

Strategiepapier zur Bildungsclusterstudie
Greifswald/Neubrandenburg

Gemeinsames Lernen von Medizin und Pflege in Mecklenburg- Vorpommern:

Voraussetzung für eine
verbesserte Zusammenarbeit
und eine bedarfsgerechte
Versorgung der Bevölkerung
im demographischen Wandel

1. Auflage, August 2015

Herausgeber:

Institut für Community Medicine,

Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health, Universitätsmedizin Greifswald

Ellernholzstraße 1-2, 17487 Greifswald

Gestaltung und Satz:

GRAFFisch - Agentur für Gestaltung, www.graf-fisch.de

Druck: Hoffmann-Druck, Wolgast

Fotonachweis:

(alle Fotos) Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie
und Community Health, Universitätsmedizin Greifswald

ISBN 978-3-00-050580-5

**Gemeinsames Lernen
von Medizin und Pflege
in Mecklenburg-Vorpommern:**

**Voraussetzung für eine
verbesserte Zusammenarbeit und eine
bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung
im demographischen Wandel**

Strategiepapier zur Bildungsclusterstudie
Greifswald/Neubrandenburg

Gefördert durch:

Stifterverband
für die Deutsche Wissenschaft



Die Bildungsinitiative
des Stifterverbandes



Foto A: Mitglieder der Strategiegruppe;
(von links nach rechts) 1.Reihe: Roman F. Oppermann, Wolfgang Hoffmann, Adina Dreier,
Christine Lorenz; 2. Reihe: Dirk Scheer, Dagmar Bulmann, Reiner Biffar; 3. Reihe: Hagen
Rogalski, Elfi Thomas, Sven Wolfgram; 4.Reihe: Helmut Schapper, Stefanie Kirschner, Anja
Kistler, Petra Zahm; 5. Reihe: Peter Hingst, Marek Zygmunt, Steffen Piechullek

DIE AUTOREN

Dr. Dipl.-Pflegerin (FH) Adina Dreier, M.Sc.

(Koordinatorin des Forschungsbereiches „Zukünftige Aufgabenteilung im Gesundheitswesen und Qualifikation“)

Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health,
Universitätsmedizin Greifswald

Prof. Dr. Roman F. Oppermann, LL.M, M.A.

(Professor für Krankenhaus- und Betriebswirtschaftslehre)

Hochschule Neubrandenburg, Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management

Stefanie Kirschner, M.Sc.

(Wissenschaftliche Mitarbeiterin des Forschungsbereiches

„Zukünftige Aufgabenteilung im Gesundheitswesen und Qualifikation“)

Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health,
Universitätsmedizin Greifswald

Sabine Homeyer, M.Sc.

(Wissenschaftliche Mitarbeiterin des Forschungsbereiches

„Zukünftige Aufgabenteilung im Gesundheitswesen und Qualifikation“)

Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health,
Universitätsmedizin Greifswald

Angelika Beyer, M.Sc.

(Wissenschaftliche Mitarbeiterin des Forschungsbereiches

„Zukünftige Aufgabenteilung im Gesundheitswesen und Qualifikation“)

Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health,
Universitätsmedizin Greifswald

Helmut Schapper

(Leiter des Fachbereiches Altenhilfe, Pflege – ambulant)

Diakonisches Werk Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Dirk Scheer

(Beigeordneter und Leitung Dezernat 2 - Soziales, Jugend, Gesundheit, Sicherheit und Ordnung)

Landkreis Vorpommern-Greifswald

Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH

(Geschäftsführender Direktor)

Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health,
Universitätsmedizin Greifswald



Foto B: Strategieguppe; von links nach rechts im Uhrzeigersinn: Wolfgang Hoffmann, Petra Zahm, Steffen Piechullek, Anja Kistler, Dagmar Bulmann, Stefanie Kirschner, Roman F. Oppermann, Hagen Rogalski, Christine Lorenz, Peter Hingst, Sven Wolfgram, Adina Dreier, Dirk Scheer

UNTER MITARBEIT VON:

(alphabetisch)

Prof. Dr. Reiner Biffar

(Dekan, a.D.)

Universitätsmedizin Greifswald

Prof. Dr. Jean-François Chenot, MPH

(Leiter der Abt. Allgemeinmedizin)

Institut für Community Medicine,
Abt. Allgemeinmedizin,
Universitätsmedizin Greifswald

Dr. Wolfgang Gagzow

(Geschäftsführer)

Krankenhausgesellschaft
Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Peter Hingst

(Pflegevorstand)

Universitätsmedizin Greifswald

Anja Kistler

(Geschäftsführerin, a.D.)

Deutscher Berufsverband für
Pflegeberufe e.V., Nordost

Dr. Arthur König

(Oberbürgermeister, a.D.)

