Klinische Pflegeforschung, 3: 15-27; DOI:10.6094/KlinPfleg.3.15; ISSN:2365-7863

Originalarbeit

Praxisentwicklung als strategischer Rahmen für die Implementierung akademischer Pflegerollen

Doris Eberhardt

Laienverständliche Zusammenfassung:

Mit der Zielsetzung, die Wirksamkeit der pflegerischen Versorgung zu steigern, werden am Klinikum Neumarkt seit geraumer Zeit Pflegefachkräfte mit Bachelor-Abschluss in die direkte Patientenversorgung integriert. Um die neuen akademischen Berufsrollen konsequent an den Zielen der Versorgung ausrichten und die in der Einrichtung erforderlichen Veränderungsprozesse erkennen und steuern zu können, wurde ein komplexes Strategiekonzept erarbeitet. Das Konzept zeigt zum einen, dass akademisch ausgebildete Pflegepersonen eine zentrale Rolle in der Entwicklung der Pflegepraxis spielen. Zum anderen macht es ersichtlich, dass für die erfolgreiche Einmündung der Studienabsolventen in die Praxis weitere, vielfältige Maßnahmen ergriffen und alle Pflegenden einbezogen werden müssen. Das Strategiekonzept stellt hierbei ein wichtiges Mittel dar, um Maßnahmen sinnvoll aufeinander abzustimmen und das Verständnis aller Beteiligten für die anstehenden Veränderungen zu fördern.

EINLEITUNG

Die Integration akademisch ausgebildeter Pflegepraktiker beschäftigt derzeit viele Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen in Deutschland. Obwohl aktuell mindestens 20 primärqualifizierende Studiengänge existieren, mit denen auch die klinische Pflege erfasst werden soll (Stratmeyer, 2015), herrschen in den Einrichtungen nur vage und häufig heterogene Vorstellungen darüber, wie Pflegeakademiker in der direkten Versorgung eingesetzt werden sollen (Hundt & van Hövell, 2015). Einrichtungen, in denen Absolventen ihre wissenschaftliche Expertise systematisch in die klinische Pflege einbringen (sollen), gehören nach wie vor eher zur Ausnahme (Bormann, 2011; Drechsel & Zierl, 2011; Busch, 2012; Blum, Löffert, Offermanns, & Steffen, 2014; Backhaus et al., 2015). Daher werden sie in der Praxis häufig ohne Unterschied zu beruflich ausgebildeten Kollegen eingesetzt oder sind vorwiegend in patientenfernen Einzelfunktionen, Lehre oder Management tätig. Die bereits zu Beginn der Akademisierung getroffene Feststellung, dass es nicht ausreiche, bisherige Konzepte pflegerischer Ausbildung und Praxis unverändert auf Hochschulniveau zu „liften“, sondern dass mit der Akademisierung ein neues Verständnis von Pflege umzusetzen sei (Mogge-Grothjahn 1993, 83), ist aktueller denn je und nimmt bei den Überlegungen zur Etablierung akademischer Berufsrollen in die Pflegepraxis eine zentrale Stellung ein. Nach eigenen Erfahrungen sind dort die Integrationsbemühungen jedoch vor allem vom Gedanken geprägt, die vorhandenen Absolventen „irgendwie unterbringen“ zu müssen. Die sich mit der (Teil-) Akademisierung neu eröffnende Chance, die pflegerische Versorgung anders gestalten und fachlich weiterentwickeln zu können, wird hingegen selten erkannt. Am Klinikum Neumarkt wird seit einigen Jahren systematisch daran gearbeitet, akademische Pflegerollen zu implementieren. Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf Absolventen von Bachelorstudiengängen, die für die klinische Pflege qualifizieren. Hierbei sind primärqualifizierende, duale und nachqualifizierende, berufsbegleitende Studiengänge gleichermaßen eingeschlossen. In diesem Artikel wird aufgezeigt, welche Bedeutung ein strategisches Rahmenkonzept zur Weiterentwicklung der Pflegepraxis für dieses Vorhaben hat und in welchen Schritten ein solches Konzept entwickelt werden kann.

HINTERGRUND

Das Klinikum Neumarkt ist ein Schwerpunktkrankenhaus mit 530 Betten in 16 Fachabteilungen (an den Standorten Neumarkt und Parsberg). Vor dem Hintergrund der im Wandel begriffenen Versorgungsanforderungen und dem gleichzeitigen Bildungswandel in der Pflege (SVR, 2007; Wissenschaftsrat, 2012) wird dort seit einigen Jahren die flächendeckende Integration akademischer Berufsrollen vorangetrieben. Zu Beginn der Implementierung, sprich in der Planungsphase Anfang 2013, galt es, das Rollenprofil der klinisch tätigen Bachelorabsolventen festzulegen und die Gestaltung der Einmündungsphase zu planen.

Wertvolle Impulse für die Etablierung neuer Pflegerollen geben internationale Konzepte zur Entwicklung und Einführung einer Advanced Nursing Practice (ANP). So kommen Bryant-Lukosius, DiCenso, Browne, und Pinelli (2004) im Rahmen ihrer umfangreichen Aktivitäten zur Implementierung einer ANP zum Ergebnis, dass die fehlende Klarheit über das Aufgabengebiet und den Auftrag von Advanced Practice Nurses (APNs) zu den zentralen Hemmnissen bei der Einführung von APN-Rollen gehört. Wichtig für die Rollenentwicklung ist nach Bryant-Lukosius et al. (2004) die grundlegende Ausrichtung der APN-Rolle an den Bedürfnis-

© 2017 by Eberhardt
Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz. Der genaue Wortlaut der Lizenz ist einsehbar unter: http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

Hintergrund:
Das Klinikum Neumarkt beschäftigt sich seit längerem mit der Verankerung akademischer Berufsrollen in die Pflegepraxis. Als Erfolgsfaktor hierfür gilt u.a. die konsequente Ausrichtung der neuen Rollen und Aufgabenfelder an den Bedürfnissen der Pflegeempfänger und den Zielen der pflegerischen Versorgung. Dies erfordert die Auseinandersetzung der Einrichtung mit der Frage, welche Ziele die Pflege verfolgt und mit welchen Strategien diese Ziele erreicht werden können.

Ziele:
Es sollte ein strategisches Rahmenkonzept entwickelt werden, mit dessen Hilfe das Aufgabenprofil klinisch tätiger Bachelorabsolventen stringent abgeleitet und die notwendigen Organisationsentwicklungsprozesse identifiziert und gesteuert werden können.

Methode:
Das Strategiekonzept wurde in einem neunmonatigen, partizipativen Prozess entwickelt. Dabei wurden sowohl wissenschaftliche Methoden als auch Instrumente des strategischen Managements angewandt. Den theoretischen Rahmen bildet das Konzept Praxisentwicklung nach McCormack, Manley, und Garbett (2009).

Ergebnisse:
Das Rahmenkonzept enthält 8 Zielbereiche: (1) Ausbau der Fach- und Rollenentwicklung der Pflegenden, (2) Umsetzung Evidence-basierter Pflege, (3) Systematische Steuerung und personenzentrierte Umsetzung des Pflegeprozesses, (4) Aufgaben- und stellendifferenzierte Zusammensetzung von Pflegeteams, (5) Ausbau der Führungskompetenz in Richtung transformationale Führung, (6) Etablierung einer entwicklungsfördernden Arbeits- und Lernumgebung, (7) Erreichen und Nachweisen guter Pflegeergebnisse, (8) Aufbau interprofessioneller Zusammenarbeit und eines effektiven Schnittstellenmanagements.

Schlussfolgerungen:
Das Strategiekonzept verdeutlicht, dass die Integration akademischer Pflegerollen eine zentrale Voraussetzung für das Erreichen der gemeinsam definierten Ziele darstellt. Gleichzeitig lässt es erkennen, dass die erfolgreiche Einmündung der neuen Rollen und damit letztlich die Verbesserung der pflegerischen Versorgung nicht ohne weiterführende, alle an der Pflege Beteiligte betreffende Entwicklungsschritte gelingen kann. Das Konzept stellt für uns ein unverzichtbares Instrument dar, um Verständnis für die anstehenden Veränderungen zu schaffen und Maßnahmen sinnvoll aufeinander abzustimmen.

Schlüsselbegriffe:
Praxisentwicklung, Akademische Pflegerollen, Organisationsentwicklung, Strategische Steuerung

sen der Patienten und den Zielen der Gesundheitsversorgung. Als weiteren fördernden Faktor für die Integration neuer Rollen betonen die Autoren den Einbezug aller an der Implementierung Beteiligten. Bei der Etablierung einer ANP geht es um die Integration klinisch tätiger Pflegepersonen mit Masterabschluss (vgl. näher hierzu Schober & Affara, 2008). Unter der Annahme, dass Bachelorabsolventen – wenn auch entsprechend dem niedrigeren Qualifikationsniveau – die Fachentwicklung und den Systemwandel in der Pflege ebenfalls vorantreiben sollen (Görres, 2008; Schilder, 2010), erscheinen die Erkenntnisse aus der APN-Rollenentwicklung durchaus für die Etablierung von Bachelor-Rollen relevant. Unter dieser Annahme lässt sich schlussfolgern, dass ein Erfolgsfaktor bei der Integration klinisch tätiger Bachelorabsolventen darin liegt, deren Rolle und Aufgabenfelder konsequent am Ziel der Verbesserung der pflegerischen Versorgung auszurichten. Sowohl ein strategisches Konzept, das die Entwicklung der Pflege gezielt in Richtung definierter Ziele ermöglicht, als auch ein angemessener methodischer Ansatz, mit dem dieser umfassende Entwicklungsprozess gesteuert werden kann, fehlten am Klinikum Neumarkt.

