelfer_innen die Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Durchführung der Aufgaben haben.

„Ja, situativ. Was wäre das jetzt? Vielleicht mal ein Pflasterwechsel, sag ich mal so. Was ja eigentlich auch vom examinierten Pflegepersonal ausgeübt wird, allein schon, um sich schon die Wunde anzugucken. Auffälligkeiten zu beobachten oder ebenso. Das kommt dann schon mal vor, dass man sagt: ‚Ok‘, weil man es wahrscheinlich kennt, weil man die Wunde täglich versorgt hat, dass man sagt: ‚Ok, der vertraue ich das an. Die kann mal ganz kurz dann den Verband so wechseln.‘ Das passiert halt schon, das sagt man dann aber auch so, weil man dann weiß, am nächsten Tag kontrolliere ich die Wunde eh wieder. Da habe ich wahrscheinlich wieder mehr Zeit, wie jetzt gerade in dieser Situation.“

Neben diesen einzelnen Aufgaben, die den Pflegehelfer_innen vollständig übertragen werden, haben diese im medizinisch-diagnostischen und therapeutischen Bereich meistens vor allem die Aufgabe, die Pflegefachpersonen über ihre Beobachtungen zu informieren, zum Beispiel, wenn eine „Infusion durchgelaufen“ ist, die Medikamente noch nicht eingenommen wurden oder eine Patientin/ein Patient Hautläsionen oder Hautveränderungen hat, die eine fachliche Begutachtung durch Pflegefachpersonen erforderlich machen.

„Also, da bin ich manchmal auch wo ich sage: ‚Hä, das kann ich jetzt nicht deuten. Ich weiß nicht, wonach das aussieht.‘ Und dann kommt halt die Schwester und dann machen wir es zusammen, gucken uns das nochmal zusammen an und dann erklärt sie mir das. Also eigentlich ist man nicht allein gelassen. Die Schwester ist da und man kann jederzeit, wenn man eine Frage hat zu irgendwas, hingehen.“

„Also ich würde jetzt mal für meine Krankenpflegehelfer hier auf Station sagen, dass sie keine Tätigkeiten übernehmen würden, wo sie nicht mit sicher wären. Also an Verbände oder so, das machen sie nicht, da geben sie eigentlich Meldung, dass der Verband durch ist.“

Diese Informationsweitergabe wird gleichermaßen von ein- und zweijährig ausgebildeten Pflegehelfer_innen erwartet.

Zweijährig ausgebildete Pflegehelfer_innen übernehmen im Vergleich zu den einjährig ausgebildeten häufiger die Vitalzeichenkontrollen, auch als täglich wiederkehrende Routineaufgabe. In den untersuchten Krankenhäusern beinhaltet dies u.a. das Messen von Blutdruck, Puls, Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung und Gewicht. Insbesondere anhand der Aufgaben, die erst nach umfassendem Training durch Praxisanleitende und einem zusätzlichen Qualifikationsnachweis an die zweijährig ausgebildeten Pflegehelfer_innen übertragen werden, wird deutlich, welche komplexen und speziellen medizinisch-diagnostischen bzw. therapeutischen Aufgaben die Pflegehelfer_innen im Krankenhaus teilweise bereits durchführen. Hierzu zählen etwa die Vorbereitung vor einer Operation einschließlich des Verabreichens der Prämedikation, das Absaugen bei Patient_innen mit Tracheostoma, das Versorgen eines Anus praeter (bei zu pflegenden Menschen mit künstlichem Darmausgang) und intramuskuläre Injektionen.

Bei vorliegender persönlicher Qualifikation und organisatorischen Regelungen sind die zweijährig ausgebildeten Pflegehelfer_innen im Bereich des Medikamentenmanagements für ein breites Spektrum an Aufgaben zuständig. Die Tätigkeiten reichen von den oben genannten patient_innenfernen Aufgaben, wie Botengängen zur Apotheke oder dem Einräumen von gelieferten Medikamenten, bis hin zu patient_innenbezogenen Aufgaben, wie der Kontrolle, ob Medikamente bereits eingenommen wurden, sowie der Verteilung oder Verabreichung von Medikamenten (im Beisein oder in Abwesenheit von Pflegefachpersonen). Einjährig ausgebildete Pflegehelfer_innen übernehmen hierbei eher weniger Verantwortung als die zweijährig ausgebildeten Kolleg_innen. So zählt das „Stellen“ oder das „Kontrollieren“ der Medikamente zu den Tätigkeiten, die nicht den einjährig ausgebildeten Pflegehelfer_innen übertragen werden. Dagegen übernehmen zweijährig ausgebildete Pflegehelfer_innen – zwar nicht grundsätzlich, jedoch zumindest zeitweise - Aufgaben beim Anrichten oder Verabreichen von Medikamenten, z. B. beim Vorbereiten eines Schmerzmittels in Tropfenform, welches auf der chirurgischen Station an viele Patient_innen verabreicht wird sowie bei stark durch Standards strukturierten Medikamentengaben, wie der (oralen /i.m.) Prämedikation vor einer Operation oder der postoperativen Schmerzbehandlung. Die zweijährig ausgebildeten Pflegehelfer_innen verabreichen Medikamente oral, sie geben s.c. und i.m. Injektio-

nen und hängen sogar Kurzinfusionen, wie z. B. Antibiotika, an, wenn dieses von Pflegefachpersonen an sie delegiert wird.⁶

Das Leisten von **Erster Hilfe sowie das Einleiten von (lebensrettenden) Sofortmaßnahmen** bis zum Eintreffen von höher qualifizierten Personen gehört ebenso zum Tätigkeitsfeld der ein- und der zweijährig ausgebildeten Pflegehelfer_innen im Krankenhaus. Dies betrifft im Übrigen auch Servicekräfte, Transportdienste und andere Mitarbeiter_innen, die patient_innennah arbeiten, aber keine einschlägige Ausbildung haben. Als einfachste Maßnahme wird das Anfordern von Hilfe über Telefon oder Hausnotruf erwartet. Die untersuchten Krankenhäuser gestalten ihre Abläufe aber so, dass die Wahrscheinlichkeit, dass Pflegehelfer_innen mit Notfallsituationen konfrontiert werden, möglichst gering ist (vgl. Kapitel zu Stabilität von Pflegesituationen).

5.1.2.3 Patient_innennahe bzw. patient_innenbezogene Serviceaufgaben

Neben den pflegerischen und therapeutischen Aufgaben im engeren Sinne gibt es eine Vielzahl von patient_innennahen Serviceaufgaben. Dazu gehören beispielsweise das Informieren über Termine, Aushändigen von Informationsbroschüren (ohne pflegerisch beratende Tätigkeit), Transport- und Begleitdienstleistungen, das Ermitteln von Essenswünschen oder das Erfüllen sonstiger Wünsche. Diese Serviceaufgaben werden teils auch von Stationsassistentinnen oder Servicepersonal ohne pflegerische Ausbildung durchgeführt.

⁶ Grundsätzlich ist festzustellen, dass der Arbeitsteilung und Delegation von Aufgaben im Setting des Krankenhauses häufig das ärztliche Vorbehaltsgebot zu Grunde liegt und die Rechtslage dazu nicht eindeutig ist (Igl/Staudte 2008). Es wird empfohlen, die Delegation von Aufgaben auf organisatorischer Ebene durch Verfahrensregelungen, Dienstanweisungen, ein begleitendes Dokumentations- und Qualitätsmanagement sowie Bildungsmaßnahmen abzusichern (ebd.; DBfK 2010). Hierbei ist neben der formellen Qualifikation auch die materielle Qualifikation von Bedeutung. Im beobachteten Fall erfolgten individuelle Schulungen und Anleitungen durch eine Pflegefachperson mit berufspädagogischer Zusatzqualifikation, stichprobenhafte Kontrollen sowie eine Evaluation der Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten durch die anleitende Pflegefachperson bzw. die delegierenden Pflegefachpersonen.

5.2 Differenzierung nach Merkmalen der Pflegesituation

Die Arbeit der Pflegehelfer_innen weist ein breites Spektrum an Aufgaben auf. Mehrfach wurde von den interviewten Personen betont, dass die Aufgaben, die die Pflegehelfer_innen übernehmen, auch von Pflegefachpersonen durchgeführt werden.

„Also hier mache ich wirklich alles, es gibt keine Unterschiede, ich mache genau das gleiche wie alle anderen auch.“

Im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung konnte bestätigt werden, dass sich die Aufgaben selbstverständlich teilweise überschneiden. Differenzierungen ergeben sich aber durch das Ausmaß an Verantwortung (5.2.1, S. 27) und die Komplexität der Pflegesituationen. Komplexität kommt durch das Zusammenwirken einer Vielzahl von unterschiedlichen Einflussfaktoren und der zwischen diesen Faktoren bestehenden Beziehungen zustande. Je instabiler die Faktoren und die Beziehungen, desto höher ist die Komplexität der Versorgungsanforderungen. Die Merkmale der Komplexität von Pflegesituationen stellen eine entscheidende Orientierungsgrundlage für die Definition sinnhafter Arbeitszusammenhänge dar. Die Komplexität lässt sich anhand des Schwierigkeitsgrads (5.2.2, S. 28), des Ausmaßes an Stabilität (5.2.3, S. 28) sowie des Ausmaßes an Standardisierung der Handlungsabläufe (5.2.4, S. 30) operationalisieren.

5.2.1 Ausmaß an Verantwortung: Prozess- oder Durchführungsverantwortung

Pflegehelfer_innen übernehmen grundsätzlich nur die Durchführungsverantwortung für pflegerische Aufgaben. Die Prozessverantwortung und die Steuerung der Pflegeprozesse obliegen Pflegefachpersonen. Exemplarisch können diese unterschiedlichen Verantwortlichkeiten an den OP-Diensten in einem Krankenhaus veranschaulicht werden. Schon vor der Aufnahme auf der Station durchlaufen die Patient_innen einer Augenklinik eine medizinische und pflegerische Diagnostik, auf deren Grundlage ein Behandlungs- bzw. Pflegeplan erstellt wird. Für diesen Teil sind Pflegefachpersonen zuständig. Die/der Pflegehelfer_in übernimmt Aufgaben ab der Patient_innenaufnahme am Operationstag und führt die vorgegebenen Aufgaben für den Zeitraum unmittelbar vor bzw. nach der Operation durch. Dabei hält sie sich an die vorab durch Pflegefachpersonen und Ärztinnen/Ärzte dokumentierten pflegerischen und ärztlichen Vorgaben sowie die zugehörigen Handlungsalgorithmen, etwa im Hinblick auf die Prämedikation, Lagerung oder postoperative Analgetikagabe.

5.2.2 Schwierigkeitsgrad der Aufgaben

Hinsichtlich des Schwierigkeitsgrads lassen sich einfache von komplizierten Aufgaben unterscheiden. Komplizierte Aufgaben sind dadurch charakterisiert, dass mehrere Einflussfaktoren zu berücksichtigen sind und sie mehr Spezialwissen erfordern als einfache Aufgaben. Pflegehelfer_innen übernehmen eher einfache pflegerische Aufgaben, wie die komplette morgendliche Versorgung eines pflegebedürftigen Menschen einschließlich Vitalzeichenkontrolle, Mobilisation, Körperpflege, Ankleiden und Frühstück mit Medikamenteneinnahme bei zu pflegenden Menschen in stabilen Pflegesituationen (s. Kriterium Ausmaß der Stabilität). Als weiteres Beispiel für eine einfache Aufgabe ist die Durchführung der Patient_innenaufnahme (auf der Basis von pflegerisch sowie ärztlich in einem Vorgespräch ermittelten und dokumentierten Daten) einschließlich Begrüßung, Begleiten ins Zimmer, Information und Versorgung der neuen Patient_innen sowie ggfs. Dokumentation zu nennen. Zum Teil sind Pflegehelfer_innen aber auch für komplizierte Aufgaben zuständig, wie den OP-Dienst mit Koordination und Versorgung aller Patient_innen mit einfachen Operationen einer Station, beginnend mit der OP-Vorbereitung, Prämedikation, Information der Patient_innen über den Operationstermin, Mobilisation und Transport in den OP-Bereich, bis hin zum Abholen nach der Operation, Nachsorge mit Vitalzeichenkontrolle und Schmerzassessment, der Dokumentation und schließlich der EDV-gestützten Übergabe an die verantwortlichen Pflegefachpersonen bzw. Mediziner_innen. Übernehmen sie komplizierte Aufgaben, so handelt es sich i.d.R. um einen sehr beschränkten Aufgabenbereich, für den die Pflegehelfer_innen zusätzliches Spezialwissen erwerben, das in Form eines Qualifikationsnachweises dokumentiert wird. Im Unterschied zu komplexen Aufgaben sind komplizierte Aufgaben dadurch gekennzeichnet, dass das Zusammenwirken der verschiedenen Faktoren noch kalkulierbar ist und die Bearbeitung der Aufgaben ein vorhersagbares Ergebnis hat.

„Wenn du zum Beispiel so ganz komplizierte Sachen hast, es gibt ja manchmal auch Fälle (...), die ich jetzt noch nicht so kennengelernt habe. Das haben die aus der Dreijährigen natürlich mehr gemacht, wo ich auf jeden Fall ganz viel mit unterstützt habe und wenn ich das dann gesehen habe, auch alleine dann durchgeführt habe, durch Anleitung irgendwie geguckt und so weiter, das habe ich natürlich auch gemacht.“

5.2.3 Ausmaß an Stabilität

Stabil ist eine Pflegesituation, die wenige Schwankungen aufweist und frei von krisenhaften Entwicklungen ist. Die Risiken, dass sich die Situation akut verschlechtert, sind gering. Auch die Situation eines zu pflegenden Menschen mit einer gravierenden Erkrankung kann demnach stabil sein. Die interviewten Proband_innen beschreiben die Zielgruppe der durch Pflegehelfer_innen zu versorgenden Menschen als pflegebedürftige Menschen, die

„ viel Pflege brauchen, aber keine LEBENSBEDROHLICHEN Erkrankungen haben oder [lebensbedrohliche] Zustände erleben“.

Die Unterscheidung von stabilen und instabilen Pflegesituationen nehmen die Interviewten anhand von Kriterien vor, die Indikatoren für Instabilität sein können, wie Fieber, Übelkeit, Atemnot, starke Schmerzen und Kreislaufinstabilität. Bei Vorliegen dieser Indikatoren wird von einer Aufgabenübertragung an Pflegehelfer_innen eher abgesehen, weil die Situation „jederzeit kippen“ kann.

„Die Situation der Patienten kann sich unheimlich schnell verschlechtern [bedingt] durch Chemotherapie, Fieber, Übelkeit, Kreislauf.“

Die befragten Pflegefachpersonen kommen zu dem Ergebnis, dass es Abteilungen gibt, die so sehr von instabilen Pflegesituationen geprägt sind, dass hier weniger selbstständig zu bearbeitende Aufgaben für Pflegehelfer_innen existieren und die Abteilungen daher nicht für den Einsatz von Pflegehelfer_innen geeignet sind.

Das Kriterium der mangelnden Stabilität und des damit verbundenen Notfallrisikos führt zum Ausschluss der Pflegehelfer_innen z. B. vom Patient_innentransport nach bestimmten Untersuchungen oder Operationen, bei denen die Wahrscheinlichkeit von Komplikationen besonders hoch ist.

„Patienten, die bei Untersuchungen waren oder vom OP abgeholt werden mussten, die durfte [die zweijährig ausgebildete Pflegeassistentin] nicht alleine fahren, ähm weil eben halt die Notfallversorgung nicht so weit gediehen war, wie jetzt bei den Dreijährigen, ne. Das war zu viel Verantwortung.“

Demgegenüber übernehmen Pflegehelfer_innen aber den Transport zu Untersuchungen oder auch zu und nach vergleichsweise kleineren chirurgischen Eingriffen oder von operierten Patient_innen, die stabil aus dem Aufwachraum auf eine (nicht intensivüberwachungs-pflichtige) Station entlassen werden, wenn die Komplikationsrisiken als gering eingeschätzt werden. Die Pflegehelfer_innen haben bei diesen Transportfahrten ein eigenes Telefon bei sich, mit dem sie Hilfe holen können.

Daneben existieren in Krankenhäusern ohnehin sogenannte Patient_innentransportdienste, deren Mitarbeiter_innen oftmals über keinerlei medizinische oder pflegerische Ausbildung verfügen und dennoch Transporte nach potenziell mit Risiken verbundenen Eingriffen übernehmen.

5.2.4 Ausmaß an Standardisierung

Durch Standardisierung werden Arbeitsprozesse unabhängig von Person und Zeit zum Zwecke der Vereinheitlichung/Vereinfachung stets in der gleichen Weise durchgeführt. Liegen solche Handlungsalgorithmen vor und können sie in den meisten Fällen ohne Abweichungen zur Anwendung kommen, können Pflegehelfer_innen zum Teil auch kompliziertere Pflegeaufgaben übernehmen. Dies gilt z. B. für die OP-Vorbereitung, Fahrt in den OP und Nachbereitung von Patient_innen mit kleinen Augenoperationen oder für die Durchführung eines Schmerzassessments sowie der medikamentösen Schmerztherapie anhand eines ärztlich angeordneten Schemas.

Wie oben bereits dargestellt zählt das „Stellen“ oder das „Kontrollieren“ von Medikamenten nicht zu den Tätigkeiten der einjährig ausgebildeten Pflegenden. Werden die Medikamente für die Patient_innen nicht direkt auf der Station von den Pflegefachpersonen hergerichtet, sondern bereits für die Patient_innen gestellt von der Apotheke geliefert, so können Pflegehelfer_innen die Medikamente an die zu pflegenden Menschen weitergeben.

„Die Medikamente zu verabreichen, oder die Medikamente kommen bei uns ja aus der Apotheke geblistert, jede einzelne Tablette mit Patientennamen, mit Datum, mit Einnahmeuhrzeit, mit Einnahmевorschrift, also wie ich sie einnehme und ob ich sie nüchtern einnehme, ob ich sie mörsern darf, einzeln verpackt hoch. Und deswegen dürfen bei uns auch die Pflegeassistenzkräfte die Tabletten zu den Patienten bringen, weil es so genau zugeordnet ist, weil wir sie nicht mehr selber stellen müssen so.“

Ein hohes Ausmaß an Standardisierung ist aber nur dann ein ausreichendes Kriterium für den Einsatz von Pflegehelfer_innen, wenn die Pflegesituationen stabil sind. Bei zu pflegenden Menschen beispielsweise nach einer Transplantation seien die Pflegehandlungen zwar hochstandardisiert, erforderten jedoch bei den einzelnen, standardisierten Schritten pflegfachliche und medizinische Entscheidungen von den Pflegenden, die nur von dreijährig ausgebildete Pflegefachpersonen mit dem entsprechenden Fachwissen getroffen werden können.

„Hier wird das Wissen und die Kompetenz verlangt, auch vom Standard abweichen zu können.“

Resümierend kann festgehalten werden, dass Pflegehelfer_innen folglich die Verantwortung für die selbstständige Durchführung von pflegerischen und pflegetherapeutischen Interventionen sowie von einfachen medizinisch-diagnostischen und –therapeutischen Aufgaben in Pflegesituationen übernehmen können, die einen geringeren Komplexitätsgrad aufweisen, die stabil sind und für die es standardisierte Handlungsalgorithmen gibt. Sie können darüber hinaus Pflegefachpersonen bei der Versorgung von zu pflegenden Menschen mit komplexe-

ren und/oder instabilen Pflegesituationen unterstützen. Im Unterschied zu Pflegefachpersonen ist das Einsatzgebiet der Pflegehelfer_innen damit begrenzt und sie sind weniger flexibel einsetzbar.

5.3 Institutionelle Bedingungen

Die in einer Institution bestehenden Rahmenbedingungen können fördernd bzw. hemmend auf die Implementation eines Qualifikationsmixes einschließlich der Integration von Pflegehelfer_innen wirken.

Eine zentrale Voraussetzung für eine gelungene Integration von Pflegehelfer_innen in Pflegeteams stellt eine neutrale bis positive **Einstellung und Haltung der Leitungspersonen und des Stationsteams** dar. Auf einer Station wurde z. B. seitens der Stationsleitung der Wunsch geäußert, eine bestimmte Pflegehelfer_in einzustellen, auch von den Pflegefachpersonen der Station wurde diese daraufhin willkommen geheißen. Auf Abteilungen, auf denen inzwischen keine Pflegehelfer_innen mehr eingesetzt sind, waren die Leitungskräfte oder Pflegefachpersonen eher auf mögliche Nachteile eines solchen Qualifikationsmixes fokussiert. Die Bedeutung der Haltung wird auch von einer Leitungskraft im Interview thematisiert:

„Also es hakte letztlich so an kleinen Dingen, weil aber auch in vielen Köpfen so drin war: ‘Oh, da kommt jetzt jemand und dann läuft das mal eben ganz schnell suboptimal.’ Und das funktioniert natürlich nicht. Das kann nicht funktionieren.“

Diese Leitungskraft zieht daraus den Schluss, die Integration von Pflegehelfer_innen in ein Team von Pflegefachpersonen gut vorzubereiten.

Eine weitere wesentliche Voraussetzung besteht in der **gezielten Auswahl der Abteilungen bzw. Stationen**. Aus den Ergebnissen zu den von Pflegehelfer_innen übernommenen Aufgaben lässt sich schließen, dass für den Einsatz von Pflegehelfer_innen solche Krankenhausabteilungen besonders geeignet sind, die einen hohen Anteil an zu pflegenden Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf bei der Selbstpflege im körpernahen Bereich aufweisen, deren Situation aber ansonsten stabil ist, etwa an zu pflegenden älteren Menschen ohne schwere akute Erkrankung. Als eher weniger geeignet sind Abteilungen anzusehen, die hochspezialisiert sind und durch einen hohen Anteil von Patient_innen mit medizinischen Diagnosen und Pflegephänomenen gekennzeichnet sind, die zu instabilen Pflegesituationen führen.

Sollen Kolleg_innen mit bisher nicht bekannten Qualifikationen in Krankenhäusern beschäftigt werden, sind **Stellenbeschreibungen** mit definierten Kompetenzbereichen unabdingbar, um Unsicherheiten bei der Aufgabenübertragung zu vermeiden.

„Mal gucken, wer das ist. Und was ist das wohl mit so einer Ausbildung. Was darf die denn, was darf die nicht?“ Da gab es natürlich erstmal so ein bisschen Unsicherheiten. Wir haben aber dann von der Bereichsleitung auch nochmal die Inhalte der Stellenbeschreibung bekommen, sodass auch alle nochmal sehen konnten, was darf sie denn eigentlich alles. Und das war nämlich vielen nicht klar: 'Was heißt das denn, zweijährige Ausbildung?'.“

Für einzelne Tätigkeiten sind Dienstanweisungen sinnvoll, ob und unter welchen Bedingungen diese an Hilfskräfte delegiert werden können. U.U. können dann auch Aufgaben übernommen werden, die über die Stellenbeschreibungen hinausgehen.

„Ansonsten gibt es auch noch Dienstanweisungen im Haus, was dann auch wieder unterschiedlich ist. Es gibt zum Beispiel auch Krankenpflegehelfer, wenn die eine Blutabnahme machen, was dann vielleicht von Ärzten abgenommen wurde oder so, dann ist auch das dann Rechtens nach Dienstanweisung, dass die auch Blutabnehmen dürfen oder so.“

Auf einigen Stationen haben sich stationsspezifische Aufgabenkataloge bewährt. Eine Leitungskraft variierte zunächst systematisch die Dienstzeiten der Pflegehelferin und beobachtete jeweils, welche Aufgaben für die Pflegehelferin anfielen und von ihr gut bewältigt werden konnten. Sie kam zu dem Ergebnis, dass die Pflegehelferin besonders zu bestimmten Dienstzeiten und an bestimmten Wochentagen effektiv eingesetzt werden konnte.