Universitäts- und Hansestadt Greifswald

Christine Lorenz

(Abteilungsleiterin Generationen, Bildung und Sport)

Stadt Neubrandenburg

Steffen Piechullek

(Berater)

Wirtschaftsfördergesellschaft
Vorpommern mbH

Prof. Dr. Rainer Rettig

(Studiendekan)

Universitätsmedizin Greifswald

Dr. Dipl.-Pflegerwirt (FH)

Hagen Rogalski, M.Sc.

*(Mitarbeiter Stabsstelle des Rektorates: Referat 2 -
Qualitätsmanagement, Controlling und Evaluation)*

Hochschule Neubrandenburg

Dipl.-Med. päd. (FH) Elfi Thomas

(Pflegedienstleiterin)

Kreiskrankenhaus Wolgast

Sven Wolfgram

(Landesbeauftragter)

bpa - Bundesverband privater Anbieter
sozialer Dienste e.V., Landesgruppe Mecklen-
burg-Vorpommern

Prof. Dr. Marek Tadeusz Zygmunt

*(Direktor der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe der Universitätsmedizin Greifswald)*

Kuratorium Gesundheitswirtschaft

INHALT

	Vorwort	9
1.	EINLEITUNG	11
2.	DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNGEN, VERSORGUNGSBEDARFE UND VERSORGUNGSZIELE IN MECKLENBURG-VORPOMMERN	13
2.1	Demografische Entwicklungen in Mecklenburg-Vorpommern	15
2.2	Personalentwicklung und Personalbedarf in Medizin und Pflege	16
2.2.1	Personalsituation in der Medizin	16
2.2.2	Personalsituation in der Pflege	18
2.3	Auswirkungen der demografischen Entwicklungen auf das Versorgungsgeschehen	22
2.3.1	Folgen für die medizinische Versorgung	22
2.3.2	Folgen für die pflegerische Versorgung	24
2.3.3	Erfordernis der Veränderung der künftigen Aufgabenteilung in der regionalen Versorgung	26
2.3.4	Innovative Versorgungskonzepte: zwei Beispiele aus dem Landkreis Vorpommern-Greifswald	30
2.3.5	Anpassungserfordernis von Ausbildungsstrukturen in der Pflege und der Medizin	33
2.4	Strategische Maßnahmen	38
2.4.1	Primärdatenerhebung zur Personalsituation in der Pflege	38
2.4.2	Anpassung von bestehenden Personalkonzepten in der Medizin	40
2.4.3	Anpassung von bestehenden Personalkonzepten in der Pflege	42
2.4.4	Pflegerische Fort- und Weiterbildungsprogramme mit einem engen Bezug zum Berufsfeld	44
2.4.5	Weiterentwicklung des Pflegeimages	45
2.4.6	Aktive Mitgestaltung der Aufgabenneuverteilung von Medizin und Pflege	49
2.4.7	Förderung der akademischen Pflegeausbildung: das gemeinsame Studien- gangkonzept der Universitätsmedizin Greifswald und des Fachbereiches Gesundheit, Pflege, Management der Hochschule Neubrandenburg	51
3.	GEMEINSAMES LERNEN VON MEDIZIN UND PFLEGE	53
3.1	Internationale Entwicklungen zum gemeinsamen Lernen von Medizin und Pflege	54
3.2	Nationale Ansätze zum gemeinsamen Lernen von Medizin und Pflege	60
3.3	Konzeptionelle Grundlagen und Ziele des gemeinsamen Lernens von Medizin und Pflege in Mecklenburg-Vorpommern: die Bildungsclusterstudie Greifswald/Neubrandenburg	63
3.4	Chancen und Grenzen des gemeinsamen Lernens von Medizin und Pflege	69

INHALT

3.5	Strategische Maßnahmen	71
3.5.1	Förderung des gemeinsamen Lernens von Medizin und Pflege	71
3.5.2	Entwicklung eines Konzeptes zum interprofessionellen Lernen an der UMG	72
3.5.3	Zusätzliche Forschung für das interprofessionelle Lernen von Medizin und Pflege	74
4.	INTERPROFESSIONELLE ZUSAMMENARBEIT VON MEDIZIN UND PFLEGE: VERÄNDERUNGSERFORDERNIS FÜR BESTEHENDE BERUFSPROFILE	75
4.1	Medizin	76
4.2	Pflege	78
4.3	Strategische Maßnahme: Anpassung der Berufsbilder Arzt und Pflegefachperson	81
5.	FINANZIERUNGSMÖGLICHKEITEN FÜR DIE INTERPROFESSIONELLE ZUSAMMENARBEIT IM PRAXISALLTAG	83
5.1	Finanzierung von ärztlichen Leistungen	84
5.2	Finanzierung von pflegerischen Leistungen	86
5.3	Derzeitige Finanzierungs- und Abrechnungsmöglichkeiten einer interprofessionellen Zusammenarbeit von Medizin und Pflege	88
5.4	Strategische Maßnahme: Anpassung der Finanzierung von interprofessioneller Zusammenarbeit	91
6.	ZUSAMMENFASSUNG	93
	Literaturverzeichnis	97
	Abkürzungsverzeichnis	109