ZIEL

Vor diesem Hintergrund beauftragte der Leiter des Pflegedienstes die Stabsstelle Praxisentwicklung Pflege, ein entsprechendes Strategiekonzept zu erstellen. Durch das Konzept sollte:

› ein übergeordneter und verbindlicher Rahmen für die pflegefachliche Entwicklung am Klinikum Neumarkt etabliert werden.
› es ermöglicht werden, Handlungsfelder für klinisch tätige Bachelorabsolventen stringent abzuleiten, entsprechende berufliche Rollen zu entwerfen und unter Einbezug aller Beteiligten in die klinische Praxis einzubetten.
› ein Instrument zur strategischen Steuerung und systematischen Evaluation der Veränderungsprozesse zur Verfügung gestellt werden.

THEORETISCHER RAHMEN

Da die konzeptuelle Verankerung sowohl die generelle Ausrichtung der Strategie als auch die Umsetzung der Maßnahmen beeinflusst, werden zunächst die wichtigsten theoretischen Bezüge kurz dargestellt.

Praxisentwicklung (Practice Development)

Unter Praxisentwicklung wird eine Anzahl von zur Verfügung stehenden Werkzeugen verstanden, mit denen einerseits Change Management entwickelt und durchgeführt wird und

mit denen andererseits die Umsetzung wissenschaftlicher Ergebnisse in die Praxis gelingen kann. Dieser Begriff wird jedoch nicht einheitlich verwendet, so dass sich unterschiedliche Aktivitäten und Konzepte dahinter verbergen können. Am Klinikum Neumarkt folgen wir dem Ansatz nach Garbett und McCormack (2002), der vor allem organisatorische Veränderungen, klinische Wirksamkeit sowie eine Patientenorientierung und interdisziplinäre Orientierung verfolgt. In diesem Verständnis wird Praxisentwicklung als „kontinuierlicher Prozess, der auf Effektivitätssteigerung in der patientenzentrierten Versorgung abzielt“ definiert (ebd., S. 88). „Dies wird dadurch erreicht, dass die Gesundheitsteams befähigt werden, ihre Kenntnisse und Fähigkeiten zu entwickeln und die Kultur und den Kontext der Versorgung zu verändern“ (ebd.).

Trotz der großen Bedeutung von Fachwissen für das klinische Handeln reicht es nicht aus, Praxisentwicklung rein unter dem technischen oder wissenschaftsorientierten Aspekt zu sehen. Die Ausstattung von Teams und Individuen mit fachlichen Fähigkeiten und Kenntnissen führt nicht automatisch zur Veränderung der Arbeitsweise. Manley und McCormack (2009) betonen deshalb die Bedeutung der emanzipatorischen Praxisentwicklung, die zum einen die Grundannahmen der Praktiker und zum anderen das soziale System im Blick hat. Es gilt, Praktiker zu befähigen, die in ihrer Praxis als selbstverständlich geltenden, einengenden Aspekte wahrzunehmen und zu beseitigen. Im Einklang mit der kritischen Sozialtheorie ist das emanzipatorische Interesse darauf ausgerichtet, verändertes Handeln durch verändertes Bewusstsein zu erzielen und nicht durch Zwänge oder Routinen. Dies begründet auch die Bedeutung eines konsequent partizipativen Vorgehens in Praxisentwicklungsprozessen.

Befähigende Begleitung (Facilitation)

Ergebnisse aus Forschung und Praxisentwicklung belegen, dass Qualitätsverbesserungsmaßnahmen in der Pflegepraxis nur dann erfolgreich sind, wenn u.a. ausreichend Begleitung vorhanden ist (Rycroft-Malone et al. 2002; Kitson, Harvey, & McCormack, 1998). Eine wichtige Funktion innerhalb der Praxisentwicklung nimmt daher Facilitation im Sinne begleitender Unterstützung (Frei, Massarotto, Helberg, & Barandun Schäfer, 2012) ein. Da die Haltung der Begleitenden vorrangig dadurch geprägt ist, Problembewusstsein zu schaffen und Kompetenzen zur eigenständigen Problemlösung zu fördern, anstatt Lösungen zur Erfüllung bestimmter Aufgaben vorzugeben (Rycroft-Malone, 2009), hat sich am Klinikum Neumarkt der Begriff „befähigende Begleitung“ etabliert. Sogenannte Facilitatoren sind Personen, die „sich systematischen, exakten und kontinuierlichen Prozessen emanzipatorischer Veränderung, die die Perspektive der Dienstleistungsnutzer berücksichtigen, verpflichtet fühlen“ (Garbett & McCormack, 2002, S. 88). Aufgrund ihrer Rolle, Fähigkeiten und Kenntnisse sind sie in der Lage, ein „Klima kritischer Intention“ (Manley & McCormack, 2009, S. 50) zu schaffen und Bewusstseinsprozesse zu fördern. Mit dem Ziel, die aktuelle Praxis zu hinterfragen und die Entwicklung neuer Arbeitsweisen zu fördern, nehmen sie je nach Erfordernis verschiedene Rollen in der Begleitung ein: so geben sie z.B. gezielte Hilfe bei der Erfüllung bestimmter Aufgaben oder unterstützen Kollegen dabei, Einstellungen bzw. Handlungsweisen zu hinterfragen und zu verändern. Konkrete Aufgaben des Begleiters sind z.B. Bedürfnisse der Pflegenden ermitteln, Gruppenprozesse steuern, durch spezifische Methoden die kritische Auseinandersetzung mit Themen initiieren, die Erreichung von Lernzielen überprüfen oder verschiedenartige Informationen und Evidence ordnen (Rycroft-Malone, 2009, S. 118).

Transformationale und visionäre Führung (Transformational Leadership)

Als geeignete Führungsstrategie, um Veränderung, Innovation und Entwicklung zu fördern sowie Selbstwachstum bei den Mitarbeitenden zu initiieren, gelten transformationale bzw. Leadership-Ansätze. Eine visionäre Führungskraft mit Leadership-Fähigkeiten ist in der Lage, eine fördernde Umgebung zu schaffen, effektive Teams zu bilden, aufzuzeigen, was andere nicht sehen können, sich mit aktuellen Herausforderungen zu beschäftigen, eine Veränderung der Werte, Überzeugungen, Bedürfnisse und Fähigkeiten der Mitarbeitenden zu bewirken und das Team in eine durch die Veränderung oft unbekannte Zukunft zu führen (Kouzes & Posner, 2003). Für die Etablierung einer erweiterten, patientenorientierten und auf aktueller Forschung basierenden Pflegepraxis gilt Leadership als wichtige Voraussetzung zur Förderung von Eigenverantwortung und Entstehung einer lernbereiten Kultur (Martin, McCormack, Fitzsimons, & Spirig, 2012) und stellt somit ein wichtiges komplementäres Konzept für Praxisentwicklung dar (Barandun Schäfer et al., 2011; Frei et al., 2012). Als visionäre und kritische Denkweise zur Verbesserung der klinischen Praxis spielt Leadership nicht nur auf Ebene der Führungspersonen, sondern für alle an der Praxisentwicklung beteiligten Pflegenden eine Rolle. Ausgeprägte Leadership-Kompetenzen sind beispielsweise auch Voraussetzung für die Übernahme von Facilitation-Rollen (McCormack et al., 2009; Davidson, Elliott, & Daly, 2006).

Personenzentrierte Pflege (Person-Centred Care)

Ein weiteres wesentliches Konzept für die Praxisentwicklung

stellt der von McCormack und McCance (2010) entwickelte Bezugsrahmen der personenzentrierten Pflege dar. Personenzentriertheit drückt sich in einer spezifischen pflegerischen Denkweise sowie der Haltung zur Zusammenarbeit aus und wird von Christie, Camp, Cocozza, Cassidy und Taylor (2012) vielmehr als „way of being“ denn als bloßes Handlungsschema bezeichnet. Durch die Beschreibung personenzentrierter Handlungsprinzipien bietet der Bezugsrahmen eine Grundlage für die Gestaltung von Pflege. Demnach zeichnet sich personenzentriertes Pflegehandeln aus durch den Einbezug von Werten und Überzeugungen des Patienten, die kontinuierliche Reflexion der Adhärenz, partizipative Entscheidungsfindung, pflegerische Nähe und Präsenz sowie eine multidimensionale Sichtweise. Als Ergebnis von Pflege werden dabei bewusst personenzentrierte Outcome-Kriterien fokussiert, um die patientenbezogene Zielgerichtetheit pflegerischen Handelns zu betonen. Ebenfalls können mit Hilfe des Bezugsrahmens die für eine personenzentrierten Pflege erforderlichen persönlichen Voraussetzungen der Pflegeperson, die notwendige Pflegekultur und Arbeitsumgebung sowie Evaluationskriterien definiert werden.