Hintergrundinformationen: Diese Station hat eine Assistenzkraft. Diese Assistenzperson darf nicht im Nachtdienst eingesetzt werden, da für die Nachtdienstbesetzung nur eine Person vorgesehen ist und dies eine Pflegefachkraft sein muss. Tagsüber sind mehrere Pflegende pro Dienst zeitgleich anwesend. Bei den üblichen Früh- und Spätdiensten gibt es teilweise deutliche Unterschiede hinsichtlich der Arbeitskomplexität und -belastung. Diese ergibt sich daraus, dass die Pflege der Station mit zahlreichen anderen Funktionsbereichen, z. B. OP, und anderen Berufsgruppen, z. B. ärztlicher Dienst, kooperiert/zusammenhängt. Eine Pflegeassistenzperson, die eine Patient_innengruppe im Rahmen der Bereichspflege versorgt, benötigt für die Übernahme dieser Tätigkeit stets eine Pflegefachkraft als verantwortliche Ansprechperson in Reichweite auf der Station. Dies ist grundsätzlich tagsüber gegeben.

Im Frühdienst sowie in Spätdiensten mit hohem Arbeitsaufwand konnte die/der Pflegehelfer_in nicht alle anfallenden Arbeitsaufgaben bewältigen. Am Wochenende sowie an bestimmten Spätdiensttagen – bedingt durch weniger oder keine Operationen – konnte die/der Pflegehelfer_in dagegen eine Pflegefachperson ersetzen. Außerdem stellte sich heraus, dass die/der Pflegehelfer_in die sogenannten OP-Dienste (ab ca. 7.30 Uhr) gut bewältigen konnte.

Eine qualitätssichernde Strategie besteht darin, dass sich nicht jede Pflegefachperson erneut von den Fähigkeiten und Fertigkeiten der Pflegehelfer_innen überzeugen muss, sondern

dass Praxisanleitende und Leitungspersonen das **Vorliegen der Fähigkeiten überprüfen** und ggf. **Schulungen** durchführen, um die Fähigkeiten aufzubauen und/oder zu festigen. Eine schriftliche Anweisung teilt abschließend mit, dass eine bestimmte Aufgabe von den Pflegehelfer_innen in bestimmten Pflegesituationen (z. B. Beschränkung auf bestimmte Zielgruppen) selbstständig durchgeführt werden kann. So wurde z. B. in einem Krankenhaus von einer Schulung zu der Pflegeintervention berichtet, deren Durchführung die/der Pflegehelfer_in regelmäßig übernehmen soll. Die Schulung enthält theoretische und praktische Anteile. Bei den praktischen Anleitungen werden über einen festgelegten Zeitraum (z. B. zwei Wochen) die zu trainierenden Interventionen mehrfach in unterschiedlichen Situationen und mit unterschiedlichen zu pflegenden Menschen durchgeführt. Abschließend erfolgt eine qualitätssichernde Kontrolle, die zu einem festgelegten Zeitpunkt (z. B. nach einem Jahr) wiederholt wird. In der schriftlichen Anweisung wird die Berechtigung, diese Aufgabe durchführen zu können, auf erwachsene Patient_innen begrenzt.

„Wir haben eine Praxisanleiterin hier im Haus und die ist dann mit mir mitgegangen. Ich hatte mich im Vorfeld schon theoretisch eingearbeitet und dann haben wir das Handling zusammen durchgeführt. Wir haben oben Schüler gehabt, die haben sich zur Verfügung gestellt, also erstmal die Technik. Und dann habe ich hier bei Patienten gemacht, bei zehn Stück insgesamt und jetzt setzt sie noch ein Schriftstück auf, dass ich das hier im Haus durchführen darf. Und nächstes Jahr überprüft sie wieder, also in Abständen kommt sie wieder her, also es ist jetzt nicht einfach so, dass ich das immer mache, sondern sie kommt dann wieder her und überprüft das wieder. Und wenn ich da jetzt Komplikationen hier habe, dann gehe ich auch von selber hin und frage.“

Auf der Basis einer solchen Schulung erhielten die zweijährig ausgebildeten Pflegehelfer_innen die Erlaubnis, beispielsweise ausgewählte Medikamente im Kontext der OP-Vorbereitung intramuskulär bei einer definierten Personengruppe zu verabreichen oder einen Anus praeter auf einer Station zu versorgen, auf der dies (besonders) häufig gefordert war.

Leitungskräfte nutzen außerdem die Möglichkeit, die Pflegeassistenzperson gezielt auf Fortbildungen hinzuweisen. Eine Leitungskraft berichtet dazu:

„Da wurde eben geguckt, welche Angebote es hier in der IBF gibt und dementsprechend hat sie sich dann da Sachen angeguckt und ist dann zu den bestimmten Fortbildungen gegangen, wo sie das Gefühl hatte, den Input brauchte sie noch.“

Als weitere förderliche Rahmenbedingung für den Einsatz von Pflegehelfer_innen wurde die (Weiter-)Entwicklung von **Handlungsalgorithmen oder Flussdiagrammen** unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Qualifikationsstufen (z. B. Schema für Schmerzversorgung) mit dem Ziel einer Standardisierung von Handlungsabläufen genannt.

Schließlich wird von den Proband_innen ein bestehendes **Einarbeitungskonzept** für neue Mitarbeiter_innen, welches auch bei den Pflegehelfer_innen angewendet werden kann, als hilfreich bezeichnet.

5.4 Anforderungen an die Zusammenarbeit

Die für die Zusammenarbeit relevanten Anforderungen können nach den beteiligten Akteuren, nämlich Pflegefachpersonen (5.4.1.1, S. 34) und Pflegehelfer_innen (5.4.2, S. 36), unterschieden werden.

5.4.1 Anforderungen an die Zusammenarbeit auf Seiten der Pflegefachpersonen

Auf Seiten der Pflegefachpersonen fallen durch die Zusammenarbeit im qualifikationsheterogenen Team neue Aufgaben und Verantwortlichkeiten an bzw. verschiebt sich das Aufgabenspektrum. Der Schwerpunkt der Aufgaben von Pflegefachpersonen liegt stärker im planerischen und steuernden Bereich, in der pflegerischen Versorgung von instabilen, zu pflegenden Menschen und in der Durchführung von komplizierten medizinisch-therapeutischen Aufgaben. Delegation und Kontrolle von Aufgaben sowie Anleitung und Beratung der Kolleg_innen nehmen einen höheren Stellenwert als bisher ein. Damit werden die Aufgaben von Pflegefachpersonen insgesamt anspruchsvoller.

Pflegefachpersonen haben den Pflegehelfer_innen gegenüber **Weisungsbefugnis** und müssen situativ prüfen, welche Aufgaben in ihren Bereichen für die Übernahme durch Pflegehelfer_innen geeignet sind.

„Unterschiede gibt es bei unseren Krankenpflegehelfern, die uns ja quasi unterstellt sind. Und wenn die uns halt in Bereichen zugeteilt sind oder so, übernehmen die mehr pflegerische Tätigkeiten, unterstützen uns bei den pflegerischen Tätigkeiten, wohingegen wir dann halt mehr wirklich die Behandlungspflege dann ausweiten können, sprich die Infusionen vorbereiten, Medikamente stellen, das machen unsere Helfer nicht.“

Art und Umfang der tatsächlichen **Delegation** an die Pflegehelfer_innen durch Pflegefachpersonen variieren nach Persönlichkeit und Führungsverhalten der Pflegefachpersonen und werden auch durch das Arbeitsaufkommen beeinflusst. Nicht alle Pflegefachpersonen sind bereit, einen Teil der Verantwortung für die Durchführung der Pflege abzugeben. Das Delegieren von Aufgaben fällt umso leichter, je größer das Vertrauen der Fachkraft in die kompetente Umsetzung und Informationsweitergabe durch die Hilfskraft ist.

„Also, es ist insofern Verbesserungspotenzial, dass es Kollegen gibt, die schwer delegieren können, was aber mit der Persönlichkeitsstruktur zu tun hat oder die einfach schwer Dinge abgeben können, weil sie lieber alles selber kontrollieren wollen. Und in dem Moment, wo sie was abgeben, geben sie die Kontrolle auch so ein bisschen ab. Das ist dann sehr individuell, dass man sagt so: ‚Okay, ist das vielleicht eine Aufgabe, die du delegieren kannst?‘ Und da gucke ich dann im Entwicklungsprozess, in Mitarbeitergesprächen und so weiter, ob man da nochmal ein bisschen coachen und arbeiten kann.“

Durch die Weisungsbefugnis haben die Pflegefachpersonen auch die **Verantwortung**, sicherzustellen, dass die Pflegehelfer_innen in der Lage sind, die übertragenen Aufgaben sach- und fachgerecht auszuführen und mögliche pflegerelevante Informationen zeitnah weiterzugeben.

Durch die Trennung von Prozessverantwortung und Durchführung der Pflege entsteht eine Schnittstelle. Um Informationsverluste zu vermeiden, ist ein regelmäßiger und zeitnahe **Informationsaustausch** unabdingbar. Tatsächlich geben die beobachteten Pflegehelfer_innen den Pflegefachpersonen immer wieder kurze Informationen über ihre Beobachtungen, häufig im Rahmen von kurzen, informellen Absprachen auf dem Flur. Damit die Informationsweitergabe stattfinden kann, sind organisatorische „Räume“ und Zeiten sinnvoll. Zum Teil wird die Informationsweitergabe auch durch eine Beteiligung der Pflegehelfer_innen an der Dokumentation, v. a. dem Pflegebericht, sichergestellt.

„Naja, ich meine, die Krankenpflegehelferin ist ja doch eine, die selbstständig arbeitet und mir dann wirklich professionell auch Informationen geben kann.“

Im Frühdienst informiert sie bei Besonderheiten immer gleich die Pflegefachperson, gerade, wenn es sich um eine wichtige Information handelt. Zusätzlich dokumentiert sie im Frühdienst alles, was sie beobachtet hat.

„Und die haben natürlich auch ein bisschen mit im Blick so: Wann sind Infusionen durchgelaufen? Wann müssen die gewechselt werden? Dass sie Bescheid sagen: ‚Hier, die müssen nochmal, da kann jetzt die nächste ran‘, oder ‚Da ist noch nichts gelaufen‘, oder ‚Die Venenverweilkanüle muss wahrscheinlich raus, guck es dir nochmal an‘. Also diese Informationen können sie sehr gut weitergeben so, das entlastet die dreijährig examinierten Pflegekräfte.“

Grundlage für einen gelingenden Informationsaustausch ist eine vertrauensvolle Zusammenarbeit, bei der die Pflegehelfer_innen von den Pflegefachpersonen ernstgenommen werden.

Nach Erhaltener Information müssen die Pflegefachpersonen **entscheiden**, ob sie den Pflegehelfer_innen konkrete Anweisungen zum weiteren Vorgehen geben oder sie sich selbst ein Bild von der beschriebenen Situation machen wollen und ob die Beobachtung dokumentiert werden muss.

Die Pflegefachpersonen müssen außerdem den Pflegehelfer_innen **unterstützend** zur Seite stehen, wenn Pflegeaufgaben aus körperlichen Gründen nicht von einer Person allein durchgeführt werden können.

„Wir haben uns gut ergänzt. Also wenn ich nicht weiterkam oder nicht wusste, dadurch, dass so viele Pflegebedürftige da waren, haben die Schwestern mir unter die Arme gegriffen. Also, die wussten ganz genau, das kann ich nicht alleine schaffen und da hab ich deren Hilfe dann sozusagen auch gekriegt, also haben wir alle gut zusammen gearbeitet, dass die dann auch die Pflege mit übernommen haben. Umso schneller waren wir durch, sozusagen. Da haben die Schwestern auch gewaschen dann, weil irgendwo einer alleine schafft das dann nicht mehr.“

Sie müssen die Pflegehelfer_innen außerdem bei fachlichen Fragen **beraten**.

„Oder wenn man jetzt so eine Frage hat, die man nicht kennt, der Hautzustand irgendwie anders aussieht, nicht wie ein Dekubitus, irgendwie anders, dann holt man halt die Schwester, die dann halt mehr Erfahrung hat, die zum Beispiel sagt: ‚Ja, dadurch, dass die Patientin inkontinent ist, ist die Haut ein bisschen weicher und aufgerubbelter vom Inkontinenzmaterial‘, wie auch immer.“

5.4.2 Anforderungen an die Zusammenarbeit auf Seiten der Pflegehelfer_innen

In der Zusammenarbeit von Pflegefachpersonen und Pflegehelfer_innen spielt die Übertragung bzw. Delegation von Arbeitsaufgaben eine wichtige Rolle. Wenn die Pflegehelfer_innen bereits länger auf einer Station tätig sind, können die Pflegehelfer_innen **selbstständig die Durchführung** von patientennahen und –fernen Aufgaben übernehmen. Eine konkrete Absprache hinsichtlich der Aufgabenverteilung ist dann häufig nicht mehr erforderlich.

„So, und das hat man natürlich über die Jahre, die Leute arbeiten teilweise schon Jahrzehnte hier, hat man das einfach so. Da wird morgens nicht mehr besprochen, was du machst und was du machst. Sondern das ist ganz klipp und klar, dass examiniertes Personal die Aufgaben gerade in Bezug auf spezielle Pflēgetätigkeiten ausübt und eine Pflegehelferin halt, auch deswegen der Name Pflegehelfer, halt die helfende Hand in Anführungsstrichen ist. Das wissen die aber schon.“

Die Krankenpflegehelferin arbeitet weitgehend ohne konkrete Anweisung durch die anwesenden Pflegekräfte. Jeder geht seinen Aufgaben nach.

Je nach Persönlichkeit der Pflegehelfer_innen und der Höhe des aktuellen Arbeitsaufkommens bieten die Pflegehelfer_innen auch eigeninitiativ die Übernahme von Arbeitsaufgaben an oder signalisieren die generelle Bereitschaft zur Unterstützung der Pflegefachpersonen:

Danach sagt die Krankenpflegehelferin im Stationszimmer Bescheid, dass sie jetzt [in den anderen Pflegebereich] geht und die Pflegekräfte anrufen sollen, wenn sie Unterstützung benötigen (Krankenpflegehelferin: „Wenn irgendetwas ist, ruft mich an“.)

Es erfolgen häufig zwischendurch **kurze organisatorische Absprachen**. Die Pflegehelfer_innen teilen den Pflegefachpersonen mit, was sie als nächstes tun bzw. wo sie sich in der nächsten Zeit aufhalten werden (z. B. für Botengänge, aufwändige Pflegemaßnahmen).

Anschließend meldet sich die Krankenpflegehelferin kurz bei den Pflegekräften ab, um die EKGs zu holen und Medikamente bei der Apotheke abzuholen.

Da die Pflegehelfer_innen einen besonders hohen Anteil ihrer Arbeitszeit im direkten Kontakt mit den Patient_innen verbringen, ist es von entscheidender Bedeutung für die Versorgungsqualität, dass sie in der Lage sind, offensichtliche oder mögliche gesundheitliche oder psychosoziale Probleme der zu pflegenden Menschen zu identifizieren und zeitnah an die Pflegefachpersonen weiterzugeben (**Beobachtung und Identifikation von gesundheitlichen und psychosozialen Problemen**).

Pflegehelfer_innen müssen in der Lage sein, **einschätzen** zu können, wann ihre eigenen Kompetenzen für die Bewältigung einer pflegerischen Aufgabe überschritten werden und sie die Übernahme bzw. Unterstützung bei der Versorgung durch eine Fachkraft einfordern müssen.

„Dass [die Pflegehilfskräfte] aber auch wissen, dass es viele Tätigkeiten gibt, die sie nicht dürfen, auch wenn sie sie könnten, wenn sie es mal gesehen haben. Das ist manchmal, denke ich, schwierig, dann auch zu sagen so: ‚Nee, könnte ich zwar, darf ich aber nicht.‘“

„Fängt ja von Verbänden zum Beispiel an. Manchmal haben wir schwierige Verbände, wo man nicht weiß: ‚Wie mache ich die?‘ Also, das macht ja dann die Schwester. Wo ich ja auch keine Ahnung habe.“

„Also, da bin ich manchmal auch, wo ich sage: ‚Hä, das kann ich jetzt nicht deuten. Ich weiß nicht, wonach das aussieht.‘ Und dann kommt halt die Schwester und dann machen wir es zusammen, gucken uns das nochmal zusammen an und dann erklärt sie mir das. Also eigentlich ist man nicht allein gelassen. Die Schwester ist da und man kann jederzeit, wenn man eine Frage hat zu irgendwas, hingehen.“

Auch müssen Pflegehelfer_innen die Pflegefachpersonen um **Unterstützung** bitten, wenn die Arbeitsaufgaben aufgrund körperlicher Anforderungen nicht allein bewältigt werden können.

„Es sei denn, ich brauche Hilfe. Dann hole ich die Schwester und frage: ‚Kannst du mir mal helfen zu drehen?‘. Ansonsten ist das eigentlich komplett klar aufgeteilt.“

Außerdem müssen Pflegehelfer_innen sich **eigeninitiativ für sie relevante patient_innenbezogene Informationen** von den Fachkräften oder aus der Pflegedokumentation einholen können. Eine der beobachteten Pflegehelfer_innen war durch ihre kürzeren Arbeitszeiten nicht regelmäßig bei den Übergaben anwesend und hatte dadurch einen eher oberflächlichen Überblick über Diagnosen, konkrete Versorgungsprobleme und Bedarfe der Pati-

ent_innen auf der gesamten Station. Im Unterschied zu den Pflegefachpersonen kannte sie aber alle Patient_innen der Station.

„Ja, ich gucke ja in die Kurven rein. Wenn jetzt zum Beispiel dreimal täglich Blutzuckerkontrollen angesetzt sind, dass ich dann erst mal nachgucke in den Kurven, was liegt heute erst mal an. (...) Oder was hat der Patient genau? Wenn jetzt ein Patient Bettruhe hat, warum hat der Bettruhe? Weil ich höre ja morgens die Übergabe nicht, ich komme um sieben und da gucke ich halt in die Kurven oder frage halt die Schwester. (...) Ja, also ich rede eigentlich morgens nochmal mit der Schwester. Was war die Nacht, also war jetzt irgendwas Besonderes, muss ich auf irgendwas achten? Und dann machen wir sozusagen eine kleine Übergabe von den Patienten.“

5.5 Wirkungen des Einsatzes von Pflegehelfer_innen

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse zu Potenzialen und Risiken des Einsatzes von Pflegehelfer_innen im Sektor Krankenhaus dargestellt.

5.5.1 Übernahme von Pflegeaufgaben und partieller Ersatz einer Pflegefachperson

Pflegehelfer_innen übernehmen vielfach die häufig sehr zeitaufwändigen pflegerischen und pflegetherapeutischen Aufgaben in der körpernahen Versorgung, wie die Körperpflege oder das Anreichen von Nahrung und Flüssigkeit, bei stabilen zu pflegenden Menschen mit hohem Pflegebedarf und wenig komplexen Pflegeanforderungen. Darüber hinaus übernehmen insbesondere Pflegehelfer_innen mit einer zweijährigen Ausbildung auch einfache und komplizierte medizinisch-diagnostische und –therapeutische Aufgaben, letztere mit zusätzlichem Qualifikationsnachweis. Die Pflegefachpersonen können sich in der Folge den Aufgaben widmen, die nicht von Pflegehelfer_innen übernommen werden können, nämlich der Planung und Steuerung von Pflegeprozessen, der Versorgung von zu pflegenden Menschen mit komplexen Anforderungen oder einem höheren Grad an Instabilität sowie der Durchführung von komplizierten bzw. mit höheren Komplikationsrisiken verbundenen medizinisch-diagnostischen und -therapeutischen Aufgaben.

„Dann kann die Schwester sich darauf konzentrieren, geht wirklich durch, macht die i.v.-Sachen, teilt die Medikamente aus und die Schwester weiß ganz genau, die Krankenpflegehelferin, sowie jetzt ich ‚die ist da, die macht die Grundkrankenpflege, brauch ich mich gar nicht drum kümmern‘. Braucht sie gar nicht weiter, es sei denn, ich brauche Hilfe.“

„Also es gibt ja spezielle Pfl egetätigkeiten, die natürlich nur vom examinierten Personal ausgeübt werden dürfen. Sei es Verbandswechsel, Verabreichung von Medikamenten oder auch einfach zum Beispiel eine Visitenbegleitung. Das kann natürlich nicht von einem einjährigen Pflegehelfer oder Pflegehelferassistenten irgendwie übernommen werden, weil sie diese Qualifikation ja gar nicht haben.“

„Und die Examierte profitiert natürlich, sie hat Unterstützung und kann sich um andere Aufgaben kümmern, das ist dann doch schon eine Erleichterung körperlicherseits, einfach auch. Oder sie können Dinge ja auch viel gemeinsam machen in der Grundkrankenpflege. Also, mehr als Hilfestellung auch genutzt, dass sie nicht voll sind nur mit Grundkrankenpflege, weil das haben wir ja wirklich ziemlich viel. Und dass sie einfach auch mal sagen kann: ‚Jetzt kann ich mich mal um die Infusionen kümmern, die auch noch wichtig ist und muss jetzt nicht hier am Bett sitzen und noch die Nahrung reichen.‘ Das kann dann einer übernehmen und da können die sich auch drauf verlassen, dass das alles so funktioniert, als wenn sie es selber machen würden.“

„Und dass ich einfach auch mal sagen kann: Jetzt kann ich mich mal um die Infusionen kümmern, die auch noch wichtig sind und muss jetzt nicht hier am Bett sitzen und noch die Nahrung reichen.“ Doppelt?

Zum Teil können durch den Einsatz von Pflegehelfer_innen Pflegeaufgaben durchgeführt werden, die aufgrund des Personalmangels ohne die Pflegehelfer_innen entfallen würden, auch wenn sie für die zu pflegenden Menschen von hoher Relevanz sind.

„Die Patienten profitieren definitiv mehr davon, dass wir die weniger Qualifizierten haben, weil sonst Körperpflege eher ganz wegfallen würde, weil einfach die Zeit nicht dafür ist.“

Ein Zugewinn besteht für die Pflegefachpersonen auch darin, dass sie nicht mehr oder seltener „zur Klingel gehen“ müssen. Die Signale der Krankenhausrufanlage führen sonst oftmals zu einer wiederholten, nicht planbaren Unterbrechung der aktuellen Tätigkeit. Die Pflegefachpersonen können **längere Zeit ohne Unterbrechung** ihre Aufgaben bearbeiten und sind dadurch effektiver.

„So, und wenn man jemanden an der Hand hätte, der zum Beispiel einfach nur zur Klingel gehen kann und entscheiden kann: ‚So jetzt, das ist etwas, was ich selber machen kann oder das ist etwas, das warten kann, das die Examierte machen muss‘, oder: ‚Das ist etwas, das die Examierte sofort machen muss‘. Das würde mich auch schon entlasten.“

Im Unterschied etwa zu Pflegelernenden wissen die Pflegefachpersonen, über welche Fähigkeiten die Pflegehelfer_innen, wenn sie zum Stammpersonal gehören, verfügen. Außerdem können die Pflegehelfer_innen i.d.R. bereits eine längere Berufserfahrung vorweisen. Bei Pflegelernenden dagegen sind die Fähigkeiten je nach Ausbildungsjahr unterschiedlich.