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1:	Medizinstudierende in M-V im 1. Semester, 2006-2013	17
Abbildung 2:	Absolventen Medizinstudium in M-V, 2006-2012	17
Abbildung 3:	Altersverteilung des Pflegepersonals im Kreiskrankenhaus Wolgast	18
Abbildung 4:	Dienstjahre des Pflegepersonals im Kreiskrankenhaus Wolgast	20
Abbildung 5:	Gemeinsames akademisches Pflegebildungskonzept zwischen der UMG und des FB GPM HS NB	35
Abbildung 6:	Studiendesign der Bildungscluster Studie Greifswald/Neubrandenburg	64
Abbildung 7:	Evaluationskonzept	67
Abbildung 8:	IPL Konzept an der UMG	81

Geschlechtsneutrale Formulierungen

Soweit dies möglich ist, werden im Text geschlechtsneutrale Formulierungen verwendet. Ansonsten wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur die männliche Form genutzt. Falls nicht ausdrücklich anders angegeben, beziehen sich also alle Aussagen sowohl auf weibliche als auch auf männliche Personen.

VORWORT



Vorwort der Ministerin Birgit Hesse zum Strategiepapier zur Bildungsclusterstudie Greifswald/Neubrandenburg

Der vielzitierte demografische Wandel vollzieht sich in Mecklenburg-Vorpommern schneller und markanter als in anderen Bundesländern. Gerade, wenn es um die gesundheitliche Versorgung der Menschen in den verschiedenen Regionen geht, müssen wir auf diese Veränderungen eingehen. Medizinische und pflegerische Angebote müssen bedarfsgerecht, qualitativ hochwertig, erreichbar und bezahlbar sein. Das ist eine Herausforderung für alle eingebundenen Akteure.

Die vorhandenen Ressourcen optimal zu nutzen, das bedeutet, dass die Angebote künftig mehr und besser ineinandergreifen müssen. Und eine stärkere Vernetzung in der Versorgung braucht eine stärkere Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen.

Den Grundstein für eine solche Zusammenarbeit sollte bereits die Ausbildung legen. Das geht aber nur, wenn auch die beruflichen und akademischen Ausbildungen besser ineinander greifen. Die Bildungsclusterstudie Greifswald/Neubrandenburg hat dazu mit dem interprofessionellen Lernansatz von Medizin und Pflege einen ersten wichtigen Beitrag geleistet. Das Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern unterstützt dieses Lernkonzept und hat die Bildungsclusterstudie von Beginn an begleitet. Die Evaluationsergebnisse liefern Ansatzpunkte für eine nachhaltige Implementierung. Es kann uns nur helfen, interprofessionelle Lehrveranstaltungen von Medizin und Pflege zu etablieren und diesen Prozess wissenschaftlich zu begleiten – gerade hier in Mecklenburg-Vorpommern.

Die Strategiegruppe hat breit gefächerte Handlungsempfehlungen erarbeitet, die sicherlich bei den verantwortlichen Akteuren auf großes Interesse stoßen werden. In der Frage, welche dieser Vorschläge Wirklichkeit werden können und sollten, vertraue ich auf die Expertise in den Gremien und Arbeitsprogrammen unseres Landes.

1. Einleitung

Das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern (M-V) unterliegt derzeit einem tiefgreifenden demografischen Wandel. Dieser charakterisiert sich unter anderem durch einen Anstieg der alten und hochaltrigen Bevölkerungsanteile. Die Alterung der Bevölkerung führt zu einer Zunahme der Prävalenzen von altersassoziierten Erkrankungen und dem Anstieg von medizinisch-pflegerischen Versorgungsbedarfen. Gleichzeitig sind auch die Akteure des Gesundheitswesens vom demografischen Wandel in M-V betroffen. So waren beispielsweise im Jahr 2012 von den insgesamt 2.543 niedergelassenen Ärzten 44,9% 50 bis 59 Jahre alt. (Siewert et al. 2010) In der Folge stellt die künftige Sicherung der medizinisch-pflegerischen Versorgung der Bevölkerung in M-V eine zentrale Herausforderung dar. Es bedarf der Entwicklung und Implementierung von innovativen Versorgungskonzepten, welche entsprechend den regional bestehenden Rahmenbedingungen gestaltet werden müssen. Daraus resultiert das Erfordernis, sowohl die medizinische als auch die pflegerische Versorgung zu reformieren. Dieser Prozess schließt unter anderem die Restrukturierung von Aufgabenfeldern einzelner Berufsgruppen und die verstärkte arbeitsteilige Kooperation aller am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen ein. (Dreier et al. 2015a)

