

„Wir brauchen die Erken
der Pflege-Versorgungsfor

„Für mich ist es existenziell wichtig, dass die Pflegeprofession die wichtigsten Fragen selbst stellt und vor allen Dingen auch selbst beantwortet." Im Titelinterview mit „Monitor Versorgungsforschung" spricht Andrea Schmidt-Rumposch, Pflegedirektorin und Vorständin des Essener Universitätsklinikums, nicht nur über den langen Transformationsweg, den sie an der Seite von Prof. Dr. Jochen A. Werner, dem Ärztlichen Direktor und Vorstandsvorsitzenden, seit 2017 begleitet, sondern vor allen Dingen über ein neues Selbstverständnis und auch Rollenbild, das die Pflege-Profession einnehmen muss, wenn sie den wachsenden Aufgaben auch in Zukunft gerecht werden will.

Im Interview: Andrea Schmidt-Rumposch, Pflegedirektorin und Vorstand des Essener Universitätsklinikums

>> Frau Schmidt-Rumposch, jammern Pflegende etwas zu viel?

Es gibt viel Verbesserungspotenzial in der Pflege. Das „Jammern" ist da wahrscheinlich berechtigt. Sinnvoller wäre es aber, darüber zu sprechen und zu diskutieren, wie die Pflegenden und die Pflegeprofession als solche in eine aktive gestaltende Rolle kommen und wie jede und jeder Einzelne selbst aktiv werden kann. Nur so können wir gemeinsam pflegerische Versorgung und die Profession Pflege mitgestalten und stärken.

Nun sind Sie selbst seit 36 Jahren im Gesundheitswesen tätig und bereits seit siebeneinhalb Jahren in Essen als Pflegedirektorin und Vorständin der Universitätsmedizin Essen verantwortlich für rund 2.500 examinierte Mitarbeiter:innen im Pflege- und Funktionsdienst, die an 365 Tagen im Jahr evidenzbasierte Patientenversorgung leisten, den Pflegeprozess steuern, Abläufe koordinieren und den Einsatz neuester medizinischer und medizintechnischer Verfahren begleiten und unterstützen.

Allein an der Anzahl der bei uns Tätigen und der Vielzahl der eben genannten Tätigkeitsfelder sieht man deutlich, dass es absolut notwendig ist, die medizinisch-pflegerische Versorgung weiterzuentwickeln und zu stärken. Das muss jeden Tag in den Köpfen der Mitarbeitenden stattfinden, aber auch in der Versorgungsforschung und natürlich auch und ganz besonders bei mir. Seit den siebeneinhalb Jahren, in denen ich jetzt in der Essener Universitätsmedizin tätig bin, habe ich von Beginn an die von Professor Werner initiierte Transformationsphase zum Smart Hospital aktiv begleitet. Beim Einstellungsgespräch mit dem Aufsichtsrat habe ich damals nicht nur mein klares Interesse bekundet, als Pflegedirektorin in die erste Reihe zu gehen, sondern auch eine Status-quo-Analyse durchzuführen, um zu sehen, wo wir an der Universitätsmedizin Essen bezüglich der medizinisch-pflegerischen Versorgung tatsächlich stehen, um dann ein adaptiertes Zukunftskonzept aufzustellen.

ntnisse
rschung“

Was kam bei dieser Analyse heraus?

Ich habe viele Vor-Ort-Besuche gemacht und Gespräche mit unterschiedlichsten Personen geführt, um mir ein umfassendes eigenes Bild machen zu können. Fragen nach unter anderem der bestehenden personellen Besetzung samt Qualifikationsmix in den einzelnen Fachbereichen, nach der Güte der Ausbildung und des Pflegeprozesses oder nach Möglichkeiten der Personalentwicklung in der pflegefachlichen Ausrichtung bedurften einer Antwort. Im Anschluss daran habe ich mit meinem engeren Leitungsteam ein Konzept zur Weiterentwicklung der medizinisch/pflegerischen Versorgung und zur Stärkung der Profession Pflege aufgestellt. Wir haben Themen priorisiert und Meilensteine festgelegt. Das Ergebnis habe ich auf allen Ebenen im Unternehmen vorgestellt und einen aktiven Austausch darüber geführt. Für mich und uns war es vorrangig wichtig, die Ausbildung weiter auszubauen, um einen Personalaufbau zu forcieren und die Auszubildenden dabei noch aktiver einzubinden. Weiterhin stand die fachliche Begleitung der Einführung unserer elektronischen Patientenakte und der digitalen Pflegedokumentation insgesamt im Fokus. Es war mir ein Anliegen, pflegefachliche Entwicklungsmöglichkeiten anzubieten, bis hin zu akademischen Abschlüssen. Mittelfristig sollte dazu ein Studiengang an der eigenen medizinischen Fakultät etabliert werden. Pflege sollte die aktive Beteiligung an Versorgungsforschung ermöglicht werden.

