

Positionspapier der Deutschen Hochschulmedizin (DHM)

ZU

akademischen Rollen von Pflege-
genden in der klinischen Pati-
entenversorgung an Universi-
tätskliniken

Zielgruppe: Standorte der Hochschulmedizin, Landespolitik, HAWs, Verbände der Gesundheitsfachberufe

Inhalt

Executive Summary	3
1. Ausgangslage	3
2. Einsatz akademischer Pflegefachpersonen in der Praxis	5
3. Etablierung akademischer Pflegefachpersonen in die Praxis	7
4. Handlungsempfehlungen und Rahmenbedingungen	11
5. Fazit	13

Executive Summary

Mit dem Einsatz akademischer Pflegefachkräfte in der Patientenversorgung kann es gelingen, zentralen Herausforderungen, wie dem steigenden Bedarf an individualisierter Medizin und Pflege sowie dem Fachkräftemangel zu begegnen. Besonders relevant ist es, die pflegerischen Kompetenzen in ihrer gesamten Bandbreite optimal zu nutzen und multiprofessionelle Teams zu etablieren, um Versorgungslücken zu schließen. Zukünftig muss es gelingen, akademisierte und nicht-akademisierte Pflegefachpersonen gemeinsam Erfolg bringend einzusetzen. Universitätsklinika bieten als Arbeitgeber mit ihrem umfassenden Versorgungs- und Aufgabenspektrum viel Potenzial, diese Entwicklung federführend voranzutreiben. Entscheidend für die Akademisierungsquote am Standort ist nicht die Anzahl akademisierter Pflegefachpersonen, sondern der gezielte Einsatz dieser Fachpersonen für eine Steigerung der Versorgungsqualität.

Deutschland benötigt die richtigen Rahmenbedingungen und eine strukturelle Förderung solcher Modelle. Neben der Festlegung von erweiterten Kompetenzen in der Pflege braucht es einheitliche und qualitätsgesicherte Ausbildungen, einen definierten rechtlichen Rahmen und eine angemessene refinanzierte Vergütung.

Es ist unser Ziel, dass Patienten an den Universitätskliniken in Deutschland auch in Zukunft auf höchstem pflegefachlichen und medizinischen Niveau versorgt werden. Das Angebot einer exzellenten hochschulmedizinischen Versorgung bedarf auch einer exzellenten pflegerischen Patientenbetreuung auf Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse.

1. Ausgangslage

Die Sicherung der personellen Grundlage für eine gute professionelle Pflege ist eine der wesentlichen gesellschaftspolitischen Aufgaben der nächsten Zeit. Dies betont die Bundesregierung seit einigen Jahren [1]. Lösungen zur Fachkräftesicherung müssen schnellstmöglich gefunden werden. Denn viele vakante Positionen im Pflegebereich von Krankenhäusern können nicht besetzt werden. Der Fachkräftemangel wird sich aufgrund der demografischen Entwicklung aber auch steigender Anforderungen in der medizinischen Versorgung in den kommenden Jahren verstärken.

Bei all diesen gesellschaftlichen Herausforderungen gilt es, das Berufsbild der Pflege weiterhin attraktiv zu halten. Ein Baustein ist die Akademisierung in der Pflege. In diesem Positionspapier wird zunächst die Ausgangslage für die Akademisierung in der Pflege sowie die Erkenntnisse eines verbändeübergreifenden Workshops zu akademischen Rollen von Pflegenden¹ in der klinischen Patientenversorgung an Universitätsklinika beschrieben. Zudem ist es das Ziel, den Universitätsklinika einen Leitfaden zur Etablierung der akademischen Pflege an ihren Standorten zur Verfügung zu stellen. Daher wurden durch die Verbände Hinweise zur strukturierten Einrichtung sowie zu den erforderlichen Rahmenbedingungen erarbeitet und nachfolgend vorgestellt. Zudem hat die Deutsche Hochschulmedizin ein ergänzendes Papier

zum Studium der Gesundheitsfachberufe verfasst (https://www.deutsche-hochschulmedizin.de/wp-content/uploads/2025/01/Positionspapier_Studium-der-Gesundheitsfachberufe.pdf).

Der Sachverständigenrat fordert innovative Lösungen, um die Qualität der Patientenversorgung zu sichern und zu verbessern [4] und weist zudem auf strukturelle Defizite hin. Im internationalen Vergleich wird in Deutschland ein relativ hohes Patientenaufkommen durch vergleichsweise viel Personal behandelt. Um dem Fachkräftemangel etwas entgegenzusetzen, rät der Sachverständigenrat zur Modernisierung der pflegerischen Aufgabenbereiche durch Professionalisierung und Akademisierung.