Eine erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit im Praxisalltag setzt den Erwerb von entsprechenden Kompetenzen (z.B. interprofessionelle Kommunikation) voraus, die im Rahmen der Ausbildung erworben und geübt werden müssen. Das interprofessionelle Lernen stellt somit einen wichtigen Lernansatz dar. In Deutschland existiert eine Reihe von Konzepten und Studien im Rahmen des interprofessionellen Lernens. Derzeit erfolgt in insgesamt acht Studien die wissenschaftliche Untersuchung von interprofessionellen Lernkonzepten. Vier Studien befassen sich dabei mit dem interprofessionellen Lernen von Medizin und Pflege. Die Bildungsclusterstudie Greifswald/Neubrandenburg stellt eine der vier Studien dar. Die entwickelten interprofessionellen Lehrveranstaltungen werden erprobt, begleitend evaluiert und durch eine Strategieguppe unterstützt. Primäres Ziel der Strategieguppe ist es, basierend auf den Studienergebnissen eine Strategie zu entwickeln, die Attraktivität beider Ausbildungen zu steigern und Absolventen der Medizin und Pflege im Land M-V zu halten.

Dazu erfolgte die Entwicklung von strategischen Maßnahmen, die in dem vorliegenden Dokument präsentiert werden sollen. Neben Empfehlungen zum gemeinsamen Lernen von Pflege und Medizin haben die Mitglieder der Strategieguppe weitere angrenzende Themen (z. B. Fachkräftemangel in der Pflege) diskutiert und strategische Maßnahmen als mögliche Lösungsansätze entwickelt.

In der Folge beschäftigt sich das Strategiepapier mit vier übergeordneten Themen. Das Kapitel „Demographische Entwicklungen, Versorgungsbedarfe und Versorgungsziele in Mecklenburg-Vorpommern“ befasst sich zunächst mit den demographischen Veränderungen in M-V und geht dabei auch auf die Folgen für das Versorgungsgeschehen und die Veränderungser-

1. Einleitung

fordernisse in der künftigen medizinisch-pflegerischen Versorgung ein. Das Kapitel schließt mit der Beschreibung der Notwendigkeit der Ausbildungsanpassung der medizinischen und pflegerischen Profession.

Das darauffolgende Kapitel „Gemeinsames Lernen von Medizin und Pflege“ geht auf die Entwicklung des interprofessionellen Lernens im internationalen und nationalen Kontext ein. Gleichzeitig erfolgt die Beschreibung der Bildungsclusterstudie Greifswald/Neubrandenburg und die Chancen sowie Grenzen des interprofessionellen Lernansatzes.

Die Anpassung der derzeitigen Berufsbilder Pflege und Medizin sowie die Änderungserfordernisse hinsichtlich der Finanzierung von interprofessioneller Zusammenarbeit stehen im Fokus der beiden letzten Kapitel. Dazu erfolgt zunächst die Beschreibung der derzeitigen Berufsbilder, an die sich die Finanzierung der medizinischen und pflegerischen Leistungen in der stationären und ambulanten Versorgung anschließt. Das Kapitel endet mit der Darstellung von derzeit bereits bestehenden Finanzierungsmöglichkeiten von interprofessionellen Versorgungsansätzen.

2.

Demografische Entwicklungen, Versorgungsbedarfe und Versorgungsziele in Mecklenburg-Vorpommern

2.1

2.1 Demografische Entwicklungen in Mecklenburg-Vorpommern

Das Bundesland M-V unterliegt derzeit einem tiefgreifenden demografischen Wandel, der unter anderem durch einen Anstieg der alten und hochaltrigen Bevölkerungsanteile gekennzeichnet ist. Bereits im Jahr 2013 waren 22,4% der über 1,6 Mio. Einwohner 65 Jahre und älter. (Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern 2014a) Laut einer Prognose der Obersten Landesplanungsbehörde M-V wird sich dieser Anteil auf 31,7% bis zum Jahr 2030 erhöhen. (Regierungsportal Mecklenburg-Vorpommern 2015)

Gleichzeitig ist ein rückläufiger Trend in den Geburtenzahlen zu verzeichnen. Im Zeitraum von 2010 bis 2013 sank die Anzahl der Lebendgeborenen in M-V von 13.337 auf 12.560 und damit um 5,7%. (Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern 2014a) Der Landkreis Parchim wies dabei in 2010 mit 6,7 Geburten je 1000 Einwohner die geringste Anzahl an Geburten auf. Die höchste Geburtenrate war in der kreisfreien Stadt Greifswald mit 10 Geburten je 1000 Einwohner vorzufinden. (Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern 2011)

