

„Es fehlt an Übersetzern p wissenschaftlicher Erkenn

Im Titelinterview: Prof. Dr. Gabriele Meyer, Professorin für Gesundheits- und Pflegewissenschaften an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

„Es wird zwangsläufig zu einer Neuverteilung der Tätigkeiten zwischen den Gesundheitsprofessionen zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung kommen müssen." Im Titelinterview mit „Monitor Versorgungsforschung" spricht sich *Prof. Dr. Gabriele Meyer, Professorin für Gesundheits- und Pflegewissenschaften an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg sowie ehemaliges Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, für eine auskömmliche Förderung der Pflegewissenschaft, vor allem aber für einen besseren Skill- und Grade-Mix, eine bessere Verständigung zwischen den Professionen sowie „im relevanten Umfang" klinisch-akademische Pflegerollen aus.*

>> Frau Professorin Meyer, auf dem letzten Deutschen Kongress für Versorgungsforschung benutzten Sie den Begriff der „evidenzfreien Zone“ und setzten den in Zusammenhang mit der Praxis in der Langzeitpflege in Deutschland. Nun gibt es hierzulande – Stand Dezember 2022 – über 200 pflegebezogene Studiengänge – davon immerhin 68 Masterstudiengänge; inzwischen werden wohl noch ein paar mehr dazugekommen sein. Ist die „evidenzfreie Zone“ inzwischen vorbei, nicht nur bei der Langzeitpflege?

Meine Aussage auf dem DKVF bezog sich eigentlich nicht nur auf die Langzeitpflege, sondern auf die Pflegepraxis im Allgemeinen beziehungsweise auf jegliches pflegerische Handeln und dessen unzulängliche Fundierung durch entsprechende wissenschaftliche Erkenntnisse. Bei der Langzeitpflege kommt besonders erschwerend hinzu, dass es hier nicht nur große Evidenzlücken, sondern auch erhebliche Umsetzungsprobleme gibt. Der Transfer des wenigen vorhandenen Wissens in die praktische Versorgung funktioniert nicht, weil wir viel zu wenige Menschen haben, die dafür ausgebildet wären, als Übersetzer der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse zu agieren. Umgekehrt fehlt es an Personen und Strukturen, die helfen, die Fragen aus der Praxis an die Wissenschaft heranzutragen.

Wenn wir keine oder viel zu wenige hochschulisch ausgebildete Pflegende in der klinischen Versorgung haben, wer soll denn die Wissensbestände in die Praxis transferieren?

Das ist eine der größten Herausforderungen. Erschwerend kommen fehlende erweiterte Pflegerollen in der Langzeitpflege hinzu. Auch fehlt es für die ambulante und stationäre Langzeitpflege an evidenzbasierten Leitlinien, die vergleichbar wären mit dem AWMF-S3-Niveau und die regelmäßig aktualisiert werden. Pflegende müssen daher hierzulande mit Expertenstandards arbeiten, die an dieses Niveau – trotz methodischem Qualitätszugewinn in den letzten Jahren – nicht heranreichen und weniger praxistauglich sind und darum aus der Pflegewissenschaft kritisiert werden.

pflege-
tnisse“

Wo liegt das Problem?

Ob Leitlinien oder Expertenstandards: Die Inhalte müssen von jemandem, der mit wissenschaftlichen Methoden und Wissensbeständen umgehen kann, in das jeweilige ambulante oder stationäre Setting übersetzt werden. Diese gut ausgebildeten Menschen fehlen uns hierzulande in der nötigen Zahl. Besonders beklagenswert ist es, dass es bei uns keine etablierte Kooperation zwischen Pflegewissenschaft und Pflegepraxis gibt - in der Langzeitpflege noch sehr viel weniger als in der Akutversorgung. Bei letzterer gibt es inzwischen wenigstens an einigen Orten Stabsstellen für Pflegeforschung und pflegewissenschaftliche Aktivitäten, die in der klinischen Praxis entfaltet werden, wenn auch noch lange nicht in zufriedenstellendem Ausmaß. Insgesamt klafft eine große Lücke zwischen Elfenbeinturm Pflegewissenschaft und der Pflegepraxis.

Es sind doch in letzter Zeit einige sehr praxisorientierte Pflegeprojekte entstanden.