Im Koalitionsvertrag 2021 – 2025 haben sich die Ampelparteien die Ergänzung der professionellen Pflege durch heilkundliche Tätigkeiten auf die Arbeitsagenda geschrieben. Die vielfältigen Kompetenzen von Pflegefachpersonen in Deutschland in der Versorgung werden gegenwärtig noch nicht hinreichend genutzt [2]. Die Ausweitung von Kompetenzen, einhergehend mit dem Auf- und Ausbau akademischer Qualifizierungsmöglichkeiten ist ein Schritt zur Sicherstellung der Versorgung in Zeiten des demografischen Wandels. Für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen pflegerischen Versorgung sind daher Pflegeberufe und ihre Aufgaben und Befugnisse auf allen Qualifikationsniveaus (aufgrund unterschiedlicher schulischer Abschlüsse) – von der Pflegeassistenzperson bis zur Pflegefachperson mit Masterabschluss zu betrachten. Der Wissenschaftsrat erachtet eine Akademisierungsquote von 20 % in der Pflege als erstrebenswert, um eine Verbesserung der Patientenversorgung zu erreichen [3]. Pflegefachpersonen mit akademischem Berufsabschluss sollen mit der eigenverantwortlichen und selbständigen Ausübung von Heilkunde befähigt werden [2], innovative Versorgungskonzepte umsetzen und aus der Berufspraxis heraus neue Forschungsfragen ableiten. Hier übernimmt die Universitätsmedizin aufgrund ihrer Verbindung von Forschung, Lehre und Krankenversorgung eine besondere Funktion. Der Wissenschaftsrat hält eine stärkere Beteiligung der Universitätsmedizin und Universitäten aufgrund ihres forschungsnahen Zugangs zur Patientenversorgung am Prozess der Akademisierung von Gesundheitsfachberufen für zielführend. Der Rat empfiehlt, dass sich die Universitäten und Universitätsmedizin, neben den Hochschulen für Angewandte Wissenschaften/Fachhochschulen, stärker an dem Aufbau primärqualifizierender dualer Studiengänge beteiligen sollten.

Bei der Interprofessionalisierung der Ausbildung nimmt die Universitätsmedizin eine besondere Rolle ein. Sie ermöglicht eine Verzahnung der pflegerischen und medizinischen Ausbildung und bietet gemeinsame Lehrveranstaltungen zwischen Studierenden der Pflegewissenschaften und der Medizin an. Dadurch sollen Kompetenzen zur Zusammenarbeit zwischen medizinischem und pflegerischem Personal während der Ausbildung, das gegenseitige Kennenlernen von Arbeitsbedingungen und die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses für die spätere berufliche Tätigkeit am Patienten gefördert werden. Eine „Ausbildung auf Augenhöhe“ ist das Leitmotiv [5]. Ausbildungsziel ist der Einsatz akademisierter Pflegefachkräfte in der direkten Patientenversorgung.

Die Universitätsmedizin sieht sich hinsichtlich der Akademisierung in der Pflege in einer besonderen Position. Mittlerweile existieren einige pflegewissenschaftliche Institute, in denen pflegerische Forschung betrieben wird. Diese Institute sind in der Regel in medizinische Forschungsstrukturen integriert oder arbeiten mit diesen in Kooperationen. Das Alleinstellungsmerkmal der Universitätsmedizin besteht darin, dass Patientenversorgung inhärent mit der akademischen Ausbildung und Forschung verknüpft ist. In diesem Sinne bringt Universitätsmedizin die Pflegeforschung in die direkte Patientenversorgung. Das fördert die Entwicklung neuer pflegerischer Konzepte. Klinische Pflegeforschung in der Universitätsmedizin ist in der Lage, auf konkrete Patienten- und Versorgungsbedarfe zu reagieren. Pflegerische Interventionen können gemeinsam mit Experten aus der Pflege und aus anderen Gesundheitsfachberufen sowie mit Patienten entwickelt werden und die gewonnenen Erkenntnisse direkt in die Patientenversorgung und in die Lehre einfließen.

2. Einsatz akademischer Pflegefachpersonen in der Praxis

Es folgen drei Praxisbeispiele zu akademischen Rollen von Pflegenden in der klinischen Patientenversorgung an den Universitätskliniken Freiburg und Halle. Ziel ist anhand dieser Beispiele den Effekt des Einsatzes akademisierter Pflegefachpersonen in der stationären Versorgung für Patienten, Mitarbeitende und Teams zu analysieren und die Strukturanforderungen und Rahmenbedingungen für die Etablierung akademischer Berufsrollen in der Pflege herauszuarbeiten.

Advanced Practice Nurse (APN)

Derzeit erfolgt die Ausbildung zur APN in Deutschland über nicht primärqualifizierende Studiengänge. In einigen Krankenhäusern und Universitätskliniken sind APN (M.Sc.) bereits in die Patientenversorgung integriert. Mit dem weltweit etablierten Pflege-Konzept des Advanced Practice Nursing soll der Kompetenzbereich in der Gesundheits- und Krankenpflege vertieft und das Aufgabenfeld erweitert werden [5]. APN werden in spezialisierten Versorgungsfeldern tätig und/oder widmen sich bestimmten Patientengruppen in Bezug zu einem Symptom (z. B. Delir), einer Therapieform (z. B. Lebertransplantation) oder einem Setting (z. B. Intensivmedizin) zu.

Hier bilden die Advanced Practice Nurses die Schnittstelle zwischen Pflegenden und der Ärzteschaft. Zu den generalistischen Aufgaben der APN gehören die professionelle pflegefachliche Berufsentwicklung (z. B. Evidence Based Nursing), Fachführung in der Organisation (z. B. pflegefachliche Vorgaben), Forschung und Qualifizierung (z. B. Übernahme Lehreinheiten). Hinzu kommen erweiterte klinische Funktionen in der direkten Patientenversorgung bspw. diagnostische und therapeutische Aufgaben.