Im Weiteren ist von einem Anstieg der Lebenserwartung auszugehen. Während die Bevölkerung in M-V im Jahr 2008 durchschnittlich 81,7 Jahre alt wurde, beläuft sich die derzeitige Lebenserwartung auf durchschnittlich 84 Jahre. (Statistisches Bundesamt 2014) Dabei wurden Frauen im Durchschnitt mehr als sechs Jahre älter (Frauen: 82,3 Jahre, Männer: 75,9 Jahre) als die männlichen Einwohner M-Vs. (Statistisches Bundesamt 2012) Zusätzlich ist in den höheren Altersgruppen ein Anstieg von Einpersonenhaushalten zu verzeichnen. So lebten bereits im Jahr 2010 in der Altersgruppe der 60 bis 70jährigen 72.647 Menschen (21,1% aller Personen in dieser Altersgruppe) allein. Bei den 70jährigen und älter belief sich die Anzahl sogar auf 117.406 Personen (34,1%). (Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern 2014a)

Zusätzlich ist M-V von der Abwanderung junger Bevölkerungsanteile betroffen. Im Zeitraum von 2010 bis 2013 sind in der Altersgruppe der 20 bis 30jährigen insgesamt 4.954 Personen aus M-V fortgezogen. Das entspricht 85,6% der gesamten Wanderungsverluste in M-V für den Zeitraum 2010 bis 2013. (Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern 2011, Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern 2014a)

2.2

2.2 Personalentwicklung und Personalbedarf in Medizin und Pflege

2.2.1 Personalsituation in der Medizin

Auch die Akteure des Gesundheitswesens sind vom demografischen Wandel in M-V betroffen. Im Jahr 2012 waren insgesamt 6.231 Mediziner in der ambulanten (2.543) und stationären (3.688) Versorgung tätig. (Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales M-V 2014) Von den insgesamt 3.688 im stationären Versorgungsbereich tätigen Medizinerinnen waren 18,3% in der Altersgruppe der 50 bis 59jährigen. Weitere 23,8% waren 60 Jahre und älter. (Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern 2013a)

Im ambulanten Versorgungsbereich zeigt sich ein noch besorgniserregenderes Bild. So waren bereits 2012 insgesamt 44,9% der 2.543 niedergelassenen Ärzte 50 bis 59 Jahre. (Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales M-V 2014) Siewert et al. haben dazu bereits im Jahr 2006 beispielhaft für M-V prognostiziert, dass 40,6% (462) der Hausärzte bis zum Jahr 2020 das Alter von 68 Jahren erreichen und voraussichtlich altersbedingt aus der Patientenversorgung ausscheiden werden. (Siewert et al. 2010) Davon ausgehend prognostiziert die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) einen jährlichen Nachbesetzungsbedarf von 40 bis 50 Hausarztstellen ab dem Jahr 2013. (Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern 2013a) Dies stellt eine erhebliche Herausforderung dar. Im Jahr 2012 haben bspw. 37 Hausärzte ihre ärztliche Tätigkeit beendet und im selben Jahr wurden lediglich 32 Hausärzte neu zugelassen, so dass bereits in 2012 der Wiederbesetzungsbedarf nicht gedeckt werden konnte. (Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern 2013a) Eine Folge ist, dass die Anzahl der zu versorgenden Patienten pro Hausarzt zunimmt. Im Jahr 2010 hatte ein Hausarzt durchschnittlich 1.490 Patienten in M-V zu versorgen. Im Jahr 2011 stieg diese Anzahl bereits auf 1.503 Patienten pro Hausarzt an. (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2014)

In der Folge ist es erforderlich, zukünftig eine erhöhte Anzahl von Medizinerinnen für eine ärztliche Tätigkeit in M-V auszubilden und zu gewinnen. Derzeit bestehen an der Universitätsmedizin Greifswald (UMG) und der Universitätsmedizin Rostock (UMR) die Möglichkeit, ein Medizinstudium aufzunehmen.

Im Zeitverlauf von 2006 bis 2013 wurden zum Wintersemester (WS) jährlich durchschnittlich 196 Studierende an der UMG und durchschnittlich 213 Studierende an der UMR zum Medizinstudium zugelassen. (siehe Abbildung 1) (Studiendekanat UMG 2014, Studiendekanat UMR 2014)