METHODE

Die Entwicklung des Rahmenkonzepts erfolgte in einem mehrschrittigen, partizipativen Prozess und dauerte rund neun Monate. Das Vorgehen lehnt sich an die Schritte der Portfolioentwicklung nach Schubert, Wehrli und Spirig (2009) sowie an die Methode der SWOT-Analyse (Lombriser & Abplanalp, 2010) an.

Schritt 1: Stärken-Schwächen-Analyse

Um ein möglichst breites Spektrum an Einschätzungen zu erhalten, erfolgte die Stärken-Schwächen-Analyse mit allen pflegerischen Führungspersonen (n=34) sowie mit Pflegenden, die zu dieser Zeit bereits ein berufsbegleitendes Bachelorstudium mit klinischer Ausrichtung absolvierten (n=10). Durch die gezielte Auswahl studierender Praktiker sollte der Praxisperspektive Rechnung getragen und gleichzeitig die Chance genutzt werden, von deren bereits durch die Studieninhalte erweiterten Blick auf die Pflegepraxis zu profitieren. Die mittels Kartenabfrage erhobenen Stärken und Schwächen wurden in einem ersten Schritt zusammengefasst und verdichtet (Tab.1). Im zweiten Schritt wurden sie in der Kerngruppe Praxisentwicklung diskutiert. Dieses ständige Gremium setzt sich aus Mitarbeitenden der Bereiche Pflegemanagement, -praxis und -wissenschaft zusammen und hat die Aufgabe, Rahmenkonzepte kritisch zu diskutieren sowie Entscheidungen zu unterstützen.

Schritt 2: Ermittlung von Trends und Herausforderungen

Um die Innensicht der verschiedenen Pflegeakteure zu ergänzen bzw. zu erweitern, wurden zusätzlich zur Analyse der Praxissituation in der Literatur beschriebene Trends und Entwicklungen in der akutstationären pflegerischen Versorgung analysiert. Ziel hierbei war es, etwaige Herausforderungen, die sich aus Umweltbedingungen ergeben, zu erkennen und in die Strategieplanung einfließen zu lassen. Die Literaturrecherche wurde im Mai 2013 durchgeführt. Da sich eine systematische Recherche aufgrund der Komplexität und Weite des Themenfeldes als nicht praktikabel erwies und die Autorin durch ihren Arbeitsschwerpunkt zudem über vertieftes Wissen zum Recherchegegenstand verfügte, wurde eine selektive Literaturrecherche im Schneeballverfahren durchgeführt. Gesucht wurde im ersten Schritt (vorrangig auf den deutschen Kontext bezogene) wissenschaftlich fundierte Literatur jeglicher Art, d.h. sowohl Forschungsberichte als auch konzeptuelle bzw. theoretische Aufsätze, aber auch Stellungnahmen, Positionspapiere, gesetzliche Richtlinien, Sachverständigengutachten, Empfehlungen usw. Bei allen eingeschlossenen Artikeln wurden die Quellenverzeichnisse überprüft, relevante Treffer im Volltext gesichtet und entsprechend ein- oder ausgeschlossen. Bei diesem Schritt wurden auch internationale Quellen integriert, die zur Untermauerung des Entwicklungspotentials herangezogen werden konnten. Die Ergebnisse der Literaturrecherche wurden gebündelt und in übergeordnete Kategorien abstrahiert. In Tabelle 2 wird ein Überblick über die ermittelten Haupttrends gegeben. Diese werden aus Platzgründen nur benannt und mit exemplarischen Quellen versehen.

Schritt 3: Definition von Zielbereichen

Im nächsten Schritt wurden die Ergebnisse der Literaturrecherche und der Stärken-Schwächen-Analyse zusammengeführt und der Entwicklungsbedarf der Pflege am Klinikum Neumarkt herausgearbeitet. Der erarbeitete Entwicklungsbedarf ergab acht übergeordnete Zielbereiche (Abb. 1), die erneut in der Kerngruppe Praxisentwicklung diskutiert und konsentiert wurden.

Schritt 4: Chancen-Risiken-Analyse

In einem weiteren Schritt erarbeitete die Kerngruppe zu jedem Zielbereich unterstützende bzw. fördernde sowie hemmende bzw. ungünstige Bedingungen. Die erfassten Chancen und Risiken nahmen Einfluss auf die weitere Entwicklung des Aktionsplans.

Schritt 5: Erstellung des Aktionsplans

Unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Chancen- und

Stärken	Schwächen
Fehlende Integration wissenschaftlicher Ergebnisse in die Pflegepraxis	Interne Fachweiterbildungs- und Fortbildungsangebote
Mangelhafter Informationsfluss; unzureichende Abstimmung zwischen den Berufsgruppen; unzureichendes Schnittstellenmanagement	Freundlichkeit des Personals, Patientenwünsche und Individualität werden versucht zu respektieren
Unzureichendes Wahrnehmen edukativer Maßnahmen (Beratung, Schulung, Anleitung usw.) durch fehlende Kommunikations- und Fachkompetenz und Zeitressourcen	Gutes Arbeitsklima, gute Zusammenarbeit sowohl innerhalb der Berufsgruppe als auch mit anderen Berufsgruppen
Unklares bzw. heterogenes Pflegeverständnis; hohe Identifikation mit medizinischen Aufgaben, nicht gelebtes Pflegeleitbild	Profundes Basiswissen und hohes Erfahrungswissen der Pflegenden
Fehlen einer gemeinsam verfolgten Zielsetzung innerhalb der Pflege; fehlende Kontinuität in der pflegerischen Versorgung	Vereinzelte Vermittlung von Forschungsergebnissen in Fort- und Weiterbildungen
Unzureichende Patientenorientierung; fehlende Konzepte zur Förderung von Patientenautonomie und -partizipation	Gutes Image, Anerkennung in der Bevölkerung
Schlechte Ressourcenverteilung, ineffektive Prozessgestaltung und fehlende Prioritätensetzung	Unterstützende Arbeitsumgebung, moderne Ausstattung, Hilfsmittel usw.
Wenig kritisches Hinterfragen von Routinen; eingeschränkte Reflexionsbereitschaft, fehlende proaktive Haltung hinsichtlich kontinuierlicher Weiterentwicklung und lebenslangem Lernen; unzureichende Fehler- und Feedback-Kultur	Spezialisierte Pflegerollen, z.B. Wundmanager, Diabetesberatung, Fallmanager
Hierarchisch strukturierte Zusammenarbeit; keine gleichberechtigte Stellung bei Entscheidungen, Fremdbestimmung durch andere Berufsgruppen, Übernahme pflegefremder Tätigkeiten	Gesundheitsfördernde Angebote durch den Arbeitgeber
Keine systematische Steuerung der fachlichen Weiterentwicklung der Pflege; „Einschlafen“ von Arbeitsgruppen; fehlendes bzw. unpassendes Bildungsangebot	Umsetzung von Fallmanagement
Fehlende systematische Evaluation	Offenheit des Personals für Veränderungen, hohe Motivation
Informationsdefizite, ineffektive Kommunikationssysteme , wenig Bereitschaft, sich selbständig zu informieren	Hohe Belastbarkeit und Flexibilität des Personals
Keine systematische Begleitung und Unterstützung bei Veränderungsprozessen	Alle Planstellen sind besetzt
	Unterstützung der Professionalisierung und Entwicklung der Pflege durch die Unternehmensführung