„Der Schüler je nach Ausbildungsgrad ist ja sehr unterschiedlich. Also, wenn ich jetzt ein erstes Lehrjahr habe, dann muss ich ja noch viel mehr anleiten. Dann kommt auch immer so dieser sogenannte ‚Klotz am Bein‘. Ich muss mir einfach ein bisschen mehr Zeit nehmen. Wenn ich natürlich ein drittes Ausbildungsjahr habe, der darf natürlich ein bisschen mehr machen. Zwar auch nicht alleine, aber dem kann ich ja natürlich auch eine Infusion vorbereiten auch beibringen.“

„Wir Krankenpflegehelfer, dadurch, dass wir auch Berufserfahrung haben, wissen ganz genau: Wir machen die Grundpflege, die Schwester braucht sich nicht kümmern. Also, wir sind ja nicht so wie bei den Schülern, die dann im ersten Ausbildungslehrjahr sind, die nicht wissen: ‚Oh Gott, jetzt muss ich den Patienten waschen, wie mache ich das? Und kann ich den raus-holen?‘ Wie auch immer. Also wir arbeiten selbstständig.“

Pflegehelfer_innen können zwar nicht alleine einen Nachtdienst bestreiten, sie sind aber in Phasen erhöhten Arbeitsanfalls eine gute Ergänzung von Pflegefachpersonen.

Interviewte Person: „Aber es wäre schon toll, wenn auf jeder Seite drei arbeiten könnten. Oder vielleicht auch im Nachtdienst ein zusätzlicher Springer wäre.“

Nachfrage: „Mit welcher Qualifikation?“

Interviewte Person: „Ich denke, es würde ein Krankenpflegehelfer reichen. Wünschenswert wäre immer eine Fachkraft, weil die doch immer noch in paar Sachen mehr darf, aber für die pflegerischen Sachen oder das man einfach jemanden hat, der dann hinget und auch die Klingeln ablaufen kann, damit ich beispielsweise in Ruhe meine Kurvenführung machen kann oder in Ruhe meine Dokumentation machen kann und mal den Gedanken zu Ende bringen kann, das dürfte auch ein Krankenpflegehelfer machen. Das würde reichen in dem Moment. Weil, wir arbeiten im Nachtdienst alleine. Auf jeder Seite einer und das ist sehr anstrengend.“

Pflegehelfer_innen können Pflegefachpersonen nicht vollständig ersetzen. Durch Umverteilung von Aufgaben können jedoch, wenn ein/e Pflegehelfer_in anstelle einer Pflegefachperson beschäftigt wird, offene Stellen besetzt und kann die Pflege auf einer Station ohne Qualitätseinbußen sichergestellt werden. Pflegehelfer_innen mit einer zweijährigen Ausbildung haben dabei deutliche Vorteile gegenüber einjährig ausgebildeten Pflegehelfer_innen, weil sie mehr Aufgaben u.a. im medizinisch-diagnostischen und –therapeutischen Bereich übernehmen können und dadurch flexibler einsetzbar sind.

5.5.2 Mögliche Risiken für die Pflegequalität

Da nicht jede Arbeitsaufgabe vorhersehbar ist und sich stabile auch zu instabilen Pflegesituationen entwickeln können, ist stets die Möglichkeit gegeben, dass Pflegehelfer_innen mit Anforderungen konfrontiert werden, die über ihre Kompetenzen hinausgehen. Vor allem bei hohem Arbeitsaufkommen besteht das Risiko, dass entweder aus Nichtwissen oder entgegen besseren Wissens doch Aufgaben übernommen oder auch delegiert werden, die nicht dem Ausbildungsstand und der Fachkompetenz der Pflegeassistentkraft entsprechen.

„Na, Probleme sehe ich einfach, wenn ein hohes Arbeitsaufkommen ist, dass dann sich bestimmt schon einiges vermischt und dann der Mitarbeiter – meistens ist es ja der Dienstälteste – der jetzt so das Kommando in anderen Schichten übernimmt, dass der dann vielleicht schon mal Aufgaben verteilt, die dann nicht in den Kompetenzbereich einer Krankenpflegehelferin fallen. Und ich weise aber die Mitarbeiter immer wieder drauf hin, dass wenn sie es selber von alleine tun – ihre Kompetenzen überschreiten – wenn sie natürlich delegiert werden in bestimmten Situationen, dass ja dann auch eine Teilverantwortung die Schwester hat. Aber eigentlich wissen sie, was sie machen dürfen. Es wird natürlich von einigen Mitarbeitern verlangt, aber hier ist es ganz gut, also zumindest Infusionen oder so, da gehen sie auch nicht ran. Da sagen mir dann schon die Dreijährigen, dass sie das auch nicht möchten.“

Insbesondere im Umgang mit Medikamenten wird sowohl bei den Pflegehelfer_innen, aber auch den Pflegefachpersonen immer wieder Unsicherheit geäußert, ob entsprechende Auf-

gaben tatsächlich übernommen bzw. delegiert werden dürfen. Nicht immer scheint sichergestellt, dass die Pflegehelfer_innen Aufgaben ablehnen, die „ihre Kompetenzen bzw. ihren Handlungsspielraum überschreiten“.

Die Krankenpflegehelferin berichtet, dass sie immer schaut, ob die Medikamente eingenommen wurden. Wenn nicht, gibt sie zum Teil auch die Medikamente, ist sich aber nicht sicher, ob sie das darf.

Durch die Integration von Pflegehelfer_innen in ein Stationsteam entstehen zusätzliche Informationsschnittstellen. Aus einer lückenhaften oder nicht erfolgten Informationsweitergabe können mehr oder weniger schwerwiegende Probleme und Fehler bei der Patient_innenversorgung resultieren.

„Ja, dass die Qualität tatsächlich vielleicht auch leidet, auch aufgrund unterschiedlicher Qualifikationen. Dass ein Dekubitus übersehen wird oder irgendwelche anderen Hautirritationen, also da sehe ich eine Gefahr. Oder dass auch der Informationsfluss nicht gewährleistet ist, dass Patientenbeobachtung oder vielleicht auch im Gespräch irgendwelche Dinge, die sich entwickelt haben, die dann nicht so weitergegeben werden, wie es vielleicht gemeint war. Also, dass Informationen verloren gehen, in der Übergabe.“

„Zum Beispiel die Medikamentengaben. Dass man dann eben bei Patienten dann einfach auch nicht kontrolliert. Die stellt zwar die Schwester morgens hin, die hat die kontrolliert und sie machen dann auch oft die Einnahme mit. Wo ich hier einfach sage, es sollte vielleicht auch mehr in Schwesterhand bleiben. Es kommt dann eben auch mal vor, ich sage, wir hatten das jetzt auch schon mal, dass die dann eine subkutane Injektion gemacht haben mittags und dass nicht ordentlich abgesprochen wurde, dass der Patient doch zur OP rankommt. Und dann fehlt natürlich dieses, und dann wird natürlich immer, so ich sag mal in Anführungsstrichen, ein Schuldiger gesucht und dann kann natürlich die Krankenpflegehelferin als Ausführende nicht dafür belangt werden. So, also es wird ja nicht weiter, ich sag mal, an die große Glocke gegangen. Für den Patienten ist es zwar ein Nachteil, die OP verzögert sich, aber es hat jetzt keine großen Konsequenzen. Aber so grobe Überschreitungen gibt es da eigentlich nicht, es sind so kleine Dinge, die auch so grenzwertig sind.“

5.5.3 Die berufliche Situation der Pflegehelfer_innen und Pflegefachpersonen

Die Pflegeassistentenpersonen sind mit ihrer Tätigkeit und Position in den Krankenhäusern zufrieden.

„Also, ich fühle mich in der Position, in der ich bin, eigentlich schon ganz wohl. Ich hätte gerne noch ein bisschen mehr Hintergrundwissen, natürlich, klar. Aber von der Verantwortung her und von dem was ich so mache, ist das okay für mich, vom Typ her jetzt auch.“

Da die Pflegehelfer_innen vor allem in der zum Teil körperlich belastenden patient_innennahen Versorgung eingesetzt werden und sie bei der Pflege von besonders pflegetaufwändigen Patient_innen vor allem bei hohem Arbeitsaufkommen auch nicht immer Unterstützung durch eine weitere Pflegeperson erhalten, kann es zu Überforderung der Pflegehilfskräfte kommen. Sie erleben dann, mit der Übernahme der gesamten, auf der Station anfallenden „grundpflegerischen“ Aufgaben, allein gelassen zu werden.

„Da ist nur die Grundkrankenpflege, wenn jetzt viele Patienten hier liegen, die pflegebedürftig sind. Dann ist der Moment, wo ich manchmal sage: „Also ich alleine schaffe das nicht.““

Neben der physischen Belastung lastet auf den Pflegehelfer_innen in Situationen mit erhöhtem Arbeitsanfall auch eine hohe Verantwortung. Besonders herausfordernd ist dies, wenn der/die Pflegehelfer_in – häufig bedingt durch Personalausfälle – immer wieder zwischen Bereichen einer Station wechseln muss oder sogar für zwei Bereiche zuständig ist. Der/die Pflegehelfer_in ist in diesen Situationen gefordert, eigenständig Prioritäten in der Versorgung der Patient_innen auf der Grundlage der ihr zur Verfügung stehenden Informationen zu setzen.

„Die PHK scheint in der Lage zu sein, bei erhöhtem Arbeitsanfall ihre Aufgaben flexibel und situationsangemessen zu priorisieren. Sie arbeitet trotz großem Zeitdruck strategisch und konzentriert. Dieses auffallend sichere und strukturierte Arbeiten scheint eine besondere Fähigkeit der beobachteten PHK zu sein. Es ist die Frage, ob diese Fähigkeit von einer „normalen“ PHK vorauszusetzen ist. In jedem Fall kann man davon ausgehen, dass PHKs mit ihren zum Teil zeitaufwändigen Pflegeaufgaben häufig in die Lage kommen, Priorisierungs- und Rationierungsentscheidungen zu treffen, ohne dazu Rücksprache mit den Fachkräften zu halten.“

„Dadurch, dass die Pflege mehr war, dass wir ganz viele pflegebedürftige Patienten hatten, war es für mich als Krankenpflegehelferin etwas viel. Man wusste nicht: Wo fang ich jetzt an, mit dem Waschen, also wie mach ich das? Dass man die Patienten morgens alle wäscht und wenn aber so viele Patienten da sind, die man wäscht – also im Durchschnitt hatten wir 15 Patienten zu waschen täglich – ja, da muss ich dann irgendwo abbrechen und den nächsten Patienten Essen reichen. Also eigentlich lasse ich die Patienten liegen, die noch nicht gewaschen wurden, und fange wieder irgendwo da an und reiche da Essen, also das war eigentlich alles ein bisschen viel.“

Pflegefachpersonen können die Verschiebung des Aufgabenspektrums hin zu mehr Steuerungsaufgaben und einer höheren Personalverantwortung als bereichernd, aber auch als belastend interpretieren. In den vorliegenden Daten waren keine Äußerungen enthalten, die auf negative Auswirkungen auf die Befindlichkeit der Pflegefachpersonen schließen lassen.

Vereinzelt fällt Pflegefachpersonen das Abgeben von möglicherweise liebgewonnenen und ihnen persönlich als wichtig empfundenen Tätigkeiten schwer. Eine Pflegedienstleitung äußert hinsichtlich des Delegierens von Tätigkeiten an Pflegehelfer_innen:

„Es ist eher so manchmal, dass man die GKPs daran erinnern darf, dass sie delegieren dürfen. (lacht) Es ist manchmal sogar noch schwieriger, einfach Sachen dann abzugeben. Ja, also viele hängen ja auch noch an bestimmten Tätigkeiten, wie Bett beziehen oder so, ne. Das ist denen halt sehr wichtig. Und so etwas darf man natürlich auch weitergeben.“

6. Ergebnisse: Pflegefachpersonen mit hochschulischer Qualifizierung

Auch bezogen auf die hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen wird der Schwerpunkt auf die Darstellung der identifizierten Aufgaben gelegt (6.1, S. 43). Außerdem werden förderliche Bedingungen für die Einbindung der Kolleg_innen mit hochschulischer Ausbildung (6.2, S. 59) und diesbezügliche Strategien in erster Linie der Leitungsebene von Krankenhäusern (6.3, S. 60) und mögliche Wirkungen (6.4, S. 68) eines Einsatzes dargestellt.

6.1 Aufgaben der Pflegefachpersonen mit hochschulischer Qualifizierung

Bereits die Gewinnung von an der Studie teilnehmenden Krankenhäusern gestaltete sich schwierig, da der gewünschte Qualifikationsmix in vielen Krankenhäusern nicht vorlag. Insbesondere galt dies für den Einsatz hochschulisch ausgebildeter Kolleg_innen. Von den fünf Krankenhäusern, in denen eine intensivere Datenerhebung erfolgte, hatte nur ein Krankenhaus ein Konzept zur systematischen Integration von hochschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen implementiert. Unter den zusätzlich interviewten Expert_innen ist eine in einem Krankenhaus tätig, in dem sich Pflegefachpersonen mit Bachelor- oder Masterabschluss schon seit mehreren Jahren etabliert haben. Dieses Krankenhaus hat in diesem Feld eine Vorreiterrolle inne. Alle anderen Krankenhäuser des Samples standen diesbezüglich eher am Anfang und hatten entweder kein Konzept oder zum Teil gerade begonnen, entsprechende Konzepte zu entwickeln.

Die Mehrzahl der befragten und/oder beobachteten Pflegefachpersonen mit hochschulischer Ausbildung übernimmt die gleichen Aufgaben wie die beruflich ausgebildeten Pflegefachpersonen auch (6.1.1, S. 44). Die unter 6.1.2– 6.1.8 (S. 45ff.) beschriebenen, für Pflegefachpersonen mit hochschulischer Qualifikation spezifischen Aufgaben wurden entweder in den Krankenhäusern beobachtet oder berichtet, die bereits ein Konzept implementiert hatten oder von den interviewten Proband_innen vorgeschlagen. Diese spezifischen Aufgaben bedeuten sowohl eine Anreicherung der Tätigkeiten (job enlargement) als auch zusätzliche fachliche Entscheidungsbefugnisse (job enrichment). Die spezifischen Aufgaben nehmen in den meisten Fällen nur einen definierten Anteil der Arbeitszeit der hochschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen ein (z. B. 25-50% der Arbeitszeit), die restliche Arbeitszeit verbringen

gen diese Kolleg_innen mit Aufgaben, die auch von den beruflich ausgebildeten Pflegefachpersonen übernommen werden. Eher selten ist es gegenwärtig der Fall, dass die hochschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen ausschließlich im Bereich der spezifischen Aufgaben tätig sind. Manche hochschulisch ausgebildeten Kolleg_innen sind für eine der beschriebenen spezifischen Aufgaben, andere sind für mehrere dieser Aufgaben zuständig.

6.1.1 Direkte Versorgung ohne Unterschied zu beruflich ausgebildeten Pflegefachpersonen

Bisher ist die Mehrzahl der hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen im Krankenhaus mit dem gleichen Aufgaben- und Verantwortungsbereich wie beruflich ausgebildete Pflegefachpersonen tätig.

Schon im Vorfeld der Teilnehmenden Beobachtung wurde in einem Krankenhaus von der Pflegedienstleitung deutlich gemacht, dass die Pflegeperson mit Bachelorqualifikation – auf eigenen Wunsch – als normale Pflegekraft angestellt ist und genau die gleichen Tätigkeiten ausführt wie die Pflegefachkräfte. Dies wird später von der Bachelor-Pflegenden bestätigt.

„Mhm, also ich habe ja, wie gesagt, das duale Studium gemacht. Und bin hier ganz normal als Gesundheits- und Krankenpflegerin angestellt, das heißt also, zwischen meinen Kollegen und mir gibt es da keine Unterschiede, was die Aufgabenverteilung angeht oder vom was darf ich, was darf ich nicht.“

„Also hier bei uns auf Station unterscheidet sich tatsächlich das Tätigkeitsfeld nicht. Sie sind ganz normal in allen drei Schichten eingesetzt, arbeiten in den Bereichen an den Patienten.“

Diese Situation wird von den Pflegefachpersonen mit hochschulischer Qualifizierung als mehr oder weniger problematisch bewertet. Eine der befragten Personen mit Hochschulqualifikation hat sich bewusst für die Einstellung als „normale“ Gesundheits- und Krankenpflegefachperson entschieden, da sie zunächst Berufserfahrung sammeln möchte und die Entscheidung für das Studium eher aus pragmatischen Erwägungen von ihr getroffen wurde:

„Eigentlich fühle ich mich nicht unterfordert, weil ich vom Denken her mehr die Aufgaben einer Krankenschwester verrichte, als dass das Studium mehr im Vordergrund steht. Ich fühle mich hier nicht unterfordert, im Gegenteil, mir macht das hier Spaß. Immer wieder neue Sachen zu lernen, und man lernt leider nie wirklich aus ((lacht)), das ist halt echt so, und die Patienten sind jeden Tag andere, die Krankheitsbilder sind ähnlich, aber jeder Patient kommt halt auch mit unterschiedlichen Schmerzempfindungen und hat eine unterschiedliche Wundheilung, also eigentlich fühle ich mich hier nicht unterfordert im Rahmen meiner Krankenschwestertätigkeit. Und im Rahmen des Bachelors, pflegewissenschaftlich oder so, war ich nie tätig. Also ich hab ja direkt nach der Ausbildung als Krankenschwester angefangen, deswegen kann ich das an der Stelle nicht anders beurteilen.“

Auch eine Expertin aus einem Krankenhaus, in dem hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen auf Bachelor- wie auch auf Masterniveau schon länger etabliert sind, berichtet, dass nicht alle hochschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen tatsächlich bereit und in der

Lage sind, Aufgaben mit besonderer pflegefachlicher Verantwortung zu übernehmen. Eine andere Leitungsperson aus einem Krankenhaus ohne Konzept zur systematischen Integration von hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen erwartet, dass die hochschulisch qualifizierten Kolleginnen „...das Gleiche, aber anders tun.“ Mit dieser Aussage wird auf das Potenzial von hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen abgehoben, ihre Kompetenzen zur Anwendung wissenschaftlichen Wissens und zur kritischen Reflexion von Routinen in die inter- und intraprofessionelle Zusammenarbeit einbringen zu können. Bei dem beschriebenen Aufgabenprofil wird die Umsetzung dieser Aufgaben aber überwiegend der individuellen Initiative der Pflegefachpersonen mit hochschulischer Ausbildung überlassen.

„Ich gehe dann irgendwie online und gucke, gibt's irgendwie irgendwelche Studien dazu? Was sagt das Robert Koch-Institut dazu? Und das läuft aber dann tatsächlich auch neben der regulären Arbeitszeit, aber da sehe ich dann auch meine Neugier und auch meine Verpflichtung irgendwie, das dann dennoch zu machen.“

Die Kolleg_innen erhalten weder zusätzliche Zeitressourcen, um diese Aufgaben durchzuführen, noch haben sie Entscheidungsbefugnisse, um sich mit den Ergebnissen ihrer Recherchen bei ihren beruflich qualifizierten Kolleg_innen durchsetzen zu können. Die möglicherweise trotzdem erreichte Qualitätsverbesserung geht auf Kosten der Freizeit der hochschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen.

6.1.2 Pflegeprozessverantwortung

In Anlehnung an das Konzept des Primary Nursing bzw. der Primären Pflege (Mischo-Kelling & Schütz-Pazzini 2007) beabsichtigen mehrere der untersuchten Krankenhäuser, Pflegefachpersonen mit Hochschulqualifikation als Pflegeprozessverantwortliche überwiegend für Patient_innen mit besonders komplexen Problemlagen einzusetzen. Einzelne Krankenhäuser haben dieses Konzept bereits eingeführt.

„...für definierte Patienten mit einem zu erwartenden, möglicherweise schwierigeren Verlauf, mit bestimmten Problemen, die man im Blick haben muss, die eine schwierige Versorgungssituation zu Hause haben, et cetera, et cetera.“

Hochschulisch ausgebildete Pflegefachkräfte übernehmen dabei die Verantwortung für Patient_innen mit unklaren oder schwierigen Pflegesituationen über den gesamten Aufenthalt im Krankenhaus. Sie koordinieren die Versorgung und sind zentrale Ansprechpartner für die zu pflegenden Menschen und ihre Bezugspersonen. Im Einzelnen führen die Pflegefachpersonen ein Assessment durch, erstellen Pflegepläne unter Einbezug bester Evidenz sowie unter Beteiligung der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen, evaluieren die Pflegepläne und passen Ziele und Maßnahmen an. Beruflich ausgebildete Pflegefachpersonen

übernehmen die Durchführung der Pflege und die Pflegeprozessverantwortung in weniger komplexen Fällen.

Die erstausgebildeten Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss würde eine der befragten Leitungskräfte dabei in den allgemeinen, weniger spezialisierten und eben nicht in den (hoch)spezialisierten Bereichen einsetzen. In den höher spezialisierten Fachgebieten sieht sie eher ein Tätigkeitsfeld für Pflegefachpersonen mit einem Masterabschluss.

„Ohne Spezialisierung, Bachelor erster akademischer Grad, - später nach dem Masterabschluss oder beim Advanced Nursing Practise, ja, dann kann zum Beispiel in der Onkologie oder mit Kindern gearbeitet werden - nach dem BA noch nicht, ,da sind wir noch nicht weit genug.“

Andere Krankenhäuser weisen die Aufgabe der primary nurse nicht primär den hochschulisch qualifizierten Kolleg_innen zu und beabsichtigen, alle Pflegefachpersonen dafür zu qualifizieren. Eine spezifische Aufgabe für Pflegefachpersonen mit einer hochschulischen Qualifikation wird vor allem im Bereich des Überleitungs- und Entlassungsmanagements gesehen.

6.1.3 Fallsteuerung

Bei diesem Aufgabenprofil übernehmen Pflegende mit einer hochschulischen Ausbildung das „Care- bzw. Case-Management“ für Patient_innen mit besonders komplexen oder instabilen medizinischen oder sozialen und psychischen Problemlagen in einem größeren Pflegebereich (Lüftl/Kerres 2011). Die Pflegenden führen den gesamten Case-Management-Prozess einschließlich individueller Einschätzung, Planung, Organisation und Evaluation eines geeigneten Unterstützungs- und Pflegesystems gemeinsam mit den Patient_innen und ihren Bezugspersonen durch (Ewers 2011). Auf Seiten der Institution organisieren und koordinieren sie den diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Versorgungsprozess von Aufnahme bis Entlassung und ggf. darüber hinaus. Pflegende mit beruflicher Ausbildung sind bei diesen anspruchsvollen Patient_innengruppen für die Durchführung der Pflege zuständig und übernehmen die Prozesssteuerung für Patient_innen mit weniger komplexen oder stabileren Problemlagen. In einem der untersuchten Krankenhäuser existiert ein sehr elaboriertes Konzept, wonach Pflegefachpersonen mit Hochschulqualifikation als sog. Care-Manager_innen in diesem Aufgabenprofil tätig sind. Im Unterschied zu den in theoretischen Konzepten formulierten Ansprüchen beziehen sich die Steuerungsaufgaben der beobachteten Kolleg_innen vor allem auf den Pflegedienst.

