

360° Pflege – Qualifikationsmix für den Patienten



Vorwort

Nach über zwei Jahrzehnten der Akademisierung in der Pflege und rasanten Entwicklungen in den Pflegeausbildungen gibt es aktuell eine Vielzahl von berufsqualifizierenden Abschlüssen auf unterschiedlichen Qualifizierungsniveaus. Wer heute einen Pflegeberuf ausüben möchte, kann unter vielen verschiedenen Qualifikationsmöglichkeiten auswählen, von der einjährigen Helferausbildung über die „klassische“ dreijährige Ausbildung bis hin zum Bachelor- oder Masterabschluss. Dies ist ein positives Ergebnis der langjährigen Reformaktivitäten in den Pflegeberufen und unterstützt professionelle Pflege dabei, sich mit zunehmend komplexen Versorgungsfragen in einer alternden Gesellschaft auseinanderzusetzen. Denn die Zunahme von chronischen und Mehrfacherkrankungen erfordert ein differenziertes Vorgehen und neue Arbeitsteilungen im intraprofessionellen Pflegeteam, ebenso wie in der interprofessionellen Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe und an den Schnittstellen der Versorgungsbereiche. Nicht zuletzt angesichts der gestiegenen qualitativen und quantitativen Anforderungen im Gesundheitswesen ist eine akademisch fundierte Pflege notwendig, um den zunehmend komplexen Versorgungsbedarfen der Patienten gerecht zu werden. Der Wissenschaftsrat hat 2012 in seinen Empfehlungen zur hochschulischen Qualifikation für das Gesundheitswesen die Notwendigkeit der Differenzierung in den pflegerischen Qualifizierungsprofilen ausführlich begründet und eine Akademisierungsquote von 10 bis 20 Prozent als erste Zielgröße benannt.

Die Robert Bosch Stiftung begleitet und fördert diese Entwicklung seit mehr als 25 Jahren, denn die qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung von Menschen mit Pflegebedarf ist maßgeblich vom professionellen Handeln der Pflegeberufe abhängig. Dabei gilt es, die Patientensituationen in ihrer Individualität und Komplexität zu verstehen, patientenzentriert und bedarfsgerecht zu handeln und tragfähige Entscheidungen auf allen Ebenen der pflegerischen Versorgung zu treffen. Mit dieser Überzeugung hat die Robert Bosch Stiftung in der 1992 erschienenen Denkschrift „Pflege braucht Eliten“ den Akademisierungsbedarf begründet. Knapp zehn Jahre später folgte „Pflege neu denken“. Dieser zweite Kommissionsbericht erläuterte, Rahmenbedingungen und Prinzipien gestufter Pflegeausbildungen, von grundlegender Pflegeausbildung über Bachelor- und Masterstudiengänge bis hin zur Promotion. Es folgte die Förderung von neuen Ausbildungsmodellen in der Pflege, die sich mittlerweile fest etabliert haben.

Nun, da eine große Zahl von Qualifizierungsmöglichkeiten und Studiengängen zur Verfügung steht, ist jedoch festzustellen, dass die Vielfalt der Abschlüsse bislang noch keine systematische Verankerung in der Versorgungspraxis findet. Viele Hochschulabsolventen werden nicht in der direkten Patientenversorgung tätig. Zuständigkeiten der Assistenzkräfte und der dreijährig examinierten Pflegefachpersonen greifen häufig nicht sinnvoll ineinander. Es fehlt an Konzepten für neue und attraktive Karriereverläufe – ein Muss angesichts des Fachkräftemangels in den Pflegeberufen.

Vor diesem Hintergrund hat die Robert Bosch Stiftung die Initiative für einen weiteren Schritt ergriffen. Sie lud im Januar 2016 rund 40 Vertreter der professionellen Pflege – Praktiker, Personalverantwortliche, Wissenschaftler und Experten – ein, eine fundierte Orientierung zu erarbeiten mit dem Ziel, Pflegefachpersonen unterschiedlicher Qualifizierungsniveaus aufgaben- und kompetenzgerecht im Zusammenspiel mit allen professionellen Helfern des therapeutischen Teams einzusetzen. Angesichts des demografischen Wandels werden sämtliche qualifizierte Pflegefachpersonen gebraucht, um die Pflege grundsätzlich sicherzustellen. Niemand mit einem pflegerischen Berufsabschluss sollte dem Berufsfeld verloren gehen, weil ein Einsatz in der Patientenversorgung aufgrund eines gegebenen Qualifikationsprofils nicht möglich oder unattraktiv ist – zumal die Anforderungen an die Pflege die verschiedenen Ebenen der Qualifikation dringend erfordern. Um das Potenzial der verschiedenen Abschlüsse bestmöglich zu nutzen, muss sich Pflege neu organisieren, neue Rollen und Kooperationen in der eigenen Berufsgruppe aufbauen und sich dadurch für eine wirksame interprofessionelle Kooperation im Spektrum der Gesundheitsberufe befähigen. „360° Pflege – Qualifikationsmix für den Patienten“ soll dazu beitragen, diese Herausforderungen erfolgreich zu bewältigen.

Stuttgart, im Februar 2018

Robert Bosch Stiftung

Inhalt

06 Darum geht es

08 Die Herausforderung

10 Der Qualifikationsmix

11 Die Ergebnisse

12 Aufgabe 1: Aufgabenbeschreibung und intraprofessionelle Kooperation

14 Aufgabe 2: Organisatorische Rahmenbedingungen

16 Aufgabe 3: Interprofessionelle Kooperation

18 Aufgabe 4: Karriereverläufe

19 Wie geht es weiter?

22 Stimmen aus der Praxis

**22 Qualifikationsmix in der stationären Langzeitpflege:
Eine Einschätzung von Professor Hermann Brandenburg**

**24 Rehabilitationspflege auf Augenhöhe mit allen Akteuren:
Im Gespräch mit Thomas Graßhoff**

**26 „Mein Herz schlägt für die ambulante Versorgung“:
Interview mit Maria Hanisch**

**28 Mehrwert für chronisch kranke Patienten:
Pflegeexpertin APN Elke Keinath in der akutstationären
Versorgung**

30 Teilnehmer

34 Impressum

Darum geht es

Wie arbeitet die professionelle Pflege zielorientiert und nachhaltig zum Wohle der Menschen mit Pflegebedarf?

Welche pflegerischen Kompetenzen sind notwendig, um den vielfältigen und unterschiedlich komplexen Anforderungen der Menschen mit Pflegebedarf gerecht zu werden?

Wie kommen die unterschiedlichen Qualifikationen, die die professionelle Pflege auszeichnen, in einem Mix bestmöglich zum Einsatz in der direkten Patientenversorgung?

Welche Zukunftsvision, auch im Zusammenspiel mit anderen Gesundheitsprofessionen, hat die professionelle Pflege für den Versorgungsprozess?

Diese Fragen leiteten das Projekt „360° Pflege – Qualifikationsmix für den Patienten“. Der Qualifikationsmix ist ein praxisorientiertes Modell mit großer Relevanz für alle Versorgungssektoren. Er zeigt auf, wie Pflegende mit unterschiedlichen Berufsabschlüssen gemeinsam bedarfsgerecht die Menschen mit Pflegebedarf versorgen. Wie der Mix funktionieren und erfolgreich sein kann, haben die Projektbeteiligten erarbeitet. Eine Präsentation der Ergebnisse finden Sie auf den folgenden Seiten sowie auf der Webseite **www.qualifikationsmix-pflege.de**. Ziel des Projekts war es, Personalverantwortliche dabei zu unterstützen, den Qualifikationsmix in die Pflegepraxis zu implementieren und aktiv weiter zu gestalten. Die Robert Bosch Stiftung und alle Beteiligten dieses Projekts werben ausdrücklich für den Qualifikationsmix. Wir erklären ihn, geben Hinweise zum Gelingen, liefern konkrete Beispiele zur Umsetzung und stellen vertiefendes Material bereit.