Tabelle 1: Ergebnisse der Stärken-Schwächen-Analyse

Haupttrends (exemplarische Quellen)
Entwicklung von stärker personen- und weniger krankheitsfokussierten Versorgungsansätzen (z.B. Bartholomeyczik, 2013; Behrens, Görres, Schaeffer, Bartholomeyczik, & Stemmer, 2012; Wissenschaftsrat, 2012; Thielhorn, 2012; Rosenbrock & Hartung, 2012; Bischofberger, 2011; Dahlgaard, 2010; Schulz, Dorgerloh, Ratzka, Gray, & Behrens, 2007; Spichiger, Kesselring, Spirig, & De Geest, 2006)
Entwicklung speziell auf die Bedürfnisse von Patientengruppen, Settings, Gesundheitsproblemen/-phänomenen ausgerichteter Versorgungsprogramme, Entwicklung einer Advanced Nursing Practice (z.B. DBfK, ÖGKV, & SBK, 2013; Frei et al., 2012; Gaidys, 2011; Spirig, Panfil, Meyer, & Schrems, 2010; International Council of Nurses (ICN), 2009; Stemmer & Böhme, 2008; Schober & Affara, 2008; Sachs, 2007; Hamric, Spross, & Hanson, 2004; Spirig & De Geest, 2004)
Organisation und systematische Steuerung von Versorgungsprozessen, Aufbau von Case- und Care-Management (z.B. Wissenschaftsrat, 2012; Knoth, v. Allmen, Radnic, & Riggenbach, 2012; Dahlgaard, 2010; Stemmer & Böhme, 2008; SVR, 2007)
Etablierung einer Evidence-basierten Praxis (z.B. Wissenschaftsrat, 2012; Behrens et al., 2012; Ewers et al., 2012; Balzer, Köpke, Langer, Meyer, & Behrens, 2012; Meyer & Köpke, 2012; Schilder, 2010; Behrens & Langer, 2010)
Optimierung der interdisziplinären Versorgung und Zusammenarbeit an Schnittstellen; Förderung einer partizipativ strukturierten Zusammenarbeit der Berufsgruppen, Aufgabenneuverteilung (z.B. Wissenschaftsrat, 2012; Behrens et al., 2012; Behrens & Selinger, 2012; Rogalski, Dreier, Hoffmann, & Oppermann, 2012; Braun, 2011; Offermanns, 2010; Dahlgaard, 2010; Stemmer, 2009; Stemmer & Böhme, 2008; Höhmann, 2008; SVR, 2007)
Aufgaben- und stellendifferenzierte Zusammensetzung von Pflegeteams (z.B. Wissenschaftsrat 2012; Moers et. al. 2012; Knoth et al. 2012; Pohl 2011; Offermanns 2010; Stemmer & Böhme 2008; Zegelin 2005)

Tabelle 2: Ergebnisse der Literaturrecherche

Abbildung 1: Zielbereiche der Praxisentwicklung am Klinikum Neumarkt (eigene Darstellung)

Risiken-Analyse sowie der oben beschriebenen Prämissen, Vorgehensweisen und unterstützenden Konzepte der Praxisentwicklung wurden für jeden Zielbereich Teilziele bzw. -schritte erarbeitet. Diese wurden wiederum mit konkreten Aktivitäten, einem Zeitplan, beteiligten und verantwortlichen Personen(gruppen) sowie formativen und summativen Evaluationskriterien hinterlegt.

ERGEBNISSE

Strategisches Konzept und Umsetzung

Es entstand ein auf mehrere Jahre angelegtes Strategiekonzept mit acht übergeordneten Zielbereichen (Abb. 1). Wie den Teilschritten innerhalb der Zielbereiche (Tab. 3) zu entnehmen ist, erfolgt die Umsetzung von Maßnahmen in unterschiedlicher Reichweite und Tiefe sowie mit unterschiedlichen Personengruppen. So sind klinisch tätige Bachelorabsolventen mit nachstehendem Aufgabenprofil ausschließlich in Praxisentwicklungsstationen eingesetzt. Diese nach dem Konzept der „Nursing Development Units“ (Schiereck, 2000) etablierten Stationen haben sich der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Pflegepraxis und der Pflegenden durch systematische Methoden verpflichtet und erhalten vom Pflegemanagement spezifische Unterstützung. Sie erfüllen bestimmte Kriterien und stellen daher die erforderliche Umgebung für die systematische Erprobung, Implementierung und Evaluation neuer Pflegekonzepte (z.B. das Konzept der Fallverantwortung) dar.

Aufgabenprofil von Bachelorabsolventen in der klinischen Pflege

In Zusammenschau des erarbeiteten Strategiekonzepts und des Qualifikationsprofils patientenorientierter Bachelorstudiengänge (Hülsken-Giesler & Korporal, 2013; Moers, Schöniger, & Böggemann, 2012) wurde das Rollenprofil der klinisch tätigen Bachelorabsolventen abgeleitet (Abb. 2). Es schließt gleichermaßen die beiden Funktionen Fall- und Fachverantwortung ein. Das erforderliche Mentoring der Bachelorabsolventen sowie die wissenschaftliche Begleitung der Praxisentwicklungsprojekte werden derzeit durch die Stabsstelle Praxisentwicklung sichergestellt. Langfristiges Ziel ist es, in der klinischen Pflege auch Masterabsolventen einzusetzen, die dann die Begleitung der Bachelorabsolventen im Rahmen ihrer APN-Rolle übernehmen.

Fallverantwortung

Als Fallverantwortliche sind Bachelorabsolventen von Beginn der stationären Behandlung bis zur Entlassung für die systematische Steuerung und die verbindliche Umsetzung der pflegerischen Versorgung der zugeordneten Patienten verantwortlich. Diese Rolle geht eng mit dem im vorliegenden Strategiekonzept anvisierten Zielbereich der systematischen Steuerung des Pflegeprozesses, sprich mit der Etablierung pflegerischer Fallverantwortung einher (Tab. 3, Zielbereich 3). Da Bachelorstudiengänge mit klinischer Orientierung vor allem auf die direkte Praxis der Betreuung von Patienten und Angehörigen ausgerichtet sind (Moers et al., 2012), stellt die Pflegeprozesssteuerung ein zentrales Aufgabenfeld für klinisch tätige Bachelorabsolventen dar. Jedoch ist die Fähigkeit zur klinischen Entscheidungsfindung nach Benner (2012) hochgradig an die Ausprägung von Erfahrungswissen und klinischer Expertise geknüpft. Daher ist diese Rolle am Klinikum Neumarkt nicht exklusiv akademisch ausgebildeten Pflegenden vorbehalten, sondern kann – nach erfolgreich absolviertem hausinternem Kom-

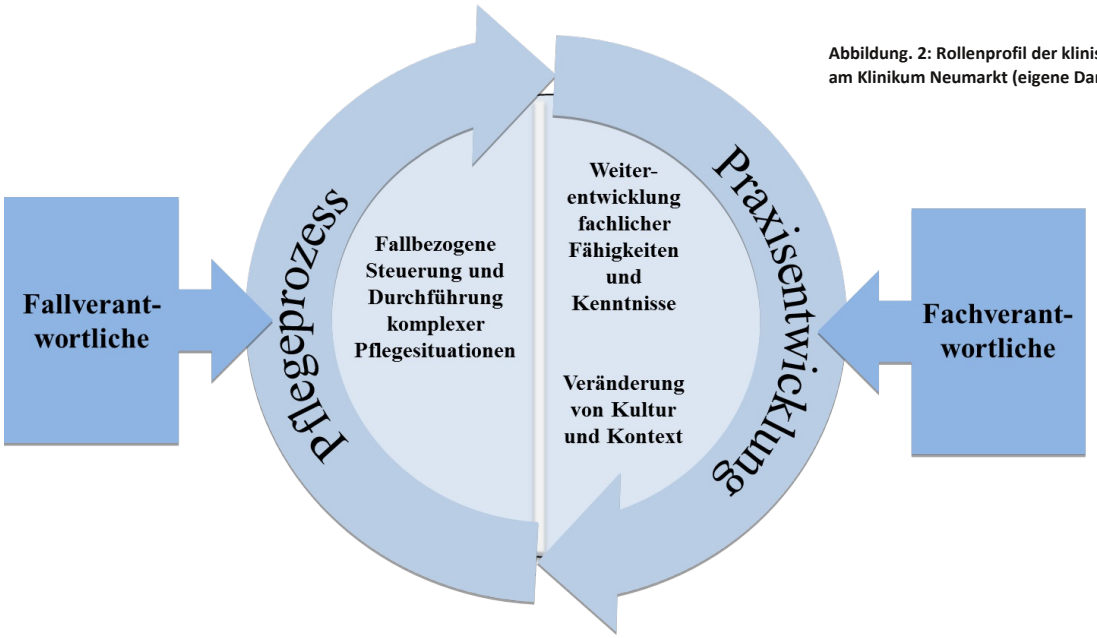

Abbildung. 2: Rollenprofil der klinisch tätigen Bachelorabsolventen am Klinikum Neumarkt (eigene Darstellung)