Am Universitätsklinikum Freiburg sind APN zur Begleitung lebertransplantierte Patienten eingesetzt und fungieren in diesem Beispiel als kontinuierlicher Ansprechpartner der Patienten.

ten (und Angehörigen). Sie unterstützen bei organisatorischen Maßnahmen im Behandlungsprozess sowie bei medizinischen Fragestellungen in Zusammenarbeit mit dem Ärzteteam und stärken damit die Selbstmanagementkompetenzen der Patienten. Die APN übernimmt im interprofessionellen Behandlungsteam die Durchführung von Fortbildungen für Ärzte und Pflege, initiiert und begleitet die Implementierung der Fachstandards, identifiziert den Forschungsbedarf, erstellt evidenzbasierte Gesundheitsinformationen und monitort die Ergebnisse. Die APN stellt in diesem Beispiel die Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Bereich durch direkte Kommunikation bspw. mit den Hausärzten dar. Zudem wird die Informationskette im interprofessionellen Team im Krankenhaus verbessert.

Im Bereich der Stammzelltransplantation, dem zweiten Praxisbeispiel, ist die APN wertvoller Ansprechpartner der Patienten, während und bis mindestens ein Jahr nach der Transplantation. Die APN organisiert die Diagnostik, fördert systematisch das Selbstmanagement der Patienten hinsichtlich Infektionsprävention, Symptommanagement, körperlicher Bewegung und Medikamententreue und begleitet kontinuierlich den Behandlungsprozess bis in die Nachsorge. Nach der Implementierung der APN im Bereich der Stammzelltransplantation konnte ein Trend zu einem besseren Überleben und weniger Wiedereinweisungen bei den Patienten beobachtet werden. Die Patientenzufriedenheit stieg insbesondere durch die Etablierung einer zentralen Ansprechperson und der damit einhergehenden Sicherheit für die Patienten durch die verbesserte Koordination und Kontinuität in der Versorgung.

In beiden Beispielen des APN-Einsatzes, der Begleitung von lebertransplantierten Patienten sowie im Bereich der Stammzelltransplantation hat bislang keine eigenständige Heilkundeübertragung stattgefunden, sondern nur durch Delegation. Ziel ihres Einsatzes ist es, die Versorgungsqualität durch Kontinuität, Selbstmanagementförderung, optimierte Kommunikation und Prozesse zu verbessern.

Evidenzbasierte Pflege mit Heilkundeübertragung (EBP)

Die Universitätsmedizin Halle hat im Rahmen des Modellvorhabens im Jahr 2016 einen primärqualifizierenden Bachelor-Studiengang Evidenzbasierte Pflege (EBP) etabliert. Im Fokus steht die Heilkundeübertragung im stationären Setting. Es werden neben der Pflege Kernkompetenzen zu Therapieentscheid, Patientenberatung und zur interprofessionellen Kommunikation vermittelt. Das entwickelte Rollenbild in Halle sieht die eigenständige Behandlung/Beratung/Edukation von chronisch kranken Patienten mit Typ-2-Diabetes mellitus oder chronischen Wunden vor. Der im Stationsalltag integrierte Pflegexperte (EBP) ist in diesem Beispiel ca. 25 % der Arbeitszeit wissenschaftlich tätig (bspw. Literaturrecherche), führt die Fachpflege in Bezug auf die übertragenen heilkundlichen Tätigkeiten aus, übernimmt Pflegevisiten und analysiert stationsbezogene Daten. Zudem wenden die akademisierten Pflegefachpersonen ihr Wissen zur Initiierung bzw. Begleitung und Anwendung neuer klinischer Methoden an, beteiligen sich an der Ausbildung und Lehre, führen Schulungen für Mitarbeitende aus dem ärztlichen- und Pflegedienst durch und erstellen Publikationen.

Es konnte nachgewiesen werden, dass die Etablierung der Evidenzbasierten Pflege mit Heilkundeübertragung (EBP) am Universitätsklinikum Halle zu einer hohen Qualität in der Patientenversorgung beiträgt. Die akademisierten Pflegefachpersonen bleiben dabei jederzeit im Pflorgeteam integriert. Aus ärztlicher Sicht entsteht ein Mehrwert durch den Einsatz der akademisierten Pflegefachpersonen: Durch die Erhöhung der Eigenständigkeit und Verantwortung für Pflegende hat sich aus ärztlicher Sicht die Qualität in der Patientenversorgung und die interprofessionelle Zusammenarbeit verbessert. Das Modellvorhaben zeigt auf, wie die Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten an akademische Pflegefachpersonen möglich ist.

3. Etablierung akademischer Pflegefachpersonen in die Praxis

Ziel der Deutschen Hochschulmedizin ist die Schaffung eines adäquaten Qualifikationsmixes von akademisierten und nicht-akademisierten Mitarbeitenden in Gesundheitsfachberufen vor allem in primär patientenversorgenden Bereichen (jedoch nicht nur dort). Die anzustrebende Akademisierungsquote ist dem Grunde nach von Fach zu Fach, vor dem Hintergrund von Forschung, Lehre und Patientenversorgung, individuell zu bestimmen [7]. Der Wissenschaftsrat rät zudem zur Weiterentwicklung beruflicher Zielpositionen, um Karrierewege in Versorgung und Wissenschaft für akademisierte Gesundheitsfachberufe aufzuzeigen. So können nachhaltige Bleibeoptionen und attraktive Karrierewege in der Gesundheitsversorgung entstehen [3].