Das will ich nicht in Abrede stellen, es sind nur für die Bedeutung der Pflege und den universalen Bedarf an Pflege viel zu wenige. Unser Team in Halle bearbeitet zusammen mit Kolleg:innen der Universität zu Köln beispielsweise ein vom BMG gefördertes Projekt, das sich „Living Lab Demenz“ nennt. Hier versuchen wir für die Langzeitpflege von Menschen mit Demenz eine enge Zusammenarbeit zwischen Pflegepraktiker:innen und Pflegewissenschaftler:innen hinzubekommen. Die Kontaktpersonen aus Wissenschaft und Praxis, die sogenannten Linking Pins, bearbeiteten gemeinsam Fragen aus der Praxis mit wissenschaftlichen Methoden, um danach die so entstandenen Ergebnisse in die Praxis zurückbringen zu können. Dieser Ansatz wurde von Kolleg:innen der Universität Maastricht bereits vor 25 Jahren erfolgreich initiiert. Auch in Bremen versucht ein vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördertes pflegewissenschaftliches Projekt den Brückenschlag zwischen Theorie und Praxis. Das Projekt nennt sich „T!CALL“. Gegenstand des Projektes „Transfercluster akademischer Lehrpflegeeinrichtungen in der Langzeitpflege“ sind technische, digitale, strukturelle und prozesssteuernde Innovationen im Bereich der Pflege.

Also doch nicht ganz so eine evidenzfreie Zone.

Vielleicht nicht frei, aber arm an Evidenz. Das beginnt bei Selbstverständlichkeiten pflegerischen Tun und Handelns wie etwa Grundpflegetechniken: lagern, waschen, kleiden, mobilisieren, Nahrung anbieten. Wenn wir diese Themen genauer betrachten, werden wir sehr schnell feststellen, dass deren Umsetzung in der Praxis oft auf überkommenen Lehrmeinungen und Expertenmeinungen basiert, weniger auf Evidenz, weil sie einfach sehr schlecht beforscht sind.

Was nützt es, wenn Evidenz vielleicht vorhanden wäre, dann aber die Übertragung in die Praxis fehlt?

Eben. Dann bleibt es auch weiterhin bei einer gebrochenen Pipeline. Und das vor allem, weil uns hierzulande Übersetzer:innen für die wissenschaftlichen Wissensbestände in die Praxis fehlen.

Gibt es zu wenige Studiengänge der Pflege?

Es gibt immerhin derzeit 66 Standorte und 174 Professuren in der Pflegewissenschaft. Davon sind aber nur 15 universitäre Standorte, die nicht wie die Hochschulen für angewandte Wissenschaften umfangreiche Lehrverpflichtungen zu meistern haben und somit die Freiräume und Infrastruktur haben, größere Studien durchzuführen. Damit will ich nicht sagen, dass Kolleg:innen an Hochschulen nicht forschen könnten, auch da gibt es sehr gute Wissenschaftler:innen. Aber wenn 18 Stunden Lehre zu erbringen sind und Berge von Leistungsnachweisen zu beurteilen, gibt es kaum Freiräume, um angemessene und auch längerfristige wissenschaftliche Projekte zu verfolgen.

Gibt es ein ausreichendes Volumen für die Pflegeforschung?

Nein. Im Moment habe ich den Eindruck, des überhaupt keine Möglichkeit gibt, ausreichende Forschungsgelder zu generieren, wenn man keine digitale oder robotische Lösung erforschen möchte. Hier möchte ich einen dringenden Appell an alle Forschungsförderer aussprechen, das eben nicht alle Themen digital, robotisch oder ein Fall

für KI sind. Caring is human business, so kürzlich in einem Editorial im British Medical Journal. Wir haben sehr viele rein analoge Themen, die analoge Lösungen benötigen und die so grundständig sind, dass man sie nicht einfach deshalb vernachlässigen kann, weil sie nun mal keine digitale Komponente haben. Natürlich ist es sinnvoll, zum Beispiel eine App zu fördern, die Bewegungsmuster aufzeichnet, um Sturzprävention zu ermöglichen, doch darf man nicht das menschliche „to care" vernachlässigen, das im Zentrum jeder Pflege stehen muss: sich um jemanden zu kümmern, eine Pflegebeziehung zu gestalten und sich verantwortlich zu fühlen. Diese Aufgabe ist und bleibt trotz aller Robotik vorwiegend analog.

Immerhin gab es in der Vergangenheit zwei größere Pflegeforschungsförderungslinien.