	Zielbereiche und Teilschritte
1	**Ausbau von Fach- und Rollenentwicklung hin zu einem personenzentrierten Pflegekonzept**
1.1	Eine Vision, die das künftige Ideal der professionellen und personenzentrierten Pflegepraxis am Klinikum Neumarkt beschreibt, ist vorhanden.
1.2	Alle Leitungspersonen erkennen die Vision als gemeinsame Denk- und Handlungsgrundlage an und vertreten diese im Pflege- und interprofessionellen Team.
1.3	Alle Pflegenden kennen die Vision und setzen sich kritisch damit auseinander.
1.4	Konkrete stationsspezifische Konzepte zur Umsetzung der Vision sowie Kompetenzen zu deren Umsetzung sind identifiziert.
1.5	In den Pflegeteams sind Verständnis und Grundkenntnisse zu den personenzentrierten Pflegekonzepten der eigenen Station vorhanden.
1.6	Fallverantwortliche Pflegende verfügen über vertieftes Wissen sowie Fähigkeiten zur Umsetzung der personenzentrierten Pflegekonzepte und setzen diese um.
2	**Umsetzung Evidence-basierter Pflege**
2.1	Ein auf die Qualifikationsniveaus abgestimmtes Stufenmodell hinsichtlich Rolle und Aufgaben von Pflegenden bezüglich Pflegeforschung und Forschungsanwendung ist vorhanden und dient als Orientierungsrahmen für das Lehren und Lernen innerhalb hausinterner Bildungsangebote (s. ausführlich Eberhardt, 2014).
2.2	Alle Leitungspersonen kennen die Bedeutung und Grundzüge einer Evidence-basierten Pflege und vertreten diese im Pflege- und interprofessionellen Team (s. ausführlich Eberhardt & Krautz, 2016).
2.3	Alle Leitungen haben eine klare Vorstellung von der Umsetzung einer Evidence-basierten Pflege im eigenen Bereich und kennen ihre Rolle hierbei.
2.4	Alle Pflegenden kennen ihre Rolle innerhalb einer Evidence-basierten Pflege und werden in der Kompetenzentwicklung zur Übernahme der Rolle systematisch gefördt (s. ausführlich Eberhardt, 2014).
2.5	Ein Konzept zur Umsetzung einer Evidence-basierten Pflege liegt vor und leitet das methodische Vorgehen bei der Recherche, Synthese, Bewertung und Aufbereitung von Evidence sowie die Steuerung von Disseminations- und Implementierungsprozessen an.
2.6	Die Bedingungen für die Umsetzung einer Evidence-basierten Pflege sind auf den Praxisentwicklungsstationen geschaffen.
2.7	Forschungsergebnisse werden auf den Praxisentwicklungsstationen systematisch implementiert bzw. zur Entscheidungsfindung herangezogen.

Tabelle 3: Auszug aus dem strategischen Praxisentwicklungsplan

3	**Systematische Steuerung und personenzentrierte Umsetzung des Pflegeprozesses**
3.1	Ein Rahmenkonzept zur systematischen Steuerung und personenzentrierten Umsetzung des Pflegeprozesses (Fallverantwortungskonzept) ist vorhanden.
3.2	Das Fallverantwortungskonzept ist an die Spezifika der Praxisentwicklungsstationen angepasst und alle zur Umsetzung erforderlichen Instrumente sind vorhanden.
3.3	Die fallverantwortlichen Pflegenden verfügen über die notwendigen Kompetenzen zur Übernahme der Fallverantwortungsrolle.
3.4	Das Fallverantwortungskonzept wird auf den Praxisentwicklungsstationen erprobt, evaluiert und weiterentwickelt.
3.5	Der Pflegeprozess wird auf den Praxisentwicklungsstationen systematisch gesteuert und personenzentriert umgesetzt.
4	**Aufgaben- und stellendifferenzierte Zusammensetzung von Pflegeteams**
4.1	Ein Karrieremodell für die klinische Pflege ist vorhanden und wird als Instrument zur Personalentwicklung, -gewinnung, -bindung sowie zur Klärung tariflicher Eingruppierung genutzt.
4.2	Ein Rahmenkonzept für eine aufgaben- und stellendifferenzierte Zusammensetzung des Pflegeteams liegt vor.
4.3	Die Leitungspersonen der Praxisentwicklungsstationen sind in der Lage, den Personalmix auf den Pflegebedarf bzw. auf das Aufgabenprofil der Abteilung abzustimmen sowie den entsprechenden Personaleinsatz zu steuern.
4.4	Ein Qualifizierungsprogramm für Pflegeassistenten auf Basis des Rahmenkonzepts ist vorhanden und wird durchgeführt.
4.5	Die Pflegenden der Praxisentwicklungsstationen verfügen über das notwendige Wissen und die Fähigkeiten zu Delegation, Kontroll- und Feedbacksystemen und setzen diese um.
4.6	Eine effektive und effiziente aufgaben- und stellendifferenzierte Zusammensetzung von Pflegeteams liegt auf den Praxisentwicklungsstationen vor.
5	**Ausbau von Führungskonzept und -kompetenz in Richtung Leadership**
5.1	Ein die pflegestrategische Ausrichtung unterstützendes Karrieremodell für das Pflegemanagement ist vorhanden und wird zur Führungskräfteentwicklung, -gewinnung und -bindung genutzt.
5.2	Eine individuelle Karriere- und Personalentwicklungsplanung auf Basis des Karrieremodells liegt für alle pflegerischen Leitungen vor.
5.3	Die Leitungen der Praxisentwicklungsstationen verfügen über die notwendigen Methoden, Instrumente und Kompetenzen zur Umsetzung eines patienten-, mitarbeiter-, forschungs- und ergebnisorientierten Führungsstils (s. ausführlich Eberhardt, 2017).
5.4	Auf den Praxisentwicklungsstationen wird ein patienten-, mitarbeiter-, forschungs- und ergebnisorientierter Führungsstil umgesetzt.
6	**Etablierung einer entwicklungsfördernden Arbeits- und Lernumgebung**
6.1	Führungshandeln wird gezielt auf die Förderung von Veränderungs- und Lernbereitschaft sowie auf die Entwicklung einer positiven Team- und Kommunikationskultur ausgerichtet.
6.2	Die systematische Analyse bzw. Reflexion der Team- und Kommunikationskultur sowie die Umsetzung fördernder Maßnahmen gehören zum festen Bestandteil der Praxisentwicklungsstationen.
6.3	Ein Bewertungsinstrument, das die differenzierte Einschätzung und transparente Rückmeldung des pflegerischen Kompetenzprofils von Mitarbeitenden ermöglicht, liegt vor.
6.4	Die Pflegenden erhalten mit Hilfe des Bewertungsinstruments regelmäßig Rückmeldung und werden auf dieser Basis gezielt in ihrer Kompetenzentwicklung gefördert.
6.5	Ein die pflegestrategische Ausrichtung unterstützendes Facilitation-Konzept ist vorhanden.
6.6	Facilitatoren sind auf allen Qualifikationsebenen vorhanden und verfügen über die erforderlichen Instrumente und Kompetenzen.
6.7	Systematische Begleitung, die gleichermaßen zur wissenschaftsorientierten und emanzipatorischen Praxisentwicklung befähigt, ist gewährleistet.

Tabelle 3 *(Fortsetzung)*: Auszug aus dem strategischen Praxisentwicklungsplan

7	**Nachweisen von Pflegeergebnissen**
7.1	Wissenschaftlich gesicherte Instrumente und Verfahren zur Erhebung von Pflegeergebnissen stehen zur Verfügung.
7.2	Die Effektivität von Pflegemaßnahmen in Bezug auf die festgelegten Pflegeziele wird systematisch erhoben (Evaluation im Rahmen des Pflegeprozesses).
7.3	Die Effektivität neu eingeführter Pflegemaßnahmen bzw. -konzepte wird systematisch evaluiert (Evaluation im Rahmen des EBP-Prozesses).
8	**Aufbau interprofessioneller Zusammenarbeit und eines effektives Schnittstellenmanagements**
8.1	Die Kern- und Poolkompetenzen der Pflege im Rahmen der pflegerisch-ärztlichen Kooperation sind auf den Praxisentwicklungsstationen definiert.
8.2	Eine Analyse der gegenwärtigen interdisziplinären Zusammenarbeit und des Schnittstellenmanagements (inklusive Kommunikationsstrukturen und -prozesse) liegt auf den Praxisentwicklungsstationen vor.
8.3	Ein auf Basis der Analyseergebnisse gemeinsam erarbeitetes Kooperationsmodell für die systematische Zusammenarbeit von Pflege und Medizin ist vorhanden.
8.4	Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Schnittstellenmanagement werden auf den Praxisentwicklungsstationen nach einem partizipativ strukturierten Kooperationsmodell gestaltet.

Tabelle 3 *(Fortsetzung)*: Auszug aus dem strategischen Praxisentwicklungsplan

petenztraining – auch von beruflich ausgebildeten Pflegenden übernommen werden. Eine mehrjährige klinische Tätigkeit gehört in jedem Fall zu den Voraussetzungen für die Übernahme dieser Rolle. Jedoch entspricht die Anforderungsstruktur hochkomplexer Fälle bzw. Pflegesituationen, die die Erarbeitung neuer Lösungen unter Einbezug wissenschaftlicher Methoden erfordern, in der Regel dem Qualifikationsprofil akademisch ausgebildeter Pflegender (Schilder, 2010; Stemmer & Dorschner, 2007). So zeigt Darmann-Finck (2012) in ihrer internationalen Literaturübersicht zu den Wirkungen einer akademischen Pflegeausbildung, dass der Zusammenhang von Critical Thinking (als Voraussetzung zur Lösung komplexer Probleme ohne Rückgriffmöglichkeit auf standardisierte Lösungen) und Ausbildungsniveau bisher nicht eindeutig belegt werden konnte, jedoch Hinweise darauf bestehen, dass Pflegeakademiker mit zunehmender Berufserfahrung ein höheres Kompetenzniveau als Pflegende ohne akademische Ausbildung erreichen.