In Kapitel 2 wurden potenzielle Einsatzbereiche akademisierter Pflegefachpersonen in der Universitätsmedizin anhand von Praxisbeispielen skizziert. Neben der Vorstellung von Praxisbeispielen wurde eine Vorgehensweise erarbeitet, wie die Integration akademischer Pflegefachpersonen an den einzelnen Standorten gelingen kann:

1. Kultur- und Strukturwandel

Bevor der konkrete Bedarf an akademisierten Pflegefachpersonen unter Berücksichtigung der lokalen und regionalen Besonderheiten am Standort sowie dem regionalen Bedarf außerhalb des universitätsmedizinischen Standortes ermittelt wird und Einsatzbereiche sowie Zielpositionen skizziert werden, ist der Kultur- und Strukturwandel von höchster Ebene mitzutragen. Ein Vorstandsbeschluss ist ein Weg, um den Unternehmenswillen zum Einsatz der akademisierten Pflegefachkräfte im Sinne der Interprofessionalität an Führungskräfte zu kommunizieren. Diese wiederum setzen die Transformation in den jeweiligen Teams um und zeigen sich für deren Personalentwicklung verantwortlich.

2. Bedarfe analysieren

Um die standortindividuellen Bedarfe zu analysieren, ist zunächst die Ausgangslage in den unterschiedlichen Organisationseinheiten/Fachbereichen zu bestimmen. Für das Ziel der Verbesserung von Versorgungsprozessen und Teamstrukturen durch den Einsatz akademischer Pflegefachpersonen sind die konkreten klinischen Anforderungen zu identifizieren, resp. welche Lücken zu schließen sind. Je präziser der Bedarf definiert wird, desto transparenter ist die Karriereperspektive für die Pflegekräfte und die Prozessverbesserung für das Team.

3. Konsens schaffen

Ratsam ist, die Bedürfnisse aller am Versorgungsprozess beteiligten Mitarbeitergruppen in einer strukturierten Weise abzufragen, um die gemeinsam identifizierten Versorgungslücken zu schließen. Damit kann ein gemeinsam zu erreichendes Ziel definiert werden. Wenn dieses Ziel beinhaltet, die Versorgungslücke durch den Einsatz akademisierter Pflegefachpersonen zu schließen, ist es erforderlich, das Verständnis für die künftige Rolle der akademischen Pflegefachpersonen im Team aufzubauen.

4. Kompetenz-/Karrieremodelle entwickeln

Bei der Entwicklung von Kompetenz-/Karrieremodellen sollten die konkreten Einsatzgebiete in jedem Standort maßgeblich sein. Dafür werden klinische Rollen abgetrennt, die dafür erforderlichen Kompetenzen beschrieben und idealerweise mit einer Stellenbeschreibung und der tariflichen Eingruppierung hinterlegt. So wird automatisch eine Transparenz über Weiterentwicklungsmöglichkeiten und Zielpositionen hergestellt. Zur Realisierung lebenslanger Karrierewege rät der Sachverständigenrat zu einem durchlässigen, konsistenten und kohärenten Qualifikationsstufenmodell für den Pflegeberuf von der Pflegeassistentenausbildung, Berufsausbildung, Bachelor-, Masterstudium, Promotion bis zur Habilitation. Beispielhaft wird das Laufbahnmodell des Universitätsklinikums Halle dargestellt (Grafik 1). Ein generisches Karrieremodell für sämtliche Gesundheitsfachberufe findet sich in dem Positionspapier der Deutschen Hochschulmedizin zum Studium der Gesundheitsfachberufe (https://www.deutsche-hochschulmedizin.de/wp-content/uploads/2025/01/Positionspapier_Studium-der-Gesundheitsfachberufe.pdf).

Laufbahnmodell des Pflegedienstes am UK Halle (Saale)



DQR	Fachlaufbahn	Managementlaufbahn	Bildungslaufbahn	
8	Leitung Stabsstelle Pflegeforschung* <i>Master, Habilitation o. PhD</i>	Pflegedirektorin/Leitung Zentrale Dienste/ Pflegerische Leitung <i>Master o. PhD</i>	Leitung Ausbildungszentrum <i>Master o. PhD</i>	
7	Pflegewissenschaftler:innen* <i>Master</i>	Abteilungsleitung Zentrale Dienste <i>Master</i>	Fachbereichsleitung <i>Master</i>	
	Fachführende Pflegeexpert:innen* [Managementebene] <i>Master</i>	Pflegerische Klinikleitung* <i>Bachelor/Master</i>	Lehrkraft <i>Master</i>	
	Advanced Practice Nurse (APN)* [Klinik-/Stationsebene] <i>Master</i>			Fachliche Kursleitungen <i>Master</i>
6	Fachexpert:innen* [bereichsübergreifende Pflege Themen] <i>Bachelor</i>	Pflegerische Bereichsleitung* <i>Zusatzqualifikation o. Bachelor</i>	Zentrale Praxisanleiter:innen <i>Bachelor + Zusatzqualifikation</i>	
	Pflegefachfrau/-mann mit Bachelor <i>Bachelor</i>			Pflegeexpert:innen EbP* [Stationsebene] <i>Bachelor EbP nach Traineeprogramm</i>
	Pflegespezialist:innen EbP* [Stationsebene] <i>Bachelor EbP während des Traineeprogramms</i>			
5/6		Pflegefachfrau/-mann <i>Berufsabschluss mit Weiterbildung</i>	Praxisanleiter:innen <i>mit Zusatzqualifikation + 2 J. Berufserfahrung</i>	
4		Pflegefachfrau/-mann <i>Berufsabschluss</i>		
3		Krankenpflegehelfer <i>Berufsabschluss</i>		
1/2		ungelernter Pflegehelfer <i>ohne Berufsabschluss zur Ausbildungsvorbereitung</i>		