Der Prozess der Fallsteuerung beginnt in dem untersuchten Krankenhaus damit, zunächst die Patient_innen zu identifizieren, die von einer systematischen Steuerung der Aufnahme,

Behandlung, Entlassung und Rückkehr in die Häuslichkeit oder eine Pflegeeinrichtung besonders profitieren können. Neben den Patient_innen, die die „Care-Manager_innen“ selbst ermitteln, gehören grundsätzlich alle PKMS-Patient_innen zur Klientel der Fallsteuerung, da bei ihnen per Definition ein komplexer Pflegebedarf und damit mit hoher Wahrscheinlichkeit auch ein längerfristiges Versorgungsproblem besteht. Des Weiteren haben die Fallmanager_innen die Aufgabe, die Versorgungssituation aller Patient_innen auf einer Abteilung zumindest oberflächlich zu kennen und aufmerksam zu verfolgen, ob eventuell auch bei einem/r „einfachen“ Patienten/Patientin durch eine Veränderung der gesundheitlichen Situation eine gezielte Fallsteuerung notwendig wird.

„Und dann ist es so, entweder sagt der CM an dem Tag: ‚Ich gucke es mir gleich an.‘ oder ‚Der Patient bleibt ohnehin noch, ich gehe morgen in die Versorgung.‘. Und pflegt dann diesen Patienten, geht morgens in die Grundversorgung rein, um einfach sich selbst ein Bild zu machen von diesem Patienten und dann im Prinzip die Defizite beziehungsweise die Ressourcen bei Patienten zu identifizieren, zu gucken: Wo braucht er hier eigentlich Unterstützung? Ist das wirklich ein Patient für mich?“

„Und dann weiß man sozusagen als Care-Manager schon: ‚Ok. Am nächsten Tag werde ich wohl diesen Patienten mal grundpflegerisch versorgen, um zu gucken, was hat der an Ressourcen. Also was kann er?‘, um diese Problematik gleich schon wieder zu bearbeiten.“

Die „Care-Manager_innen“ machen sich entweder bei oder direkt nach der Aufnahme von Patient_innen mit hochkomplexen Versorgungsanforderungen im Rahmen des pflegerischen Assessments ein erstes Bild von den Patient_innen. Alternativ gehen sie zu den Patient_innen, bei denen sie von den beruflich ausgebildeten Pflegefachpersonen den Hinweis bekommen haben, dass komplexe Behandlungsverläufe vorliegen.

„Die erheben auch eine pflegerische Anamnese bei den Patienten, sind natürlich auf die Rückmeldungen der examinieren Pflegekräfte angewiesen. Also mittlerweile ist das Care-Management so gut etabliert, dass die Pflegekräfte, wenn der Care-Manager auf Station kommt und da ist ein neuer Patient am Nachmittag oder mittags gekommen, dass sie sagen: ‚Mensch, guck mal, der Patient Herr Müller, Meier wie auch immer, schau dir den mal an, der ist irgendwie nicht so selbstständig, wie wir das vermuten würden für sein Alter und für seine Erkrankungen, die er mitbringt.‘“

„Und im hinteren Bereich **ist** es meistens auch so, dass sich der Care-Manager dann einen Patienten aussucht, wo wir als Pflegekraft schon darauf hinweisen: ‚Mensch, da ist ein Versorgungsproblem oder den solltest du dir mal angucken.‘“

Zu Beginn der Fallsteuerung (also nach der Identifikation eines zu begleitenden Falls) erfolgt die pflegerische Anamnese, die entweder mit den Angehörigen oder, wenn möglich, gemeinsam mit den Patient_innen durchgeführt wird. Zusätzlich werden für die Pflegeanamnese Informationen von anderen Stellen (zum Beispiel die überweisende Einrichtung) herangezogen.

„Und wenn ich dann als Care-Manager auch noch höre : ‚Ja, aber so geht das zu Hause nicht‘, dann kann ich auch gleich fragen: ‚Ok, wie war es denn zu Hause? Was sind die Begebenheiten zu Hause?‘. Dann kann ich gleich eine pflegerische Anamnese machen. Erst mit dem Angehörigen und dann auch nochmal, wenn der Patient dazu kognitiv in der Lage ist, mit dem Patienten.“

Auf dieser Grundlage wird entsprechend des CM-Regelkreises die individuelle Pflege auf Grund von möglichst gemeinsam mit den Patient_innen und Angehörigen ausgehandelten Zielen (zum Beispiel Rückkehr in die eigene Häuslichkeit) und unter Berücksichtigung und Förderung der vorhandenen Ressourcen der Patient_innen geplant.

„Und wenn das eigentlich so geschafft ist, dann fang ich meistens oder auch währenddessen schon mit der Sozialanamnese an, gucke, ob wir irgendwelche Nummern im PC haben, ob der Patient schon mal da war, ob er Kinder hat, ob er betreut ist, ob er eine Verfügung hat, all solche Sachen. Und dann setz ich mich mit den Angehörigen in Verbindung. Oder manchmal sind sie ja auch schon heimversorgt. Aber irgendwie gerade die psychiatrischen, die wir hier kriegen, die sind da manchmal gar nicht mehr führbar in der Pflegeeinrichtung. Und dann muss man gucken.“

Bei der Planung der Pflege streben die Fallmanager_innen größtmögliche Transparenz für alle Beteiligten an. Ziel ist die Verweildauer möglichst zu begrenzen und „Drehtüreffekte“ zu vermeiden.

„Also, es ist natürlich, dass ich in erster Linie in der Fallsteuerung tätig bin. Wir gucken auch, dass wir versuchen, die Liegedauern nicht zu überschreiten oder dermaßen zu überschreiten, wie es eigentlich Not tut in den Fällen.“

„Ja, dass der Verlauf sich nicht unnötig in die Länge zieht, diesen Krankenhausaufenthalt eines Patienten, dass das natürlich gegeben ist, dass das auch zeitnah alles passiert. Die Untersuchung, dann die Weiterversorgung, dass das schon parallel irgendwie alles in die Wege geleitet werden kann, mit der häuslichen Versorgung und all den Geschichten.“

„Naja, wichtig ist in der Fallsteuerung immer, diesen Drehtüreffekt zu vermeiden. Also, wir haben etliche Wiederkehrer und dass das unterbunden wird. Das ist ja mein Auftrag in der Fallsteuerung.“

Auf der Basis des Assessments erstellen die hochschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen einen Pflege- und Versorgungsplan für die gesamte Versorgung im Krankenhaus sowie die Überleitung in die häusliche oder langzeitstationäre Versorgung unter Berücksichtigung der verschiedenen beteiligten Berufsgruppen, Behörden, Personen und Leistungsanbieter.

„Das heißt, sie identifizieren diesen Patienten, sie nehmen sich dieses Patienten an und versorgen ihn bereits hier mit einer Art Netz, dass sie im Prinzip alle wichtigen Berufsgruppen heranziehen, aber eben auch dann für die Weiterleitung in die Häuslichkeit. Das kann sowohl die professionelle Häuslichkeit sein, also eine Altenpflegeeinrichtung oder dergleichen, oder eine Pflegeeinrichtung oder eben auch wirklich private Häuslichkeit. Dass sie dort eben auch weiterhin ein Netz vorbereiten, dass der komplexe Patient eben da auch weich aufgefangen wird.“

Nach Erstellung einer Pflegeplanung haben die „Care-Manager_innen“ die Aufgabe, die Patient_innen, bei denen eine Fallsteuerung durchgeführt wird, „beobachtend [zu] begleiten“ und kontinuierlich Daten hinsichtlich des Unterstützungsbedarfs, der individuellen Ressourcen und der gesundheitlichen Probleme zu erheben und ggf. erforderliche Anpassungen des Pflegeplans vorzunehmen (auch und besonders für die PKMS-Dokumentation). Die Zahl der Patient_innen, die von einer/einem „Care-Manager_in“ intensiv begleitet werden kann, ist abhängig vom Arbeitsaufkommen. Der Anteil des direkten Patient_innenkontakts in Relation zur eher patient_innenfernen Fallsteuerung beträgt bei einer befragten „Care-Managerin“ etwa 20 %.

„[Die Care-Manager_innen] übernehmen einen festen Teil, aber dieser feste Teil ist nicht jeden Tag gleich. Wir haben schon öfter mal darüber gesprochen, wie viel Zeit sozusagen der Care-Manager hat, um auch tatsächlich körper-, also grundpflegerische Versorgung zu übernehmen und es sind ungefähr 20%. 20% seiner Arbeitszeit am Tag macht er in irgendeiner Form Pflege unmittelbar am und mit dem Patienten. Das kommt mal mehr und mal weniger hin. Das hängt davon ab, die Care-Manager sind ja Stationen zugeordnet, in der Regel. Das heißt, sie gehen natürlich auch, wenn die Station gerade aufgrund der Patientensituation einen hohen Aufwand an grundpflegerischer oder überhaupt pflegerischer Versorgung hat, dann werden sie wahrscheinlich mehr Arbeitszeit auch der unmittelbaren Pflege der Patienten widmen, weil sie dann natürlich auch mehr Patienten gleichzeitig beobachtend begleiten und schauen müssen, ob das klappt in der Häuslichkeit.“

Zu den Aufgaben der Care-Manager_innen zählen auch die Dokumentation der Aufnahme, Behandlung und Entlassung der von ihnen intensiv begleiteten „Patientenfälle“.

Anschließend kontrolliert die Care-Managerin weiter die PKMS-Dokumentation. Die Care-Managerin berichtet, dass es für die PKMS-Prüfung zwar sinnvoll, aber nicht notwendig ist, die Patient_innen persönlich zu kennen. Allerdings fallen ihr durch einen direkten Kontakt zu den Patient_innen eher Lücken in der Dokumentation auf, die zu einem geringeren Score führen.

Schon möglichst frühzeitig werden bei der Fallsteuerung erste Maßnahmen zur Entlassungsplanung ergriffen. Dabei wird durch das „Care-Management“ ein Austausch sowohl innerhalb des Krankenhauses als auch mit Angehörigen und Patient_innen und externen Akteuren initiiert.

Nach der Ganzkörperwäsche trifft die Care-Managerin die Atmungstherapeutin auf dem Flur und berichtet dieser, dass die PKMS-Patientin so mobil ist, dass sie eigentlich entlassen werden kann. Allerdings ist die pflegerische Versorgung zu Hause nicht sichergestellt, so dass die Patientin eigentlich in eine Pflegeeinrichtung/Geriatrie überwiesen werden müsste. Das hat sie aber bisher abgelehnt. Kurzfristig gibt es wohl keine Lösung, die Care-Managerin verspricht aber, den Fall weiter zu verfolgen.

„Und was natürlich auch dann eine ganz große Hilfe ist, sind die Care-Manager, die sich dann eben auch um Entlassungsmanagement, um Weiterversorgung kümmern, Angehörigengespräche, Vermittlung zwischen Angehörigen und Ärzten.“

Die wichtigste Aufgabe der Fallsteuerung im patient_innenfernen Bereich ist die Sicherstellung der Sammlung und zeitnahe Weitergabe von patient_innenbezogenen Informationen an alle am Pflege- und Behandlungsprozess Beteiligte, etwa an pflegerische, hauswirtschaftliche und ärztliche Akteure sowie die Angehörigen und ggf. Behörden.

Absprachen mit dem Pflegeteam: Für die Informationssammlung und –weitergabe werden formalisierte (Teambesprechungen, Visiten, Fallbesprechungen des Care-Managements) und halb-formalisierte (Übergabe, „kleine Übergabe“) Gelegenheiten genutzt. Bei den geplanten Treffen werden sowohl inhaltliche als auch organisatorische Themen zu den betreuten Fällen besprochen.

Zu den regelmäßigen Teambesprechungen auf der Station: „Care-Manager und Examiniert und dann geht es so, geht dieses so miteinander. ‚Also, wie gehen wir fachlich eigentlich damit um?‘ Da findet dann ein Miteinander statt mit den Care-Managern, da wird auch diskutiert, da wird dann auch hart diskutiert: Was ist sinnvoll?“

„Es baut ja immer so ein Stück weit darauf auf, was vorher gewesen ist, und diese ganze Informationsweitergabe ist natürlich auch eine Aufgabe von mir, das an mein Team weiterzugeben. Damit die halt auch wissen, wo der Weg hinführt.“

Bei den „kleinen Übergaben“ werden nicht nur Diagnosen, aktuelle medizinische Informationen oder geplante Untersuchungen oder Eingriffe thematisiert. Der/_die „Care-Manager_in“ fragt vor allem bei den Patient_innen, die er/sie begleitet, auch gezielt zum Beispiel nach Veränderungen im Allgemeinzustand und in der Selbstständigkeit, möglichen Kontakten zu Angehörigen, erfolgten pflegerischen und pflegetherapeutischen Maßnahmen oder neuen Informationen zur häuslichen Situation. Zusätzlich zu den geplanten Besprechungen gibt es immer wieder informelle Absprachen mit verschiedenen Akteuren in der Patient_innenversorgung, etwa „auf dem Flur“.

Absprachen mit anderen „Care-Manager_innen“: Ein informeller Austausch findet auch zwischen den „Care-Manager_innen“ statt. Mehrfach täglich tauschen sich die „Care-Manager_innen“ aus, die gemeinsam für eine Station zuständig sind. Zum Teil ergeben sich diese Kontakte auch, da Patient_innen mit besonders komplexen Anforderungen vor allem bei patient_innennahen Pflegeinterventionen bei Bedarf auch von zwei „Care-Manager_innen“ zusammen begutachtet und betreut werden. Außerdem steht das „Care-Management“ auch stationsübergreifend in einem ständigen, informellen Austausch.

Die Care-Managerin von der chirurgischen Nachbarstation kommt auf die Station und spricht die Care-Managerin an: Sie sagt, dass sie froh ist, dass sich jetzt zwei Care-Manager_innen um den Patienten mit der Zustandsverbesserung kümmern, den sie vor kurzem auf die beobachtete Station verlegt hat. Sie berichtet der Care-Managerin kurz die Situation des Patienten und berichtet ebenfalls, dass die Angehörige sich beklagt hat, dass ihr noch viele Informatio-

nen zum Zustand des Patienten fehlen. Die Care-Managerin verspricht, mit der Angehörigen Kontakt aufzunehmen und sie zu beraten bzw. Fragen zu beantworten.

Absprachen mit Ärzt_innen: Das „Care-Management“ muss Kontakt zu krankenhausinternen, aber auch –externen Berufsgruppen und Personen herstellen, um einen problemlosen Übergang der Patient_innen in die anschließende Versorgung zu ermöglichen.

Der Oberarzt spricht die Care-Managerin zu einer PKMS-Patientin an, die möglichst bald entlassen werden soll. Die Care-Managerin verspricht, dass sie sich mit Care-Manager 2 und der Atmungstherapeutin am nächsten Tag zusammensetzen und prüfen wird, ob dies möglich ist.

Zusätzlich zu den regelmäßigen „kleinen Übergaben“ haben die „Care-Manager_innen“ die Aufgabe, die ärztlichen Visiten zu begleiten. Diese Aufgabe ist verhältnismäßig zeitaufwändig, hat aber den wichtigen Vorteil, dass die „Care-Manager_innen“ über alle pflegerelevanten medizinischen Veränderungen zeitnah informiert werden. Sie können auf dieser Grundlage tagesaktuell entscheiden, welche Patient_innen in besonderem Maß „im Blick behalten“ werden müssen, welche Patient_innen vermutlich bald entlassen werden und welche Behandlungen oder diagnostischen Interventionen geplant sind. Durch die Begleitung der Visiten ergibt sich ein täglicher Kontakt und Austausch mit dem ärztlichen Personal, das seinerseits dem „Care-Management“ Hinweise auf absehbare Versorgungsprobleme geben kann.

Absprachen mit Physiotherapeut_innen: Wichtige Beteiligte an der Patient_innenversorgung sind auch die Therapeut_innen, vor allem die Physiotherapeut_innen. Da die Mobilisation ein wesentliches Kriterium für die Selbstpflegekompetenz und spätere Versorgungssituation ist, arbeiten die „Care-Manager_innen“ eng mit der Physiotherapie zusammen. Wenn möglich, wird die Mobilisation von Patient_innen mit komplexen Pflegebedarfen, die vom „Care-Management“ betreut werden, auch gemeinsam mit den Physiotherapeut_innen durchgeführt, um eine möglichst effektive Unterstützung der Patient_innen zu gewährleisten.

Danach geht [die Care-Managerin] zur PKMS-Patientin und verabredet sich mit der dort anwesenden Physiotherapeutin, dass beide zusammen mit der Patientin später den Transfer auf einen richtigen Stuhl versuchen wollen, um zu schauen, ob die Patientin tatsächlich bald entlassen werden kann.

„Und das sind die Hauptakteure, und der Care-Manager ist , gerade besonders auf der Station, mit der Physiotherapie eng im Kontakt, weil es ein größeres Zeitkontingent gibt auf der Station für gerade die Patienten, die pneumologisch oder thoraxchirurgisch eine Intervention hatten und auch viel Unterstützung brauchen, auch atemtherapeutisch. Da wird dann eben tatsächlich abgesprochen: Wann machen wir geschickterweise was? Zum Einen kann es mal um Mobilisation gehen, mal kann es also bei dem Herzinfarkt-Patienten zum Beispiel, sein: ‚Wäre jetzt eigentlich mal langsam Treppe dran?‘ so.“

Absprachen mit der Pflegeleitung: Eine Absprache mit der Pflegeleitung findet auf Grund der räumlichen Trennung (CM auf der Station, Pflegeleitung im eigenen Büro) eher selten informell und zufällig statt. Es gibt aber durch die Teambesprechungen und die Besprechungen der „Care-Manager_innen“ wöchentlich mehrere Kontaktanlässe, bei denen Informationen ausgetauscht werden und die „Care-Manager_innen“ sich bei auftretenden Fragen und Problemen mit der Leitungsebene absprechen können.

„Wenn sie auf dieser Ebene nicht weiterkommen, sind sie zum Beispiel noch verpflichtet, oder das gehört zu ihren Aufgaben, sich an die Pflegeleitung zu wenden, Schrägstrich Chefarzt, weil das dann die nächsthöhere Ebene ist, dass man da eben sagt: ‚Wir kommen da nicht weiter, wie läuft es dann?‘.“

6.1.4 Beratung und Schulung von Patient_innen und Angehörigen

Nach Vorstellung der interviewten Pflegeleitungen könnte eine zukünftige Aufgabe von Pflegefachpersonen mit Hochschulqualifikation in der Konzeption und Durchführung von Beratungsangeboten sowie Einzel- und Gruppenschulungen bestehen. Das Studium bereite hierauf besser vor als die berufliche Pflegeausbildung. Folgende Beispiele stammen aus den Interviews mit „Care-Manager_innen“, die ebenfalls Beratungsaufgaben übernehmen.

„...zu gucken, hat der Patient vielleicht auch zu Hause schon Hilfsmittel gehabt für seine Atmung und ist das möglich, die hierher mitzubringen. Das wir sozusagen mit seinen Hilfsmitteln agieren. Also das ist auch Pflege, wenn es um Anleitung, Beratung und Schulung geht.“

„Und dann wird unter Umständen auch mit den Angehörigen Kontakt aufgenommen: Wie ist die häusliche Situation? Kann es so zurück gehen? Muss es vielleicht, weil das Akutereignis so gravierend war, in irgendeiner Form von Reha-Maßnahme oder aus Altersgründen in die Geriatrie gehen ? Das muss man dann einfach sehen.“

Im Rahmen von Projekten haben hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen in den untersuchten Krankenhäusern vereinzelt auch Beratungs- und Schulungsmaterialien erstellt.

6.1.5 Projektbezogene Aufgaben

Von den Leitungskräften werden die hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen gerne in Projekten eingesetzt. Projektbezogene Aufgaben umfassen in den untersuchten Krankenhäusern z. B. Rechercheaufgaben, Erarbeiten von Dokumenten und Materialien (Standards, Assessmentinstrumente, pflegefachliche Leitlinien, Patient_inneninformationen, Einarbeitungskonzepte für neue Mitarbeiter_innen), das Präsentieren und Implementieren von Ergebnissen sowie Evaluationsaufgaben.

Folgende von hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen durchgeführte Projekte wurden von den Proband_innen beispielhaft genannt:

- Durchführung pflegefachlicher Audits,
- Weiterentwicklung von Assessmentinstrumenten und stationsinternen Leitlinien (z. B. Assessment und Pflegeinterventionen bei Nebenwirkungen einer Chemotherapie, Dekubitusassessment, Optimierung der pflegerischen Schmerzbehandlung durch Einbezug evidenzbasierter, nicht-medikamentöser Interventionen in einem Fachbereich),
- Schulung und Beratung (z. B. Implementierung einer Beratungskonzeption zum Thema Ernährung, Entwicklung von Schulungs- und Beratungsmaterialien für die Fachpflege Onkologie),
- Arbeitsorganisation und Dokumentation (z. B. Verbesserung des Visitenkonzepts in der Neurologie, Evaluierung und Modifizierung der Patient_innenübernahme in einem Fachbereich, Entwicklung von berufsübergreifenden Anamnesedokumenten),
- Personalmanagement (z. B. Erarbeitung eines Einarbeitungskonzepts für Altenpflegekräfte auf einer chirurgischen Station im Krankenhaus).

6.1.6 Praxisentwicklung

Eng mit den projektbezogenen Aufgaben zusammen hängt das Aufgabenprofil der Praxisentwicklung. Die interviewten Leitungskräfte sehen darin einen besonderen Schwerpunkt des Einsatzes von hochschulisch qualifizierten Pflegenden und begründen dies mit den Empfehlungen des Wissenschaftsrats und des Gesetzgebers, das Praxisfeld weiterzuentwickeln.

„Sie in die Pflegepraxisentwicklung mehr einzubinden, im Sinne vom dritten Standbein, zusammen mit der Stationsleitung und dem Praxisanleiter, jemanden zu haben, der für die Fachlichkeit zuständig ist und der sich da aus der Gruppe heraushebt und eine Verantwortung mitträgt und bestimmte Aufgaben mit übernimmt.“

Auch die in Kapitel 6.1.5 (S. 52) beschriebenen Projektaufgaben dienen der Praxisentwicklung. Das als „Praxisentwicklung“ beschriebene Aufgabenprofil hebt im Unterschied dazu auf das Durchlaufen des gesamten Qualitätsverbesserungszyklus ab. Die hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen fühlen sich aufgrund ihrer pflegewissenschaftlichen Qualifikation besonders befähigt, die Arbeitsabläufe aus einer anderen Perspektive zu reflektieren, Prozessmängel zu identifizieren und Verbesserungsvorschläge zu erarbeiten. Von den interviewten Leitungspersonen werden entsprechende Initiativen unterstützt, indem die hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen für Prozessentwicklungsaufgaben teilweise „freigestellt“ werden. Hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen übernehmen damit qualitätssichernde Aufgaben, indem sie auf einer Station oder in einem Bereich, z. B. anhand von

eigenen Beobachtungen oder statistischen Erhebungen, Qualitätsmängel identifizieren, im Anschluss Problemursachen analysieren und Hauptursachen ermitteln, anhand einer Recherche und Bewertung der aktuellen Fachliteratur evidenzbasierte Problemlösungen entwickeln, mit dem Team abstimmen, deren Umsetzung einleiten sowie deren Wirkungen im Hinblick auf das Qualitätsproblem evaluieren (Geraedts/Selbmann 2011).

„Also in der direkten Arbeit beobachte ich ja sozusagen Arbeitsabläufe, die ich vielleicht durch mein zusätzliches Wissen als nicht sehr optimal betrachte. Solche Dinge könnte ich dann aufbereiten und sozusagen vorstellen, einen Standard erstellen.“

Die Prozessoptimierung kann eine relativ geringe Reichweite in Form einer konkreten Verfahrensanweisung haben und nur einen bestimmten Bereich und Personenkreis bzw. einen konkreten Prozess der Station betreffen. Anlässe einer konkreten Aufgabe zur Prozessoptimierung können ein Konflikt oder ein organisatorisches Problem auf der Station sein, das hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen auffällt oder das von Kolleg_innen oder Leitungspersonen an sie herangetragen wurde.