Fachverantwortung

Mit ihrer wissenschaftlichen Qualifikation sind Bachelorabsolventen in der Lage, pflegerisches Wissen durch Verknüpfung von Theorie, Forschung und Praxis systematisch weiterzuentwickeln. Im Unterschied zu berufsschulisch ausgebildeten Pflegepersonen übernehmen sie zu einem bestimmten Prozentsatz ihrer Arbeitszeit zusätzlich Aufgaben in der Praxisentwicklung. Der Grad der Verantwortung, Eigenständigkeit und Komplexität in Bezug auf diese Aufgaben steigt mit der Höhe des akademischen Grads sowie mit der Erfahrung in diesem Handlungsfeld. Als Fachverantwortliche reflektieren sie pflegerisches Handeln auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse, prüfen Versorgungsmöglichkeiten hinsichtlich ihrer Evidence-Basierung, bereiten pflegewissenschaftliche Erkenntnisse auf und steuern die Implementierung neuen Wissens in die Praxis (Zegelin, 2005; Meyer & Köpke, 2012; Wissenschaftsrat, 2012). Auf diese Weise unterstützen sie Teams und Individuen dabei, ihre Kenntnisse und Fähigkeiten zu verbessern. (McCormack et al., 2009). Im Sinne der emanzipatorischen Praxisentwicklung (ebd.) gehört es ebenfalls zu den Aufgaben des Fachverantwortlichen, den Akteuren zu helfen, die Kultur bzw. den Kontext der Versorgung zu hinterfragen und so zu verändern, dass das neue Wissen personenzentriert angewendet werden kann. Da akademisch ausgebildete Pflegende sowohl die Perspektive des Praktikers als auch des Theoretikers in sich vereinen, nehmen sie hierbei im Sinne von Facilitatoren ebenfalls eine Schlüsselrolle ein (Schilder, 2010).

DISKUSSION

Die Entwicklung und Implementierung akademischer Pflegerollen ist ein hochkomplexes, fachlich anspruchsvolles, zeitaufwändiges und langfristig angelegtes Unterfangen. Ein derartiger Veränderungsprozess erfordert die enge Zusammenarbeit von Pflegemanagement und Pflegewissenschaft (Teigeler & Fesenfeld, 2015). Der Pflegewissenschaft kommt dabei die Rolle zu, die für den Wandel erforderlichen und geeigneten Theorien, Konzepte und Methoden heranzuziehen und die Wissenszirkulation zu unterstützen. Das Pflegemanagement hingegen muss seine Führungsverantwortung für die fachliche Entwicklung der Pflege annehmen, Visionen entwickeln, den Wandel initiieren, diesen aktiv und mit strategischem Weitblick gestalten

sowie die erforderlichen Ressourcen generieren (Elsbernd, 2011).

Bestätigung erfährt die eigene Strategie durch die Empfehlungen des Deutschen Pflegerats und der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft zur „Organisationsentwicklung, um grundständig akademisch qualifizierte Pflegende in das bestehende System Krankenhaus (…) zu integrieren“ (Deutscher Pflegerat (DPR) & Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP), 2014). Da diese erst deutlich später veröffentlicht wurden, konnten sie nicht zur Strategieentwicklung herangezogen werden, dienen jedoch an dieser Stelle als Reflexionsfolie. Dabei zeigt sich ein maximaler Übereinstimmungsgrad. Die dort aufgeführten Maßnahmen wie z.B. die strategische Steuerung auf Ebene der Pflegedienstleitung, die projektartige Organisation mit Einrichtung einer Stabsstelle, das pilothafte Vorgehen, der konsequente Einbezug aller Pflegenden, die Vernetzung und Begleitung der Absolventen oder die Unterstützung der akademischen Nachqualifizierung beruflich ausgebildeter Pflegefachpersonen, spiegeln exakt die Strategie am Klinikum Neumarkt wider, und können nach eigenen Erfahrungen als zielführend bestätigt werden. Die einzige Abweichung kann bei der Empfehlung, den ärztlichen Bereich bereits bei Festlegung von Bedarfen und Projektzielen zu beteiligen, verzeichnet werden. Da die Integration akademischer Pflegerollen hochgradig mit der Umsetzung eines neuen pflegerischen Professionsverständnisses verbunden ist, erschien es weder notwendig noch zielführend, die Ärzte als fremde Berufsgruppe zu diesem frühen Zeitpunkt in die Strategieentwicklung einzubeziehen. Die Ärzteschaft wird seit Beginn kontinuierlich über das Vorhaben informiert. Eine aktive Beteiligung kommt in vorliegendem Strategiekonzept vor allem beim Aufbau interprofessioneller Zusammenarbeit und eines effektiven Schnittstellenmanagements (siehe Tab. 3, Zielbereich 8) sowie bei der künftigen Planung und Durchführung interprofessionell angelegter Praxisentwicklungsprojekte zum Tragen. Mit ihrem Positionspapier möchten der DPR und die DGP „Hinweise und Empfehlungen zur Organisationsentwicklung“ (DPR & DGP, 2014, S. 12) geben. Maßnahmen, die darauf abzielen, ein neues Verständnis von Pflege in der Einrichtung umzusetzen, werden jedoch kaum adressiert. Daher erscheint es notwendig, die Empfehlungen um Aktivitäten zu erweitern, die systematisch auf die Veränderung von Kultur und Kontext der Pflege in der gesamten Einrichtung abzielen. Modelle bzw. Konzepte zur systematischen Veränderung der Pflegepraxis (z.B. McCormack et al., 2009; Koloroutis, 2010) bieten hierfür einen geeigneten theoretischen Rahmen.

LIMITATIONEN UND STÄRKEN

Eine methodische Stärke des Strategiekonzepts liegt in der konsequenten Verschränkung verschiedener Perspektiven: zum einen die Verknüpfung der subjektiven Innensicht der Akteure mit der Außenperspektive fachbezogener Entwicklungen und zum anderen die Verbindung der Perspektiven des Pflegemanagements, der Pflegepraxis und der Pflegewissenschaft. Das partizipative Vorgehen und der Einbezug unterschiedlicher Wissensarten in gegenseitiger Weiterentwicklung stehen im Einklang mit dem Gedanken der Wissenszirkulation (De Jong, 2015) und erhöhen damit die Erfolgsaussichten für den Veränderungsprozess. Zudem verstehen wir das Strategiekonzept als dynamisch und passen es kontinuierlich an aktuelle Entwicklungen und Erfordernisse an. Als Limitation des Strategiekonzepts kann die zwar umfassende, jedoch selektive Literaturrecherche gesehen werden. So basiert das Strategiekonzept auf in der Literatur mit hoher Kongruenz beschriebenen Haupttrends. Es erhebt jedoch nicht den Anspruch, den gesamten Wissensstand einbezogen zu haben.

SCHLUSSFOLGERUNGEN UND IMPLIKATIONEN FÜR PRAXIS UND FORSCHUNG

Mit der Entwicklung eines komplexen Strategiekonzepts und der begleitenden Umsetzung umfassender Organisations- und Personalentwicklungsprozesse stellt sich die Integration akademischer Berufsrollen zeit- und ressourcenaufwändiger dar, als bisher von uns angenommen. Jedoch ist davon auszugehen, dass ein solches Vorgehen erforderlich ist, um das Potential der akademischen Rollen voll ausschöpfen und damit auch die Versorgungsqualität nachhaltig verbessern zu können. Durch die Definition von Zielbereichen einer zeitgemäßen und wirksamen Pflege wird für alle Pflegeakteure nachvollziehbar, an welchen Stellen der Rückgriff auf Kompetenzen, die nur im Rahmen eines wissenschaftlichen Studiums erworben werden können, unverzichtbar ist und welche Handlungsfelder sich folgerichtig für die akademisch ausgebildeten Kollegen ergeben (müssen). So entsteht durch die systematische Entwicklung der Pflegepraxis eine Vielzahl an Themenstellungen, die beispielsweise im Rahmen von Qualifizierungsarbeiten bearbeitet werden können. Indem sich Studierende über diesen Weg bereits während des Studiums engagiert einbringen, wird das Potenzial der Bachelorabsolventen für alle Beteiligten transparent und greifbar.

Von besonderer Bedeutung scheint die Denkrichtung zu sein, mit der die Integration klinisch tätiger Bachelorabsolventen angegangen wird. Dass dieses Vorhaben am Klinikum Neumarkt nie als eigenständiges Projektziel oder

Selbstzweck begriffen und kommuniziert wurde, sondern als (essentieller) Teilschritt zur Entwicklung der Pflegepraxis mit dem Ziel der Steigerung der Wirksamkeit der Pflege, wird als hochgradig akzeptanzfördernd und motivierend erlebt: Denn Praxisentwicklung geht alle Pflegenden an – die Etablierung akademischer Pflegerollen hingegen nur 10-20% (Wissenschaftsrat, 2012).

Aufgrund der bisherigen Erfahrungen gehen wir davon aus, dass das beschriebene Vorgehen hilfreich ist, um die Implementierung der neuen Berufsrollen zu unterstützen und zudem in der Praxis Verständnis für den Sinn und Zweck der (Teil-)Akademisierung des Pflegeberufs zu schaffen. Aussagekräftige Informationen über den Implementierungs- und Interventionserfolg werden derzeit durch im Rahmen der neuen Rollen und Implemen- tierungsstrategien erhoben.