Stimmt. Das war durch das BMBF vor mehr als 20 Jahren mit den Pflegeforschungsverbünden und dann 2019 mit der Ausschreibung zur Stärkung der Pflegeforschung. Doch ob diese Förderungen als „groß" zu bezeichnen sind? Wohl kaum in Anbetracht des Volumens des Innovationsfonds oder des NUM-Netzwerks zum Beispiel. Dabei handelte es sich für den Förderzeitraum 2021 bis 2024 um bis maximal 5,6 Millionen Euro für acht Projekte. Das ist doch vergleichsweise wenig Budget für die Größe und Bedeutung dieser Berufsgruppe.

Es muss, um Themen für die Pflegepraxis erfolgversprechend grundständig aufarbeiten zu können, auch längerfristige und umfangreichere Forschungsförderung geben, um nicht im Kleinteiligen oder Zusammenhangslosen zu verbleiben, sondern um das infrage stehende Problem mit deskriptiven und explorativen Methoden durchdringen zu können, eine Theorie zu entwickeln, die Interventionskomponenten zur Lösung des Problems zu modellieren und auf Machbarkeit zu testen, die Effekte in kontrollierten Studien zu untersuchen, die Prozesse der Einbettung der Intervention zu verstehen und schließlich die längerfristige Implementierung zu beforschen. Leider sind solche großen Forschungszyklen nicht vorgesehen oder kommen – wenn – nur zufällig zustande.

„Die Politik muss für die Pflegewissenschaft strukturbildende Maßnahmen beschließen, wie das bei der Public-Health-Initiative der 90er-Jahre der Fall war."

Oft wird manch erfolgversprechender Ansatz leider nicht weiterverfolgt, da Forschungsförderer ihren thematischen Schwerpunkt nun anders setzen in ihren kurzfristigen, oft auch geradezu willkürlich gewählt anmutenden Ausschreibungen. Pflegewissenschaft befindet sich mangels eigener auskömmlicher Förderung mit anderen Disziplinen in Konkurrenz um die wenigen Finanzierungsquellen. Soll eine Disziplin jedoch wirklich die Möglichkeit erhalten, sich zu etablieren und nachhaltige Strukturen aufzubauen, braucht es nicht nur eine gezieltere und solide Forschungsförderung, sondern auch eine suffiziente Infrastruktur, wie u. a. Programme für Doktoranden, Habilitanden und universitäre Professuren und Institute für Pflegewissenschaft.

Wie könnte denn die Pflegewissenschaft einen Schub bekommen?

Indem die Politik entsprechende strukturbildende Maßnahmen beschließt, wie das bei der Public-Health-Initiative der 90er-Jahre der Fall war. Nur so kann ein wirkliches Fundament geschaffen werden. Aber auch bei der Geriatrie, der Allgemeinmedizin und Palliativmedizin wurde vor nicht allzu langer Zeit sehr viel Geld in die Hand genommen, um diese Professionen inklusive einer eignen Forschungskultur zu entwickeln. Jüngstes Beispiel ist der Aufbau einer Netzwerkstruktur für Forschungspraxen zur Stärkung der Allgemeinmedizin, die vom BMBF finanziert wurden. So etwas bräuchten wir nicht nur für die Pflegewissenschaft, sondern auch für die Hebammenwissenschaft. Da die Hebammenausbildung jetzt ausschließlich hochschulisch erfolgt, haben wir einen riesigen Bedarf an Nachwuchswissenschaftler:innen.

Welche Hauptforderungen richten Sie an die Politik?

Eine zentrale Forderung ist die nach auskömmlicher Forschungsförderung und nicht nur wie bisher wenige Millionen Euro alle 20 Jahre. Gleichzeitig muss die DFG bereit sein, entsprechende Pflegeforschungsschwerpunkte zu fördern. Ebenso müssen an den universitären Standorten seitens DFG und/oder BMBF Anreize geschaffen werden, um Doktorandenkollegs zu eröffnen.

Welche Studien, die es bisher in der Pflegewissenschaft gibt, würden Sie als Meilensteine bezeichnen?