Projekte mit einer geringen Reichweite werden von den hochschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen eigenständig geplant und umgesetzt. Dabei wird das Vorgehen auf den regelmäßig stattfindenden Besprechungen mit der Pflegedirektion und/oder mit den Stationskolleg_innen abgestimmt, der zeitliche Rahmen ist bei diesen Projekten begrenzt.

„Und es fällt einem schon auf, wo man Sachen verbessern könnte. Seien es einfach nur organisatorische Dinge, die gerade hier speziell auf dieser Station mal so festgelegt worden sind, wo man sagt: ‚Naja, ob das wirklich jetzt so das Nonplusultra ist, wage ich so zu bezweifeln‘. Und das spricht man - Mittwochs haben wir immer unsere Teamrunden hier - dann halt an, und dann ist das meistens aber auch so, dass das andere Kollegen auch schon mal angesprochen haben. Was dann vielleicht nicht so eine Wichtigkeit hat, das mag ja sein. Und dann ist es natürlich so, [...] dass wir die Sachen nochmal aufgreifen, ansprechen und es dann meistens auch relativ zeitnah in die Tat umsetzen, dass es schon dementsprechend kleine Veränderungen gibt.“

Seltener werden von Bachelorabsolvent_innen qualitätsverbessernde Projekte bearbeitet, die über die Stationsebene hinaus auch andere Stationen, Disziplinen oder Abteilungen betreffen. Ein solcher Auftrag, z. B. zur Konzeptentwicklung, wird in enger Absprache mit der Pflegeleitung formuliert und kann die Zusammenstellung einer Arbeitsgruppe mit allen am Entwicklungs- und Implementationsprozess Beteiligten beinhalten.

„Wenn man dann tatsächlich seinen Abschluss hat, ist es schon so, dass es erwartet wird, dass man kleinere Projekte oder Prozesse entweder mit anstößt: ‚Mensch, hier sehe ich in diesem Prozess gibt es Optimierungspotenzial‘, und das Ganze dann eben auch einfach nicht nur zu sagen: ‚Ja, das kann man besser machen, und das müssen wir so und so machen‘, sondern tatsächlich auch diesen ganzen Prozess anzugucken, ihn zu analysieren, ihn zu beschreiben, zu sagen, welche Möglichkeiten gibt es? Eine Arbeitsgruppe dann unter Umständen zu initiieren mit allen Schnittstellen, die dazu gehören, allen Berufsgruppen, und das auch

tatsächlich bis zum Ende zu begleiten. Und immer wieder Rücksprache zu halten mit seiner Pflegeleitung, die ja eigentlich hauptverantwortlich ist für den Bereich.“

Die Initiierung, Begleitung und Implementierung eines qualitätsverbessernden Konzepts mit stationsübergreifender Reichweite ist für eine auf Bachelorniveau ausgebildete Pflegefachperson eine sehr anspruchsvolle Aufgabe.

“Und das ist so, dass die studierten Pflegekräfte ganz häufig oder die studierten Care-Manager tatsächlich sagen: ‚Mensch, also, hier gibt es etwas‘ - meist ist es ja irgendein Prozess oder irgendein Ablauf, der nicht gut läuft, zu sagen: ‚Das läuft nicht gut, das sollte man verändern.‘ Und dann geht es eben nicht, dass die examinierte Pflegekraft zur Pflegeleitung sagt: ‚Also dass muss man irgendwie verändern, weil das geht so nicht‘. Dann sagt die Pflegeleitung: ‚Ja, kümmere ich mich.‘ Aber wenn sie einen studierten Care-Manager hat, dann sagt sie: ‚Hier, der Prozess läuft nicht gut. Guck mal, warum läuft der nicht gut? [...] Und das ist eben dann auch Aufgabe, dass der studierte Care-Manager diesen Prozess erstmal analysieren muss, und dann geht wieder der andere Schritt in Gang. Zu sagen: ‚Ok, dann guck einfach, dass wir den Prozess optimiert kriegen. Was braucht es dafür?‘, und das Ganze auch zu verschriftlichen. Nicht einfach nur sagen: ‚Ja, da machen wir das und das‘, und dann tatsächlich den Prozess auch ordentlich zu beschreiben.“

Außerdem übernehmen hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen in den untersuchten Krankenhäusern zahlreiche Aufgaben, die der Umsetzung der evidenzbasierten Pflege zuzuordnen sind. In einer Einrichtung werden die auf Bachelorniveau tätigen Pflegefachpersonen dabei durch Arbeitsgruppen, Leitungspersonen oder hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen mit höherer Qualifikation (Diplom, Master) begleitet. In einem Krankenhaus wird von der Teilnahme an einer Arbeitsgruppe zur evidenzbasierten Pflege berichtet. Das Einbringen einer evidenzbasierten Perspektive in das Pflorgeteam wird bisher nicht mit Arbeitszeit ausgeglichen.

„Also jetzt läuft vieles nur teilweise in der Arbeitszeit, dass man dann halt als erstes Übergabe macht und dann sozusagen sich rausnimmt und dann in die Arbeitsgruppe geht, die dann aber noch eineinhalb Stunden über die eigentliche Zeit hinausgeht. Und das kostet ja meine Freizeit, und wie wir wissen, ist Freizeit ja wertvoll, besonders im Schichtdienst, besonders in diesen, ich will jetzt nicht übermäßig stressig sagen, aber es ist ja schon ein sehr belastender Beruf, ist mir meine Freizeit auch wichtig, und da stecke ich meine Grenzen schon ab.“

Zusätzlich zu ihrer Mitwirkung an einer Arbeitsgruppe informiert und berät die Pflegefachperson die Kolleg_innen auf ihrer Station, falls diese Fragen zu bestimmten Fachthemen haben. Die Kolleg_innen wissen inzwischen, dass sie sowohl ein umfangreiches Fachwissen besitzt als auch bereit ist, Fachfragen zu recherchieren. Für diese Aufgabe erhält die hochschulisch qualifizierte Pflegenden keinen finanziellen oder zeitlichen Ausgleich, so dass sie damit bewusst „in Vorleistung geht“.

„Das ist ja auch mein Bestreben, dass die Pflege sich weiter professionalisiert und ich denke so eine Art Generationenvertrag sozusagen, ist es meine Aufgabe, diese Vorleistung zu leisten, damit andere davon profitieren.“

6.1.7 PKMS⁷-Verantwortliche_r

In einigen Krankenhäusern übernehmen Pflegefachpersonen mit hochschulischer Ausbildung die Aufgabe der PKMS-Verantwortlichen. Die PKMS-Verantwortlichen werden regelmäßig zu gesetzlichen Neuerungen bei der PKMS-Abrechnung geschult, beraten andere Pflegefachpersonen bei Fragen und optimieren die Dokumentation der von ihnen bearbeiteten PKMS- Patient_innen.

„Dann geht es natürlich auch um PKMS, so, was bedeutet das, was hat das für Auswirkungen, worauf muss man achten, wie kriege ich Plausibilitäten in der Dokumentation hin, dass tatsächlich der MDK, wenn er zur Prüfung kommt, an der Dokumentation sich so ein gutes Bild vom Patienten machen kann, dass er zu den Punkten, die wir abgerechnet haben, auch sagt: ‚Stimmt, kann ich mir vorstellen. War bestimmt hochaufwändig.‘“

6.1.8 Mitarbeiter_innenbezogene Aufgaben

In den untersuchten Krankenhäusern, in denen Pflegefachpersonen mit pflegewissenschaftlicher Hochschulqualifikation in der klinischen Praxis beschäftigt sind, können auch Leitungskräfte mit Hochschulabschluss identifiziert werden. Bei Stations-, Bereichs- oder Pflegedienstleitungen bzw. in der Pflegedirektion sind Hochschulabschlüsse in den Bereichen Pflegemanagement, Business Administration, BWL anzutreffen. Eine hochschulisch qualifizierte Pflegefachperson ist zusätzlich zu ihren Sonderaufgaben anteilig als stellvertretende Leitungskraft auf dem Stellenplan berücksichtigt.

Die nachfolgenden Ausführungen zu Aufgaben der Personalentwicklung und Mitarbeiter_innenführung beziehen sich auf die Aufgaben derjenigen Pflegefachpersonen, bei denen eben gerade nicht die Leitungsposition, sondern die besondere Rolle und fachliche Verantwortung als pflegewissenschaftlich ausgebildete Pflegefachperson im Vordergrund steht.

6.1.8.1 Mitarbeiter_innenführung

Mit der Übernahme von Aufgaben der Mitarbeiter_innenführung ist nicht der Verantwortungsbereich von Stationsleitungen angesprochen, vielmehr ist eine herausgehobene fachliche Stellung im Team von unterschiedlich qualifizierten Pflegefachpersonen und ggf. Pflegehelfer_innen sowie weiterem Assistenzpersonal gemeint. Diese herausgehobene Stellung ist im Sinne eines job enrichment, einer Erweiterung der Entscheidungsbefugnisse zu verste-

⁷ PKMS: Pflegekomplexmaßnahmen-Scores zur Berechnung der Aufwandspunkte für hochaufwendige Pflege von Patient_innen (vgl. DIMDI 2016)

hen. Die „Care-Manager_innen“ in einem der untersuchten Krankenhäuser etwa sind den beruflich ausgebildeten Pflegefachpersonen gegenüber fachlich weisungsberechtigt und können in dieser Position z. B. bei der Verteilung von Arbeitsaufgaben eingreifen.

„Sie sind fachlich, inhaltlich den Mitarbeitern auf der Station weisungsbefugt. Das heißt, sie entscheiden auch, welcher Mitarbeiter welchen komplexen Patienten versorgen kann.“

„Das soll schon sein, und der Care-Manager ist auch derjenige, der vielleicht mal entscheidet, dass, wenn die Pflegekräfte sagen: ‚Oh nee, diesen Bereich will ich heute aber nicht versorgen auf der Station‘, dass der Care-Manager aber durchaus sagen kann: ‚Doch, ich möchte aber, dass du den heute versorgst‘, weil vielleicht ein anderer irgendeinen anderen [Bereich] ganz besonders machen soll. Entweder, weil er ihn lernen soll, weil er noch nicht sicher genug ist oder weil er besonders sicher da ist und derjenige dann unsicher ist oder wie auch immer. Oder weil sich rauskristallisiert, das hatten wir auch schon, dass es so einen unbeliebteren Part gibt und da wurden immer die gleichen Leute hingeschickt, weil sie sich nie gewehrt haben. Weil sie das immer angenommen haben und die Mitarbeiter, die länger auf Station waren, das entschieden haben. Auch das ist Aufgabe des Care-Managers, das entweder zu entdecken oder zu hören, wenn er sagt: ‚Ja, immer muss ich da hin‘, dann zu sagen: ‚Ok, dann muss ich mal gucken, dass das mal ein bisschen rotiert.‘ Auch das ist Aufgabe des Care-Managers.“

Außerdem gehört es zu den Aufgaben der „Care-Manager_innen“, Bedarfe und Wünsche der Kolleg_innen zu erkennen und an die Leitungspersonen weiterzugeben bzw. Informationen aus der Leitungsebene zu vermitteln und Teambesprechungen zu leiten.

Hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen können außerdem zumindest in begrenztem Umfang zwischen Ärzt_innen, Pflegefachpersonen und pflegerischem Hilfspersonal vermitteln. Hierbei geht es weniger um die Moderation oder sogar Mediation bei bestehenden, ernsthaften Konflikten – denn das ist weiter die Aufgabe von der Leitungsebene – sondern um die Sicherstellung des Austauschs von Wünschen, Informationen und Verbesserungsvorschlägen.

„Und wenn so die Stimmung da nicht so gut ist, dann ist der Care-Manager schon derjenige, der zumindest im Blick haben sollte so, dass das gut funktioniert. Wenn er das alleine nicht in den Griff kriegt, hat er natürlich die Pflegeleitung im Rücken. So, das steht außer Frage.“

Der_die „Care-Manager_in“ ist Teil des Teams und daher als Ansprechpartner_in auf der Station täglich präsent, kann aber auch die Sichtweise und Position anderer Betroffener vermitteln.

„Ich meine, sie sind uns auch nochmal übergeordnet, für uns immer noch ein Ansprechpartner, wenn einfach Situationen auf Station auflaufen oder aufkommen, wie irgendwelche Überbelegungen, die eben das Sprachrohr zwischen Arzt und Pflegekraft und dann auch Pflegedienstleitung sind, da vermitteln oder eben auch noch als Ansprechpartner für schwierige Situationen einfach dazugerufen werden können. Das, denke ich, ist eine super Sache.“

6.1.8.2 Ermitteln von Fort- und Weiterbildungsbedarf

Die interviewten Leitungskräfte sehen die Pflegefachpersonen mit Hochschulqualifikation in besonderer Verantwortung beim Ermitteln von Fort- und Weiterbildungsbedarf der Kolleg_innen aus der Pflege. Hierbei wird nicht unbedingt erwartet, dass sie selbst eine Anleitung oder Schulung durchführen, sondern dass sie den Bedarf erkennen und eher niederschwellige Angebote machen, indem sie z. B. auf interessante Publikationen, Links oder Weiterbildungsangebote aufmerksam machen. Es wird von den Pflegefachpersonen mit Hochschulqualifikation angenommen, dass diese sich bezüglich aktueller Fachliteratur, digitaler Ressourcen sowie der Recherche und Bewertung von Quellen gut auskennen und darüber hinaus feinfühlig die Kolleg_innen auf das Verbesserungspotenzial ansprechen können.

„Wo ist Optimierungsbedarf besonders fachlich bei Kollegen, um die Entwicklung der Mitarbeiter zu beeinflussen, sich mit dem E-Learning Programm gut auskennen und gegebenenfalls einem Mitarbeiter einen Link [in einem Bildungsportal] zusenden, um dessen Fortbildungsbedarf zu erfüllen.“

Entscheidend dabei sei ein „gutes Gefühl, Menschen einschätzen zu können und sensibel Menschen auf ihren Fortbildungsbedarf hinzuweisen.“ Des Weiteren wünschen sich einige der befragten Leitungspersonen, dass die hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen den Schulungsbedarf einzelner Personen oder von Gruppen gegenüber dem Pflegemanagement benennen.

„Also, sie gucken eben auch darauf, dass sie einen Weiterbildungsbedarf oder Schulungsbedarf auch ermitteln. Dass im Prinzip die Pflegeleitung darüber informiert wird: 'Da müssten wir mal eine Schulung machen'.“

6.1.8.3 Wissensvermittlung

Eine mögliche Sonderaufgabe von Pflegefachpersonen mit hochschulischer Qualifizierung liegt in der Recherche und Weitervermittlung von praxisrelevantem, evidenzbasiertem Fachwissen. Dies kann informell geschehen, wenn die Kolleg_innen auf der Station eine fachliche Frage an die Pflegefachperson mit hochschulischem Abschluss herantragen und diese/r dann dazu recherchiert. Möglich ist aber auch ein offizieller Auftrag zur Vermittlung von Fachwissen in internen Schulungen oder offiziellen Fortbildungen:

„Ich wurde von einer Kollegin von einer anderen Station (...) gefragt, ob ich einen Vortrag für sie übernehmen kann in einer Fortbildung. Da würde auch kein anderer gefragt werden, weil ich einfach die Qualifikation mitbringe.“

6.2 Förderliche Bedingungen

Nicht zuletzt aufgrund der selektiven Auswahl des Samples konnte in allen untersuchten Krankenhäusern ein großes Interesse festgestellt werden, Pflegefachpersonen mit Hochschulqualifikation für das Unternehmen zu gewinnen, sinnvoll in die Pflegepraxis zu integrieren und zu fördern. Im Fokus sind derzeit vor allem die erstausgebildeten Bachelorabsolvent_innen. In einem Krankenhaus entstand Handlungsbedarf, als festgestellt wurde, dass die bisherigen Absolvent_innen von Pflegestudiengängen das Unternehmen verlassen haben.

Ob die Integration hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen in einem Krankenhaus überhaupt gezielt betrieben wird und gelingt, ist abhängig von einrichtungsinternen und sozialräumlichen Faktoren, der Konzeption der Studienprogramme und den Merkmalen der hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen.

Eine förderliche Bedingung für die Auseinandersetzung mit den Potenzialen hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen stellt die Nähe zu Hochschulen oder Universitäten dar. Die Pflegeleitungspersonen schätzen den strukturierten und regelmäßigen Austausch mit den Kolleg_innen an Hochschulen. Der Aussage einer Expertin zufolge, profitierte ein Krankenhaus von der räumlichen Nähe zu Ländern, in denen schon länger eine hochschulische Ausbildung etabliert ist. Dieses Krankenhaus steht außerdem in Bezug auf die Fachkräftegewinnung in erheblicher Konkurrenz zu den Krankenhäusern in den Nachbarländern, die teilweise mit höheren Gehältern locken können.

An einrichtungsinternen Faktoren wurde die Unterstützung durch die Geschäftsführung als wesentlich benannt. „Man braucht einen Geschäftsführer, der mitzieht, auch finanziell“.

Als eine weitere Voraussetzung für eine gelungene Einmündung der Absolvent_innen in die Berufspraxis benennen die befragten Leitungspersonen das Vorliegen bestimmter Kompetenzen. Nicht alle Studiengänge bilden praxisorientiert aus. Besonders gefragt sind Kompetenzen im Bereich des Projektmanagements, des Zeit- und Selbstmanagements und der Praxisentwicklung.

Ob es möglich ist, den hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen eine Stelle anzubieten, ist auch von den Kolleg_innen selbst abhängig. Die befragten Leitungspersonen sehen eine Barriere in der Übernahme der Kolleg_innen darin, dass „viele Absolventen einfach patientenfern arbeiten wollen.“ Sie vermuten, dass

„den meisten an der Uni nicht vermittelt [wird], dass das eine Ausbildung ist, die befähigen soll, auf einem anderen Niveau möglichst wissenschaftlich das Praxisfeld weiterzuentwickeln (...) ...viele sehen sich da ganz woanders.“

6.3 Strategien

Da nur in einem der intensiver untersuchten Krankenhäuser hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen mit spezifischen Aufgaben beobachtet werden konnten, beschränken sich die Daten zur Zusammenarbeit zwischen Pflegenden mit beruflicher und hochschulischer Qualifikation und den dabei praktizierten Strategien auf ein Krankenhaus, in dem das Konzept der „Care-Manager_innen“ implementiert ist. Die dabei gewonnenen Informationen zu Strategien des mittleren Managements, des Pflgeteams und der Pflegefachpersonen mit Hochschulqualifikation werden in den Unterkapiteln 6.3.2 - 6.3.4 (S. 66ff.) zusammengefasst. Der Schwerpunkt des Kapitels liegt auf den Aussagen von Leitungspersonen und damit auf Strategien der Einrichtungen und des höheren Pflegemanagements (6.3.1, S. 60) zur gezielten Integration von hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen in den Qualifikationsmix ihrer Einrichtungen.

6.3.1 Strategien der Einrichtung und des höheren Pflegemanagements

Einige der untersuchten Krankenhäuser zeichnen sich dadurch aus, dass sie bemüht sind, die Zielgruppe der Bachelorabsolvent_innen aktiv anzuwerben und an das Unternehmen zu binden. Eine zentrale Strategie der Einrichtungen und des Pflegemanagements besteht in der Entwicklung eines Konzepts zur Planung des Einsatzes von hochschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen einschließlich einer Stellenbeschreibung und der Auswahl von geeigneten Stationen (6.3.1.2, S. 61). Um den Verbleib der Kolleg_innen abzusichern, werden außerdem Angebote zur Unterstützung bei der beruflichen Weiter- und Kompetenzentwicklung gemacht, finanzielle Anreize gegeben, spezifische Ansprechpersonen bestimmt und Verknüpfungen mit vorhandenen oder erst zu gründenden Arbeitsgruppen hergestellt (6.3.1.3- 6.3.1.6, S. 62ff.). Schließlich werden von Seiten der Einrichtung Maßnahmen ergriffen, um die Akzeptanz bei beruflich ausgebildeten Pflegefachpersonen zu fördern (6.3.1.7, S. 66). Alle befragten Leitungspersonen waren der Ansicht, dass die Integration der hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen stark von der Leitungsebene aus betrieben werden muss (6.3.1.1, S. 61).

6.3.1.1 Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss "auf dem Schirm haben"

Die Interviewpartner_innen, die der Pflegedirektion angehörten, betonten durchweg, dass für eine gelingende Integration von Pflegefachpersonen mit Hochschulqualifikation eine sehr starke Strukturierung seitens der Pflegedirektion und des Pflegemanagements notwendig ist.

„Das muss sehr stark strukturiert vorgegeben werden. Wenn das in Händen der mittleren Führungsebene ist, dann klappt es nicht. Es braucht eine starke, vorgegebene Struktur. Wenn nur die Station verantwortlich ist, dann klappt es auch nicht.“

„Die Herausforderung ist, eine gewisse Struktur vorzugeben, da dieser Prozess nicht den Kräften des Alltags überlassen werden darf, es muss sich anders gekümmert werden, damit es nicht verschwindet.“

Anfangs wurden die hochschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen den Aussagen der Proband_innen aus dem Pflegemanagement zufolge nicht immer als eigene Personalkategorie, die einer speziellen Aufmerksamkeit bedarf, wahrgenommen. Zum Teil war gar nicht bekannt, wie hoch die Anzahl hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen im Unternehmen war. Die Notwendigkeit einer besonderen Beachtung beschreibt eine befragte Leitungsperson damit, dass es ihr darum gehe, die hochschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen "auf dem Schirm zu haben". Die Pflegeleitungen haben in Arbeitsgruppen regelmäßige Kontakte mit den hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen, eine Person aus der Pflegedirektion plant, systematische Hospitationen bei den Kolleg_innen durchzuführen, um sich ein Bild von den vorliegenden Kompetenzen machen zu können und sich als Ansprechpartner_in bei Fragen anzubieten.

„Meine Zielsetzung für das zweite Halbjahr ist, dass ich mit jedem Bachelorpflegenden mindestens eine Schicht mitgehe in der täglichen Versorgung der Patienten, mal gucken, wie machen die das, so dass sie auch die Chance haben, ihre Anliegen auch los zu werden.“

Die interviewten Leitungskräfte hatten unisono eine ganz konkrete Vision. Die Integration von Pflegefachpersonen mit Hochschulqualifikation wird von ihnen als eine „Investition in die Fachlichkeit“ benannt und mit der Professionalisierung der Berufsgruppe im Krankenhaus begründet. Die Interviewpartner_innen streben an, auf jeder Station mindestens eine Pflegefachperson mit Hochschulqualifikation in der patient_innennahen Versorgung einzusetzen.

6.3.1.2 Entwickeln eines Konzepts zur Integration von hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen

Der erste Schritt in der Erarbeitung eines Konzepts zur Integration von hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen bestand in den Krankenhäusern in der Identifikation von Handlungsfeldern und konkreten Aufgaben im Haus bzw. auf einer bestimmten Station.