2.2

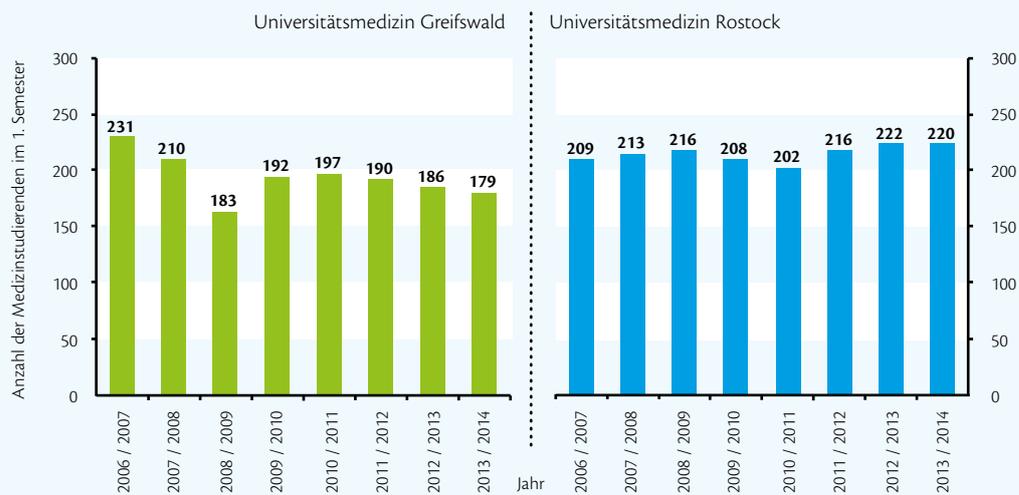


Abbildung 1: Medizinstudierende in M-V im 1.Semester, 2006-2013; Eigene Darstellung auf Basis von Daten des Studiendekanats UMG und des Studiendekanats UMR

Am Standort Greifswald hat sich im Zeitverlauf vom WS 2006/2007 bis zum WS 2013/2014 die Anzahl der zum Medizinstudium zugelassenen Studierenden auf Grund der Kapazitäten von 231 auf 179 verringert. Für den gleichen Zeitraum stieg die Zahl der Medizinstudierenden der Rostocker Universitätsmedizin von 209 auf 220 Studierende an. (Studiendekanat UMG 2014, Studiendekanat UMR 2014) In den Jahren 2006 bis 2012 haben insgesamt 2.023 Studierende in M-V das Medizinstudium (UMG: 923, UMR: 1.100) erfolgreich abgeschlossen. (siehe Abbildung 2)

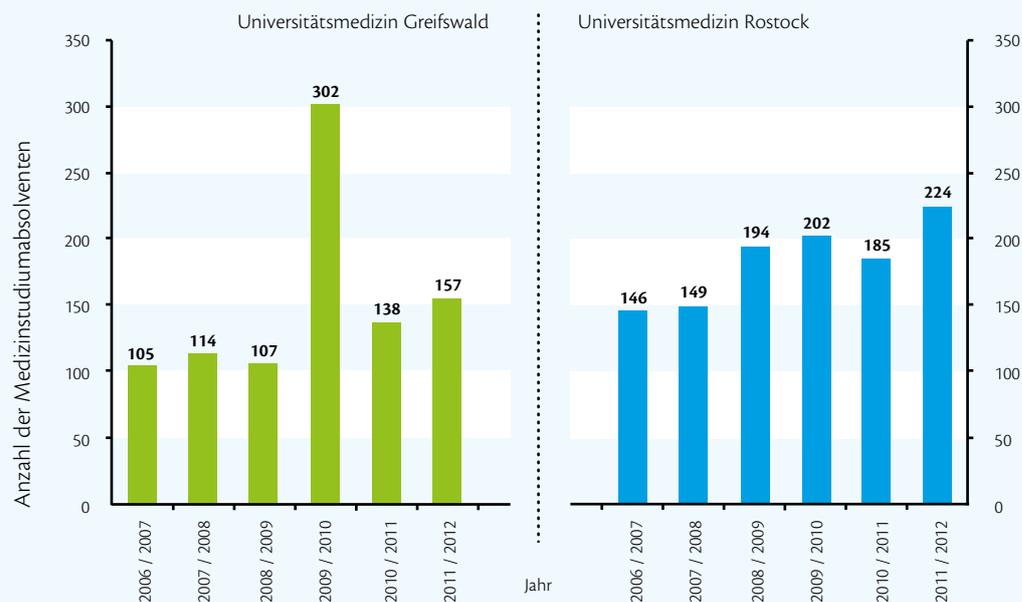


Abbildung 2: Absolventen Medizinstudium in M-V, 2006-2012; Eigene Darstellung auf Basis von Daten des Studiendekanats UMG 2014 und des Studiendekanats UMR 2014

2.2

An das Medizinstudium schließt sich eine Facharztweiterbildung in einem speziellen Fachgebiet der Medizin in einem Umfang von fünf Jahren an. (Ärzttekammer Mecklenburg-Vorpommern 2014) Im Jahr 2009 befanden sich in M-V insgesamt 1.315 Mediziner in der Weiterbildung zum Facharzt in einem der insgesamt 32 Fachgebiete (z.B. Allgemeinmedizin, Anästhesiologie, Augenheilkunde oder Neurologie). Bis zum Jahr 2011 hat sich diese Anzahl auf 1.175 und damit um 10,7% verringert. (Ärzttekammer Mecklenburg-Vorpommern 2011, Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern 2009)

Wie viele Mediziner nach Abschluss ihrer Facharztweiterbildung eine Tätigkeit in der ambulanten oder stationären Versorgung in M-V aufnehmen, besteht bislang keine Evidenz. Insgesamt ist jedoch die Anzahl der berufstätigen Ärzte in M-V im Zeitraum von 1993 bis 2012 von 5.308 auf 6.871 (22,8%) angestiegen.