Das ist natürlich vollkommen subjektiv. Ich finde einige Studien zur Versorgung von Menschen mit Demenz sehr interessant und auch herausfordernd. Ich denke unter anderem auch an unsere Bemühungen zur Reduzierung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen oder von Antipsychotika in der Langzeitpflege. Bei letzterem Thema ist insbesondere die Analyse von Barrieren wichtig, um herauszufinden, warum es in Deutschland nicht gelingt, Programme zur Reduktion von Antipsychotika erfolgreich umzusetzen, die sich in anderen Ländern als wirksam erwiesen haben. Solche Studien sind immer interdisziplinäre Vorhaben, in denen es gelingen muss, mehrere Disziplinen mit ebenso unterschiedlichen Forschungskulturen zusammenzuführen.

Wohin kann sich Pflegewissenschaft noch mehr entwickeln?

Mehr Investitionen in und Hinwendung zur Methodik. Als Hochschullehrerin bin ich natürlicherweise an der Weiterentwicklung unserer Methoden interessiert und habe in den letzten Jahren mit sehr großem Interesse verfolgt, wie sich die Forschungskultur zu komplexen Interventionen ausdifferenziert hat. Die Pflegewissenschaft ist eine Disziplin, die rege auf das Rahmenmodell des UK Medical Research Council für die Entwicklung und Evaluation komplexer Intervention reagiert hat. So kann es gelingen, erfolgversprechende Intervention zu entwickeln und einzuführen, auch vor dem Hintergrund der begrenzten Ressourcen der Pflegepraxis. Hierzu gibt es einige interessante neuere Studien, die kürzlich auf unserem Winter Summit der „European Academy of Nursing Science" vorgestellt wurden. Da waren zum Beispiel Ansätze dabei, die herausfinden wollten, wie es gelingen kann, Patient:innen im häuslichen Pflegesetting zu ertüchtigen, bestimmte Pflegemaßnahmen wie etwa das Anziehen von Kompressionsstrümpfen nach einer guten Instruktion und einem Check-up durch Pflegefachpersonen selbst durchzuführen. Das hat übrigens nicht nur eine ökonomische, sondern auch eine ökologische Komponente, wenn dadurch die Zahl der Patientenbesuche und automatisch auch die Zahl der vielen kleinen durch Städte und Ge-

meinden flitzenden Autos reduziert wird. Das hat natürlich immer auch ein „Geschmäckle“, weil ein Hausbesuch immer mehrere Funktionen hat – unter anderem die des sozialen Kontakts.

Müssten wir nicht ehrlicher sein und sagen, dass die Pflege nicht alle sozialen Notlagen therapieren kann?

Sicher. Pflege ist nicht dazu da, sämtliche soziale Interaktionen zu übernehmen, kann nicht die Einsamkeit kompensieren und nur ansatzweise die Lebensbegleitung übernehmen. Wir müssen mit unseren begrenzten Ressourcen in den nächsten Jahren noch viel mehr als schon jetzt haushalten. Von daher sind solche Projekte sinnvoll und wichtig.

Gelingt uns das im ausreichenden Maße?

In Ansätzen schon, aber eben nicht ausreichend. Um das zu ändern, brauchen wir große Forschungslinien, mit denen noch viel mehr solcher Themen systematisch entwickelt werden können. Ein solches Thema ist beispielsweise die Aktivitäts- und Teilhabeförderung von Menschen in Pflegeheimen, für das wir bereits über verschiedene Phasen Förderungen des BMBF erhalten haben, um Prävalenz und Inzidenz zu beschreiben, ein Outcomeinstrument zu entwickeln und über eine Interventionsentwicklung bis hin zur Testung der Machbarkeit in einer experimentellen Phase zu einer Implementierungsstrategie zu kommen.



Prof. Dr. Gabriele Meyer

ist Professorin für Gesundheits- und Pflegewissenschaften an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und Direktorin des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaften der Medizinischen Fakultät Halle. Sie ist ehemaliges Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2015 bis 2023).

Wenn man den aktuellen Akademisierungsgrad der Pflegenden in Deutschland betrachtet, wie es die Bertelsmann-Stiftung 2021 mit ihrer Studie „Potenziale einer Pflege 4.0“ tat, erkennt man enormen Nachholbedarf. Rund 77 Prozent der Beschäftigten, so ist hier zu lesen, hätten in der Altenpflege – Stand 2017 – eine berufliche Ausbildung und nur knapp 6 Prozent eine akademische Ausbildung (inkl. Meister- und Fachschulabschluss). Und in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen hatten, so die Aussage dieser Studie, im Jahr 2017 nur 0,45 Prozent der Beschäftigten einen Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer (Fach-)Hochschule vorzuweisen. Was hat sich in der Zwischenzeit getan? Wo stehen wir zurzeit beim Akademisierungsgrad?