„Die Frage, die wir uns halt in der Arbeitsgruppe gestellt haben, war so ein bisschen ‘Was machen wir denn jetzt mit den ersten Absolventen?’ Und (...) 2013 haben wir angefangen uns wirklich in der Pflegedirektion, also Pflegedienstleitung, Stabstellen, Schule, Hochschule, Leitungen, auch nochmal zusammensetzen und zu überlegen, was können wir tun, damit wir sie in die Praxis bringen und ihnen einfach auch einen Auftrag geben und sie auch so Berufserfahrung sammeln können auf der einen Seite, was ja total wichtig ist, aber halt natürlich auch hochschulisches Wissen anwenden können.“

„Wir haben unterschiedliche Einsatzfelder identifiziert: Pflegequalität, mittlere Führungsebene, Prozesssteuerung und perspektivisch Advanced Nursing Practice – letzteres wurde bisher noch nicht erreicht.“

„Die ersten drei Stationen sind zum Thema Bezugspflege ausgestattet und dementsprechend wurden Stellenausschreibungen konzipiert. Es wurden BA Absolventen gesucht zum Thema primary Nursing.“

Es besteht Einigkeit bei den Interviewten, dass insbesondere für die erstausgebildeten Pflegefachpersonen mit Hochschulqualifikation der Einsatzbereich nicht hochspezialisiert sein, aber trotzdem eine gewisse Komplexität beinhalten sollte. Erstausgebildete Pflegefachpersonen mit Hochschulqualifikation sollten nach Ansicht der Interviewten zunächst Berufserfahrung sammeln. In einigen Krankenhäusern wurde festgelegt, dass die Kolleg_innen zunächst sechs Monate in der patient_innennahen pflegerischen Versorgung („wie eine Pflegefachkraft arbeiten“) tätig sind, bevor sie z. B. für Projektaufgaben eingesetzt werden. Pflegefachpersonen, die aufbauend auf einer schon vorhandenen Berufsausbildung ein Studium absolviert haben und über eine längere Berufserfahrung verfügen, erhalten schneller mehr Verantwortung und werden schneller für komplexere Patientensituationen und besondere Aufgaben eingesetzt.

„...und wir haben auch Stationen ausgesucht haben, die eine gewisse Komplexität haben. Also Herzchirurgie, Neurologie, Allgemeinchirurgie, wo man einfach schon auch pflegeforschend tätig sein kann, die schon auch eine gewisse Bandbreite an Pflege Themen bieten. Genau, das war eigentlich so der eigene Rahmen.“

6.3.1.3 Unterstützung der Kompetenzentwicklung

Da mit der Übernahme von besonderen Aufgaben auch die Übernahme umfassenderer fachlicher Verantwortung und zum Teil einer Weisungsberechtigung gegenüber beruflich ausgebildeten Pflegefachpersonen verbunden ist und die Studienabsolvent_innen nach Abschluss des Studiums als Berufsanfänger_innen noch nicht über die fachlichen Erfahrungen sowie die personalen und sozialen Kompetenzen verfügen, die dafür erforderlich sind, empfehlen die interviewten Leitungspersonen die Implementation von strukturierten Angeboten zur Kompetenzentwicklung. Exemplarisch kann hierfür das einjährige Trainee-Programm einer Einrichtung gelten. Dieses Trainee-Programm zielt auf die Qualifizierung von erstausgebildeten Hochschulabsolvent_innen ab und hat zum Ziel, dass diese nach der Trainee-Phase

eigenständig die Prozessverantwortung für komplexe Patientensituationen übernehmen, Projekte planen und durchführen und Schnittstellen zu anderen Berufsgruppen und Sektoren gestalten. Hierzu wird die patient_innennahe Praxiserfahrung und das Arbeiten in Projekten systematisch gefördert. Für die berufliche Praxiserfahrung werden die Trainees auf unterschiedlichen Stationen eingesetzt und rotieren von Station zu Station. Durch das Rotieren profitieren auch die teilnehmenden Stationen von der fachlichen Expertise der hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen. Die neuen Mitarbeiter_innen werden außerdem mit der selbstgesteuerten, aber von erfahrenen Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss begleiteten Durchführung eines ausgewählten Praxisprojekts beauftragt. 20% der Arbeitszeit sollen für die Projektarbeit aufgewendet werden, was bei einer Vollzeitstelle einem Tag pro Woche entspricht. Schließlich beinhaltet das Trainee-Programm monatliche Treffen der Trainees sowie der betreuenden Personen aus Pflegebildung und Pflegemanagement im Rahmen von Konferenzen.

Ein weiteres Instrument, mit dem die Entwicklung von hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen unterstützt wird, stellen Zielvereinbarungsgespräche dar.

„Wir haben festgelegt, dass es Zielvereinbarungsgespräche mit den Stationsleitungen, Praxisanleitern und den Bachelorpflegenden einer Station gibt.“

Die interviewten Personen betonen, dass es sich bei der Förderung von einzelnen hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen, wie auch beim Auf- und Ausbau des Qualifikationsmixes mit der Gruppe der hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen, um einen langfristigen Prozess handelt.

6.3.1.4 Ansprechpersonen

Die befragten Personen sind sich einig, dass das Vorhandensein einer zentralen Ansprechperson für hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen von hoher Relevanz ist. Einige Krankenhäuser stellen für Pflegefachpersonen mit einem Bachelorabschluss, die besondere pflegefachliche Prozessverantwortung übernehmen, Pflegeexpert_innen oder Pflegefachpersonen mit einem Diplom- oder Masterabschluss zur Verfügung, die den Kolleg_innen mit Bachelorabschluss bei Problemen zur Seite stehen oder deren Arbeit supervidieren.

„In der Struktur braucht es jemand, der als Ansprechpartner für Bachelorpflegende da ist. Am besten auch mit einem pflegewissenschaftlichen Hintergrund, wenn es entsprechende Anforderungen zu Leistungen der Bachelorpflegenden gibt, dass die auch einen adäquaten Ansprechpartner haben, und das haben wir.“

Für Tätigkeiten in Projektform, wird eine Begleitung durch „projektmanagementerfahrene Personen“ aus dem Qualitätsmanagement, dem Pflegemanagement oder durch Pflegewissenschaftler_innen mit Mentor_innenfunktion empfohlen.

„...wird das erste Projekt intensiv begleitet von jemandem aus der Pflegedirektion oder durch eine Pflegeleiterin mit einer QM-Weiterbildung in Projektmanagement“

Diese Begleitung ist zeitlich unterschiedlich ausgestaltet und reicht von der intensiven Begleitung beim ersten Projekt oder während des ersten Jahres der Anstellung bis hin zu einer weniger intensiven, aber kontinuierlichen Betreuung in den Folgejahren.

6.3.1.5 Einbindung in AG, Meetings, Netzwerke

Eine Strategie, die in allen untersuchten Krankenhäusern mit speziellen Konzepten für Pflegefachpersonen mit Hochschulqualifikation vorzufinden war, ist das Einbinden dieser Kolleg_innen in bestehende Arbeitsgruppen oder Netzwerke, um die Vernetzung zu stärken und die Expertise der Hochschulabsolvent_innen aufzugreifen. Genannt wurden etwa Leitungsbesprechungen, PKMS-Treffen, Arbeitsgruppen des Qualitätsmanagements oder Arbeits- oder Expert_innengruppen zu Spezialthemen, wie die Betreuung von betagten Patient_innen im Krankenhaus.

Neben dem Einbezug in bestehende Arbeitsgruppen und Netzwerke heben die interviewten Personen in allen Krankenhäusern mit innovativen Konzepten zur Förderung von hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen hervor, dass speziell für diese Zielgruppe regelmäßige Arbeitstreffen durchgeführt werden. Die ursprüngliche Annahme, dass sich Pflegende mit hochschulischer Qualifikation selbst organisieren und in solchen Netzwerken zusammenschließen, bestätigte sich selbst bei kleinen Gruppen von Bachelorabsolvent_innen in speziellen Förderprogrammen nicht.

„Also, auch das Teambuilding .. [der Bachelorabsolvent_innen], man könnte ja meinen, so eine erste Gruppe, die macht sich erstmal miteinander stark. Das ist aber gar nicht passiert. Also, die haben die ersten Monate gar keinen Kontakt miteinander gehabt, außer, wenn wir den gezielt organisiert haben.“

Organisiert und geleitet werden die Arbeitsgruppen in den Krankenhäusern z. B. durch die Pflegedirektion, Mentor_innen oder andere zuständige Personen.

„...treffen sich alle zwei Monate mit allen BAs hier und dann gibt es eine vorstrukturierte Tagesordnung, die abgearbeitet wird und die BAs untereinander in den Austausch kommen (...), dass die sich untereinander kennenlernen und austauschen und sich inspirieren.“

„...um so ein bisschen den Blick über den Tellerrand frisch zu halten, aber auch vernetzt ihr Wissen in unterschiedliche Bereiche zu bringen.“

6.3.1.6 Finanzielle Anreize

Alle interviewten Führungskräfte thematisierten von sich aus die finanzielle Vergütung von Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss. Grundsätzlich wird eine höhere, finanzielle Vergütung als bei dreijährig ausgebildeten Pflegefachpersonen als „Anreiz“ für diese Zielgruppe, in der direkten Pflege zu verbleiben, angesehen. Mehrfach wurde die Hoffnung auf eine klare, tarifliche Regelung diesbezüglich geäußert, allerdings zugleich hervorgehoben, dass neben finanziellen Anreizen auch andere strukturelle Rahmenbedingungen von Bedeutung sind.

„Strukturell. Finanziell haben wir nichts gemacht. Da hatten wir eigentlich gehofft auf die diesjährigen Tarifverhandlungen. Die haben nichts gebracht. Jetzt muss ich sagen, die Bachelorpflegenden schreien auch nicht danach. Ich glaube, dass es sehr wohl ankommt, dass wir uns für sie interessieren. Dass wir uns auch viele Gedanken machen. Dass wir sie einbeziehen.“

In vielen Einrichtungen werden mangels tariflicher Regelungen individuelle Lösungen gefunden. „Wir sind finanziell erstmal tariflich gebunden, aber es kann darüber gesprochen werden“, erläutert eine Person des Pflegemanagements ihr Vorgehen. Folgende Lösungen wurden in den unterschiedlichen Krankenhäusern erfasst: Eine pflegewissenschaftlich ausgebildete und für die Prozessverantwortung bei komplexen Problemlagen zuständige Pflegefachperson mit Bachelorabschluss wurde in der Tarifgruppe der stellvertretenden Stationsleitung eingestellt. Diese finanzielle Eingruppierung soll nach einem halben Jahr erneut in einem Gespräch geprüft werden. Für Projektarbeiten erhalten die hochschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen in einem weiteren Krankenhaus Zusatzzahlungen. Ein Krankenhaus bezieht sich bei der Entlohnung von hochschulisch ausgebildeten Pflegenden auf den DQR. Anhand des im Krankenhaus ausgearbeiteten Tätigkeitsprofils werden die Bachelorabsolvent_innen dem Funktionstitel „Bachelor in der klinischen Pflege“ zugeordnet und entsprechend der Aufgaben mit DQR 6-Niveau bezahlt. Die Differenz beträgt dabei

„...350€ mehr als eine „normale“ Pflegekraft und (...) ist gekoppelt an die Übernahme der Funktion. Wenn jemand die Tätigkeiten nicht übernimmt, bekommt er dieses Geld nicht.“

Hierbei wird erwartet, dass die hochschulisch ausgebildeten Pflegekräfte nach einem Jahr intensiv begleiteter Einarbeitung die besonderen Tätigkeiten, insbesondere die Projektarbeiten, selbstständig durchführen. „Sonst fallen sie raus.“

Als weitere Anreize werden den hochschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen kostenlose Fortbildungen und repräsentative Aufgaben, wie die Beteiligung an Vorträgen und Publikationen oder die Moderation von Fachveranstaltungen, angeboten.

Auch in den Interviews mit Kolleg_innen mit hochschulischer Ausbildung wurde das Thema der Vergütung angesprochen. Einige der Befragten erhalten derzeit keine Bachelor-adäquate Vergütung. Die mangelnde finanzielle Honorierung ihrer Leistungen führt zu einer Abnahme der Motivation, über die Aufgaben einer beruflich ausgebildeten Pflegefachperson gehende Leistungen zu erbringen.

„Wir sind mittlerweile auch so emanzipiert und sagen, wir machen einige Dinge einfach nicht, weil wir dafür nicht vergütet werden bzw. weil es halt alles informell ist.“

6.3.1.7 Akzeptanz bei beruflich ausgebildeten Pflegefachpersonen fördern

Eine Strategie, um die Akzeptanz der neuen Kolleg_innen mit Hochschulabschluss zu befördern, besteht darin, deren Aufgaben transparent zu machen und Arbeitsergebnisse zu präsentieren. In den untersuchten Krankenhäusern werden dafür Stellenbeschreibungen bzw. Tätigkeitsprofile entwickelt, welche im Qualitätsmanagementordner von allen Mitarbeiter_innen nachgelesen werden können. Darüber hinaus hat eines der untersuchten Krankenhäuser auch eine große Informationsveranstaltung für alle Mitarbeiter_innen und Berufsgruppen durchgeführt, um die Aufgaben und das Förderprogramm für Pflegefachpersonen mit Hochschulqualifikation vorzustellen.

„Für Hochschulabsolventen, hier muss mehr Aufklärungsarbeit geleistet werden. Pflegeassistenten werden seit 2004 eingesetzt und sind daher bekannt - bei den Hochschulabsolventinnen ist dies noch nicht der Fall. Es ist wichtig das Tätigkeitsprofil mehr darzustellen und die Ergebnisse der Projekte darzustellen und zu präsentieren ‚so, hier, das hat deine Kollegin gemacht‘ damit Bewusstsein dafür geschaffen wird - weil sonst Aufgaben schwer nachvollziehbar sind.“

Eine weitere Strategie, um Akzeptanz zu fördern, ist eine finanzielle Unterstützung derjenigen beruflich ausgebildeten Pflegefachpersonen, die eine Weiterqualifizierung in Form eines additiven Studiums beabsichtigen.

6.3.2 Strategien des mittleren Managements

Die Stationsleitungen werden von den interviewten Personen der Pflegedirektion und des höheren Pflegemanagements als Schlüsselpersonen für die Förderung und Integration von hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen auf Stationsebene angesehen. Eine positive Haltung der Stationsleitungen ist eine zentrale Voraussetzung für das Gelingen des Integrationsprozesses. Sie nehmen etwa Einfluss durch Einbezug der Pflegefachpersonen mit Hochschulqualifikation in Fachentscheidungen, gezielte Fortbildungsangebote, Einarbeitung und Mitarbeiter_innengespräche.

„Also, es gelingt so gut, wie Stationsleitung und Bachelorpflegende zusammenarbeiten. Die Forderung und Förderung geschieht über die Stationsleitung, gegebenenfalls mit Unterstützung der Pflegeexpertin oder des Pflegeexperten. Das gelingt auf einigen Stationen sehr gut und bei manchen habe ich das Gefühl: ‚O.k., hier geht es gar nicht.‘“

Außerdem tragen Sie auf Stationsebene die Verantwortung dafür, dass die Freistellung der Pflegefachpersonen mit Hochschulqualifikation, z. B. für Projekt- oder Bürotage, funktioniert. Gegenüber dem Team machen sie den Tätigkeitsbereich der hochschulisch qualifizierten Kolleg_innen immer wieder transparent.

6.3.3 Strategien des Pflegeteams

Von einer Zurückhaltung oder Ablehnung hochschulisch ausgebildeter Pflegefachpersonen wurde in den untersuchten Krankenhäusern nicht berichtet. In zwei Krankenhäusern, in denen die Einbindung hochschulisch ausgebildeter Pflegefachpersonen schon länger Tradition hat, werden diese inzwischen gut akzeptiert.

„... so nach fünf Jahren, mittlerweile fragt da keiner mehr nach. Jetzt kommt da ein Bachelor of Nursing - ach schön, jetzt gleicher Status, jetzt nicht mehr abwertend -, aber das ist ein Prozess, der dauert.“

„... das ist ein Prozess der Aufklärung, ein Prozess der dauert, wie immer bei Veränderungen. (Lacht). Widerstände gibt es immer.“

Strategien oder Probleme in der Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen mit hochschulischer und beruflicher Qualifikation konnten in der Untersuchung kaum ermittelt werden, was damit zusammenhängt, dass nur in einem der intensiver untersuchten Krankenhäuser ein Konzept zur Integration von hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen mit besonderen Aufgaben implementiert war. Ein Hinweis auf mögliche Schwierigkeiten gibt lediglich die Beobachtung einer Pflegefachperson mit hochschulischer Qualifikation, dass die beruflich ausgebildeten Pflegefachpersonen zum Teil dazu tendieren, jedes etwas schwieriger zu lösende Problem an die hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen abgeben zu wollen.

„Die ärztliche Seite, unsere Stationssekretärin - das geht schon los, Visiten arbeiten die Kollegen hier vorne aus und können irgendetwas nicht lesen. Dann ist mir aufgefallen, dann fragen sie nicht zum Beispiel die Kollegin, die jetzt neben ihnen steht und sagt: ‚Kannst du das vielleicht lesen?‘, sondern dann warten sie wirklich, bis ich komme, und das Argument ist dann: ‚Weil du ja bei der Visite dabei warst. Vielleicht weißt du ja noch, was da gesagt worden ist‘, und dann sage ich: ‚Na wenn wir hier knapp 35-36 Patienten haben, dann weiß ich auch nicht mehr, was nun bei jedem einzelnen Patienten besprochen worden ist. Frag doch jemand anderes, vielleicht kann der sogar das besser lesen, wie ich in dem Moment dann irgendwie‘. Das fällt mir schon auf, dass wirklich viel (4) dann auf mich zugekommen wird und einfach versucht wird, dass ich das Problem lösen kann. Ja, oder Telefonate, wenn irgendwer anruft, wo man nichts mit anzufangen weiß, dann wird nicht erst die Schwester aus dem Bereich gefragt, die den Patienten ja genauso gut kennt wie ich, sondern dann werde gleich ich gerufen und dann, ja, kann ich mich damit auseinandersetzen.“

„Man muss aufpassen, dass CM's nicht missbraucht werden in dieser Funktion als: ‚Ja, besorg du mal‘, ich sage jetzt mal, Blutdruckmanschetten oder sowas. Also, wenn es um solche Versorgungsaufgaben geht auf der Station: Das ist was, ich delegiere, das delegiere ich mal weg, nach oben, was vielleicht unliebsam ist. Also, man muss immer noch da aufpassen, dass man diese Fachlichkeit immer drin lässt. Und das müssen zum Teil neue Mitarbeiter dann auch lernen. Der CM ist kein Stationsleitungersatz. Ganz klar, der Fokus, der Schwerpunkt eines CM's liegt einfach auf der fachlichen Expertise, wirklich auf dieser Fallsteuerung. Und dazu gehört es nicht, Blutdruckmanschetten zu bestellen.“

6.3.4 Strategien der Pflegefachpersonen mit Hochschulqualifikation

Das Procedere und ggf. Probleme bei der Delegation von Aufgaben an beruflich ausgebildete Pflegefachpersonen konnten bei den untersuchten Krankenhäusern, wenn überhaupt, nur bei den „Care-Manager_innen“ in einem Krankenhaus beobachtet werden. Dass daraus auch Probleme in der Zusammenarbeit entstehen können, darauf deutet die Aussage einer Pflegenden mit beruflicher Qualifikation hin, dass von einigen Kolleg_innen besonders unbeliebte Aufgaben delegiert würden.

„Also, es kommt ganz darauf an, wer das ist, sage ich mal. Also, es ist halt leider immer personenbezogen. Von einer auf der Station wird es halt delegiert gerne, das man sagt, so: ‚Hier, die muss jetzt leider mal in den Stuhl gesetzt werden‘, anstatt das selber zu machen.“

Von Seiten der Leitungspersonen wird als eine Strategie der Pflegefachpersonen mit Hochschulqualifikation außerdem angeführt, dass einige proaktiv an sie herantreten, um Projekte oder besondere Aufgaben zu initiieren. Die befragten Personen aus dem Pflegemanagement und der Pflegedirektion betonten unisono, dass sie offen für diesbezügliche Vorschläge sind und diese Eigeninitiative sehr schätzen oder sogar erwarten.

6.4 Ergebnisse und Auswirkungen

Das wichtigste Ergebnis einer Ergänzung des Qualifikationsmixes um Pflegefachpersonen mit hochschulischer Qualifikation ist in der Qualitätsverbesserung der Versorgungsprozesse zu sehen (6.4.1, S. 68). Die Integration eines zusätzlichen Qualifikationsniveaus hat aber auch Auswirkungen auf alle beteiligten Akteure (6.4.2 - 6.4.4, S. 71ff.).

6.4.1 Qualitätsverbesserung der Versorgungsprozesse

Die Leitungskräfte unterschiedlicher Hierarchieebenen nehmen durch die Integration von hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen auf der Stationsebene einen Zuwachs an Kompetenzen wahr, insbesondere von Kompetenzen der evidenzbasierten Pflege, des wissenschaftlichen Arbeitens und der interprofessionellen Zusammenarbeit. Dieser Kompetenz-

zuwachs führt nach Einschätzung der Leitungskräfte zu einer Verbesserung der Prozessqualität und in der Folge auch zu einer Erhöhung der Zufriedenheit der Patient_innen.

„Wir haben in einem Fachbereich, dem xy-Zentrum ...hier zum Beispiel hat jede Station mindestens einen Bachelorpflegenden, manche Stationen schon zwei oder eine sogar drei. Also, wir kriegen hier so langsam auch so eine richtige Gruppe, die man jetzt irgendwann auch spüren muss in der Patientenversorgung.“

Beispielhaft für von Bachelorabsolvent_innen implementierte Prozessoptimierungen wurden ein systematisches Aufnahmeassessment und eine Stationsinformationsmappe für Patient_innen genannt.

„Bei Prozessveränderungen, wie dem überarbeiteten Aufnahmeassessment, sodass der Patient nicht zehn Mal nach seinen Medikamenten gefragt wird oder wo seine Patientenverfügung liegt - 'ich glaube schon, dass das Patienten zufriedener macht'.“

„Der Patient weiß dann, dass Visite zwischen acht und zehn Uhr stattfindet, kann sich daran orientieren und ist dann zufriedener.“

Einen deutlichen Zugewinn erkennen alle interviewten Personen, wenn von den hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen die Versorgung besonders versorgungsaufwändiger Patient_innen übernommen wird. „Care-Manager_innen“ oder Pflegefachpersonen mit Prozessverantwortung übernehmen in der Fallsteuerung nicht nur punktuelle Aufgaben in der Patient_innenversorgung und Dokumentation, sondern begleiten einzelne, besonders versorgungsaufwändige Patient_innen kontinuierlich im Behandlungsverlauf. Vor allem die Vernetzung und der ständige Austausch mit allen an der Versorgung beteiligten Akteure sind zeitaufwändig und bedürfen außerdem einer Fokussierung auf den Einzelfall, der oft auf einer Station mit 30-40 Patient_innen sonst nicht möglich wäre.