*Berufsabschluss als Pflegefachfrau/-mann

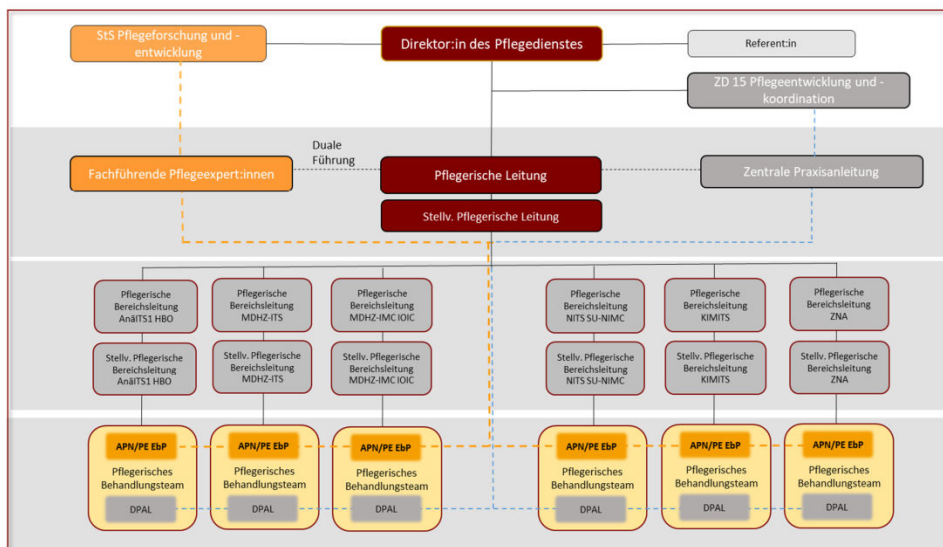
Stand: 12/2024

Grafik 1: Laufbahnmodell Pflege am Universitätsklinikum Halle, Christiane Becker

5. Organisatorische Einbindung

Die Ausbildung in Forschung und Lehre selbst, wie auch die organisatorische Einbindung der akademisierten Pflegefachpersonen in der Krankenversorgung, sollte von vornherein festgelegt und transparent sein. Beispielsweise wurde an der Universitätsmedizin Halle die organisatorische Einbindung am Modell der Intensiv- und Notfallmedizin erarbeitet (Grafik 2):

ORGANISATORISCHE EINBINDUNG AM MODELL INTENSIV- UND NOTFALLMEDIZIN



Christiane Becker | Pflegedirektion

Grafik 2: Organisatorische Einbindung am Modell Intensiv- und Notfallmedizin, Christiane Becker

6. Strukturen etablieren sowie Qualifikations- und Entwicklungsprogramme implementieren

Für die zielgerichtete Etablierung akademischer Pflegefachpersonen in die direkte Patientenversorgung sind nach den Erfahrungen einzelner Unimedizinstandorte folgende Aspekte wesentlich: Es empfiehlt sich der Aufbau einer Stabsstelle oder einer vergleichbaren eigenständigen Organisationseinheit, die durch hauptverantwortliche Mitarbeitende geführt wird [6].

Am Standort Freiburg wurde bspw. eine Stabsstelle „Klinische Pflegewissenschaft, Qualität und Entwicklung“ etabliert. Zur Weiterentwicklung der universitären Versorgungsstrukturen durch die Umsetzung innovativer Pflege- und Versorgungskonzepte hat diese Stabsstelle die Rollenentwicklung der Pflegeexperten APN in einem Mentoring Konzept beschrieben und umgesetzt. Hier werden Rollen für Versorgungsbereiche mit klinischem Bedarf entsprechend des PEPPA-Frameworks (ein Partizipativer, Evidenzbasierter und Patientenorientierter Prozess zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Advanced Practice Nursing) entwickelt, die Implementierung und Evaluation über drei Jahre begleitet. So kann die kontinuierliche Weiterentwicklung der Rolle der APN im jeweiligen stationären oder ambulanten Setting an den aktuellen Bedarfen ausgerichtet werden. Außerdem beraten die Mitarbeitenden der Stabsstelle Bachelorabsolventen zu ihrer Karriereplanung und begleiten diese in der weiteren Rollenentwicklung. Daneben werden aus der Stabsstelle Forschungs- bzw. Drittmittelprojekte initiiert und koordiniert. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Klinik und pflegewissenschaftlichem Institut bildet die Grundlage für erfolgreiche Forschung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität.

Am Standort Halle wurden mittlerweile drei Professuren für Pflegewissenschaft und Klinische Pflege etabliert. Professuren in den Pflegeberufen mit einem Auftrag in der Patientenversorgung und Innovationsorientierung können den Prozess zur Etablierung von Strukturen sowie der Implementation von Qualifikations- und Entwicklungsprogrammen entscheidend gestalten.