Die klinische Praxis in Deutschland ist durch mangelnde Perspektiven für hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen gekennzeichnet. Ein Survey mit Universitätskliniken aus dem Jahr 2018 ermittelt den Anteil der Pflegenden mit Bachelorabschluss in der klinischen Versorgung mit etwa 2 Prozent. Das Bachelor-Studium als eine – inzwischen regelhafte – Option der Pflegeausbildung ist bisher kaum frequentiert; weniger als zwei Prozent der Auszubildenden eines Jahrganges studieren Pflege.

Auch wenn das Pflegestudiumstärkungsgesetz Besserung in Aussicht stellt, ist dieser Status weit entfernt von der Empfehlung des Wissenschaftsrates, einen mindestens 20-prozentigen Anteil hochschulisch ausgebildeter Pflegefachpersonen in der klinischen Versorgung zu beschäftigen. Klinisch ausgerichtete Masterstudiengänge fehlen größtenteils. Masterabsolvent:innen spielen in der Pflegepraxis nahezu keine Rolle. Die wenigen Absolvent:innen besetzen zumeist Stellen außerhalb der Pflegepraxis. Ein Ansatz zur Integration akademisch-pflegewissenschaftlich qualifizierter Pflegefachpersonen in die Praxis ist das sogenannte „Laufbahnmodell“, das auch für Pflegende an Universitätskliniken zunehmend propagiert wird. Hier werden Einsatzgebiete und Vergütungsmodelle formuliert, die eine Durchlässigkeit vom Bachelorabschluss bis zur Promotion/Habilitation erlauben. Allerdings sind die Bedingungen oft unklar, es gibt kaum Vorbilder und geeignete Bewerber:innen fehlen häufig. International sind die Rollen hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen auf allen Qualifikationsniveaus längst etabliert und tragen erheblich zum Forschungsaufkommen durch praxisnahe Vorhaben und zur Wissenszirkulation bei.

Forschung, Lehre und Patientenversorgung sind in universitären Kliniken für Ärzte ganz normal, warum nicht auch bei der Pflege?

Das ist eine absolut berechtigte Frage. Anstatt im Elfenbeinturm mühsam zu versuchen, die vordringlichen Themen der Pflegepraxis zu eruieren, sollte es in relevantem Umfang klinisch-akademische Pflegerollen geben, die mit einem Stellenanteil in der Pflegepraxis tätig sind und mit dem anderen wissenschaftlich arbeiten. Im Unterschied zu anderen Ländern gibt es die Rollen hierzulande praktisch nicht, weder in der Universitätsklinik noch anderen Orten der Pflege.

Was tut denn die Pflegewissenschaft im nichtuniversitären klinischen Setting?

Wir sitzen so ein wenig im Elfenbeinturm und haben Mühe, die wirklich relevanten Themen zu identifizieren. Wir sind entweder auf die Themen angewiesen, die Praktiker:innen an uns herantragen, oder die, die wir aus der Literatur entnehmen können. Letzteres ist zwar Usus, halte ich aber in der Perspektive nicht für zielführend.

Wie steht es denn um die akademisierte Pflege aus deutschen Landen?

Hierzulande geschieht die Ausbildung noch mehrheitlich an Fachschulen. Das dürfte sich jetzt ein wenig mit dem Pflegeakademisie-

rungsstärkungsgesetz und dem neuen Pflegeberufegesetz ändern. Dann ist ein Pflegestudium an einer Universität oder Hochschule auch bei uns der Regelfall. Im europäischen Ausland ist seit vielen Jahren ein Bachelorabschluss das Eintrittskriterium in die professionelle Pflege. Will heißen: Wir haben viel nachzuholen.

Jetzt haben wir – sagen wir – ein bis zwei Prozent akademisierte Pflege. Was wäre denn das Ziel?