Rund 40 Vertreter der professionellen Pflege – Praktiker, Personalverantwortliche, Wissenschaftler, Experten – widmeten sich auf Einladung der Robert Bosch Stiftung der Gestaltung und Umsetzung des Qualifikationsmixes. In vier Gruppen erarbeiteten sie tragfähige Strategien und praktische Lösungsansätze. Die Vorarbeit und Begleitung leistete eine Kerngruppe. Sie unterstützte die Tätigkeit der vier Arbeitsgruppen Ambulante Pflege, Akutstationäre Pflege, Rehabilitationspflege und Stationäre Langzeitpflege und führte die Ergebnisse zusammen. Das Projekt konzentrierte sich auf die professionelle Pflege. Die Pflege, die von Angehörigen mannigfaltig geleistet wird, erscheint als eine Aufgabe der professionellen Pflege in dem Sinn, Angehörige anzuleiten, zu unterstützen und dafür zu sorgen, dass keine Überforderung eintritt.

Die Herausforderung

Die Pflegeberufe bilden die größte Gruppe im Gesundheitssektor. Man geht von rund 1,6 Millionen Beschäftigten aus. Sie übernehmen Verantwortung für die professionelle Versorgung von Millionen Menschen in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken, in stationären Pflegeeinrichtungen und ambulant in privaten Haushalten bzw. im Quartier. Professionelle Pflege ist rund um die Uhr und direkt am bzw. mit dem Patienten, Klienten, Bewohner im Einsatz; für das Kind, das Unfallopfer, den Suchtkranken, den chronisch Kranken oder den alten Menschen mit Demenz.

Grundsätzlich ist die professionelle Pflege für ihre Aufgaben gut aufgestellt und hat eine große Bandbreite an Qualifikationen zu bieten: Die qualifizierten Berufsabschlüsse reichen von der Assistenz- ausbildung über die Ausbildung in der Gesundheits- und Kranken- pflege und die Bachelor- und Masterabschlüsse bis zur Promotion. Doch diese Vielfalt der Abschlüsse kommt aktuell noch zu wenig in der Praxis an, und Hochschulabsolventen werden zu selten in der direkten Versorgung tätig. Dabei mahnen Experten, einschlägige Gremien wie der Wissenschaftsrat und Fachverbände dringend an, den Anteil akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen und ihren Einsatz in der direkten Versorgung deutlich zu erhöhen. Denn es ist wichtig, den zunehmend heterogenen und komplexen Versorgungs- bedarfen der Menschen gerecht zu werden und eine darauf abge- stimmte, qualitativ hochwertige Pflege zu gewährleisten. Um dies zu erreichen, werden alle Qualifikationen im Team gebraucht – keine Fachperson sollte uns verloren gehen!

Umfang und Vielfalt der Aufgaben sind sehr groß und erfordern unterschiedlichste Kompetenzen. Die Intensivstation eines Kranken- hauses und die Demenzwohngruppe einer Pflegeeinrichtung mögen auf den ersten Blick wenige inhaltlich-fachliche Überschneidungen haben. Doch gemeinsam mit ambulant tätigen Pflegefachpersonen oder Mitarbeitern der Rehabilitationspflege stehen alle Akteure vor vergleichbaren, übergeordneten Herausforderungen.

Wie gelingt es:

- kontinuierlich die Fachlichkeit zu verbessern und evidenzbasiertes Wissen im Arbeitsalltag zu verankern,
- angesichts komplexer individueller Pflegearrangements und kultureller Vielfalt die situativ passende Kompetenz vorzuhalten,
- Arbeitsprozesse zu gestalten, die Qualität und Effizienz bestmöglich vereinbaren,
- gute Vernetzung zu vor- und nachgeordneten Versorgungsbereichen zu erreichen? Wie ist der Pfad für den Patienten zu gestalten? Wie die Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen in der Gesundheitsversorgung,
- technologische Neuerungen konstruktiv in der Pflege einzusetzen und in die Arbeitsprozesse zu integrieren,
- Pflegefachkräfte dauerhaft zu binden? Wie können das Berufsfeld und die individuellen Karrieremöglichkeiten attraktiv gestaltet werden?

Ein zentrales Problem ist derzeit die vielerorts ungenügende Personalsituation, was inzwischen alle Versorgungssektoren betrifft. Der Qualifikationsmix in der Pflege kann durchaus dabei helfen, Personal zu binden und zu gewinnen. Denn er macht das Berufsfeld insgesamt attraktiver und ermöglicht es, individuelle berufliche Perspektiven anbieten zu können. Er steht für ein differenziertes Vorgehen und eröffnet neue Arbeitsteilungen im intraprofessionellen Pflegeteam, in der interprofessionellen Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe und an den Schnittstellen der Versorgungssektoren. Was bedeutet dies konkret?

Der Qualifikationsmix

Um Menschen mit Pflegebedarf adäquat zu versorgen, ist mittlerweile ein Qualifikationsmix dringend notwendig. Denn in qualitativ hochwertiger und individuell bedarfsgerechter Pflege fallen eine Vielzahl von Aufgaben an, die unterschiedlich komplex sind. Diese reichen von hilfreichen Handreichungen über medizinisch-technische Funktionen bis zur Entwicklung neuer Pflegekonzepte einschließlich deren Implementierung in die Praxis und Evaluation ihrer Wirksamkeit.

Qualifikationsmix bedeutet, dass in einem Pflergeteam systematisch Pflegefachpersonen mit verschiedenen qualifizierenden Abschlüssen, die zum Pflegeberuf befähigen, zusammengestellt und dann bedarfsgerecht und effizient in der Versorgung eingesetzt werden. Außerdem sollten in den Teams Aspekte wie Berufserfahrung und Spezialisierung einzelner Personen Berücksichtigung finden.

Im Zentrum der Überlegungen zum Qualifikationsmix steht der Mensch mit Pflegebedarf als Kern des Versorgungsprozesses. Aufgabe der professionellen Pflege ist es, das individuell bedarfsgerechte Pflegearrangement zusammenzustellen und umzusetzen, eine zeitliche und inhaltliche Kontinuität für die gepflegte Person sicherzustellen und die Dynamik des jeweiligen Krankheitsverlaufs zu berücksichtigen. Ausgangspunkt ist die direkte, pflegerische Betreuung des Menschen mit Pflegebedarf bzw. die Leistungen, die tatsächlich bei ihm ankommen – die akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen leisten hier einen spezifischen Beitrag.

Der Qualifikationsmix umfasst alle für den patientenorientierten Prozess notwendigen Qualifikationen der professionellen Pflege. Diese sollten nicht „zufällig“ oder „nach Verfügbarkeit“ zusammengestellt werden. Vielmehr ist ein systematisches, aber dennoch flexibles Vorgehen zu wählen, um auf Veränderungen reagieren zu können. Die Vorteile dabei: Die Zufriedenheit von Mitarbeitern und Patienten steigt, ebenso die Pflegequalität und Patientensicherheit im Sinne einer fachlich „richtigen“ Pflege, die sich immer an den Bedarfen orientiert.