„Ohne die Erkenntnisse einer aktiven Pflege-Versorgungsforschung werden wir die in Essen seit knapp einem Jahrzehnt stattfindende Translation nicht mit ausreichender Evidenz begleiten können."

Sie sprachen eben auch die Versorgungsforschung an.

In der Medizin spielt Versorgungsforschung seit vielen Jahrzehnten eine Rolle und schafft es, diese weiterzuentwickeln. In der pflegerischen Versorgung hat Versorgungsforschung jedoch bislang kaum eine Rolle gespielt. Doch ohne die Erkenntnisse einer aktiven Pflege-Versorgungsforschung werden wir die in Essen seit knapp einem Jahrzehnt stattfindende Translation nicht mit ausreichender Evidenz begleiten können. Darum habe ich von Anfang an dafür plädiert, Pflege auf der einen und Versorgungsforschung auf der anderen Seite zu entwickeln. So bin ich dann auch angetreten.

Wenn Sie zurückdenken an die ersten Monate an der Universitätsmedizin Essen, dann …

… habe ich vor allen Dingen mit vielen Mitarbeitenden aus vielen Fachbereichen intensiv gesprochen, sehr gut zugehört und viele Fragen gestellt: Wo stehen wir? Wo wollen wir hin? Was ist wichtig? Wie viel Zeit haben wir in der direkten Patientenversorgung? Welche Probleme gibt es? Was kann man besser machen? Ist bisher evidenzbasiert versorgt worden? Welches Symptom- und Selbstmanagement brauchen unsere Patient:innen, speziell onkologische?

Das sind jede Menge wichtiger Fragen, die ebensolcher Antworten bedürfen.

Für mich ist es existenziell wichtig, dass die Pflegeprofession die wichtigsten Fragen selbst stellt und vor allen Dingen auch selbst beantwortet. Wenn die Profession Pflege das nicht schafft, besteht die Gefahr, dass sie meist insuffiziente Lösungen von außen vorgesetzt bekommt.

Wie ging es nach der „Fragerunde" weiter?

Danach wurde gemeinsam mit den Pflegeleitungen, aber auch den einzelnen Pflegeteams ein Plan erstellt, mit dessen Hilfe wir einen eigenen Pflege-Transformationsprozess gestartet haben. Begleitend

dazu haben wir von Anfang an sehr viele Workshops zu verschiedenen Themen durchgeführt, die unter anderem zu unserem Pflegeleitbild geführt haben, das unseren eigenen Anspruch formuliert, den wir an unsere pflegerische Versorgung anlegen wollen – zum Besten der von uns versorgten Patient:innen. Da steht zum Beispiel ganz am Anfang: „Unsere Patient:innen und ihr Wohlergehen stehen im Mittelpunkt unseres Handelns. Wir leiten unsere pflegerische Versorgung vom Pflegeprozess ab, damit stehen die individuellen Gesundheits- und Pflegeziele der Patient:innen im Fokus. Wir erkennen, berücksichtigen und nutzen die Bedürfnisse, Fähigkeiten und Gewohnheiten unserer Patientinnen in unserer Versorgung." (1)

Worin sehen Sie Ihre ganz persönliche Aufgabe?

Meine Kolleg:innen können sich darauf verlassen, dass ich eine Struktur schaffe, in der sie Pflege gestalten können. Und dass wir immer und jederzeit darüber diskutieren können, wie wir den Weg gemeinsam weitergehen können. Aber auch, dass sie Zeit dafür bekommen, in einzelnen Netzwerken über das sprechen zu können, wie sie sich selbst weiterentwickeln können. Von Anfang an sind aber auch regelmäßige Diskussionsrunden installiert worden, um über unsere medizinischen wie pflegerischen Schwerpunkte zu sprechen und entsprechende Projekte aufzusetzen und zu monitoren. Das machen wir an der Universitätsmedizin Essen sehr konsequent. Und ich selbst bin dafür verantwortlich, dass das alles mit den nicht wenigen Aufgaben, die Pflegende übernehmen, so gut es geht harmoniert. Das ist meine Philosophie, die ich sehr ernst nehme. Wir arbeiten mit und für Menschen, wobei sich letztere vertrauensvoll in unsere Obhut begeben. Letztlich bin ich für all diese Menschen verantwortlich.