Das Ziel ist nicht verbindlich definiert. In allen Diskursen wurde bislang immer auf den Wissenschaftsrat Bezug genommen, der zunächst vor über 10 Jahren mindestens 10 Prozent hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen in der Pflegepraxis forderte. Nachdem dies nicht annähernd erreicht wurde, fordert der Wissenschaftsrat nunmehr die magische Zahl 20 Prozent. Dies ist nicht mehr als eine Expertenmeinung und es ist völlig unklar, warum die Verdoppelung der geforderten Quote zu einer Änderung führen sollte. Es wird noch viele Jahre, wenn nicht Jahrzehnte dauern, bis wir diesen Anteil in Deutschland erreichen. Derweilen kommen aus europäischen und außereuropäischen Ländern Kolleg:innen mit Bachelorabschluss zu uns, deren Qualifikationen bisher nicht in entsprechende Anerkennung und Positionen münden.

Wir benötigen einen besseren Skill- und Grade-Mix. Auch und vor allem eine bessere Verständigung, wer welche Aufgaben übernehmen soll und welche Zuständigkeitsbereiche bekleiden soll. Das setzt jedoch ein berufsgruppenübergreifendes Benehmen auf Basis einer gemeinsamen gesetzlichen Grundlage voraus. Ein allgemeines Heilberufegesetz wäre die Grundlage – vor allem, um regulatorische Hürden zu beseitigen, Grundlagen der Aufgabenverteilung für Pflegefachpersonen mit und ohne erweiterte Kompetenzen zu schaffen und die Kooperation mit anderen Heilberufen, auch haftungsrechtlich, zu regeln.

Der 20-prozentige Akademisierungsgrad, von dem oft die Rede ist: Ist die Zahl eher Daumen mal Pi oder steckt da eine größere Überlegung dahinter?

Wir wissen aus internationalen Studien, dass sich die patientenrelevanten Ergebnisse verbessern, wenn der Prozentsatz der Bachelor qualifizierten Pflegefachpersonen steigt. Ob diese Erkenntnis auf die deutsche Situation übertragbar ist, muss infrage gestellt werden; doch besteht ebenso kein Anlass zu behaupten, diese Erkenntnis gelte nicht für Deutschland. Fragen wie diese und nach 10 oder 20 oder 30 Prozent usw. müssen in Studien mit belastbaren Designs untersucht werden.

Nun sprach Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach anlässlich des 2. Fachaustauschs zu den Eckpunkten seines „großen Pflegekompetenzgesetzes", das noch vor der Sommerpause vorliegen soll, davon, dass – Zitat – „in Deutschland Pflege deutlich mehr kann als sie darf" (3). Weiter führte er aus, dass in deutschen Landen zwar Pflegekräfte viel weniger als zum Beispiel in den skandinavischen oder in den angelsächsischen Ländern akademisch ausgebildet seien, aber – noch ein Zitat – „unsere Pflegekräfte mindestens genauso gut ausgebildet sind und auch die gleiche Erfahrung haben". Hat er da recht?

Immerhin würdigt der Bundesminister die Pflege. Doch gibt es leider keine Evidenz, die diese Aussage belegen kann. So bleibt es kaum mehr als eine schmeichelnde Behauptung. Ganz bestimmt ist unsere grundständige Ausbildung an Fachschulen nicht schlecht, nur vermittelt sie praktisch keine wissenschaftlich-methodischen Kompetenzen. Damit befähigt sie unter anderem eben nicht, wissenschaftliche Fragen zu stellen, wissenschaftliche Informationen selbstständig und strukturiert zu identifizieren, diese auf ihre Gültigkeit und Relevanz zu beurteilen und für die Praxis zu übersetzen. Das ist ein eindeutiges Defizit der bisherigen Art der Ausbildung.

Die hochschulische Ausbildung stößt in der Pflegepraxis und auch bei der Ärzteschaft auf Ressentiments. Es wird wohl befürchtet, dass hochschulisch ausgebildete Pflegende in der täglichen Arbeit fehlen.

Tatsächlich haben ja die Pflegestudiengänge in den vergangenen Jahrzehnten überwiegend für den Schreibtisch ausgebildet. Oder mit anderen Worten für Tätigkeiten im Management oder der Qualitätssicherung, lehrende Tätigkeiten, Positionen in der Wissenschaft und den Einrichtungen der Selbstverwaltung im Gesundheitssystem. Doch genau das wollen wir doch ändern mit den primärqualifizierenden Bachelorstudiengängen, deren Absolvent:innen alle Türen offen stehen: praktische Pflege mit erweiterter Kompetenz, Spezifizierung in einer Pflegeexpertise, weitergehendes Studium, eine klinisch-akademische Karriere, eine ausschließlich hochschulische Karriere usw. Diese Perspektiven machen den Beruf sicher attraktiver und führen hoffentlich zu mehr Nachfrage.