Außerdem spricht viel dafür, dass mit einem Qualifikationsmix wertvolle Ressourcen wirtschaftlich eingesetzt werden können.

Die Einführung des Qualifikationsmixes sollte im Rahmen eines umsichtigen Veränderungsmanagements erfolgen. Denn der bedarfsorientierte Qualifikationsmix wird Veränderungsprozesse anstoßen. Dies betrifft die Mitarbeiter, das Team, die Abteilung sowie die gesamte Organisation. Außerdem beeinflusst er die Kooperation mit anderen Berufsgruppen und wirkt idealerweise über Organisations- und Sektorengrenzen hinaus.

Der Versorgungsprozess wird in diesem Projekt aus der Sicht des Menschen mit Pflegebedarf und damit sektorenübergreifend verstanden. Die Aufteilung in sektorenbezogene Arbeitsgruppen während der Projektarbeit diene ausdrücklich nicht deren Verfestigung. Die Arbeit in der Differenzierung akutstationäre Pflege, ambulante Pflege, Rehabilitationspflege und stationäre Langzeitpflege spiegelt vielmehr die jeweilige berufliche Realität vor dem Hintergrund unterschiedlicher Rahmenbedingungen wider. Diese offen zu legen und potentielle Hürden einer patientenorientierten Pflege zu erkennen und zu benennen, war ein wichtiges Anliegen. Denn Unterschiede müssen in der beruflichen Realität wieder aufgefangen werden und sind Impulse für Veränderung und Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung.

Die Ergebnisse

Die Arbeitsgruppen bearbeiteten vier umfangreiche Aufgaben und beschäftigten sich mit folgenden Fragestellungen:

- Wie kann das Zusammenwirken verschiedener Qualifikationen im Pflorgeteam für den Menschen mit Pflegebedarf und dessen bedarfsgerechte Versorgung gelingen – in der Organisation und über die Versorgungssektoren hinweg?
- Wie sollten die notwendigen Rahmenbedingungen hierfür gestaltet sein?
- Wie funktioniert die interprofessionelle Kooperation mit den weiteren Gesundheitsberufen?
- Wie können attraktive Berufs- und Karriereverläufe aussehen und aufgebaut werden; in Teams, Sektoren und über Sektorengrenzen hinweg?



Aufgabe 1: Aufgabenbeschreibung und intraprofessionelle Kooperation

Welche Aufgaben ergeben sich aus der individuellen, komplexen Patientensituation heraus für eine bedarfsgerechte Versorgung?

Welche Kompetenzen sind zur Erfüllung dieser Aufgaben notwendig?

Welcher Qualifikationsmix ist hierfür erforderlich oder wünschenswert?

Für jeden Sektor definierten die Gruppen das komplette Aufgabenspektrum der professionellen Pflege und bestimmten anschließend die dazu erforderlichen Kompetenzen. Um den Qualifikationsmix abbilden zu können, wurden die Kompetenzen mit Qualifikationen verbunden, die sich am Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) orientieren. Die Teilnehmer stützten sich hierbei auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff (siehe Abbildung 1), den Kompetenzrahmen der European Federation of Nurses Associations sowie auf eine für das Projekt bezüglich der beruflichen Pflege aufgearbeitete Fassung des DQR, welcher auf der Webseite www.qualifikationsmix-pflege.de abrufbar ist.

Um unterschiedliche Varianten des Qualifikationsmixes in den Versorgungssektoren nachvollziehbar zu machen, wurden diese auf der Webseite beispielhaft in sechs Fallgeschichten eingebettet. Die Umsetzung des Qualifikationsmixes orientiert sich in der Praxis an den Erfordernissen des jeweiligen Versorgungskontextes und variiert entsprechend. Entscheidend sind stets die individuellen Bedarfe der zu versorgenden Menschen in der jeweiligen Einrichtung.

Der Qualifikationsmix bedeutet außerdem den Aufbau oder die Stärkung einer kompetenzgeleiteten Kultur, die sich auf evidenzbasierte Pflege stützt und damit Pflegequalität und Patientensicherheit zum Ziel hat. Dies sollte sich positiv auf die Organisation auswirken und die Motivation der Mitarbeiter steigern. Unter Umständen können (jetzt noch) nicht alle Qualifikationen, z. B. diejenigen hochqualifizierter oder spezialisierter Pflegefachpersonen, vorgehalten werden. Doch daraus darf nicht der Verzicht auf eine um akademische Kräfte ergänzte Pflege abgeleitet werden. Stattdessen sollten sich die Einrichtungen aktiv um Absolventen bemühen, wie dies in Unternehmen selbstverständlich ist. Ebenso lassen sich Pool-Lösungen finden, z. B. regional gemeinsam mit anderen Anbietern oder zentral in der eigenen Einrichtung.

Pflegebedürftigkeitsbegriff

Pflegebedürftigkeit ist definiert als gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der Selbstständigkeit, die personelle Hilfe in den Bereichen...

- Mobilität,
- Bewältigung psychischer Anforderungen und Problemlagen,
- Selbstversorgung (regelmäßige Alltagsverrichtungen),
- Bewältigung krankheits- / behandlungsbedingter Anforderungen und Belastungen sowie
- Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte erforderlich macht.

Quelle: GKV Spitzenverband (2011): Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Band 2) „Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit“.

Abbildung 1: Pflegebedürftigkeitsbegriff



Aufgabe 2: Organisatorische Rahmenbedingungen

Welche Auswirkungen hat der Qualifikationsmix auf die Zusammenarbeit im Pflorgeteam?

Wie muss eine Organisation gestaltet sein, damit das qualifikationsgemixte Pflorgeteam seine Aufgaben gut erfüllen kann?

Welche Rahmenbedingungen müssen gegeben sein, um den Versorgungsprozess durch ein qualifikationsgemixtes Pflorgeteam zu unterstützen und den Qualifikationsmix in der Pflege zu sichern?

Jede Qualifikation im Team hat ihre Berechtigung und wird von allen anerkannt! Ein bewusster und konstruktiver Umgang mit Unterschieden ist notwendig. Neue Hierarchien sollten jedoch möglichst vermieden werden. Ein erfolgreicher Qualifikationsmix führt dazu, dass für jede Qualifikationsstufe – von den Assistenzberufen bis zur akademisierten Pflege – ein attraktives Aufgabenfeld in der direkten Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf geschaffen wird.

Der Qualifikationsmix

- integriert alle Mitarbeiter des Pflorgeteams,
- erfordert ein gemeinsames Pflegeverständnis,
- bringt Veränderungen auf allen Ebenen,
- ist dann erfolgreich, wenn er von allen gelebt wird,
- führt zu einem Zugewinn an pflegerischer und pflegewissenschaftlicher Kompetenz,
- muss von der Führung bzw. Leitung aktiv unterstützt werden.

Die Teilnehmer der Arbeitsgruppen haben die Rahmenbedingungen in die Aspekte Führung, Kommunikation, Personalentwicklung und Organisation unterteilt und vertiefend erläutert. Diese Ergebnisse sind auf der Webseite **www.qualifikationsmix-pflege.de** dargestellt.