„Wir haben es tatsächlich geschafft, gleich drei durch das BMBF geförderte Versorgungsforschungsprojekte zu gewinnen, mit denen wir tatsächlich unseren Beitrag dazu leisten können, die Pflegeprofession aus der Pflegeversorgung heraus zu stärken."

Wo sehen Sie Ihre wichtigsten Managementaufgaben?

Ich strukturiere verschiedenste Prozessbereiche von der innovativen Versorgung bis hin zur Digitalisierung und dem großen Themenkomplex der Personalbindung und -gewinnung sowie der Personalentwicklung. So haben wir uns beispielsweise im onkologischen Schwerpunkt ganz klar auch zum Ziel gesetzt, dass die Pflege eine pflegefachliche Entwicklungsmöglichkeit bekommt, haben darum auch Bachelor-Absolvent:innen mit erweiterter Pflegepraxis im Einsatz. Ebenso veranstalten wir mittlerweile im September dieses Jahres schon das fünfte Onkologische Pflegesymposium (2) und das zweite Pädiatrisch-Neonatologische Pflegesymposium bei uns, die sich um wichtige Themen wie die Entwicklung der pflegerischen Versorgung kümmern. (3)

Findet Transformation nicht zuallererst im Kopf statt?

Natürlich beginnt alles mit einem Umdenken. Doch dafür muss man nicht nur den Willen, den ich bei meinen Mitarbeitenden und mir voraussetzen kann, sondern auch die nötige Zeit haben. Dafür haben wir an der Universitätsmedizin Essen eine eigene Stabsstelle aufgebaut, die sich nicht nur mit der Personal- und Organisationsentwicklung befasst, sondern die auch die Entwicklung der Pflegeforschung vorantreiben soll. Unter anderem auch dadurch, dass aktuelle Förderprogramme in diesem Gebiet identifiziert, gesichtet und daraufhin analysiert werden, welche unserer Themen wir damit voranbringen können.

Mit Erfolg?

Durchaus. Zu Beginn sicher noch mit etwas Unterstützung durch meine Person, doch inzwischen muss ich mich nicht mehr groß darum kümmern. Wir haben es tatsächlich geschafft, gleich drei durch das BMBF geförderte Versorgungsforschungsprojekte zu gewinnen, mit denen wir tatsächlich unseren Beitrag dazu leisten können, die Pflegeprofession aus der Pflegeversorgung heraus zu stärken.

Welche sind das?

Das ist zum einen das vom BMBF geförderte Forschungsprojekt KIADEKU, ein Synonym für KI Inkontinenz-assoziierte Dermatitis Dekubitus. Dieses Projekt knüpft an bestehende, internationale Entwicklungen aus der Medizin, insbesondere den Bereich der Bilderkennung und des Wundmanagements an. Erstmalig sollen diese Potenziale für pflegerische Fragestellungen genutzt werden. Das Projekt wird in einem Verbund durch die Stabsstelle Entwicklung und Forschung Pflege der Universitätsmedizin Essen geführt. Verbundpartner sind das Institut für Künstliche Intelligenz in der Medizin der Universitätsmedizin Essen, das Klinikum der Universität München sowie die Sciendis GmbH.

Zum Zweiten handelt es sich mit DigiCare um ein Verbundprojekt des Universitätsklinikums Essen mit der Universität Duisburg-Essen, der HFH Hamburger Fern-Hochschule sowie dem Softwareanbieter m.Doc. Es hat eine appgestützte Verbesserung des Selbst- und Symptommanagements onkologischer Patient:innen zum Ziel. Diese leiden im Verlauf ihrer Erkrankung unter multiplen Symptomen. Bei einem unzureichenden Management führt dies zu einer Verminderung der Lebensqualität, zusätzlichen Kosten, ungeplanten stationären Aufenthalten und Therapieverzögerungen. Die App unterstützt innerhalb interprofessioneller, transsektoraler Versorgungsstrukturen eine aktive Rolle der onkologisch Erkrankten.