Das Ziel der Verbindung von akademischen Aufgaben in Forschung und Lehre sowie der direkten Patientenversorgung ist bei der Ausprägung der Organisationseinheit mitzudenken. Ein nicht unerheblicher Aspekt ist die Art der Finanzierung, die im Voraus zu definieren ebenfalls empfohlen wird.

7. Aufbau von Studiengängen

Der Handlungsbedarf für den Auf- und Ausbau von Studiengängen wird in dem bereits zuvor erwähnten DHM-Papier zum Studium der Gesundheitsfachberufe beschrieben. Darüber hinaus bietet das Papier Informationen zu einem Mustercurriculum, zur Interprofessionalität bspw. aber auch zu den benötigten Ressourcen sowie zu berücksichtigende rechtliche Aspekte für den Auf- bzw. Ausbau von Studiengängen.

4. Handlungsempfehlungen und Rahmenbedingungen

Um mehr Pflegefachpersonen wissenschaftlich auszubilden, auf komplexer werdende Versorgungsbedarfe vorzubereiten und an versorgungsrelevanten Schnittstellen einzusetzen, müssen die Rahmenbedingungen verbessert werden:

1. Einheitliches Studium

Ziel ist es, die mit einem Hochschulabschluss (Bachelor und Master) erlernten Kompetenzen und Fertigkeiten in die direkte Patientenversorgung zu tragen. Aktuell ist beispielsweise weder die klinische Rolle als solche geschützt noch Ausbildungsinhalte der APNs geregelt. Auch fehlen eine Registrierung und die Regulation der Tätigkeiten. Mit dem Pflegekompetenzgesetz (für APNs) sollte das Berufsbild der APN nach internationalen Vorbildern etabliert werden (BMG). Ebenso erscheint es wichtig, die Ausbildung zur APN in Deutschland zu vereinheitlichen und eine Registrierung und/oder Vernetzung sicherzustellen. Grundsätzlich wird die Akademisierung der Pflegeberufe durch die bewährten und etablierten Strukturen im Forschungs- und Lehrbetrieb der Universitätsmedizin unterstützt werden. Große Teile der praktischen Ausbildung könnten an den Universitätsklinikum stattfinden [6].

Vorteil eines Studiengangs an einem Universitätsmedizinstandort sind die Möglichkeiten der interprofessionellen Lehre mit den zukünftigen Medizinerinnen sowie die gemeinsamen Praxiseinsätze. Dies bildet zur Stärkung der Akzeptanz und des Rollenverständnisses der akademisierten Pflege für die spätere Zusammenarbeit eine wichtige Grundlage. Gleichzeitig sind Qualifikationsarbeiten Treiber für Innovation in der Pflegepraxis und erweitern den Bereich der Versorgungsforschung an den Medizinischen Fakultäten. Bei der Etablierung von Studiengängen an Hochschulen außerhalb der Universitätsmedizin sollte die Mitwirkung bei der Erstellung der Ausbildungsinhalte zur bestmöglichen Integration der Absolventen in die stationäre Umgebung angestrebt werden.

Im Sinne der Patientenversorgung erscheint es zielführend, zunächst Kompetenzen, Rollen und Zielpositionen zu definieren und auf dieser Basis Curricula an den Universitäten/Fachhochschulen zu entwickeln.

2. Berufseinstieg

Die Absolventen der primärqualifizierenden Studiengänge sind Berufseinsteiger (Beispiel EBP). Hier gilt es Wege zu beschreiben, sie nach Abschluss ihres Studiums zu unterstützen, um schnellstmöglich ihre Kompetenzen entfalten zu können – beispielsweise durch den Aufbau eines Weiterbildungscurriculums. Alle am Versorgungsprozess beteiligte Akteure sollten für die neue Rolle sensibilisiert werden. Kompetenz- und Karrieremodelle schaffen hier die notwendige Transparenz.

3. Kompetenzerweiterung

Im Kontext des Fachkräftemangels und der Einführung von Personalbemessungssystemen wurde in den letzten Jahren viel über die richtige Anzahl der eingesetzten Pflegefachpersonen, Qualifikationsniveaus mit einhergehenden Kompetenzprofilen und die richtige Teamzusammenstellung beraten. Die Akademisierung in ihren verschiedenen Formen soll Entwicklungsperspektiven erweitern und auf diese Weise das Berufsbild attraktiver präsentieren.

Gegenstand der aktuellen Beratungen ist ebenso die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf die Pflegeexperten. Mit dem Pflegekompetenzgesetz sollten perspektivisch entsprechende Befugnisse in der Versorgung abhängig von den erworbenen Kompetenzen ermöglicht werden. Ebenso vorgesehen war, dass die Pflegefachpersonen auf Master-Niveau künftig zur eigenverantwortlichen und selbständigen Ausübung von Heilkunde in ärztlich oder pflegegeleiteten Einrichtungen (vergleichbar z. B. mit den Nurse Practitioners in den USA) befähigt werden sollten [2]. Die Erweiterung der Handlungskompetenzen für Pflegefachpersonen ist ein entscheidender Fortschritt, um die Pflegequalität langfristig zu sichern. In Gesetzgebungsverfahren müssen dringend Rechtsunsicherheiten im Rahmen der Substitution und Unklarheiten wie bspw. der Verordnungsfähigkeit durch Pflegeexperten ausgeräumt werden. Ebenso muss anhand der Kompetenzerweiterung in der Pflege ein bedarfsgerechter Qualifikationsmix entwickelt und Anrechnungsmöglichkeiten in sämtlichen (tariflichen) Personalbemessungssystemen sichergestellt werden. Gleichzeitig sind die Schaffung bundeseinheitlicher Normen in Ausbildung und Studium sowie einheitliche rechtliche Rahmenbedingungen zu beraten.