Zentral ergeben sich folgende übergeordnete Erkenntnisse:

- Die professionelle Pflege muss auf allen Entscheidungsebenen der Organisation neben ärztlicher und / oder kaufmännischer Führung gleichberechtigt vertreten sein.
- Die Führung ist immer Vorbild, gestaltet die Organisationskultur und trägt damit wesentlich zum Erfolg (oder Misserfolg) des Qualifikationsmixes bei.
- Die Personalentwicklung strebt bewusst einen Qualifikationsmix an und stellt die Einbindung der qualifikationsgemixten Pflege im multiprofessionellen Team sicher.
- Die Verantwortung für den pflegerischen Prozess liegt immer bei der Pflege selbst.



Aufgabe 3: Interprofessionelle Kooperation

Die Aufgabe umfasst sämtliche am Versorgungsprozess beteiligte Berufsgruppen und geht über die Sektorengrenzen hinaus.

Wie kann eine solche Zusammenarbeit gelingen? Besondere Aufmerksamkeit gilt dem Zusammenwirken von Pflege und Medizin sowie der Frage nach Delegation bzw. Substitution von Aufgaben.

Welche Modelle sind künftig wünschenswert und / oder notwendig?
Was ist aus der bereits gelebten Praxis ableitbar?

Jede Arbeitsgruppe benannte „ihre“ Kooperationspartner. In allen Sektoren ist die Zusammenarbeit der professionellen Pflege mit Fachexperten, Ärzte (in der psychiatrischen Versorgung zusätzlich mit Psychologen) und Therapeuten am häufigsten und intensivsten (siehe Abbildung 2). Anhand eines grafischen Prozessmodells für jeden Sektor wird die interprofessionelle Zusammenarbeit aufgezeigt und Erwartungen der Pflege an sich selbst und an die anderen Akteure genannt.

Angehörige, Ehrenamtliche, nicht hauptamtliche Betreuer sowie un- und angelernte Arbeitskräfte wurden – da keine eigenen Berufsgruppen – nicht in die Prozessmodelle aufgenommen. Sie übernehmen jedoch zahlreiche Aufgaben und sind von großer Bedeutung für den einzelnen Menschen mit Pflegebedarf wie auch für das Versorgungsteam. Daher ist auf ihren Beitrag in der Versorgung ausdrücklich hinzuweisen.



Aufgabe 4: Karriereverläufe

Welche Karriereverläufe sind denkbar und / oder sogar notwendig, um den Versorgungsprozess durch das qualifikationsgemixte Team zu sichern?

Welche Karrierewege auf horizontaler und vertikaler Ebene sind für die Pflege vorstellbar, um verschiedene Berufsverläufe zu begünstigen und zu fördern?

Welche institutionellen Rahmenbedingungen können die Umsetzung solcher Karriereverläufe begünstigen?

Karriere wird definiert als berufliche Weiterentwicklung, die persönlich positiv empfunden wird, auf die Arbeitszufriedenheit wirkt und darüber hinaus auch eine lange Erwerbsfähigkeit und den Verbleib im Beruf unterstützt. Vertikale und horizontale Karrieren (siehe Abbildung 3) werden als gleichwertig wahrgenommen; letztere sind eine Alternative zur Führungskarriere und für viele Mitarbeiter die bevorzugte Form der Weiterentwicklung. Grundsätzlich sollte die durchlässige berufliche Weiterentwicklung für alle Pflegefachpersonen vom jeweiligen Ausgangsniveau möglich sein.

Karriere wird lebensphasenbezogen verstanden: Je nach Alter, Berufsdauer, persönlicher Situation etc. kann sich ihre Bedeutung für den individuellen Mitarbeiter ändern. Es braucht daher horizontale wie vertikale Karrierekonzepte, die eine längere Erwerbstätigkeit, den demografischen Wandel sowie die psychischen und physischen Anforderungen wie Arbeitszeitverdichtung und körperlich fordernde Arbeiten berücksichtigen. Von der Organisation verlangt dies Flexibilität, denn es bedeutet, konsequent auf die Bedürfnisse der Mitarbeiter einzugehen und damit eine hohe Wertschätzung der Mitarbeiter zum Ausdruck zu bringen.

Die Qualität professioneller Pflege wird durch das Zusammenspiel von akademischen Impulsen und langjährigem Erfahrungswissen ihrer Mitarbeiter geprägt. Folglich gehen Berufsdauer und -erfahrung ebenfalls in den Karriereverlauf ein. Insgesamt ist darauf zu achten, dass horizontale und vertikale Karrieren stets systematisch und innerhalb eines Konzepts der Personal- und Organisationsentwicklung erfolgen.

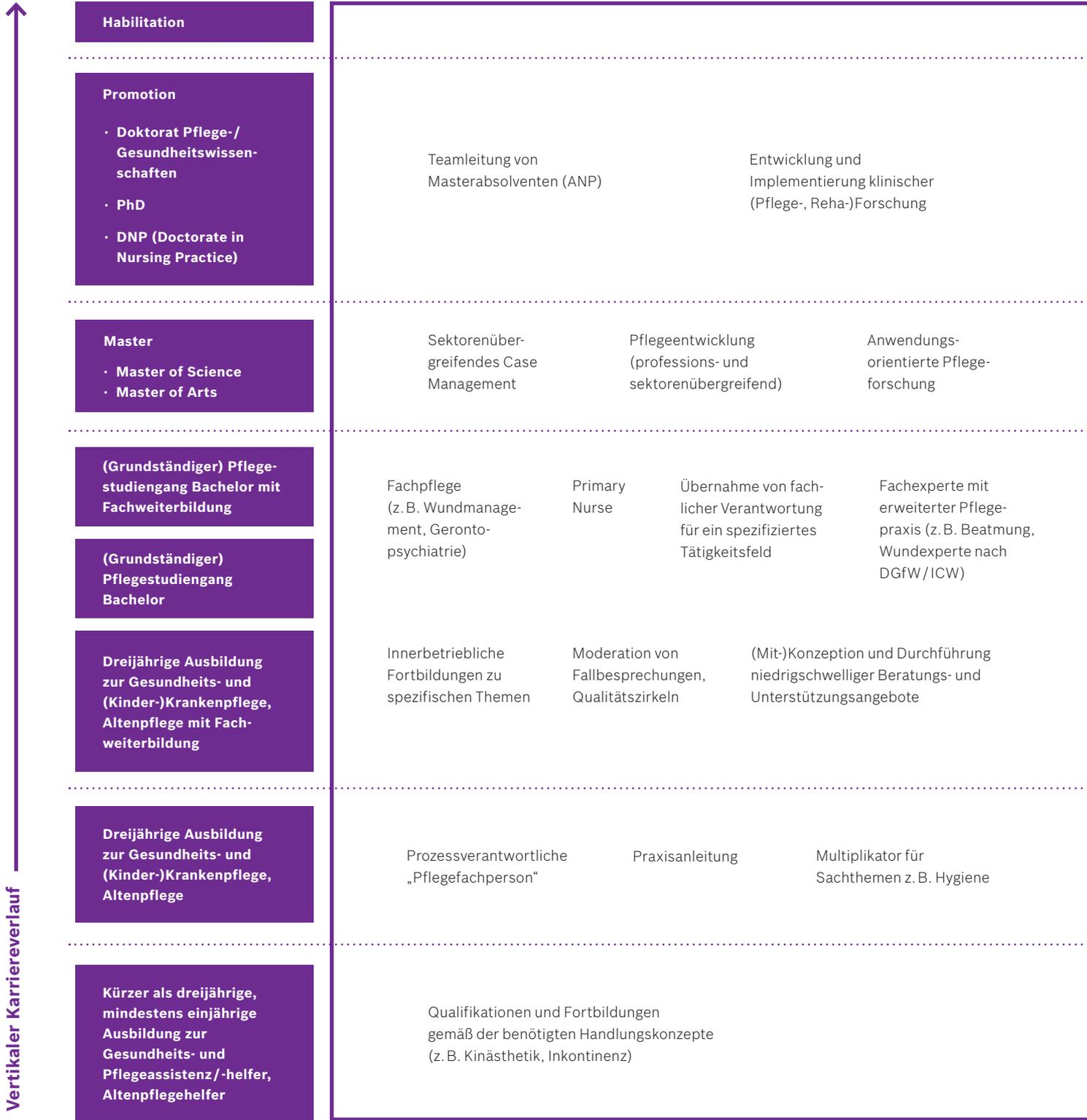
Wie geht es weiter?