Das dritte Projekt entwickelt im Rahmen von SmartHospital.NRW ein auf KI basiertes smartes Modell zur Transformation von Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen. Dieses Verbundprojekt, an dem Universitätsmedizin Essen, RWTH Aachen, TU Dortmund, Fraunhofer MEVIS, m.Doc., Fraunhofer IAIS und Dedalus beteiligt sind, arbeitet an einer KI-gestützten Gesundheitsdatenanalyse zur Früherkennung, Risikobewertung und Diagnostikunterstützung. Ziel ist die Verbesserung der Vorhersage von pflegerelevanten Risikofaktoren wie Sturz, Dekubitus, Schmerz oder Delir durch KI, um Prophylaxen personalisiert und frühzeitig einzuleiten und Schadensereignisse zu vermeiden.

Die Transformation der Universitätsmedizin Essen ist demnach

auch und vielleicht vor allen Dingen eine der Digitalisierung.

Exakt. Die Pflege profitiert sehr stark von der digitalen Transformation. So bildet die Basis aller digitalen Prozesse an der Universitätsmedizin Essen die elektronische Patientenakte (ePA). Entgegen nationaler Entwicklungen wurde an der Universitätsmedizin jedoch bereits 2018 eine flächendeckende Implementierung der ePA auf den Allgemeinstationen abgeschlossen. Um eine bestmögliche digitale Unterstützung durch die ePA zu erreichen, wurde zudem die bestehende papiergestützte Dokumentation nicht einfach digitalisiert, sondern alle bestehenden Prozesse interprofessionell, fachabteilungsübergreifend hinterfragt und an die neuen Potenziale der ePA angepasst. Um das volle Potenzial der ePA auszuschöpfen, wurden darüber hinaus diverse Instrumente und Tools direkt in die ePA integriert und untereinander logisch verknüpft. So wird der Pflegeprozess heute komplett digital durchgeführt, von der Aufnahme über die Anamnese und die Einleitung der einzelnen Maßnahmen und die Dokumentation der Risikofaktoren bis hin zum Entlassmanagement. Wir haben übrigens auch eine Bewegungssensorik eingesetzt, die uns relativ viele patientenindividuelle Daten liefert, mit denen wir auch Versorgungsforschung – sogar mittels KI-Unterstützung – angehen können.

Ebenso haben Sie einen Studiengang „Pflege und Digitalisierung".

Der in Kooperation von Universitätsmedizin Essen und der Fachhochschule für Ökonomie und Management (FOM) entwickelte berufs- und ausbildungsbegleitende Bachelor-Studiengang „Pflege & Digitalisierung" soll unsere Studierenden auf die Veränderungen in der Praxis vorbereiten und für die Übernahme steuernder und patientennaher Tätigkeiten im digitalen Wandel qualifizieren. Das Studium verbindet dabei Wissen zu Pflegemanagement und Pflegewissenschaft mit Inhalten zu digitalen klinischen Prozessen, Digital-Change-Management sowie digitaler Pflege und Informationstechnologie. Der Studiengang kann parallel zur Ausbildung in Form eines dualen Studiums belegt werden, sodass nach drei Jahren nicht nur eine abgeschlossene Ausbildung zur Pflegefachkraft, sondern auch ein Hochschulabschluss Bachelor of Arts im Studiengang Pflege und Digitalisierung erlangt wird.



Andrea Schmidt-Rumposch

absolvierte zwischen 1987 und 1990 ihr Studium der Krankenpflege an der Medizinischen Fachschule „Jenny Marx" an der Humboldt-Universität zu Berlin und begann danach ihre Tätigkeit als Krankenschwester in der Charité. 1999 hat Schmidt-Rumposch die Fachweiterbildung zum Führen von Stationen erfolgreich abgeschlossen. Von 2007 bis 2010 folgte das Studium Bachelor of Science im Gesundheits- und Pflegemanagement an der Alice-Salomon-Hochschule Berlin. In der Charité war Schmidt-Rumposch in verschiedenen Leitungsfunktionen tätig, u. a. von 2010 bis 2014 als Pflegerische Leitung im Charité-Centrum 12 für Innere Medizin und Dermatologie und ab 2014 als Stellvertretende Pflegedirektorin der Charité. 2017 wechselte Schmidt-Rumposch als Pflegedirektorin und Vorständin in die Universitätsmedizin nach Essen.

Patientenversorgung, duales Studium und Versorgungsforschung aus der Versorgung heraus: Wie funktioniert das alles trotz voller Betten?