Diese Anzahl von Medizineren wird jedoch absehbar nicht ausreichen, um die künftigen medizinischen Versorgungsbedarfe der Bevölkerung in M-V decken zu können. (Kopetsch 2010, Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern 2013b)

2.2.2 Personalsituation in der Pflege

Für die Pflege zeigt sich ebenfalls ein besorgniserregendes Bild. So beschreibt Thomas beispielhaft für das Kreiskrankenhaus Wolgast, dass im Jahr 2014 das Durchschnittsalter der insgesamt 159 Pflegefachpersonen 43 Jahre betrug. (Thomas 2014) Dabei waren rund 31% der Pflegefachpersonen (n=49) 50 bis 59 Jahre und 6% (n=10) sogar 60 Jahre und älter. Demnach wird in der kommenden Dekade ein Anteil von 37% aller Pflegefachpersonen altersbedingt aus dem Arbeitsprozess im Kreiskrankenhaus Wolgast ausscheiden. (siehe Abbildung 3) (Thomas 2014)

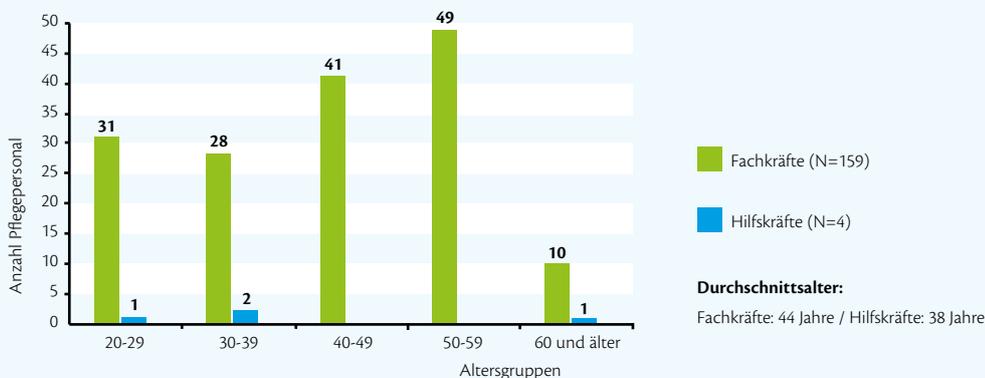


Abbildung 3: Altersverteilung des Pflegepersonals im Kreiskrankenhaus Wolgast; Eigene Darstellung auf Basis von Daten des Kreiskrankenhauses Wolgast, (Thomas 2014)

2.2

Eine Untersuchung der LIGA der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in M-V e.V. bei ihren Mitgliedern aus dem Jahr 2011 kommt zu einem vergleichbaren Ergebnis. Von den insgesamt 1.920 befragten examinierten Pflegekräften waren 21,94% im Alter von 50 bis 60 Jahren. Weitere 1,55% wiesen ein Alter zwischen 60 und 65 Jahren auf. (Schapper 2011)

Rothgang et al. prognostizierten daher bereits im Jahr 2009, dass bis zum Jahr 2030 13.713 Pflegefachpersonen für die pflegerische Versorgung der Bevölkerung in M-V fehlen werden (ambulant: 4.886, stationär 8.827). (Rothgang et al. 2012)

Im Weiteren ist der Beschäftigungsbereich der Pflege überwiegend durch Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse charakterisiert. (Simon 2012) Für den Zeitraum von 2005 bis 2009 standen insgesamt 726 ambulante Pflegedienste (424) und stationäre Einrichtungen (302) zur Verfügung. In der ambulanten Pflege waren in 2009 insgesamt 6.410 Personen beschäftigt, wobei 60,4% (3.962) einer Teilzeitbeschäftigung nachgingen. (Rothgang et al. 2012) Ein analoges Bild zeigt sich für die stationäre pflegerische Versorgung. In 2009 waren insgesamt 12.070 Pflegefachpersonen tätig und der Anteil der Vollzeitbeschäftigten umfasste lediglich 24,1%. (Rothgang et al. 2012, Simon 2012)

Um den künftigen Personalbedarf in der Pflege decken zu können, ist es erforderlich eine größere Anzahl an Personen für eine Ausbildung und Tätigkeit in der Pflege für M-V zu gewinnen. Im Bereich der dreijährigen Pflegeausbildung existierten in M-V Ende 2012 insgesamt 50 Ausbildungsstätten (16 für Gesundheits- und Krankenpflege, 7 für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und 27 für Altenpflege). Im Zeitraum von 2010 bis 2012 schlossen insgesamt 2.521 Pflegefachpersonen (1.286 Gesundheits- und Krankenpflege, 122 Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, 1.113 Altenpflege) ihre Ausbildung in der Pflege ab. (Deutscher Bundestag 2012) Gleichzeitig begannen im Jahr 2013 weniger (2013: 824, 2012: 897) Personen eine Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Altenpflege. (Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern 2014b)