Auf der Webseite **www.qualifikationsmix-pflege.de** finden Sie sämtliche Ergebnisse und Materialien, die von den Arbeitsgruppen und der Kerngruppe erarbeitet wurden. Dieser umfangreiche Fundus an Wissen und praktischer Erfahrung soll Sie dabei unterstützen, den bestmöglichen Weg für die Umsetzung von „360° Pflege“ zu finden! Wie der Qualifikationsmix heute schon wirkt und was es in der Zukunft noch zu tun gibt, zeigen exemplarisch die folgenden Stimmen aus der Praxis. Die Protagonisten sind Teilnehmer der jeweiligen Arbeitsgruppen des Projekts.

Wir laden alle Verantwortlichen ein, sich auf den Weg zu machen. Lassen Sie sich auf den Qualifikationsmix ein und leisten Sie auf diese Weise einen wichtigen Beitrag zur Zukunftsfähigkeit und Qualität unserer Gesundheitsversorgung und vor allem für die Lebensqualität der Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf.

Karriereverläufe

Qualifikationsmöglichkeiten



Vertikaler Karriereverlauf

Horizontaler Karriereverlauf



Abbildung 3: Karriereverläufe

Entwicklung und Implementierung von Konzepten zur Pflegepraxisentwicklung			Lehrbeauftragung		
Pflegeexperte, Advanced Practice Nurse in direkter Patientenversorgung (z. B. Nurse Practitioner, Community Health Nurse) und / oder mit Spezialisierung als APN in z. B. Palliative Care, Psychiatrischer Pflege					Supervision
Mitarbeit in Expertenteams	Multiplikator / Ansprechpartner für klinische Fachfragen (z. B. Theorie-Praxis-Transfer, Evidence Based Nursing)	Patientenedukation	Qualitätsmanagement	Case Management / Schnittstellenmanagement	Fachbereichspraxisanleitung
Analyse von für die Organisationseinheit relevanten Pflegephänomenen und -problemen	Übernahme von Managementfunktionen in definiertem Bereich (z. B. Station, Abteilung)	Projektmanagement	Wohnbereichsleitung	Pflegedienstleitung	Übernahme von Lehrfunktionen
Pflegeberatung (nach § 7a, SGB XI)	Familiale Pflege		Weitere Qualifikationen und Fortbildungen gemäß der benötigten Handlungskonzepte		



Stimmen aus der Praxis

Qualifikationsmix in der stationären Langzeitpflege: Eine Einschätzung von Professor Hermann Brandenburg

Wir stehen vor großen Herausforderungen: Der angemessene Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen, das zunehmende Wissen um klinische Interventionen (von der Wundbehandlung über die Förderung der Mobilität bis hin zur Schmerzbehandlung), die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod – dies sind nur einige der Anforderungen, auf welche die Verantwortlichen in der stationären Langzeitpflege tiefer greifende Antworten finden müssen. Es geht dabei um fachlich-handwerkliche, methodische und sozial-interaktive Kompetenz- und Aufgabenprofile. Vor allem aber geht es darum, die Anliegen, Interessen und Bedarfe der Bewohner in den Vordergrund zu rücken. Dabei ist klar, dass das Zusammenwirken verschiedener Qualifikationen wie auch unterschiedlicher Professionen für eine professionelle und gute Versorgung in einer stationären Einrichtung unabdingbar sind.

Ich möchte dies an einem Beispiel deutlich machen: Frau Müller ist 85 Jahre alt und bis vor wenigen Wochen zu Hause durch ihre Tochter versorgt worden. Nach einem Sturz und längerem Krankenhausaufenthalt war eine Rückkehr in die eigenen vier Wände nicht mehr möglich. Nicht nur die Versorgung der chronischen Wunde war eine Herausforderung, Frau Müller zeigte depressive Züge, wurde zunehmend inaktiv und zog sich schließlich ganz in ihre Wohnung zurück. Die Belastung für die Tochter wurde immer größer; ein Einzug ins Heim war letztlich ein notwendiger und richtiger Schritt.

Was passiert nun? Eine Fachperson mit pflegewissenschaftlicher Expertise wird bei der Aufnahme die Gesamtsituation von Frau Müller in den Blick nehmen und dabei insbesondere auf die Wundversorgung und die Anzeichen einer Depression achten. Bezüglich der Wundversorgung kann auf eine Vielzahl von Kenntnissen zurückgegriffen werden. Auch über Depressionen im Alter liegen umfassende Erkenntnisse vor. Insbesondere ist bekannt, dass medikamentöse Interventionen hier einen Fortschritt bewirken können. Eine erfahrene, akademisch qualifizierte Pflegefachperson kann genau einschätzen, dass einerseits die Wunde optimal versorgt und andererseits die gerontopsychiatrische Problematik adäquat abgeklärt und entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden.

Aber damit ist es nicht getan! Denn im Pflegeheim ermöglicht auch die Gestaltung der Alltags-, Wohn- und Lebenswelt ein hohes Maß an Lebensqualität. Dies übernehmen oft Fachkräfte der Sozialen Arbeit. In den Einrichtungen der stationären Altenpflege arbeiten außerdem etwa fünfzig Prozent angeleitete Personen, die in der grundpflegerischen Unterstützung, der Hauswirtschaft sowie der sozialen Betreuung tätig werden. Diese Alltagsbegleiter sind ebenfalls wichtig für Frau Müller und tragen insgesamt dazu bei, dass sie ihre Freude am Leben zurückgewinnt.

Die Leitung einer Einrichtung trägt Verantwortung für das Gelingen des Personal- und Qualifikationsmixes. Individuelle Personalgespräche sind ein wichtiger Baustein. Prinzipiell ist auf eine nachhaltige Personalentwicklung zu achten, die dem Personal jeder Qualifikationsstufe Entwicklungs- und Karriereoptionen in der Einrichtung bzw. beim Träger offeriert. Mitarbeiter sind in hohem Maße wertzuschätzen. Der Erfolg ist sowohl bei den Bewohnern (vor allem bei Menschen mit Pflegebedarf) – für sie erhöhen sich Pflege- und Lebensqualität – wie auch beim Personal in Form einer höheren Arbeitszufriedenheit erkennbar. So kann der „Turn over“ zwischen den Heimen weitgehend vermieden werden.

In einem gut strukturierten und funktionierenden Haus existiert eine Konzeption, wie der Qualifikationsmix organisiert und analysiert wird. Regelmäßige Fallbesprechungen gehören genauso in dieses Programm wie gezielte Fort- und Weiterbildungen des Personals. Im Ganzen kommt es immer auf das Zusammenspiel verschiedener Qualifikationen an, damit eine „Kultur“ entsteht, die weit mehr ist als eine „Satt-und-Sauber-Pflege“.