Wie kann die neue Binnendifferenzierung in der Pflegepraxis aussehen?

Zuallererst müssen Positionen und Tätigkeitsfelder für Master- und Bachelor-Absolvent:innen mit erweiterten Kompetenzen vorgehalten werden. Versorgung chronischer Wunden, intensive Begleitung von Menschen mit Herzinsuffizienz und anderen chronischen Erkrankungen, um nur wenige Bespiele zu nennen, können von Pflegefachexpert:innen übernommen oder gesteuert werden. Klar ist aber auch, dass auch dreijährig fachschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen einige der von ihnen bisher ausgeführten Tätigkeiten an Pflegeassistent:innen abgeben müssen. Ganz sicher ist dabei: Es wird für alle genug Arbeit geben, dafür sorgt alleine schon die doppelte Demografie mit einerseits immer mehr älteren und zudem multimorbiden Patient:innen und immer weniger Pflegenden.

Und dennoch hat die Ärzteschaft Befürchtungen, ihr könnten einige Tätigkeiten weggenommen werden.

Wegnehmen ist natürlich nicht der richtige Ausdruck. Es wird zwangsläufig zu einer Neuverteilung der Tätigkeiten zwischen den Gesundheitsprofessionen zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung kommen müssen. Hier wird man hoffentlich in Zukunft qualitativ gute, effiziente und vor allem für die Patient:innen sichere Lösungen finden. Die doppelte Demografie gibt uns den Auftrag, aber auch sich ändernde Lebens- und Arbeitsentwürfe. Die einen wollen weniger, die anderen wollen einfacher oder flexibler arbeiten und die dritten wollen mehr Verantwortung und Kompetenzen bekommen. Alle diese Modelle und Lebensentwürfe werden wir in die Pflege integrieren müssen, um diese zukunftsfest ausrichten zu können.

Mit dem „großen Pflegekompetenzgesetz" sollen Pflegebedürftige künftig besser und ihren Bedürfnissen entsprechend versorgt werden.

Außerdem sollen gezielt Wohnformen gefördert werden, die eine Alternative sowohl zum betreuten Wohnen als auch zu den klassischen Pflegeheimen darstellen, ebenso soll eine gemeinschaftliche Wohnform mit Pflege bis zum Lebensende ermöglicht werden. Auch hier die Frage: Mag gut klingen und vom Bauchgefühl her auch nachvollziehbar sein, welche Evidenz gibt es dazu?

Zur Stärkung der Resilienz der Langzeitpflege gehört die Weiterentwicklung von Wohn- und Versorgungskonzepten. Spätestens in der SARS-CoV-2-Pandemie haben wir die Nachteile der Massenunterkünfte in der Langzeitpflege schmerzlich zu spüren bekommen. Insbesondere aus anderen Ländern wie den Niederlanden kommen Impulse, Alternativen zu entwickeln und auch zu beforschen. Ein Beispiel sind die Green Care Farms, also Pflegebauernhöfe. Oder Pflegebedürftige in einer Gastfamilie. Es ist eine gesellschaftliche Notwendigkeit, die Dichotomie ambulante versus stationäre Langzeitpflege zu überwinden. Es gilt, mehr Vielfalt in den Lebenswohnformen zu kreieren. Hier wären beispielsweise Wohngemeinschaften und Wohngruppen zu nennen, die mit semiprofessioneller Unterstützung und Ehrenamt flankiert sind, um sie erschwinglich zu halten und professionelle Personalressourcen sparsam einzusetzen. Das sind natürlich komplexe Interventionen, die nicht einfach zu beforschen sind, und die Methoden der klinischen Epidemiologie stoßen hier oft auf die Grenze der Umsetzbarkeit. Dennoch gilt es auch hier, den Nutzen sowie die Abwesenheit von unerwünschten Effekten so gut wie möglich zu belegen.

„Es ist eine gesellschaftliche Notwendigkeit, die Dichotomie ambulante versus stationäre Langzeitpflege zu überwinden."

Zu einer anderen Baustelle: Obwohl die Pflege in Deutschland die mit Anstand größte Berufsgruppe ist, ist sie in den Gremien der Selbstverwaltung – allen voran im G-BA – nicht vertreten. Das liegt vor allem auch daran, dass es keine Nationale Pflegekammer gibt. Warum tut sich die Pflegeprofession damit so schwer?