„Und ich glaube, dass das halt in dieser Schnellebigkeit, die wir auf Station auch erleben, schnell untergeht. Also klar, man aktiviert, man sorgt dafür, dass der Patient, den Sozialdienst irgendwie, dass man den involviert und damit ist sozusagen aber auch die Verantwortung schon abgegeben an sozusagen die Nächsten und man ärgert sich, dass er dann nach zwei Wochen immer noch liegt, obwohl irgendwie die Therapie schon vor drei Tagen beendet wurde.“

Da bei hochkomplexen Patient_innen zahlreiche Professionelle und Abteilungen an der Versorgung beteiligt sind, gibt es viele Schnittstellen. Durch die Vielzahl an Schnittstellen kommt vor allem bei Patient_innen mit hochkomplexen Versorgungsanforderungen immer wieder zu Fehl- oder mangelnden Informationen bei allen Akteuren, einschließlich der Patient_innen und Angehörigen selbst. Erfolgt die Fallsteuerung durch eine Pflegefachperson mit einer hochschulischen Ausbildung, beobachten die Befragten eine Reduktion von Informationsverlusten. Das in einem der untersuchten Krankenhäuser praktizierte „Care-Management“ kann durch seine zentrale Funktion in der Sicherstellung der Sammlung und Weitergabe von In-

formationen aktiv dazu beitragen, dass wichtige patient_innenbezogene Informationen schnell und vollständig an die betroffenen Akteure (Patient_innen, Angehörige, Ärzt_innen, Therapeut_innen, Hilfskräfte, Pflegefachkräfte) weitergegeben werden. Dies kann zu einer Sicherung der Versorgungsqualität, einer Vermeidung von Drehtüreffekten, einer Reduktion der Verweildauer und zu einer erhöhten Zufriedenheit von Patient_innen und Angehörigen führen.

„Wenn der Patient dann nochmal eine Frage hat, ist es häufig so, dass eine examinierte Pflegekraft antwortet: ‚Ja, das weiß ich auch nicht. Da müssen Sie den Arzt fragen‘ und der Care-Manager dann sozusagen in der Situation eher fragt so: ‚Was fehlt an Informationen? Was hat er an Informationen?‘ um dann so zu gucken, wie viel kann ich ihm dazugeben. Also das macht manchmal den Unterschied aus.“

Die Care-Managerin trifft auf dem Flur eine Angehörige, die schon gestern die Pflege angesprochen hatte, da ihr wichtige medizinische Informationen fehlen. Die Care-Managerin führt mit ihr zunächst ein kurzes Gespräch auf dem Flur und bittet die Angehörige dann in das hintere Dienstzimmer. Dort führt sie ein ausführliches Beratungsgespräch mit der Angehörigen, in dem sich herausstellt, dass diese viele falsche oder unklare Informationen von den Ärzt_innen erhalten hat. Die Care-Managerin kann alle offenen Fragen der Angehörigen klären, so dass diese am Ende des Gespräches deutlich entspannter und ruhiger wirkt.

Andererseits entsteht auch eine zusätzliche Schnittstelle dadurch, dass die hochschulisch ausgebildete Pflegefachperson die Fallsteuerung und die beruflich ausgebildeten Pflegefachpersonen die zumindest teilweise Durchführung der Pflege übernehmen. Die Weitergabe durch formelle und informelle Gelegenheiten des Informationsaustauschs ist daher klar zu regeln.

„Teilweise, finde ich, gehen auch mal Informationen verloren, weil der Care-Manager eben auch mit zur Visite geht und eben dieser Informationsfluss teilweise stockt. Dann ist vielleicht die Schwester, die irgendwie dafür zuständig ist, die ganze Zeit in einem Iso-Zimmer und dann werden dann halt einfach Informationen, die für mich als Schwester, die für den Bereich zuständig ist, nicht weiter gegeben oder dann kommt in der Übergabe plötzlich raus: ‚Mensch, der soll noch da und da hin‘, oder ‚Der wird heute verlegt oder entlassen‘, was dann, finde ich, immer blöd einfach rüber kommt beziehungsweise, wenn auch Patienten einen ansprechen: ‚Ich werde ja heute entlassen‘, und man als Schwester steht da: ‚Aha, interessant.‘ Und das, finde ich, ist manchmal problematisch, wenn dann so viele Personen, sage ich mal, für einen Bereich zuständig sind.“

Aus den Interviews geht außerdem hervor, dass auch die Ärzt_innen die Zusammenarbeit mit den hochschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen als professionalisierte Ansprechpartner_innen sehr schätzen, so dass auf eine Verbesserung der Zusammenarbeit geschlossen werden kann.

6.4.2 Outcome für Pflegeleitungspersonen

Durch hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen nehmen einige der interviewten Leitungspersonen eine Entlastung von fachlichen Verantwortlichkeiten wahr, wodurch sie sich stärker ihren Aufgaben im Bereich Personalführung widmen können. Die Zusammenarbeit auf der Basis wissenschaftlicher Kompetenzen sei weniger (zeit-)aufwändig und führt zu besseren Ergebnissen.

„Und, was mir jetzt als Leitung auffällt ist, dass die Auftragsvergabe deutlich einfacher für mich ist. Also, wenn ich jetzt einem Bachelorabsolventen sage: ‚Wir müssen das und das Konzept überarbeiten‘, dann hat er davon ein Bild. Das merke ich. Und der kommt ganz oft auch schon mit einer Idee oder gibt mir das einfach und sagt: ‚Ich habe hier schon mal etwas gemacht‘. Oder, wenn es um konzeptionelles Arbeiten geht, geht er ähnlich vor wissenschaftlich, wie ich es gelernt habe, also dass man im Prinzip eine Sprache spricht und ich muss nicht mehr großartig anfangen: ‚Wir machen erstmal ein Inhaltsverzeichnis oder irgendwie was‘, das läuft einfach.“

6.4.3 Outcome für Pflegefachpersonen mit beruflicher Ausbildung

Wenn Pflegefachpersonen mit hochschulischer Ausbildung die Prozessverantwortung oder die Fallsteuerung für Patient_innen mit hochkomplexen Versorgungssituationen übernehmen, können sich die beruflich qualifizierten Pflegefachpersonen stärker auf die pflegerische Versorgung der anderen, weniger aufwändigen Patient_innen konzentrieren.

„Und was natürlich auch dann eine ganz große Hilfe ist, sind die Care-Manager, die sich dann eben auch um Entlassungsmanagement, um Weiterversorgung kümmern, Angehörigengespräche, Vermittlung zwischen Angehörigen und Ärzten.“

6.4.4 Outcome für Pflegefachpersonen mit hochschulischer Qualifikation

Die befragten Pflegefachpersonen mit hochschulischer Qualifikation berichten von einer hohen Arbeitszufriedenheit. An die Pflegenden im „Care-Management“ werden besonders hohe fachliche Ansprüche gestellt: Sie stehen im Austausch mit verschiedenen Fachdisziplinen, müssen zum Teil Führungsaufgaben übernehmen, werden von verschiedenen Seiten zu fachlichen Fragen konsultiert, sollten ihr Fachwissen möglichst auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand halten und auch in der Lage sein, sich schnell neues Wissen anzueignen. Für die beruflich ausgebildeten Pflegefachpersonen sind die „Care-Manager_innen“ häufig erste Ansprechpartner_innen bei fachlichen Fragen. Für hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen mit geringer Berufserfahrung können diese Anforderungen teilweise eine Überforderung bedeuten. In Zeiten höheren Arbeitsanfalls bemerken die berufserfahrenen Pflegefachpersonen Anzeichen von Arbeitsüberlastung.

„Nachteile, ja vielleicht in dem Sinne, dass man immer davon ausgeht, dass ein Care-Manager eigentlich immer alles wissen und alles können muss. Man hat immer das Gefühl, das wird von den anderen Kollegen einfach so erwartet. ‚Deswegen machst du das doch‘, oder ‚Deswegen bist du das doch‘. Es ist einfach nicht so.“

Es ist daher folgerichtig, dass die hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen nicht unmittelbar nach dem Erwerb der Berufszulassung besondere Aufgaben übernehmen.

7. Diskussion

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Einzelfallstudie. Sie bezog sich auf ein Sample von fünf Stationen in fünf norddeutschen Krankenhäusern, die intensiver untersucht wurden und Expert_innen aus weiteren vier Krankenhäusern aus dem gesamten Bundesgebiet. Die Krankenhäuser und die Expert_innen wurden gezielt danach ausgewählt, dass ein Qualifikationsmix gegeben sein sollte. Selbst in diesen, speziell ausgewählten Krankenhäusern war der Qualifikationsmix oftmals nicht so implementiert, wie zunächst zugesagt. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass andere Krankenhäuser in Bezug auf das Thema Qualifikationsmix in der Pflege sowohl in Hinblick auf die Integration von ein- oder zweijährig qualifizierten Pflegehelfer_innen als auch von Pflegefachpersonen mit hochschulischer Ausbildung noch weniger fortgeschritten sind. Aufgrund des vom Umfang her beschränkten Samples hat die Studie eher explorativen Charakter. Es ist möglich, dass die ermittelten Aufgaben, förderlichen Bedingungen, Strategien und Auswirkungen nicht vollständig sind. Z. B. konnte die Zusammenarbeit zwischen hochschulisch und beruflich qualifizierten Pflegefachpersonen nur in einem Krankenhaus untersucht werden. Auch genaue quantitative Angaben zum Bedarf an Pflegehelfer_innen oder hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen können nicht gemacht werden.

Hinsichtlich der Einführung eines Qualifikationsmixes im Pflegedienst von Krankenhäusern hat sich bestätigt, dass die Komplexität einer Aufgabe oder eines Arbeitszusammenhangs entscheidend für die Zuweisung zu unterschiedlichen Qualifikationsniveaus ist. Die Komplexität lässt sich operationalisieren in

- den Schwierigkeitsgrad der Aufgabe,
- die Stabilität der gesundheitlichen Situation der zu pflegenden Menschen und
- die Standardisierbarkeit von Pflegehandlungen.

Die ermittelten Aufgabenprofile für hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen weisen große Parallelen zu den von den Verbänden vorgeschlagenen Aufgaben auf. Die Übernahme von ärztlichen Aufgaben oder Leitungsaufgaben spielen in der vorliegenden Studie – anders als etwa in der Befragung des DKI - keine Rolle. Im Vordergrund steht vielmehr die besondere fachliche Verantwortung. Zwar werden hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen in einem der untersuchten Krankenhäuser in der Fallsteuerung eingesetzt. Für diese Aufgabe wird auch in der Literatur ein Bachelorabschluss gefordert, allerdings in Verbindung

mit einer mindestens dreijährigen klinischen Erfahrung (Ewers 2011, 653) und ggf. einer einschlägigen Weiterbildung, weshalb dieses Aufgabenprofil nicht für Absolvent_innen einer hochschulischen Erstausbildung regelhaft vorgeschlagen wird. Die vorliegende Untersuchung bestätigt die Ergebnisse internationaler Studien, dass durch die Einbindung von Pflegefachpersonen mit einer hochschulischen Ausbildung in die direkte pflegerische Versorgung eine Anhebung der Pflegequalität zu erwarten ist.

8. Zusammenfassung der Ergebnisse

Durch die Kombination unterschiedlicher Qualifikationsniveaus innerhalb eines Pflegeteams sollen die bei den Pflegenden vorhandenen Qualifikationen optimal an die von diesen zu deckenden Pflegebedarfe angepasst und das vorhandene Potenzial an jungen Menschen mit unterschiedlichen allgemeinbildenden Schulabschlüssen besser für den Pflegeberuf erschlossen werden. Die Einführung einer hochschulischen Erstausbildung als Zugang zur Berufszulassung stellt außerdem eine Anpassung an internationale Qualifikationsstandards dar und lässt sich auch mit der durch Studien nachgewiesenen Verbesserung von Patient_innenoutcomes begründen. Mit dem vorliegenden Forschungsprojekt sollte untersucht werden, wie ein geeignetes Grade-Mix-Konzept im Sektor Krankenhaus gestaltet sein kann und welche Potenziale und Probleme mit der Etablierung eines Grade-Mixes bzw. eines qualifikationsheterogenen Teams im Krankenhaus verbunden sind.

Pflegehelfer_innen

Einsatzfelder

Der Schwerpunkt der Aufgaben von ein- und zweijährig ausgebildeten Pflegehelfer_innen liegt in der selbstständigen Durchführung von pflegerischen und pflegetherapeutischen Interventionen bei stabilen Patient_innen. Bei zu pflegenden Menschen mit komplexen oder instabilen Pflegesituationen unterstützen sie Pflegefachpersonen bei der Durchführung der pflegerischen Versorgung. Im Unterschied zu Pflegefachpersonen sind sie nicht für die Pflegeplanung bzw. den gesamten Pflegeprozess verantwortlich, sondern führen Pflegemaßnahmen auf Anweisung selbstständig durch. Häufig sind die ein- oder zweijährig ausgebildeten Pflegehelfer_innen auch für patientenferne Aufgaben zuständig, z. B. hauswirtschaftliche Tätigkeiten oder Botengänge, wobei die interviewten Proband_innen diese Aufgaben eher dem Servicepersonal zuordnen. Zweijährig ausgebildete Pflegehelfer_innen, und vor allem diejenigen mit einer generalistischen Ausbildung, können im Unterschied zu einjährig ausgebildeten Pflegehelfer_innen für ausgewählte komplizierte Aufgaben zuständig sein, wenn die Qualifikation dazu seitens des Krankenhauses überprüft wurde und entsprechende Regelungen zur Delegation (z. B. Dienstanweisungen) der Aufgaben bestehen. Im Einzelnen wurden von den unterschiedlichen Qualifikationsniveaus die in Tabelle 3 (S. 76) aufgeführten Aufgaben übernommen, wobei die höhere Qualifikationsstufe auch jeweils alle anderen Aufgaben wahrnimmt.

Tabelle 3: : Aufgaben von Pflegehelfer_innen unterschiedlicher Qualifikationsniveaus

<p>Assistenzpersonal ohne Ausbildung oder mit einer Basisqualifikation (>200h)</p>	<p>Vorwiegend patientenferne Aufgaben, wie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hauswirtschaftliche Tätigkeiten - Botengänge
<p>Pflegehelfer_innen mit einer einjährigen Ausbildung</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Durchführung von pflegerischen und pflegetherapeutischen Interventionen, z. B. Unterstützung bei der Körperpflege, der Ausscheidung, der Mobilisation oder der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme und Gestaltung der Interaktion - Beteiligung am pflegerischen Assessment, z. B. Messung und Beobachtung des Gesundheitszustands, der sozialen Beziehungen und der psychischen Befindlichkeit - Ermittlung von pflegerischen Risikopotenzialen und Durchführung von prophylaktische Maßnahmen einschließlich der Anwendung von Hilfsmitteln - Durchführung von einfachen medizinisch-diagnostischen und therapeutischen Aufgaben (z. B. Vitalzeichenmessung, einfache Verbände)
<p>Pflegehelfer_innen mit einer zweijährigen Ausbildung (v.a. diejenigen mit einer generalistischen Ausbildung)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Koordinierende und organisatorische Aufgaben - Durchführung von ausgewählten, komplizierten medizinisch-diagnostischen und therapeutischen Aufgaben, z. B. Vorbereitung vor einer Operation, Absaugen von Patient_innen mit Tracheostoma, Versorgung eines Anus praeters und intramuskuläre Injektionen

Da eine Delegation von Einzelaufgaben das Risiko von Schnittstellenproblemen nach sich zieht, sollten zukünftig Zuständigkeiten stärker anhand der Komplexität der Pflegebedarfe der zu pflegenden Menschen und der Komplexität der zu bearbeitenden Aufgaben definiert werden. Auf der Basis der Ergebnisse der Untersuchung können folgende Kriterien zur Operationalisierung von „Komplexität“ und zur Abgrenzung der Zuständigkeitsbereiche von Pflegehelfer_innen und Pflegefachpersonen herangezogen werden:

- Schwierigkeitsgrad der Aufgabe: Pflegehelfer_innen übernehmen einfache und – unter der Voraussetzung weiterer Qualifikationsnachweise - auch ausgewählte komplizierte Aufgaben. Komplizierte Aufgaben sind dadurch charakterisiert, dass mehrere Einflussfaktoren zu berücksichtigen sind und sie mehr Spezialwissen erfordern als einfache Aufgaben.
- Stabilität der Pflegesituation: Pflegehelfer_innen übernehmen Aufgaben in stabilen Pflegesituationen, die nur eine geringe Entwicklungsdynamik aufweisen und bei denen die Wahrscheinlichkeit von Krisen oder Komplikationen gering ist.
- Ausmaß an Standardisierung der Handlungsabläufe: Pflegehelfer_innen übernehmen Handlungsabläufe, für die dokumentierte Handlungsalgorithmen vorliegen.

Förderliche Rahmenbedingungen und Strategien der Krankenhäuser

Förderliche, organisatorische Rahmenbedingungen für die Integration von Pflegehelfer_innen in Stationsteams, die im Rahmen der Studie ermittelt werden konnten, bestehen in

- einer positiven Haltung und Einstellung der Stationsleitungen und Stationsteams gegenüber dem Einsatz,
- einer gezielten Auswahl der Abteilungen bzw. Stationen auf der Basis des Aufgabenprofils von Pflegehelfer_innen einerseits und der Merkmale der zu pflegenden Menschen auf den Stationen andererseits,
- dem Vorliegen von Stellenbeschreibungen,
- der Anpassung des jeweiligen Aufgabenprofils von Pflegehelfer_innen an die stationsspezifischen Gegebenheiten und die spezifischen Fähigkeiten der Pflegehelfer_innen, ggf. mit Erweiterung der Qualifikationen auf der Basis von Qualifikationsnachweisen,

- der Überprüfung der Qualifikationen der Pflegehelfer_innen durch z. B. eine Pflegefachperson mit berufspädagogischer Zusatzqualifikation und ggf. dem Angebot von Schulungen für Pflegehelfer_innen zu spezifischen Aufgaben,
- dem Vorliegen von Handlungsalgorithmen für die von den Pflegehelfer_innen durchzuführenden Aufgaben,
- dem Vorliegen eines Einarbeitungskonzepts.

Von diesen Einflussfaktoren haben sich besonders die Einstellung und Haltung von Leitungspersonen und Stationsteams gegenüber dem Einsatz von Pflegehelfer_innen und die Entwicklung eines sowohl stationsspezifischen als auch auf die Fähigkeiten der Pflegehelfer_innen zugeschnittenen Aufgabenprofils und Einsatzkonzepts als bedeutsame Stell-schrauben für eine gelungene Einbindung von Pflegehelfer_innen in Stationsteams erwiesen.

Anforderungen an die Zusammenarbeit

Das Aufgabenspektrum von Pflegefachpersonen verschiebt sich stärker in Richtung von Planungs- und Steuerungsaufgaben, außerdem nehmen die Delegation von Aufgaben, deren Überwachung sowie Anleitung und Beratung von Kolleg_innen zu. Dadurch steigen das Anspruchsniveau und das Ausmaß an Verantwortung. Sind Pflegehelfer_innen Mitglied des Stammpersonals, ist die Aufgabenverteilung in den meisten Fällen bereits Routine, eine explizite Delegation entfällt.

Durch die Einführung einer Schnittstelle zwischen Planung und Durchführung der Pflege steigt die Notwendigkeit eines regelmäßigen und kontinuierlichen Informationsaustauschs. Neben Übergaben ist auch der kurze informelle Informationsaustausch zwischendurch wesentlich. Dabei werden sowohl organisatorische Informationen als auch Informationen über das physische, psychische und soziale Wohlbefinden der zu pflegenden Menschen weitergegeben.

Pflegehelfer_innen müssen in der Lage sein einzuschätzen, wann die eigenen Kompetenzen zur Bewältigung einer Pflegeaufgabe nicht ausreichen und die Unterstützung oder Übernahme durch eine Pflegefachperson erforderlich ist. Auch bei zu großer Aufgabenfülle, z. B. aufgrund mangelnder Personalressourcen, müssen sie Hilfe von den Pflegefachpersonen anfordern. Sie müssen diese Unterstützung auch dann einfordern, wenn Pflegefachpersonen möglicherweise selbst überlastet sind.

Ergebnisse und Auswirkungen

Pflegehelfer_innen können Pflegefachpersonen in der Akutpflege im Krankenhaus zwar nicht vollständig, aber doch partiell ersetzen. Durch Umverteilung von Aufgaben können bei gleichbleibender Anzahl von Stellen ein bis zwei Stellen davon mit Pflegehelfer_innen, die explizit für pflegerische Aufgaben zuständig sind, besetzt werden. Auf Stationen mit einem höheren Anteil an einfachen Aufgaben oder an bestimmten, häufig wiederkehrenden, komplizierten Aufgaben, an stabilen Pflegesituationen und an Aufgaben, für deren Bewältigung standardisierte Handlungsalgorithmen vorliegen, können zwei oder mehr Pflegehelfer_innen beschäftigt werden, auf Stationen mit einem höheren Anteil an instabilen, zu pflegenden Menschen, möglicherweise keinerlei Pflegehelfer_innen. Durch den Einsatz von Pflegehelfer_innen können Pflegestellen besetzt werden, die ansonsten aufgrund fehlender Bewerber_innen offen bleiben müssten. Ein weiterer Vorteil besteht darin, dass Pflegefachpersonen längere Phasen ungestört an ihren Aufgaben arbeiten können und weniger unterbrochen werden. Einschränkend ist zu berücksichtigen, dass Pflegehelfer_innen aufgrund des eingeschränkten Aufgabenspektrums und der Beschränkung auf die Durchführungsverantwortung weniger flexibel einsetzbar sind als Pflegefachpersonen, was bei der Dienstplangestaltung zu berücksichtigen ist. Pflegehelfer_innen mit einer zweijährigen Ausbildung haben dabei deutliche Vorteile gegenüber einjährig ausgebildeten Pflegehelfer_innen, weil sie mehr Aufgaben, u.a. im medizinisch-diagnostischen und –therapeutischen Bereich, übernehmen können und dadurch flexibler einsetzbar sind.

Mögliche Risiken für die Pflegequalität bestehen in dem Risiko der Kompetenzüberschreitung durch die Pflegehelfer_innen und dem Risiko des Informationsverlusts. Möglicherweise schätzen Pflegefachpersonen Pflegesituationen fälschlich als stabil ein. Aber auch zunächst stabile Pflegesituationen können sich plötzlich destabilisieren. Wenn Pflegehelfer_innen diese Destabilisierungen nicht erkennen, Informationen über Veränderungen nicht weitergeben und die Versorgung nicht abgeben, könnten daraus Fehler und Defizite in der pflegerischen Versorgung resultieren. In den untersuchten Krankenhäusern wurden diese Risiken durch einen engen und kontinuierlichen Informationsaustausch begrenzt.

Die Zusammenarbeit von Pflegefachpersonen und Pflegehelfer_innen ist den Ergebnissen der vorliegenden Studie zufolge nicht mit negativen Auswirkungen auf die Befindlichkeit von Pflegefachpersonen oder Pflegehelfer_innen verbunden. Pflegehelfer_innen finden im Krankenhaus nach eigenen Angaben ein sie befriedigendes Handlungsfeld.

Pflegefachpersonen mit hochschulischer Ausbildung

Einsatzfelder

Die Integration von hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen in den Qualifikationsmix in der Akutversorgung in Krankenhäusern steht derzeit in Deutschland noch ganz am Anfang. In den untersuchten Krankenhäusern waren zwar hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen in der direkten pflegerischen Versorgung tätig, diese hatten in den meisten Fällen aber keine Aufgaben, die über die auch von beruflich qualifizierten Pflegefachpersonen wahrgenommenen Aufgaben hinausgingen, selbst wenn die Berufszulassung schon vor längerer Zeit erworben wurde. Nur in einem der intensiver untersuchten Krankenhäuser war ein Konzept zur systematischen Integration des Qualifikationsniveaus der hochschulisch qualifizierten Pflegefachperson implementiert. Die identifizierten besonderen Aufgaben für Pflegefachpersonen mit hochschulischer Qualifikation beziehen sich auf dieses Krankenhaus sowie auf die vor allem in den Interviews mit Leitungspersonen gemachten Vorschläge und ersten Ansätze oder Erfahrungen aus weiteren Krankenhäusern, die aber nicht intensiver untersucht wurden. Die besonderen Aufgaben nehmen in den meisten Fällen nur einen definierten Anteil der Arbeitszeit der hochschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen ein (z. B. 25-50% der Arbeitszeit). Eher selten sind die Kolleg_innen ausschließlich im Bereich der besonderen Aufgaben tätig. Manche der hochschulisch ausgebildeten Kolleg_innen sind für eine, andere für mehrere der besonderen Aufgaben zuständig.