Professor Dr. Herman Brandenburg, Jahrgang 1959

Studium der Sozialwissenschaft in Bochum. Ausbildung zum Altenpfleger und mehrjährige Tätigkeit in verschiedenen Pflegeheimen. Studium der Gerontologie, wiss. Mitarbeiter und Promotion am Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg. 1996 Professor für Gerontologie und Pflegewissenschaft an der Katholischen Hochschule Freiburg. 2007 Professur für Gerontologische Pflege an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar, seit 2015 Dekan der Pflegewissenschaftlichen Fakultät.

Rehabilitationspflege auf Augenhöhe mit allen Akteuren: Im Gespräch mit Thomas Graßhoff

Thomas Graßhoff ist Pflegedienstleiter der Marcus Klinik in Bad Driburg, einer Rehabilitations-Fachklinik für Neurologie und Orthopädie / Traumatologie. Er ist für rund 80 Pflegefachpersonen verantwortlich. Wer ihn im Gespräch erlebt, spürt Motivation und Begeisterung. „Als professionelle Pflege sind wir auf Augenhöhe mit allen Akteuren in der Rehabilitation, vor allem den Ärzten und Therapeuten. Wir sind aber am nächsten am Patienten dran, denn wir leisten Krankheitsbeobachtung rund um die Uhr“, erklärt Graßhoff. Das zeige sich auch im Arbeitsalltag. So sei es beispielsweise inzwischen selbstverständlich, dass die jeweilige Bezugspflegekraft an der Visite teilnimmt und nicht nur die hierarchisch höhere Stationsleitung.

Graßhoff betont die spezielle Aufgabe der Pflege im Rehabilitationsprozess. Er nennt es das „Arbeiten als Coach“: „Wir müssen erkennen, welche Fähigkeiten der Einzelne noch hat, um sie dann mit ihm zusammen in dem begrenzten Zeitraum zu stärken und zu erweitern. Wir üben mit den Patienten, so dass sie wieder so weit wie möglich selbstständig werden.“ Das „Machen-lassen“ zum Beispiel bei der Körperpflege oder bei anderen Alltagsaktivitäten sei ein zentraler Aspekt im Unterschied zu den anderen Pflegesettings. Was im Krankenhaus unmöglich und in der ambulanten und stationären Langzeitpflege schwierig umzusetzen sei, „ist Kern unseres Rehabilitationsauftrags und wird konsequent praktiziert“, so Graßhoff.

Die wachsende Zahl akademischer Absolventen begrüßt er: „Wir befinden uns im Wandel. Ausbildung, Studium und zahlreiche Weiterbildungen muss man als große Matrix sehen, die transparent und wirkungsvoll sein muss. Es kommt darauf an, dass jeder Mitarbeiter am richtigen Platz eingesetzt wird.“ Die wissenschaftlich begründeten Impulse der Hochschulabsolventen seien dabei sehr wichtig. In diesem Zusammenhang sieht er viele Möglichkeiten, Aufgaben aus dem ärztlichen Bereich an die Pflege zu übertragen.

Der Qualifikationsmix hat in seiner Einrichtung bereits einen hohen Stellenwert. „Wir kennen die Kompetenzen aller Mitarbeiter und bilden sie gezielt weiter. Wir haben viele Fachexperten. Und: Wir trauen den Mitarbeitern etwas zu und erwarten selbstständiges Denken und Arbeiten.“ Natürlich ist Fachkräftemangel auch in Bad Driburg ein Thema. Thomas Graßhoff hält mit verschiedenen Strategien dagegen: Es gibt enge Kooperationen mit Pflegeschulen. Das betriebliche Gesundheitsmanagement wird bis in die höchste Führungsebene gelebt. Die Klinik möchte ein familienfreundliches Unternehmen sein, was sich zum Beispiel möglichst beim Dienstplan zeigen soll. „Außerdem besteht ein Bonussystem, wenn man für Dienste anderer einspringt. Und auch wer als Mitarbeiter erfolgreich einen neuen, qualifizierten Kollegen für das Team wirbt, kann finanziell profitieren“, erklärt der Pflegedienstleiter.

Thomas Graßhoff positioniert sein Haus zudem durch Modellvorhaben, zum Beispiel zum Thema Nachhaltigkeit im Projekt „Familiale Pflege“ der AOK und der Universität Bielefeld. Außerdem setzt er stark auf die kollegiale Zusammenarbeit in der Region: Pflegeverantwortliche aus Akuthäusern, stationären Einrichtungen der Rehabilitations- und Langzeitpflege sowie von ambulanten Diensten haben sich im „Netzwerk Pflege“ des Landkreises Höxter zusammengetan. Sie tauschen sich u.a. über Fachkraftquoten, Personalbindung und den Umgang mit unterschiedlichen Pflegequalifikationen aus. Das hilft dabei, den Qualifikationsmix im eigenen Bereich besser zu gestalten und Karriereverläufe über Sektorengrenzen hinweg zu ermöglichen. Auch die Menschen mit Pflegebedarf haben ganz konkret etwas von der Netzwerkarbeit. Denn in dieser Runde ist ein einheitlicher Überleitungsbogen für alle Patienten entstanden. Er steht beispielhaft für das gemeinsame Handeln zum Wohle der Betroffenen.

Thomas Graßhoff, Jahrgang 1983

Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger in einem Akutkrankenhaus, mehrere Jahre Berufserfahrung, Einsatz im OP. Wechsel in die Rehabilitationspflege, Stationsleitung, Pflegedienstleitung. Berufsbegleitendes Bachelorstudium Pflegemanagement 2017 abgeschlossen.

„Mein Herz schlägt für die ambulante Versorgung“: Interview mit Maria Hanisch

Was zeichnet die ambulante Pflege besonders aus?

Die ambulante Versorgung findet da statt, wo die Menschen mit Pflegebedarf schon länger leben, also im gewohnten Umfeld. Das ist ein großer Unterschied zur Akut-, Langzeit- oder Rehapflege. Zuhause zu bleiben, auch mit teilweise erheblichen Einschränkungen, und hier eine hochwertige Versorgung zu erfahren, das ist vielfach der Wunsch der Menschen. Dies zu ermöglichen, muss unser Bestreben sein, sowohl bei alten Menschen als auch bei chronisch Erkrankten, die wir fachgerecht pflegerisch versorgen. Als ambulante Pflege sollten wir idealerweise eine Art Lotsenfunktion übernehmen. Denn die betroffenen Menschen – und meist auch ihre Angehörigen – erleben in der Pflegesituation große persönliche Umwälzungen, die sie kaum alleine bewältigen können. Dann ist neben der praktischen Pflege auch unsere qualifizierte Begleitung gefragt. Mein Herz schlägt für die ambulante Versorgung, auch wenn ich die Rahmenbedingungen, unter denen wir derzeit arbeiten müssen, insbesondere die personellen Engpässe, als wirklich grenzwertig ansehe. Hier müssen wir unbedingt vorankommen und gemeinsam Lösungen finden.

Was bedeutet dies mit Blick in die Zukunft?