Wir sind eine Universitätsmedizin, die kaum gesperrte Betten hat, weil wir tatsächlich personell in der Lage sind, Patient:innen auf mehr als 60 bettenführenden Stationen und in 34 Operationssälen auf fachlich hohem Niveau zu versorgen und trotzdem noch 130 Pflegefachkräfte in Springerpools zur Verfügung haben. Will heißen: Wir haben es geschafft, zum einen im Innenverhältnis in die Mitarbeiterbindung zu investieren und zum anderen den nötigen Personalaufbau hinzubekommen, wozu uns natürlich auch der eigene Studiengang befähigt. Ebenso befragen wir in jedem Jahr unsere Auszubildenden, um die Ausbildungsqualität zu bewerten, und natürlich auch, um die Zufriedenheit zu erhöhen. All das führt dazu, dass wir immerhin eine Übernahmequote von über 90 Prozent haben. Auf der anderen Seite nehme ich mir aber auch die Zeit, die Austritte bei uns im Pflegedienst zu hinterfragen, die nicht allein rentenbedingt sind. Immer dann, wenn Menschen, die bei uns in der Pflege arbeiten, uns verlassen, will ich die Gründe kennen, um daraus lernen zu können. Das alles ist natürlich absolut anonym, kann aber auch – wenn der- oder diejenige das will – in weitere Gespräche mit der Stationsleitung vor Ort oder der Klinikpflegedienstleitung münden. Manchmal gelingt es so, zu vermitteln oder gar Kündigungen entgegenzuwirken.

Wobei es sicher auch vorkommen wird, dass Ihre Mitarbeitenden in Zeitarbeitsfirmen wechseln …

.. und die wir dann wieder zu anderen Tarifen und Konditionen einstellen. Das kommt schon vor. Ich versuche jedoch vorher immer andere Möglichkeiten auszuprobieren, sei es mit Zulagenregelungen für mehr Urlaub, sei es mit einer flexibleren Einsatzplanung oder einer Zulage durch die Tätigkeit im eigenen Personalpool.

Was tun Sie für eine bessere Patientenversorgung?

Wir versorgen unsere Patient:innen na-

Zitationshinweis

Schmidt-Rumposch, A., Stegmaier, P.: „Wir brauchen die Erkenntnisse der Pflege-Versorgungsforschung“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/24), S. 12–16. http://doi.org/10.24945/MVF.05.24.1866-0533.2645

„Inzwischen wurden gerade mal die Vorbehaltstätigkeiten für den Pflegeprozess festgelegt. Da muss man sich doch nicht wundern, dass die Pflege da steht, wo sie steht.“

türlich nach evidenzbasierten Standards. Wir versuchen aber auch selbst in eine eigene begleitende Versorgungsforschung zu investieren, die uns dabei helfen soll, noch besser im Symptom- und Selbstmanagement zu werden. So analysieren wir zum Beispiel, ob unsere Patient:innen zwischen den stationären Aufenthalten weniger in die Ambulanz müssen, und auch, ob weniger Rehospitalisierungen nötig sind oder – falls nötig – im höheren zeitlichen Abstand stattfinden können.

Dürfen Pflegende all das, was sie können?

Eben nicht. Ich bin in der ehemaligen DDR aufgewachsen und habe in Berlin zwischen 1987 und 1990 mein Fachhochschulstudium der Krankenpflege an der Medizinischen Fachschule „Jenny Marx“ an der Humboldt-Universität zu Berlin beendet – übrigens fast zum Zeitpunkt der Deutschen Wiedervereinigung am 3. Oktober 1990. Von der DDR hätte Westdeutschland in Sachen Pflege einiges lernen können. Dort wurde grundständig in der Krankenpflege ausgebildet, daran anschließend gab es fachspezifische Anschlussqualifikationen. Auch waren die Tätigkeitsfelder und Verantwortungsbereiche breiter gefasst, beispielsweise waren Blutentnahmen Bestandteil der Ausbildung. Das damalige Krankenpflegegesetz war rückschrittlich, der Profession Pflege wurde lediglich ein „Mitwirken“ und die „Assistenz“ zugeschrieben. Das war nicht nachvollziehbar; wir haben die Verantwortung für unsere Tätigkeiten selbstverständlich übernommen. Inzwischen wurden gerade mal die Vorbehaltstätigkeiten für den Pflegeprozess festgelegt. Da muss man sich doch nicht wundern, dass die Pflege da steht, wo sie steht. Wenn wir einmal ganz ehrlich sind, wer die Verordnung für die Krankenpflege und speziell Hilfsmittel macht: Dann ist das die Pflegekraft und der Arzt unterschreibt lediglich das vorbereitete Rezept. Das Leistungsrecht ist immer noch rückschrittlich und minimiert unter anderem die Attraktivität das Pflegeberufs. Sinnvoller und zielführender wäre es doch, eine differenzierte Pflege mit einer interessanten pflegefachlichen Entwicklung gesetzlich zu verankern. Von daher plädiere ich dafür, dass eine Modernisierung in den Aufgaben- und Verantwortungsbereichen für die pflegerische Patientenversorgung vorgenommen wird – nicht nur, weil wir damit weltweit immer noch hinterherhinken.