4. Vergütung

Neben den aktuellen Unterschieden in den Ausbildungen zur APN gibt es ebenso Unterschiede in der Vergütung. Der Wissenschaftsrat hat sich in seinen Empfehlungen zu wissenschaftlichen Potenzialen für die Gesundheitsversorgung mit der Vergütung akademisierter Gesundheitsfachberufe befasst und betont, dass für Fragen der angemessenen Vergütung sowohl die Tarifpartner, als auch die Vertragspartner der Heilmittelversorgung sowie der Gesetzgeber angesprochen sind. Die neu geschaffenen Berufsbilder und ihre damit verbundenen erweiterten Tätigkeiten auf Bachelor- und Masterniveau könnten tariflich herausgehoben berücksichtigt werden. Die Universitätskliniken in NRW haben sich vor einiger Zeit für eine Weiterentwicklung der Tarifverträge auch in Bezug auf die Vergütung der akademisierten Pflege (und anderen Gesundheitsfachberufen) entsprechend ihren Tätigkeitsprofilen ausgesprochen [6]. Richtig ist, dass unter den jetzigen Bedingungen der Pflegefinanzierung die Kosten auch von akademisierten Pflegefachpersonen in der direkten Patientenversorgung vollständig im Pflegebudget abgebildet werden. Allerdings ist zu erwarten, dass akademisierte Pflegekräfte nicht ausschließlich patientennahe Tätigkeiten ausführen – damit wären sie mindestens anteilig auch Forschung und Lehre zuzurechnen. Das ist jedoch standortindividuell zu entscheiden und in der Struktur (siehe Punkt 5) entsprechend vorzusehen.

5. Strukturelle Förderung

Neben einer ausreichenden Finanzierung der Pflegefachschulen, die vollständig durch die Kostenträger zu tragen sind, entstehen zusätzliche finanzielle Aufwände für die Entwicklung neuer Studiengänge und den dauerhaften Lehrbetrieb. Die Universitätsmedizin benötigt daher eine entsprechende Finanzierung, um die universitäre Ausbildung der Gesundheitsfachberufe umsetzen zu können [6].

Zur strukturellen Förderung der Erhöhung von Studienanfängerzahlen wurde bereits im Oktober 2023 das Pflegestudiumstärkungsgesetz beschlossen. Als ein Baustein zur Attraktivitätssteigerung erhalten Studierende in der Pflege auf Grundlage des Gesetzes künftig für die gesamte Dauer ihres Studiums eine angemessene Vergütung.

5. Fazit

In Studien und Gutachten werden die demografischen Veränderungen der kommenden Jahre beschrieben. Der Fachkräftemangel wird sich weiter verschärfen. Gründe dafür ist neben dem Austritt der Babyboomer-Generation aus dem Arbeitsmarkt der ansteigende Bedarf an Pflegefachkräften aufgrund der gesetzlichen Mindestbesetzungsregeln und er ist flankiert von anderen Erwartungen an die Arbeitgeber durch die Gen-Z. Auf der anderen Seite werden chronische Erkrankungen und Multimorbiditäten der Patienten zunehmen.

Geraten wird zu neuen Versorgungsformen, zur Identifikation von Substitutionspotenzialen, effizient eingesetztem Personal, Ermöglichung lebenslanger Karrierewege und der Nutzung wissenschaftlicher Potenziale. Akademisierungsquoten von bis zu 20 % werden von wissenschaftspolitischen Beratungsgremien für die Pflegeberufe gefordert. Akademisierung kann ein Baustein von mehreren sein, da Vorteile für alle am Gesundheitswesen partizipierenden Gruppen daraus zu erkennen sind.

Für Patienten

In den Praxisbeispielen konnte eine Qualitätssteigerung der Versorgung durch den Einsatz akademischer Pflegefachpersonen (hier APN) in medizinisch eingegrenzten hochkomplexen Settings erzielt werden. Es konnte ein Trend zu einem besseren Überleben und weniger Wiedereinweisungen bei den Patienten beobachtet werden. Gesundheitsleistungen wurden weniger in Anspruch genommen, Wartezeiten wurden verkürzt und die Sicherheit für die Patienten durch eine zentrale Ansprechperson ist gestiegen.

Zudem wurde in einem Modellvorhaben die Heilkundeübertragung in einem engen medizinischen Spektrum ausprobiert. In ausgewählten medizinischen Bereichen (den Krankheitsbildern Diabetes, chronische Wunden) wurde eine sehr vertiefte Expertise aufgebaut. Pflegende mit einem Bachelorabschluss sollten in die Stationsteams integriert werden, um eine evidenzbasierte pflegerische Praxis zu unterstützen.