Gesamtgesellschaftlich gesehen wird die ambulante Pflege meiner Einschätzung nach immer mehr an Bedeutung gewinnen. Denken wir an die alternde Gesellschaft mit vielen Single-Haushalten, an die zunehmend schwierige Versorgungssituation auf dem Land, an die politische Entscheidung „ambulant vor stationär“ oder auch an die wirtschaftliche Perspektive. Wir könnten da vieles anbieten. Zum Beispiel Brücken zu bauen und für einen reibungslosen Übergang an den typischen Schnittstellen zu sorgen. Dies betrifft Kontakte zum Haus- und Facharzt oder auch zur Palliativversorgung, wenn ein schwerstkranker bzw. sterbender Mensch betreut wird. Wir sind nah dran am Menschen mit Pflegebedarf, sichern die Qualität der Versorgung und leiten oft auch die Angehörigen an. Aber dies passiert derzeit wegen fehlender Kapazitäten nur im Rahmen des Möglichen. Deshalb müssen wir gemeinsam mit den anderen Sektoren (lautstark) auf unsere qualifizierten fachlichen Leistungen aufmerksam machen.

Welche Rolle spielt der Qualifikationsmix?

Wir brauchen den Qualifikationsmix auf jeden Fall! Derzeit gibt es noch „Luft nach oben“, wenn es um die Integration akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen in die praktische Versorgung geht. Unsere Strukturen müssen sich weiterentwickeln, um den Qualifikationsmix nachhaltig umzusetzen. Wir brauchen Veränderungen, die dazu führen, dass Studienabsolventen mit ihren Fähigkeiten, aber auch mit ihren Erwartungen einen geeigneten Platz in den Teams finden und somit die Versorgungsqualität insgesamt steigern können. Nicht nur als Führungskraft, sondern auch in wichtigen fachlichen Positionen – da gibt es viele Einsatzmöglichkeiten. Dafür gibt es leider derzeit keine passenden Finanzierungsstrukturen.

Was ist konkret zu tun?

Es gilt, mehr in Aus-, Fort- und Weiterbildung zu investieren als eine wichtige Maßnahme gegen den Fachkräftemangel. Wir müssen mehr junge Menschen motivieren, den Pflegeberuf zu ergreifen und dies auch Quereinsteigern ermöglichen. Derzeit bestimmt nicht mehr der Wunsch des Patienten die Versorgung, sondern nur das, was wir gerade noch leisten können. In der jeweiligen Organisation sind kleine Pflegeteams notwendig, in denen die Fach-, Führungs- und Durchführungsaufgaben unterschiedlich verteilt und ausgeführt werden. Die Fachausrichtung oder das Case Management für die Menschen mit Pflegebedarf müssen weiter ausgebaut werden. Ein Schlüssel liegt sicher auch in der Übertragung von mehr Aufgaben auf die Pflegefachpersonen; wir haben längst die Kompetenzen dafür, brauchen aber zur Umsetzung auch mehr Fachkräfte! Mögliche Aufgaben sind die Verordnung der Pflegehilfsmittel, das Schmerzmanagement oder die Schulung der Menschen mit Pflegebedarf und ihrer Angehörigen bei bestimmten Erkrankungen, wie Diabetes oder Demenz.

Maria Hanisch, Jahrgang 1958

Krankenschwester, Praxisanleiterin, Anästhesiefachpflegerin, Pflegedienstleiterin, Weiterbildung zur Trauerbegleiterin, Studium der Interreligiösen Dialogkompetenz. Seit über 40 Jahren im Pflegeberuf, heute Verantwortung für alle ambulanten Dienstleistungen im Caritasverband Köln mit ca. 480 Mitarbeitern.

Mehrwert für chronisch kranke Patienten: Pflegeexpertin APN Elke Keinath in der akutstationären Versorgung

Zwischen drei und fünf Millionen Menschen in Deutschland leiden an einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD). Wenn sich die Situation dieser Patienten, etwa durch einen Infekt, akut stark verschlechtert, müssen sie stationär weiterbehandelt werden. Sie werden dann, wie jeder andere Patient, durch Pflegefachpersonen auf Station versorgt. Aber sie brauchen zudem eine ganz spezifische Pflege. Angesichts der akuten Krise stehen auch Unterstützung und Schulung im Mittelpunkt, so dass die Patienten nach ihrer Rückkehr nach Hause ihren Alltag (wieder) bewältigen können. Diese Aufgaben übernimmt Elke Keinath, Pflegeexpertin Advanced Practice Nurse (APN) mit Masterabschluss. Sie leitet im Florence-Nightingale-Krankenhaus der Kaiserswerther Diakonie ein Team, das sich speziell dieser Patientengruppe widmet und für mehrere Stationen zuständig ist. Ihre Aufgaben „direkt am Patienten“ reichen von der bedarfsgerechten Information und Schulung (z. B. zu neuen Inhalationsgeräten oder zu Medikamentenumstellungen) über individuell zugeschnittene Übungen bis hin zum Verhalten in Notfallsituationen. Elke Keinath setzt sich mit dem Patienten, seinen Angehörigen und den spezifischen Bedarfen intensiv auseinander.

Die Pflegeexpertin APN tauscht sich bei ihrem täglichen Rundgang über die Stationen mit den Pflegeteams über den Fortschritt der Patienten aus. Notfälle können immer dazwischen kommen: Ein Patient mit COPD klagt über starke Atemnot, hat große Schwierigkeiten abzu husten und zeigt deutliche Zeichen von Angst. Er braucht dringend Hilfe; an Informationsvermittlung ist in diesem Moment nicht zu denken. Gemeinsam mit einer Kollegin stabilisiert Elke Keinath die Akutsituation und beschließt, am nächsten Tag strukturiert mit dem Patienten über sein Verhalten in solchen Situationen zu sprechen. Dazu gehören der Einsatz des Notfallsprays, atemerleichternde Stellungen und der Umgang mit Ängsten. Außerdem wird sie sich bezüglich der Techniken zum Abhusten mit der betreuenden Physiotherapeutin abstimmen. Patienten mit COPD haben in der Regel eine hohe Eigenverantwortung bezüglich ihrer Krankheitsbewältigung und benötigen dafür viel krankheitsbezogenes Wissen über medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapien. Spezialisierte Pflegefachpersonen wie Elke Keinath unterstützen sie mit ihrem fundierten fachlichen Wissen.

Die Voraussetzungen für ihre Arbeit mit den Patienten sind vielfältig. Dazu gehören Gesprächskompetenz, Reflexionsvermögen und Erfahrung, die Fähigkeit, alle Alternativen kritisch zu prüfen und auf das Wissen anderer Bereiche zuzugreifen sowie der stete Abgleich ihres professionellen pflegerischen Handelns mit aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und die Mitarbeit in fachlichen Netzwerken. Neue Erkenntnisse teilt Elke Keinath mit ihren Kollegen, stimmt sich ab mit den anderen Akteuren im gesamten therapeutischen Team und steht zudem im engen Austausch mit dem pflegerischen Leitungsteam. Hier kommen z. B. künftige Fortbildungsthemen oder die fachliche Hilfe bei der Einführung von Neuerungen zur Sprache, um das Zusammenspiel der einzelnen Pflegefachpersonen im Qualifikationsmix bestmöglich zu unterstützen.