Wird die Krankenhausreform weiterhelfen?

Ich denke nicht, weil die eigentliche Grundfrage nicht gestellt wird, die da lautet: Wer soll was mit welcher Qualifikation machen? Welchen Bedarf haben wir tatsächlich, ambulant wie stationär? Welchen im ländlichen Bereich und welchen in Städten und Metropolregionen? All diese Fragen muss man möglichst evident beantworten, um Aufgaben- und Verantwortungsbereiche neu zu definieren und dies obendrein ebenso multiprofessionell wie interdisziplinär. Wenn wir das schaffen, bekommen wir nicht nur eine effektivere und effizientere Patientenversorgung, sondern verbessern auch maßgeblich die Attraktivität des Pflegeberufs.

Wie lautet Ihre Zielvorstellung, die Sie erreichen wollen?

Meine Zielmarke ist tatsächlich die, dass wir eine innovative, hochwertige pflegerische Versorgung schaffen, indem wir die Aufgaben der Profession Pflege stärken und dafür in eine extrem gute Ausbildung investieren.

Frau Schmidt-Rumposch, vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Literatur/Links:

1: https://pflegedienst.uk-essen.de/pflege-am-uk-essen/
2: https://pflegedienst.uk-essen.de/essener-onkologisches-symposium/
3: https://pflegedienst.uk-essen.de/2-essener-paediatrisches-neonatologisches-pflegesymposium/

BKK DV plädiert für APN-Gesetz

>> „Mangel an Pflegekräften – und ewig grüßt das Murmeltier“. So überschreibt der BKK Dachverband sein aktuelles Hintergrundpapier. Mit der Begründung, dass einerseits noch nie so viele Pflegefachkräfte beruflich tätig seien wie zurzeit, dennoch andererseits diese an allen Ecken und Enden fehlen würden, was immer öfter der Grund für Schließungen von ganzen Krankenhausabteilungen und Pflegeeinrichtungen sei, stellt der BKK DV folgende Überlegungen an und begründet diese (s. Link):

- mehr Personal ist die schlechteste Lösung – auf die Verteilung kommt es an!
- noch breiterer Mix aus informeller und professioneller Pflege gebraucht!
- genug geredet – endlich flächendeckend sehr gute Arbeitsbedingungen für Pflegende!
- Arbeitsmigration ist wünschenswert – aber bitte kein Fachkräftekolonialismus!
- Potenzial der Spitzenkräfte heben – die Advanced Practice Nurse (APN) schnell auf die „Straße“ bringen
- effektive und wirksame Strukturen vor Ort – die regionale pflegerische Versorgungsplanung

Zum Punkt „Potenzial der Spitzenkräfte“ argumentiert der Dachverband der BKKen, dass sich das Krankheitspanorama parallel immer weiter vom akuten in Richtung chronisches Krankheitsgeschehen verschiebe. Damit würden auch komplexe pflegefachliche Fragen in den Fokus rücken. International würden zur Bewältigung dieser komplexen Problemlage seit Jahrzenten hochspezialisierte Pflegende, Advanced Practice Nurses (APN), eingesetzt. Dies soll nach Meinung des Kassenverbands endlich auch in Deutschland mit einem „Pflegekompetenzgesetz“ beziehungsweise einem „APN-Gesetz” praktisch umgesetzt werden. Mit der Etablierung von APN würden sich auch für die „High Potentials“ in der Pflege aussichtsreiche Berufsperspektiven in der direkten Versorgung am Bett und damit berufliche Aufstiegschancen sowie neue fachliche Perspektiven ergeben. Bisher qualifizierten sich viele dieser Spitzenkräfte in Spezial- und Funktionsbereichen, wie z. B. der Intensivpflege, hätten aber damit keine Perspektive auf eine erweiterte Versorgungsverantwortung in der Praxis. <<

Link: https://t1p.de/65law