DANKSAGUNG

Ich bedanke mich bei Herrn Bernhard Krautz, Leiter des Pflegedienstes am Klinikum Neumarkt und Auftraggeber des Projekts für die Unterstützung und konstruktiven Diskussionen während der Planung und Durchführung des Projekts.

LITERATUR

Backhaus, J., Mijatovic, A., Fesenfeld, A., Evers, T., Heffels, W.M., & Latteck, Ä.D. (2015). Grundständige Akademisierung der Pflegeberufe. Grundlegende strukturelle und inhaltliche Überlegungen. *Pflegewissenschaft, 17*(3), 142-148.

Balzer, K., Köpke, S., Langer, G., Meyer, G., & Behrens, J. (2012). Theorieferne Evidenzbasierung? Replik zum Beitrag von Moers et al., Pflege, Dezember 2011, Heft 6, Themenschwerpunktheft Theorieentwicklung in der Pflege im 21. Jahrhundert. *Pflege, 25*(2), 137-141.

Barandun Schäfer, U., Hirsbrunner, T., Jäger, S., Näf, E., Römmich, S., & Horlacher, K. (2011). Pflegeentwicklung der Solothurner Spitäler. Unterwegs zu klinisch orientierter Pflegeexpertise und Praxisentwicklung. *Pflege, 24*(1), 7-14.

Bartholomeyczik, S. (2013). Voller Widersprüche – Eine Bilanz zur Entwicklung der Pflege in Deutschland. *Dr. med. Mabuse, 38*(203), 46-49.

Behrens, J., Görres, S., Schaeffer, D., Bartholomeyczik, S., & Stemmer, R. (2012). Agenda Pflegeforschung für Deutschland. Abgerufen unter http://www.dpo-rlp.de/agenda_pflegeforschung.pdf.

Behrens J., & Langer G. (2010). *Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung*. 3. überarb. u. erg. Aufl. Bern: Hans Huber.

Behrens, J., & Selinger, Y. (2012). Im Schritttempo. Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegende. *Dr. med. Mabuse, 37*(197), 44-47.

Benner, P. (2012). *Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert*. 2. Aufl. Bern: Hans Huber.

Bischofberger, I. (2011). Wem gehört der Patient? – Transdisziplinäre Ansätze zur Patientenorientierung. In S. Käppeli (Hrsg.), *Pflegewissenschaft in der Praxis – Eine kritische Reflexion* (S. 241-257). Bern: Hans Huber.

Blum, U., Löffert, S., Offermanns, M., & Steffen, P. (2014). *Krankenhaus Barometer. Umfrage 2014. Deutsches Krankenhausinstitut.* Abgerufen unter https://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/krankenhaus_barometer_2014.pdf.

Bormann, M. (2011). Aktueller Stand der Integration von Bachelor of Nursing Absolventinnen in die klinische Pflegepraxis – Eine Untersuchung zur subjektiven Sicht der Kooperationspartner am Beispiel der Evangelischen Hochschule Berlin. *Heilberufe Science, 2*(Suppl. 2), 40.

Braun, B. (2011). Wunsch und Wirklichkeit der berufsgruppenübergreifenden Kooperation im Krankenhaus. *Pflege & Gesellschaft, 16*(4), 303-322.

Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Browne, G., & Pinelli, J. (2004). Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. *J Adv Nurs, 48*(5), 519-529.

Busch, S. (2012). Berufseinmündung akademisch ausgebildeter Pflegekräfte – Ergebnisse einer Befragung Personalverantwortlicher in stationären und ambulanten Pflegesettings. *Gesundheitswesen, 74*(08/09), A21.

Christie, J., Camp, J., Cocozza, K., Cassidy J., & Taylor, J. (2012). Finding the hidden heart of healthcare: the development of a framework to evidence person-centred practice. *International Practice Development Journal, 2*(1), Article 4.

Dahlgaard, K. (2010).Verbesserung der teamorientierten Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden – Neue Chancen durch Prozessorientierung und erweiterte Aufgaben für Pflegende. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes, 104*(1), 32–38.

Darmann-Finck, I. (2012). Wirkungen einer akademischen Erstausbildung von professionell Pflegenden im Spiegel internationaler Studien. *Pflege & Gesellschaft, 17*(3), 216-232.

Davidson, P.M., Elliott, D., & Daly, J . (2006). Clinical leadership in contemporary clinical practice: implications for nursing in Australia. *J Nurs Manag, 14*(3), 180–187.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV), & Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) (2013). *Advanced Nursing Practice in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Eine Positionierung von DBfK, ÖGKV und SBK*. Abgerufen unter http://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/ANP-DBfK-OeGKV-SBK_2013.pdf.

De Jong, A. (2015). Von der Wissenszirkulation hin zur Triple Helix: internationale Entwicklungen. *PADUA, 10*(3), 141-143.

Deutscher Pflegerat (DPR), & Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) (2014). *Arbeitsfelder akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen*. Berlin. Abgerufen unter http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/wp-content/uploads/2014/12/2014-11-24-DGP-DPR-Einsatz-akad.-Pflege-1.pdf.

Drechsel, T., & Zierl, M. (2011). Verbleibsanalyse der Bachelor of Nursing Absolventen der Evangelischen Hochschule Berlin – Möglichkeiten und Hindernisse für den Bachelor of Nursing auf dem Arbeitsmarkt. *Heilberufe Science, 2*(Suppl.2), 39.

Eberhardt, D. (2017). Schwerpunkt: Leadership in der Pflege. CNE Pflegemanagement, (2), 6-13.

Eberhardt, D. (2014). Der Blick für das Wesentliche. Pflegepraktiker zu Akteuren einer Evidence-basierten Praxis ausbilden. *PADUA, 9*(4), 213-221.

Eberhardt, D., & Krautz, B. (2016). EBN am Klinikum Neumarkt i.d. Opf. In J. Behrens & G. Langer: *Evidence based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung - Vertrauensbildende Entzauberung der "Wissenschaft"*. 4. vollst. überarb. und erweiterte Aufl. (S. 282-288). Bern: Hogrefe.

Elsbernd, A. (2011). Strategische Ausrichtung und Aufgaben eines innovativen Pflegemanagements. In S. Käppeli (Hrsg.), *Pflegewissenschaft in der Praxis. Eine kritische Reflexion* (S. 166-186). Bern: Hans Huber.

Ewers, M., Grewe, T., Höppner, H., Huber, W., Sayn-Wittgenstein, F.R.; Stemmer, R. Voigt-Radloff, S., & Walkenhorst, U. (2012). Forschung in den

Gesundheitsfachberufen. Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. *Dtsch Med Wochenschr, 137*(Suppl. 2), 37-40 .

Frei, I.A., Massarotto, P., Helberg, D., & Barandun Schäfer, U. (2012). Praxisentwicklung im Trend der Zeit. Pflegeexpertinnen als Praxisentwicklerinnen: Ein Beispiel aus dem Universitätsspital Basel. *PADUA, 7*(3), 110 – 115.

Gaidys, U. (2011). Qualität braucht Kompetenz und Verantwortung – Herausforderungen und Perspektiven einer Advanced Nursing Practice für die Gesundheitsversorgung aus pflegewissenschaftlicher Sicht. *Pflege, 24*(1), 15-20.

Garbett, R., & McCormack, B. (2002). A concept analysis of practice development. *J Res Nurs, 7*(2), 87-100.

Görres, S. (2008). Hohe Pflegequalität durch mehr Kompetenz. *Die Schwester/Der Pfleger, 47*(5), 447-449.

Hamric, A.B., Spross, J.A., & Hanson, C.M. (2004). *Advanced Nursing Practice: An integrative Approach* (3. Aufl.). Philadelphia: Saunders.

Höhmann, U. (2008). Expertenstandards in der Praxis: Überlegungen zu zentralen Umsetzungsbedingungen – am Beispiel des Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz“. *Pflege & Gesellschaft, 13*(2), 131-142.

Hülsken-Giesler, M., & Korporal, J. (Hrsg.) (2013). *Fachqualifikationsrahmen Pflege für die hochschulische Bildung*. Berlin: Purschke & Hensel.

Hundt, N., & van Hövell, C. (2015). *Akademisierung in der Pflege. Aktueller Stand und Zukunftsperspektiven*. Hamburg: Disserta.

International Council of Nurses (ICN) (2009). *Nurse practitioner/Advanced practice Nurse: Definition and characteristics*. Abgerufen unter http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/1b_FS-NP_APN.pdf.

Kitson, A., Harvey, G., & McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence-based practice: a conceptual framework. *Qual Health Care, 7*(3), 149–158.

Knoth, S., v. Allmen, U., Radnic, S., & Riggenbach, U. (2012). *Exzellenzmanagement. Bausteine eines strategischen und operativen Managements im Krankenhaus*. Bern: Hans Huber.