Der Einsatz der akademisierten Pflegefachpersonen ist ebenso für den wachsenden ambulanten Bereich denkbar bspw. auch Telemedizin. Die Verknüpfung von Forschung, Lehre und direkter Patientenversorgung stellt für die Entwicklung dringend benötigter neuer pflegerischer Konzepte eine große Chance dar. Klinische Pflegeforschung an Universitätskliniken reagiert auf direkte Patienten- und Versorgungsbedarfe, entwickelt pflegerische Interventionen in Zusammenarbeit mit Pflegeexperten, Experten anderer Gesundheitsfachberufe sowie Patienten und Angehörigen und integriert die gewonnenen Erkenntnisse unmittelbar in die Patientenversorgung und Lehre. [8].

Für akademisierte Pflegefachpersonen

Die Möglichkeit der Akademisierung steigert die Attraktivität der Pflegefachberufe durch den Erwerb zusätzlicher Kompetenzen und der Eröffnung weiterer Karrierewege im Versorgungskontext. Die Möglichkeit der Spezialisierung in einem Fachgebiet bzw. für eine spezifische Population in Verbindung mit der Kompetenzerweiterung steigert die Arbeitszufriedenheit und ist die gelebte Verknüpfung von Krankenversorgung und Wissenschaft. Auf die Erarbeitung von Wissen und evidenzbasierten Inhalten, der Transfer in die Praxis durch Durchführung von Projekten und Studien, folgt der Transfer zurück in die Theorie und Lehre. Die fachspezifische Lehrtätigkeit kann durch die akademisierten Pflegefachpersonen übernommen werden.

Für das Team

Ärzte, die Erfahrung in interprofessionellen Teams sammeln konnten, nehmen den Einsatz der akademisierten Pflegefachpersonen in den beschriebenen Versorgungsgebieten (Kapitel 2) aufgrund der Qualitätssteigerung für Patienten und der organisatorischen Entlastung als Gewinn wahr. Der Versorgungsprozess wird qualitativ verbessert bzw. Versorgungslücken geschlossen und die interprofessionelle Zusammenarbeit gestärkt. Innerhalb der interdisziplinären Teams von Pflegefachpersonen, akademisierten Pflegefachpersonen und Ärzten werden Strukturen optimiert und Abläufe effektiver gestaltet, die zu einem optimalen Versorgungsprozess für alle Beteiligten führen.

Für die Universitätsmedizin

Der Bedarf an Pflegefachpersonen ist schon jetzt enorm und wird künftig weiter steigen – auch an den Universitätsklinika. Die akademische Ausbildung verspricht eine Erweiterung der Interessenten für den Pflegeberuf. Die Attraktivitätssteigerung und ein längerer Berufsverbleib durch Entwicklungsmöglichkeiten in der direkten Pflege, kann somit zur Sicherung von qualifiziertem Fachpersonal beitragen [6]. Die Anzahl der Pflegefachpersonen aus der Altersgruppe der 35-55-jährigen zeigte über die Jahre eine leicht rückläufige Entwicklung, der Mitarbeiterstamm reduzierte sich in diesem Alterscluster über die letzten Jahre um rund 5 % [5]. Die Akademisierung ist ein Weg den Mitarbeitenden in der Pflege eine attraktive Kompetenzerweiterung anzubieten und ihnen in der Universitätsmedizin einen vielseitigen Arbeitsplatz zu bieten [6].

Der Versorgungsauftrag und das Versorgungsspektrum an den Universitätsklinika erfordern einen höheren Anteil akademisch qualifizierter Mitarbeitender in der Pflege und den anderen Gesundheitsfachberufen. Denn es ist dringend geboten, Forschung voranzutreiben und evidenzbasierte, innovative Versorgungskonzepte zu entwickeln, zu evaluieren und zu implementieren. Derartige Versorgungskonzepte profitieren deutlich von interprofessioneller Forschung, Lehre und klinischer Versorgung, die insbesondere in der Universitätsmedizin in dieser eng verzahnten Form umgesetzt werden können [6].

Es kann somit eine stärkere Binnendifferenzierung in den Gesundheitsfachberufen erreicht werden, die hervorragende Patientenversorgung und wissenschaftsgeleitete, evidenzbasierte Weiterentwicklung dieser Versorgung ermöglicht. Dieses Ziel wird unter anderem dadurch erreicht, dass die Universitätsmedizin politische Rahmenbedingungen vorfindet, um entsprechende Bildungsangebote bereitzustellen und externe Anbieter zu unterstützen. An den Standorten der Universitätsmedizin müssen Zielpositionen/-strukturen entwickelt werden, um die Magnetwirkung zu entfalten [7].

Literatur

- 1 Die Bundesregierung (2019), Konzertierte Aktion Pflege
- 2 Bundesministerium für Gesundheit (2023), Vorläufige Eckpunkte Pflegekompetenzgesetz
- 3 Wissenschaftsrat (2023), Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe
- 4 Sachverständigenrat (2024), Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource
- 5 Partnerschaft Deutschland (2024), Die Gesundheits- und Krankenpflege in deutschen Universitätskliniken
- 6 Medizinische Fakultäten und Universitätsklinika in Nordrhein-Westfalen (2020), Positionspapier Akademisierung Gesundheitsfachberufe
- 7 Deutsche Hochschulmedizin (2023), Impulspapier der Deutschen Hochschulmedizin – Akademisierung der Gesundheitsfachberufe
- 8 Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands (VPU) (2014), Pflege an Universitätskliniken