Das liegt vor allen Dingen daran, dass die Pflegeprofession an sich kein geschlossenes Berufskonglomerat ist. Die generalistische Ausbildung ist ja noch ganz jung. Wir hatten bisher weitgehend voneinander getrennt die Altenpflege, die Krankenpflege und die Kinderkrankenpflege – und alle mit anderem Berufsverständnis. Da fällt es schwer, gemeinsam für eine Kammer zu kämpfen, die dann als Ganzes für eine kleinteilig separierte Berufsgruppe sprechen soll. Zudem haben wir es in der Pflege mit einem Beruf zu tun, in dem etwa 80 Prozent der Beschäftigten Frauen sind, die zu einem großen Teil teilzeitbeschäftigt sind. Zudem sind die meisten Pflegenden nicht sehr berufspolitisch aktiv. Von daher ist es schon nachvollziehbar, dass kein großer Druck verspürt wird, eine zentrale berufliche Selbstverwaltung aufzubauen und durch Mitgliedsbeiträge zu finanzieren. Die Pflege hierzulande kennt außerdem keinen Kampf um die Verbesserung des Berufsstatus wie andere Berufe, vielmehr geht sie auf ein geschichtliches Verständnis demütiger Hingabe zurück. Diese und weitere Aspekte sind die Ursache, warum berufspolitisches Standing nicht als unbedingtes Muss verstanden wird.

Liegt es nicht auch an einem fehlenden Verständnis dafür, welche Rolle Pflege künftig im System der Versorgung spielen soll?

Schon jetzt ist die Pflege mit ca. 1,76 Millionen Mitarbeiter:innen die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen, umso absurder, dass sie eine marginale Rolle bei Entscheidungsfindungen um die Gestaltung des Gesundheitswesens spielt. Sicherstellung der Pflege ist auch Garant für sozialen Frieden und eine zivilisierte Gesellschaft. Pflege muss in Zukunft nicht nur ausführend sein, sondern an der Gestaltung des Gesundheitswesens mitwirken. So wünscht es auch die WHO und das International Council of Nursing. Diese ungewohnte Rolle gilt es, in die Gesellschaft, aber auch in die Pflege hinein zu kommunizieren. Der Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege macht in seinen Gutachten aus den Jahren 2023 und 2024 deutlich, dass die Perspektive Pflegender zu allen pflegeberuflichen Fragen einbezogen werden und in Selbstverwaltungsgremien repräsentiert sein soll. Demnach muss die Profession Pflege grundständig in die Gestaltung des Gesundheitssystems einbezogen werden und bei Prozessen der Planung und Steuerung, der Gesetzgebung sowie bei Entscheidungen, z. B. bezüglich des Entgelts oder der Personalbemessung, einschlägig beteiligt sein. Die Mitsprache auf einzelne Gremien im Gesundheitswesen wie G-BA oder gematik zu beschränken, ist zu kurz gegriffen.

Welche Aufgaben muss oder sollte eine Pflegeselbstverwaltung übernehmen?

Das fängt schon bei der Registrierung der Pflegenden an. Bislang ist unbekannt, wie viele Pflegende mit welchen Qualifikationen es hierzulande gibt. Nur eine Registrierung und daraus hervorgehende Informationen zum Status und zur Verfügbarkeit Pflegender ermöglichen es, abzuschätzen, in welchen Qualifikationsbereichen Ausbildungsbedarf besteht. Gleichzeitig auch, ob Ausbildungsbedarfe auf Basis des bestehenden Bestands an Ausbilder:innen gedeckt werden können. Fort- und Weiterbildungsangebote brauchen eine am Bedarf des pflegerischen Versorgungssystems ausgerichtete Basis und eine pflegewissenschaftliche Herleitung der Inhalte. Ein nächstes Thema wäre die Einführung einer Fortbildungspflicht für die Pflege und die Anerkennung der Fortbildungen. Es bedarf einer abgestimmten Aus-, Fort- und Weiterbildungsstruktur in der Pflege. <<

Herzlichen Dank für das Gespräch.<<

Das Interview führten MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski und MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Zitationshinweis

Meyer, G., Roski, R., Stegmaier, P.: „Es fehlt an Übersetzern pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse", in „Monitor Versorgungsforschung" (03/24), S. 6–11. http://doi.org/10.24945/MVF.03.24.1866-0533.2607