Prozessverantwortung: Diese Aufgabe richtet sich auf die Pflegeplanung für individuelle Patient_innensituationen im Sinne der primären Pflege. Hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen übernehmen die Verantwortung für Patient_innen mit komplexen, unklaren oder schwierigen Pflegesituationen über den gesamten Aufenthalt im Krankenhaus. Sie koordinieren die Versorgung und sind zentrale Ansprechpartner_innen für die zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen.

Beratung und Schulung von Patient_innen und Angehörigen: Für Patient_innen mit komplexen Problemlagen und ihre Angehörigen bzw. Gruppen übernehmen hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen auch die Aufgabe der Beratung und Schulung bzw. entwickeln Beratungs- und Schulungskonzepte.

Fallsteuerung: Die hochschulisch qualifizierten Kolleg_innen waren in einer Einrichtung in der Funktion der/des „Care-Managerin/-Managers“ für die Fallsteuerung für Patient_innen mit besonders komplexen oder instabilen medizinischen, sozialen und/oder psychischen

Problemlagen zuständig. Auch hier koordinieren die Kolleg_innen den gesamten diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Versorgungsprozess von der Aufnahme bis zur Entlassung und ggf. darüber hinaus. Wenngleich diese Aufgabe zahlreiche Parallelen zur Übernahme von Prozessverantwortung für bestimmte Patient_innen aufweist, so ist sie doch stärker auf der Systemebene angesiedelt und wurde für Patient_innen mehrerer Stationen übernommen. Allerdings wird die Übernahme dieser Aufgaben in der Literatur an eine mehrjährige Berufserfahrung und einen Masterabschluss geknüpft.

Projektbezogene Aufgaben: In den Interviews wurden zahlreiche Projekte genannt, die bereits von hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen durchgeführt wurden, wie z. B. die Weiterentwicklung von Assessmentinstrumenten und stationsinternen Leitlinien oder die Entwicklung von spezifischen Schulungs- und Beratungskonzepten einschließlich der dafür erforderlichen Materialien.

Praxisentwicklung: Diese Aufgabe zielt darauf ab, dass die hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen in einem Arbeitsbereich Qualitätsmängel identifizieren (z. B. erhöhte Dekubitusraten), nach Ursachen suchen und auf der Basis von Fachliteratur eine evidenzbasierte Alternative zur Behebung des Qualitätsmangels ermitteln und in Absprache mit den Kolleg_innen implementieren.

Zwar können sich einige Leitungspersonen vorstellen, dass hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen ausgewählte ärztliche Aufgaben übernehmen können. Es wurden jedoch nur wenige Beispiele genannt. Außerdem ist die Übernahme von heilkundlichen Aufgaben berufsgesetzlich an bestimmte Bildungsvoraussetzungen geknüpft. Leitungsaufgaben wurden gar nicht angeführt und entsprechen auch nicht den im Studium vermittelten Kompetenzen.

Mit dieser Anreicherung der Tätigkeiten (job enlargement) sind oftmals auch zusätzliche fachliche Entscheidungsbefugnisse (job enrichment) verknüpft. So sind die Pflegefachpersonen mit hochschulischer Ausbildung, die in einem der untersuchten Krankenhäuser als sog. „Care-Manager_innen“ tätig sind, den beruflich qualifizierten fachlich weisungsberechtigt.

Förderliche Rahmenbedingungen

Die Wahrscheinlichkeit, dass in einem Krankenhaus ein Konzept zur systematischen Integration von Pflegefachpersonen mit hochschulischer Qualifikation implementiert wird, steigt, wenn

- das Krankenhaus z. B. aufgrund seiner Lage und einer möglicherweise ungünstigen Konkurrenzsituation zur Sicherung des Fachkräftebedarfs gezielt Strategien zur Gewinnung von hochqualifizierten Pflegefachpersonen ergreifen muss.
- das Krankenhaus sich in räumlicher Nähe zu einer Hochschule oder Universität befindet und/oder das Krankenhaus eng mit einer Hochschule zusammenarbeitet.
- die Geschäftsführung des Krankenhauses dieses Ziel unterstützt.
- die Studiengänge die in der Pflegepraxis gefragten Kompetenzen im Bereich Projektmanagement und Praxisentwicklung gezielt fördern.
- die hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen selbst an einer Tätigkeit in der direkten Versorgung interessiert sind.

Strategien der Krankenhäuser

Einige der untersuchten Krankenhäuser sind bemüht, aktiv die Zielgruppe der Bachelorabsolvent_innen für sich zu gewinnen und an sich zu binden. Die interviewten Leitungspersonen sehen es als Aufgabe des höheren Managements, diesen Prozess zu strukturieren. Eine zentrale Strategie stellt die Entwicklung eines Konzepts zur Planung des Einsatzes von hochschulisch qualifizierten Kolleg_innen dar, einschließlich einer Stellenbeschreibung unter Berücksichtigung der o. g. Aufgaben und der Auswahl von geeigneten Stationen bzw. Einsatzbereichen. Absolvent_innen, die gerade erst ihre Berufszulassung erworben haben, werden i.d.R. nicht sofort mit spezifischen Aufgaben betraut, sondern werden z. B. zunächst sechs Monate ohne Unterschied zu den beruflich qualifizierten Pflegefachpersonen eingesetzt. In einem Krankenhaus durchlaufen sie ein einjähriges Traineeprogramm. Auch wird empfohlen, dass die hochschulisch qualifizierten Kolleg_innen, sollten ihnen besondere Aufgaben übertragen werden, zunächst in Einsatzbereichen arbeiten, die wenig spezialisiert sind, aber dennoch Patient_innen mit besonders komplexen Problemlagen aufweisen. Einhellig sind die Befragten der Meinung, dass die hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen eine gezielte Unterstützung bei der Kompetenzentwicklung benötigen. Neben den

beschriebenen Maßnahmen gehören dazu etwa Zielvereinbarungsgespräche, speziell für die Bachelorabsolvent_innen zuständige Ansprechpersonen mit hochschulischem Abschluss und mehrjähriger Berufserfahrung und die Einbindung in Arbeitsgruppen und Netzwerke. Eine angemessene finanzielle Vergütung der Leistungen – sofern die hochschulisch qualifizierten Kolleg_innen besondere Aufgaben übernehmen – ist unabdingbar, um die Kolleg_innen in der Einrichtung zu halten. Wie auch bei den Pflegehelfer_innen ist bei den hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen eine positive Einstellung und Haltung auf Seiten der Stationsleitungen eine wesentliche Voraussetzung für das Gelingen des Einmündungsprozesses. Vereinzelt werden von den Krankenhäusern Maßnahmen ergriffen, um die Akzeptanz bei den beruflich ausgebildeten Kolleg_innen zu fördern. Da nur in einem der untersuchten Krankenhäuser hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen tatsächlich für besondere Aufgaben zuständig waren, ist es nicht möglich, auf der Grundlage der Studie substantielle Aussagen zur Zusammenarbeit zwischen hochschulisch und beruflich qualifizierten Pflegefachpersonen zu machen.

Ergebnisse und Auswirkungen

Die befragten Leitungspersonen unterschiedlicher Hierarchieebenen nehmen durch die Integration von hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen einen Zuwachs an Kompetenzen der evidenzbasierten Pflege, der Projektarbeit und der interprofessionellen Zusammenarbeit wahr. Durch Bachelorabsolvent_innen konnten in den Krankenhäusern, in denen diese besondere Aufgaben übernehmen, eine Reihe von Prozessoptimierungen erzielt werden. In dem Krankenhaus, in dem die hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen für die Fallsteuerung von versorgungsaufwändigen Patient_innen verantwortlich sind, wird ein deutlich verbesserter Informationsfluss und eine Zunahme der Effizienz beobachtet, die zu einer Reduktion von Drehtüreffekten und der Verweildauer der betreuten Patient_innen führen dürften. Auch positive Auswirkungen auf die Patient_innenzufriedenheit sind zu beobachten.

9. Literatur

- Afentakis, A.; Maier, T. (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. In: Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik, Heft 11, S. 990-1002. Online: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Monatsausgaben/WistaNovember10.pdf?__blob=publicationFile#page=38 (letzter Zugriff am 08.01.2015).
- ASMK (Arbeits- und Sozialministerkonferenz) (2012): Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege. 89. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012. Ergebnisprotokoll.
- Braun, B.; Klinke, S.; Müller, R. (2010): Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäusern. In: Pflege und Gesellschaft 15 (1), S. 5-19.
- Bräutigam, C.; Evans, M.; Hilbert, J.; Öz, F. (2014): Arbeitsreport Krankenhaus. Online: http://www.boeckler.de/pdf/p_arbp_306.pdf (letzter Zugriff am 04.08.2016).
- Buchan, J.; Dal Poz, M. R. (2002): Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. In: Bulletin of the World Health Organization, 80 (7) 575-580.
- Büker, C.; Strupeit, S. (2016): Pflege-dual-Absolventen: Potenzial wird genutzt. In: Die Schwester/Der Pfleger, 56 (3) 92-95.
- Darmann-Finck, I. (2012): Wirkungen einer akademischen Erstausbildung von professionell Pflegenden im Spiegel internationaler Studien. In: Pflege&Gesellschaft, 17 (3) 216-232.
- Darmann-Finck, I.; Baumeister, A.; Muths, S. (2015): Evaluation des Studiengangs Pflegewissenschaft an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Medizinische Fakultät Freiburg. Unveröffentlicht.
- Darmann-Finck, I.; Muths S.; Görres, S.; Adrian, C.; Bomball, J.; Reuschenbach B. (2014): Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW. Abschlussbericht. Online: http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/pflege/20150528_NRW-Abschlussbericht-End-26_05_2015.pdf (letzter Zugriff am 04.08.2016).

DBfK - Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V (2010): Position des DBfK zur Neuordnung von Aufgaben im Krankenhaus. Online:
https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Position-zu-Delegation-im-Krankenhaus_2010-03-29.pdf (letzter Zugriff am 20.09.2016)

DBfK Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Pflege (2011): Auf den Zuschnitt kommt es an. Skill Mix auf Krankenstationen – Eine Bewertung aus der Sicht der Praxis. Online:
https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Auf-den-Zuschnitt-kommt-es-an_2011.pdf (letzter Zugriff am 04.08.2016).

Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR) (Hrsg.) (2006): Pflegebildung offensiv. München.

Deutscher Pflegerat (DPR), Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP): Arbeitsfelder akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen. Online: http://www.deutscher-pflegerat.de/presse/pressemitteilungen/2014-12-09_PP_dpr_dgp_arbeitsfelder-akademisch-ausgebildeter-pflegefachpersonen_08-14.pdf (letzter Zugriff am 23.03.2015).

Deutsches Krankenhausinstitut (2014): Krankenhaus-Barometer. Online:
https://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/krankenhaus_barometer_2014.pdf (letzter Zugriff am 04.08.2016).

Deutsches Krankenhausinstitut (2015): Krankenhaus-Barometer. Online:
http://www.dkgev.de/media/file/22328.2015-12-07_Anlage_Krankenhaus-Barometer.pdf (letzter Zugriff am 04.08.2016).

DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2016): Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Erwachsene (PKMS-E), Kinder und Jugendliche (PKMS-J) und Kleinkinder (PKMS-K) zum OPS 2016. Online:
<https://www.dimdi.de/static/de/klasi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2016/zusatz-09-anh-pflege-scores-pkms.htm> (letzter Zugriff am 04.08.2016).

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz PfIBRefG). Online: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/160113_KabinetentwurfPfIBG.pdf (letzter Zugriff am 31.03.2016).

- Europäische Kommission (2008): Europäischer Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (EQR). Brüssel.
- Flick, U. (2007): Triangulation in der qualitativen Forschung. In: Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Hamburg: Rowohlt, S. 309-318.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2013/2016): Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser - Qb-R. Regelungen gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. Fassung vom: 16.05.2013. Letzte Änderung: 21.07.2016. Online: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1235/Qb-R_2016-07-21_iK_2016-08-06.pdf (letzter Zugriff am 15.09.2016).
- Hacker, W. (2005): Allgemeine Arbeitspsychologie. Psychische Regulation von Wissens-, Denk- und körperlicher Arbeit. Bern: Huber, 2. Auflage.
- Helfferrich, C. (2005): Die Qualität qualitativer Daten. Wiesbaden: vs, 2. Auflage.
- Igl, G.; Staudte, S. (2008): Weitere öffentlich-rechtliche Regulierung der Pflegeberufe und ihrer Tätigkeit. Voraussetzungen und Anforderungen. (Hrsg.) Deutschen Pflegerat e.V. München: Urban & Vogel.
- Isfort, M.; Klostermann, J.; Gehlen, D., Siegling, B. (2014): Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Hrsg.: von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. Online: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer_2014.pdf (letzter Zugriff am 08.01.2015).
- Isfort, M.; Weidner, F. Neuhaus, A.; Kraus, S.; Köster, V.-H.; Gehlen, D. (2010): Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Hrsg.: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. Online: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_Pflege-Thermometer_2009.pdf (letzter Zugriff am 08.01.2015).

- Jong, A. de.; Landenberger, M. (2005): Ausbildung Pflege- und Gesundheitsberufe in den Niederlanden. In: Landenberger, M. et al.: Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Hannover: Schlütersche, S. 111-137.
- Kehrbach, A.; Kühl, H.; Darmann-Finck, I.; Kolip, P.; Zündel, M. (2009): Bericht - Situation und Perspektiven der Pflege in Bremen und Bremerhaven 2009. Hrsg.: Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales. Online: http://www.public-health.uni-bremen.de/downloads/abteilung4/publikationen/Bremer_Pflegebericht_2009.pdf (letzter Zugriff am 08.01.2015).
- Kehrbach, A.; Nowack, G. (2014): Bericht zum Schulversuch Gesundheits- und Krankenpflegehilfe (generalistische Ausrichtung) in Bremen. Online: <http://www.bremer-krankenpflegeschule.de/cms/894/Endbericht%20%20GKPG%20GA%20Endfassung.pdf> (letzter Zugriff am 08.01.2015).
- Kesting, C. (2014): Arbeitszufriedenheit und Berufsmobilität nach einem dualen Pflegestudiums – eine qualitative Studie mit Absolventinnen und Absolventen zweier Hochschulen in Deutschland. Saarbrücken: Akademikerverlag.
- Knigge-Demal, B.; Hundenborn, G. (2011): Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich „Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen“. Online: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/Mod_06_Entwurf-Qualifikationsrahmen.pdf (letzter Zugriff am 08.01.2015).
- Knigge-Demal, B.; Hundenborn, G. (2013): Anforderungs- und Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen Online: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/01Anforderungs_und_Qualifikationsrahmen_09_2013.pdf (letzter Zugriff am 08.01.2015).
- Knöffler, F.; Segginger, T.; Rohde, K.; Zündel, M. (2012): Erfahrungen und Selbstverständnis von Bachelorstudierenden in der Praxis. Ein Vergleich zwischen Deutschland und der Schweiz am Beispiel zweier Hochschulen. In: Padua, 7 (5) 246-251.
- Köhlen, C. (2011): Bachelor of Nursing an der Evangelischen Hochschule Berlin. In: Padua, 6 (5) 48-53.

- Lüders, C. (2007): Beobachten im Feld und Ethnographie. In: Flick, U.; Kardorff, E. von; Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 5. Auflage, S. 384-401.
- Ludwig, I. (2008): Auf den Mix kommt es an. In: Care Management 1(2), S. 19-21.
- Ludwig, I.; Steudter, E.; Huilskers, H. (2012): Die Mischung macht's! – Erfahrungen mit neuen Berufsprofilen Pflege in der Schweiz. In: BWP 6, S. 29-31.
- Lüftl, K.; Kerres A. (2011): „Ich denk mal, dass andere Bereiche (...) die mit Handkuss nehmen“. Einschätzungen von Pflegedienstleitungen zum Einsatz von Absolventen des dualen Pflegestudiengangs in der direkten Pflege. In: Printernet, 12 (1) 39-50.
- Mai, T.; Christ, M.; Flerchinger, C. (2014): Skill und Grade Mix auf Intensivstationen – Evaluation eines Modellprojektes. In: Pflege & Gesellschaft, 19 (4) 331-351.
- Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz.
- McDonald, S. (2005): Studying actions in context. A qualitative shadowing method for organizational research. In: Qualitative Research 5 (4), S. 455-473.
- McGillis Hall, L.; Doran, D.; Pink, L. (2004): Nurse Staffing Models, Nursing Hours, and Patient Safety Outcomes. In: Journal of Nursing Administration 34 (1), S. 41-45.
- McGillis Hall, L.; Doran, D.; Pink, L. (2008): Outcomes of interventions to improve hospital nursing work environments. In: Journal of Nursing Administration 38 (1), S. 40-46.
- Mey, G./Mruck, K. (2009): Methodologie und Methodik der Grounded Theory. In: Kempf, W./Kiefer, M. (Hrsg.): Forschungsmethoden der Psychologie. Zwischen naturwissenschaftlichem Experiment und sozialwissenschaftlicher Hermeneutik. Berlin: Regener, 100-152.
- Ministerium für Bildung und Kultur des Landes Schleswig-Holstein (Hrsg.) (2012): Lehrplan für die Berufsfachschule III. Fachrichtung Sozialwesen. Fachkraft für Pflegeassistenz. Online: <http://lehrplan.lernnetz.de/intranet1/index.php?DownloadID=634> (letzter Zugriff am 19.12.2017)
- Modellstudiengänge „Pflege“ NRW (2014): Qualifikationsziele hochschulisch ausgebildeter Pflegenden. Unveröffentlichtes Manuskript.

- Müller, E. (1998): Grundpflege und Behandlungspflege. Historische Wurzeln eines reformbedürftigen Pflegebegriffs. In: Pflege & Gesellschaft, 3, H. 2, 1-6.
- Muths, S.; Darmann-Finck, I. (2013): Aufgaben von Pflegeassistent/innen im Rahmen abgestufter Qualifikationen. In: bwp@ Spezial 6 – Hochschultage Berufliche Bildung 2013, Fachtagung 14, hrsg. v. Darmann.Finck, Ingrid; Hülsken-Giesler, Manfred, 1-18. Online: <http://www.bwpat.de/ausgabe/ht2013/fachtagung-14/muths> (Stand: 19.10.2016)
- Muths, S. (2010): Machbarkeitsstudie: Konzeption und Überprüfung einer akademischen Erstausbildung von Pflegeberufen auf der Basis des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes im Land Bremen. Online: http://www.ipp.uni-bremen.de/downloads/ipp-schriften/ipp_schriften06.pdf (letzter Zugriff am 05.01.2015).
- OdA (Organisation der Arbeitswelt) Gesundheit beider Basel (2007): Der richtige Mix bringt´s! Handbuch für Projekte zu Skill- und Grademix im Bereich Pflege und Betreuung. Basel.
- OdA (Organisation der Arbeitswelt) Santé (2012): Schweizerische Bildungssystematik Gesundheit. Online: https://www.bzgs.ch/fileadmin/user_upload/Downloads/Berufliche_Grundbildung/Bildungssystematik_Gesundheit.pdf (letzter Zugriff am 15.09.2016).
- OdA (Organisation der Arbeitswelt) Santé (2014): Schweizerische Bildungssystematik Gesundheit. Online: <http://www.oda-g-zh.ch/files/media/files/e31fc10eb8b8b07266f4d2ddb80af061/Bildungssystematik-2014.pdf> (letzter Zugriff am 15.09.2016).
- Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) (2011): Kompetenzmodell für Pflegeberufe in Österreich. Wien. Online: https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/Diverses/OEGKV_Handbuch_Abgabeversion.pdf (letzter Zugriff am 03.08.2016).
- Pfaff, H. (2003): Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: Pfaff, H.; Schrappe, M.; Lauterbach, K.; Engelmann, U.; Halber, M. (Hrsg.): Gesundheitsversorgung und Disease Management. Bern u. a.: Huber, S. 13-23.
- Reiber, K. (2011): Transparenz – Mobilität – Durchlässigkeit!? Chancen und Grenzen von Qualifikationsrahmen für die Pflegeberufe. In: bwp@ Berufs- und Wirtschaftspädago-

gik – online, Ausgabe 5. Online: www.bwpat.de/ht2011/ft14/reiber_ft14-ht2011.pdf
(letzter Zugriff am 11.08.2014).

Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin: RKI. Online: <http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf> (letzter Zugriff am 15.09.2016).

Schnell, M.W.; Heinritz, C. (2006): Forschungsethik. Bern: Huber.

Simon, A.; Flaiz, B. (2015): Der Bedarf hochschulisch qualifizierter Pflegekräfte aus Sicht der Praxis – Ergebnisse einer Expertenbefragung. In: Pflege & Gesellschaft, 20 (2) 154-172.

Simon, M. (2016): Ökonomische Konsequenzen & Chancen – ist der Einsatz akademisch qualifizierter Pfleger bezahlbar? In: Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft / Dekanekonferenz Pflegewissenschaft (Hrsg.): Die Zukunft der Gesundheitsversorgung – der Beitrag akademisierter Pfleger. Tagungsdokumentation zur Fachtagung am 5. November 2015. Berlin, S. 39-45.

Statistisches Bundesamt (2007): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Online: www.gbe-bund.de (letzter Zugriff am 08.01.2015).

Stemmer, R.; Böhme, H. (2008): Aufgabenverteilung im Krankenhaus der Zukunft. Einige Aussagen eines Gutachtens für das Sozialministerium Rheinland-Pfalz. In: Pflege und Gesellschaft 13 (3), S. 197-215.

Stöcker, G.; Reinhart, M. (2012): Grundständige pflegeberufsausbildende Studiengänge in Deutschland. Online: http://www.dbfk-pflege-als-beruf.de/downloads/Synopse_grundst__ndig.pdf (letzter Zugriff am 08.01.2015).

Strauss, A. L. (1994): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. München: Fink.

Teigeler, B. (2016): „Freude am fachlichen Austausch wird zunehmen“. In: Die Schwester/Der Pfleger, 55 (2) 71-73.

TVöD (Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst). TVöD-P via BMI – Bundesministerium des Inneren. Online: http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Themen/OED_Verwaltung/Oeffe

ntlicher_Dienst/TVoeD/Tarifvertraege/TVoeD.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff: 05.12.2016)

Verband der PflegedirektorInnen der Universitätskliniken (vpu) (2015): Einsatz akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen in der Praxis. Online: http://www.vpu-online.de/de/pdf/presse/2015-05-29_abschlussbericht.pdf (letzter Zugriff: 04.08.2016).

Wegner, J.; Oestreich, J. (2016): Erfahrungen und Ergebnisse aus dem zweiten Schulversuch „Gesundheits- und Krankenpflegehilfe mit generalistischer Ausrichtung“. Bremen. Unveröffentlichter Bericht.

Wiedermann, F.; Brückner, M.; Johannßen, C.; Rothe, P. (2016): Rollen professioneller Pflege – Veränderungen im Kontext des berufsbegleitenden Studiengangs „Bachelor of Nursing“. In: *Pflegewissenschaft*, 18 (1-2) 85-96.

Wissenschaftsrat (WR) (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Online: <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf> (letzter Zugriff: 31.03.2016).

10. Anlagen

Tagesordnung des Expert_innenworkshops

Interviewleitfäden

Einverständniserklärungen

Informationsschreiben