Die tägliche Präsenz der Pflegeexpertin APN auf Station sowie ihre konsiliarischen Einsätze ermöglichen es allen Pflegefachpersonen, direkt auf die entsprechende fachliche Expertise zuzugreifen. Elke Keinath ist, neben Patienten mit COPD, auch für thoraxchirurgische Patienten stationsübergreifend fachlich verantwortlich. Sie führt mit ihnen Gespräche über die Bedeutung von Mobilität, Schmerzkontrolle sowie den Umgang mit Drainagen. Auch pflegerische Versorgungskonzepte zu erstellen, fällt in ihren Aufgabenbereich und sie unterstützt das Entlassmanagement. Etwa wenn es darum geht, die Entlassung eines Patienten mit kontinuierlicher Thoraxdrainage gut zu gestalten. Dazu wird vereinbart, dass Elke Keinath kurz vor der Übergabe ins Team kommt, um Fragen zum Umgang mit diesem System zu beantworten und den Ablauf der Entlassung auch mit dem ärztlichen Team zu klären.

Elke Keinath MSc, Jahrgang 1969

Ausbildung zur Krankenschwester in Deutschland. Viele Jahre in Großbritannien tätig, dort BSc (Hons) „Advanced Nursing Practice“, 2015 MSc „Pflegerwissenschaft“ an der PTH Vallendar, Deutschland. Seit 2010 im Florence-Nightingale-Krankenhaus der Kaiserswerther Diakonie, Düsseldorf in der Klinik für Thoraxchirurgie und der Klinik für Pneumologie, Kardiologie und internistischer Intensivmedizin.



Teilnehmer

Vier Arbeitsgruppen mit Experten aus den vier zentralen Bereichen der Patientenversorgung arbeiteten in diesem Projekt zusammen an der bedarfsgerechten Gestaltung des Qualifikationsmixes von Pflegekräften in dem jeweiligen Bereich. Die Kerngruppe verband die Arbeiten der einzelnen Gruppen und führt ihre Ergebnisse zusammen.

Arbeitsgruppe Akutstationäre Pflege

Dr. Sabine Berninger

Klinik Josefinum, Augsburg

Jörg Hillmann

Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart

Anna Jansky

Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart

Monika Kerscher

Universitätsklinikum Freiburg

Jochen Möller

LVR-Klinik Mönchengladbach

Annette Müller

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Dr. Udo Schuss

Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, Stuttgart

Prof. Dr. Renate Stemmer

Katholische Hochschule Mainz

Sprecherin

Elke Keinath

Florence-Nightingale-Krankenhaus

Kaiserswerther Diakonie, Düsseldorf

Arbeitsgruppe Ambulante Pflege

Dr. Peter Engeser

Niedergelassener Arzt, Pforzheim

Maria Hanisch

Caritasverband für die Stadt Köln e.V.

Maria Krause

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) –
Bundesverband e.V., Berlin

Brit Schlechtweg

Klinikum Stuttgart

Anja Schmidt

Alligatura Med. Consilium GmbH, Berlin

Andrea Weskamm

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) –
Bundesverband e.V., Berlin

Sprecherin

Prof. Dr. Susanne Grundke

htw saar, Saarbrücken

Arbeitsgruppe Rehabilitationspflege

Friedhilde Bartels

Deutsche Fachgesellschaft für Aktivierend-therapeutische Pflege e.V. (DGATP), Hamburg

Christoph Beimesche

Klinik Fallingbostal von Graevemeyer GmbH & Co. KG,
Bad Fallingbostal

Maren Bey

Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart

Gudrun Gille

Netzwerk Demenz, Hemer

Thomas Graßhoff

Marcus Klinik, Bad Driburg

Prof. Dr. Claus-W. Wallesch

BDH-Klinik, Elzach

Sprecher**Prof. Dr. Johann Behrens**

Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg

Arbeitsgruppe Stationäre Langzeitpflege

Ursula Mybes

Organisationsberatung für soziale Unternehmen, Köln

Wolfgang Schanz

St. Marienhaus, Freiburg

Prof. Dr. Hermann Brandenburg

Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar

Georg Hammann

Johanniter Seniorenhäuser GmbH, Köln

Eva Trede-Kretzschmar

Richard-Bürger-Heim, Stuttgart

Andrea Trenner

Johanniter-Schwesternschaft e.V., Berlin

Stefan Werner

Paul Wilhelm von Keppler-Stiftung, Sindelfingen

Sprecherin**Martina Henke**

Sana Kliniken AG, Ismaning

Kerngruppe

Sebastian Dorgerloh

Florence-Nightingale-Krankenhaus
Kaiserswerther Diakonie, Düsseldorf

Dr. Johanna Feuchtinger

Universitätsklinikum Freiburg

Dr. Bernhard Holle

Deutsches Zentrum für Neurodegenerative
Erkrankungen (DZNE) e.V., Witten

Dr. Patrick Jahn

Medizinische Fakultät, Universitätsklinikum Halle

Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus

Medizinischen Fakultät, Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Ursula Matzke

Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart

Christian Petzold

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.,
Berlin

Franz Wagner

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)
Bundesverband e.V., Berlin

Robert Bosch Stiftung

Dr. Bernadette Klapper

Robert Bosch Stiftung, Stuttgart

Elisabeth Rataj

Robert Bosch Stiftung, Stuttgart

Wir bedanken uns bei **Niklas Knust** für seine
große Unterstützung und bei **Kirsten Lieps**,
die das Projekt zwei Jahre geleitet hat.

Impressum

Herausgeber

Robert Bosch Stiftung GmbH
Heidehofstraße 31, 70184 Stuttgart
www.bosch-stiftung.de

Recherche und Text

Stephanie Rieder-Hintze

Redaktion

Themenbereich Gesundheit
Robert Bosch Stiftung GmbH

Copyright

Robert Bosch Stiftung GmbH,
Stuttgart
Alle Rechte vorbehalten.

Gestaltung

siegel konzeption | gestaltung,
Stuttgart

Stand

Februar 2018

Themenbereich Gesundheit

Seit Gründung der Robert Bosch Stiftung im Jahr 1964 ist die Beschäftigung mit Gesundheit eine zentrale Aufgabe, ausgehend vom Robert-Bosch-Krankenhaus, das Robert Bosch 1940 einweihte. Heute ist für uns die anhaltende Herausforderung Programm, einer wachsenden Zahl chronisch und mehrfach-erkrankter Menschen auch in Zukunft eine gute Versorgung zu ermöglichen – dies vor dem Hintergrund demografischer Veränderungen und der fortschreitenden Digitalisierung der Gesundheitsversorgung.

Unsere Themen sind:

- Versorgung gestalten,
- Kooperation der Gesundheitsberufe,
- Leben mit Krankheit,
- Demenz

sowie das Robert-Bosch-Krankenhaus, das Institut für Geschichte der Medizin und das Institut für Klinische Pharmakologie.

Die Robert Bosch Stiftung gehört zu den großen, unternehmens-
verbundenen Stiftungen in Europa. In ihrer gemeinnützigen Arbeit greift sie
gesellschaftliche Themen frühzeitig auf und erarbeitet exemplarische Lösungen.

Dazu entwickelt sie eigene Projekte und führt sie durch. Außerdem fördert
sie Initiativen Dritter, die zu ihren Zielen passen. Die Robert Bosch Stiftung ist
auf den Gebieten Gesundheit, Wissenschaft, Gesellschaft, Bildung und
Völkerverständigung tätig.

In den kommenden Jahren wird sie darüber hinaus ihre Aktivitäten verstärkt
auf drei Schwerpunkte ausrichten:

- Migration, Integration und Teilhabe
- Gesellschaftlicher Zusammenhalt in Deutschland und Europa
- Zukunftsfähige Lebensräume.