Koloroutis, M. (Hrsg.) (2010). *Beziehungsbasierte Pflege. Ein Modell zur Veränderung der Pflegepraxis*. Bern: Hans Huber.

Kouzes, J.M., & Posner, B.Z. (2003). *Leadership Practices Inventory: Facilitator's Guide*. 3. Aufl. San Francisco: Pfeiffer.

Lombriser, R., & Abplanalp, P.A. (2010). *Strategisches Management. Visionen entwickeln - Erfolgspotenziale aufbauen - Strategien umsetzen*. 5., vollst. überarb. u. erw. Aufl. Zürich: Versus

Manley, K., & McCormack, B. (2009). Praxisentwicklung: Ziel, Methodologie, Begleitung (Facilitation) und Evaluation. In B. McCormack, K. Manley & R. Garbett (Hrsg.), *Praxisentwicklung in der Pflege (S. 43-55).* Bern: Hans Huber.

Martin, J.S., McCormack, B., Fitzsimons, D., & Spirig, R. (2012). Evaluation of a clinical leadership programme for nurse leaders. *J Nurs Manag, 20*(1), 72–80.

McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing – Theory and Practice*. New York: Wiley-Blackwell.

McCormack, B., Manley, K., & Garbett, R. (Hrsg.) (2009). *Praxisentwicklung in der Pflege.* Bern: Hans Huber.

Meyer, G., & Köpke, S. (2012). Wie kann der beste pflegewissenschaftliche Kenntnisstand in die Pflegepraxis gelangen? *Pflege & Gesellschaft, 17*(1), 36-44.

Moers, M., Schöniger, U., & Böggemann, M. (2012). Duale Studiengänge – Chancen und Risiken für die Professionalisierung der Pflegeberufe und die Entwicklung der Pflegewissenschaft. *Pflege & Gesellschaft, 17*(3), 232-248.

Mogge-Grothjahn, H. (1993). Pflege in Europa. Bestandsaufnahme und vergleichende Analyse pflegebezogener Studiengänge in Europa. In S. Bartholomeyczik, H. Mogge-Grothjahn & C. Zander (Hrsg.), *Pflege als Studium – Europäischer Kontext – Curriculum – Entwurf – Expertenurteile. Beiträge zu einem Fachhochschulcurriculum* (S.7-112). Bochum: ohne Verlag.

Offermanns, M. (2010). *Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes unter Beachtung weiterer Berufsgruppen*. Deutsches Krankenhausinstitut. Abgerufen unter https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/neuordnung_pflege_langfassung.pdf.

Pohl, C. (2011). Demografischer Wandel und der Arbeitsmarkt für Pflege in Deutschland: Modellrechnungen bis zum Jahr 2030. *Pflege & Gesellschaft, 16*(1), 36-52.

Rogalski, H., Dreier, A., Hoffmann, W., & Oppermann, R.F. (2012). Zukunftschance Pflege – von der Professionalisierung zur Restrukturierung des Aufgabenfeldes. *Pflege, 25*(1), 11–21.

Rosenbrock, R., & Hartung, S: (Hrsg.) (2012). *Handbuch Partizipation und Gesundheit*. Bern: Hans Huber.

Rycroft-Malone, J. (2009). Implementation von Erkenntnissen aus wissenschaftlichen Untersuchungen: Evidenz, Kontext und Begleitung – der PARIHS- Bezugsrahmen. In B. McCormack, K. Manley & R. Garbett, R. (Hrsg.), *Praxisentwicklung in der Pflege (S. 105-124).* Bern: Hans Huber.

Rycroft-Malone, J., Kitson, A., Harvey, G., McCormack, B., Seer, K., Titchen, A., & Estabrooks, C. (2002). Ingredients for change: revisiting a conceptual framework. *Qual Saf Health Care, 11*(2), 174–180.

Sachs, M. (2007). „Advanced Nursing Practice“ - Trends: Implikationen für die deutsche Pflege. *Pflege & Gesellschaft, 12*(2), 101-117.

Schiereck, S. (2000). Soziale Interaktion zwischen Pflegekräften und PatientInnen. Eine empirische Studie innerhalb einer Nursing Development Unit in England. *Pflege, 13*(4), 234–241.

Schilder, M. (2010). Zur Bedeutung der klinischen Pflegewissenschaft für eine forschungsbasierte Praxisentwicklung. *Pflege & Gesellschaft, 15*(1), 48-64.

Schober, M., & Affara, F. (2008). *Advanced Nursing Practice (ANP)*. Bern: Hans Huber.

Schubert, M., Wehrli, M., & Spirig, R. (2009). Portfolio zur strategischen Steuerung der Entwicklung einer Intensivstation zum Referenzzentrum. *Pflege, 22*(1), 47-56.

Schulz, M., Dorgerloh, S., Ratzka S., Gray, R., & Behrens, J. (2007). Compliance und Adherence. Pflegende unterstützen Patientenverhalten. *PADUA, 3*(2), 44-49.

Spichiger, E., Kesselring, A., Spirig, R., & De Geest, S. (2006). Professionelle Pflege – Entwicklung und Inhalte einer Definition. *Pflege, 19*(1), 45–51.

Spirig, R., Panfil, E.-M., Meyer, G., & Schrems, B. (2010). 10 Jahre Advanced Nursing Practice in der Schweiz: Rückblick und Ausblick. *Pflege, 23*(6), 363–373.

Spirig, R., & De Geest, S. (2004). Advanced Nursing Practice lohnt sich! *Pflege, 17*(4), 233–236.

Stemmer, R. (2009). Aufgabenneuverteilung im Deutschen Gesundheitswesen. Herausforderungen für die Pflege. *PADUA, 4*(1), 6-11.

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

Stemmer, R., & Dorschner, S. (2007). Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft zu ausgewählten Aspekten der Umstrukturierung von pflegebezogenen Studiengängen zu Bachelor- und Masterstudienangeboten aus pflegewissenschaftlicher Sicht. *Pflege & Gesellschaft, 12*(2),160-164.

Stratmeyer, P. (2015). Editorial. *Pflegewissenschaft, 17*(5), 262-263.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2007). Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung des Gesundheitswesens. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Deutscher

Bundestag: Drucksache 16/6339 (vom 7.9.2007).

Teigeler, B., & Fesenfeld, A. (2015). „Alle müssen ihre Hausaufgaben machen". Duales Studium und Arbeitschancen. *Die Schwester/Der Pfleger, 54*(8), 20-23.

Thielhorn, U. (2012). Aspekte der Pflegebildung. In P. Bechtel & I. Smerdka-Arhelger (Hrsg.), *Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe* (S. 123-130). Berlin: Springer.

Wissenschaftsrat (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. Berlin. Abgerufen unter http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf.

Zegelin, A. (2005). *Pflege studieren – von der Notwendigkeit einer akademischen Pflege „am Bett"?* Vortrag auf dem Hauptstadtkongress Berlin am 16.6.2005. Abgerufen unter http://www.pflegeportal.ch/pflegeportal/pub/zegelin_pflege_studieren_972_1.pdf.

Practice Development as a strategic framework for the implementation of academic nursing roles

Background:
Klinikum Neumarkt is promoting the implementation of academic nursing roles into practice aiming to enhance excellence of nursing care. An important factor for success in this process is the systematic focus on the needs of patients and the aims of nursing care. This requires to deal with the aims of nursing practice and effective strategies to achieve the stated objectives.

Aims:
To derive the bachelor graduates scope of practice and guide the organizational change, a strategic framework should be developed.

Method:
Over nine months a complex strategic framework was developed in a participatory process using instruments of change management and scientific methods. The theoretical approach of Practice Development following McCormack, Manley und Garbett (2009) underpins the strategic concept.

Results:
The framework incorporates 8 targets: (1) developing and extending the nursing role; (2) promoting evidence-based practice; (3) implementing a patient-centred case management; (4) introducing a skill and grademix; (5) achieving transformational leadership; (6) establish an effective workplace and learning culture; (7) setting systems to measure nursing outcomes; (8) encouraging effective interprofessional collaboration.

Conclusion:
The strategic framework points out the integration of academic nursing roles as a central prerequisite for achieving the jointly defined aims. However further activities seem to be important as complementary strategies to develop nursing practice. The concept already appears as a value tool to control the change process and promote understanding of the impending changes.

Keywords:
Practice development, academic nursing roles, organisational development, strategic approach

Informationen zu den Autoren:

Doris Eberhardt, MSc, Dipl.-Pflegepäd. (FH)
Klinikum Neumarkt
Nürnberger Str. 12, 92318 Neumarkt i.d.OPf.
E-Mail: doris.eberhardt@klinikum.neumarkt.de

Informationen zum Artikel:
Manuskript eingereicht am 05.12.2016
1. überarbeitete Version eingereicht am: 28.02.2017
Manuskript akzeptiert am: 29.03.2017
Maunskript veröffentlicht am:12.04.2017

1. Reviewerin:
Dr. Barbara Strohbücker
Universitätsklinik Köln
Deutschland

2. Reviewerin:
Dr. Irena Anna Frei
Institut für Pflegewissenschaft
Universität Basel
Schweiz