Görres et al. haben dazu bereits im Jahr 2009 die Motivation, einen Pflegeberuf zu erlernen, von Schülern der 8. bis 10. Klassen an Haupt- und Realschulen sowie Gymnasien untersucht. Dies erfolgte bei 472 Schülern in folgenden norddeutschen Städten: Bremen, Hamburg, Hannover, Neumünster, Oldenburg und Schwerin. Die Studie „Imagekampagne für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten“ kommt zu dem Schluss, dass sich 80% der Schüler nicht vorstellen können, eine Ausbildung in der Pflege zu absolvieren. Hintergründe sind fehlendes Interesse und die Überzeugung auf Seiten der Schüler, dass sie nicht die persönlichen Voraussetzungen für einen Pflegeberuf aufweisen. (Görres et al. 2010)

Für eine akademische Pflegeausbildung besteht in M-V derzeit lediglich ein Angebot - der duale Bachelorstudiengang „Pflegewissenschaft/Pflegemanagement“ im FB GPM HS NB. Der Studiengang führt simultan zu einem Abschluss Bachelor of Science (B.Sc.) sowie zu einer

2.2

Berufszulassung in der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Altenpflege. Eine Tätigkeit in der Pflegeberatung, dem Qualitätsmanagement oder dem Pflegebildungsbereich werden als mögliche berufliche Perspektiven für die Absolventen beschrieben. (Richter et al. 2008) Im Zeitraum von 2010 bis 2012 haben insgesamt 29 Studierende den dualen Studiengang abgeschlossen. (Deutscher Bundestag 2012) Zum Verbleib der Absolventen nach Beendigung der akademischen Pflegeausbildung existiert derzeit keine Evidenz. (Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern 2014a)

Auf Grund der hohen Arbeitsbelastung, den oftmals unattraktiven Rahmenbedingungen im Arbeitsalltag sowie den fehlenden Perspektiven im Pflegeberuf steigt das Risiko, dass sich im Beruf stehende Pflegefachpersonen für einen vorzeitigen Berufsausstieg entscheiden könnten. (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2010, Bundesministerium für Bildung und Forschung 2007) Die Nurses early exit study (NEXT Studie) beschreibt dazu, dass der Wunsch, den Pflegeberuf zu verlassen, im zweiten und vierten Berufsjahr am größten ist. (Hasselhorn et al. 2005) Nach Angaben des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK) erfolgt der tatsächliche Berufsaustritt in der Gesundheits- und Krankenpflege nach durchschnittlich 14 Jahren und in der Altenpflege nach durchschnittlich achteinhalb Jahren. (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2015)

Für M-V besteht derzeit lediglich für das Kreiskrankenhaus Wolgast eine Angabe zum Verbleib von Pflegekräften im Beruf. In 2014 betrug diese für Pflegefachperson durchschnittlich 21,7 Jahre. (siehe Abbildung 4) (Thomas 2014) Demzufolge könnte der Verbleib von Pflegefachpersonen im Beruf in M-V über dem Bundesdurchschnitt liegen.

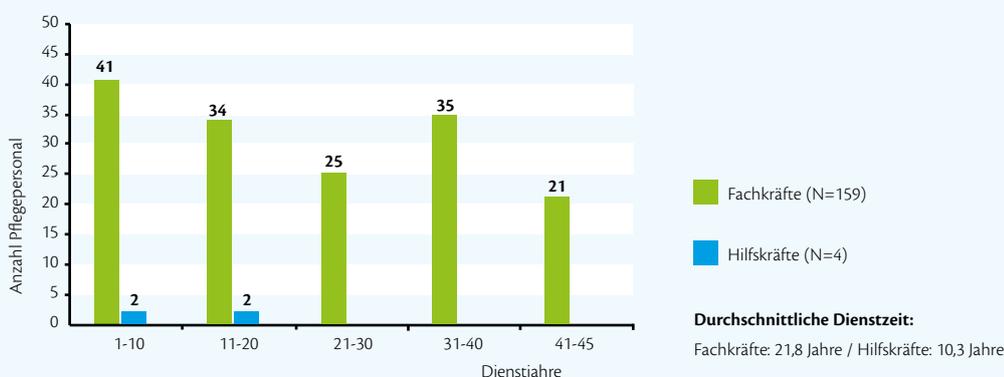


Abbildung 4: Dienstjahre des Pflegepersonals im Kreiskrankenhaus Wolgast; Eigene Darstellung auf Basis von Daten des Kreiskrankenhauses Wolgast (Thomas 2014)

In der Folge gilt es Anpassungen für die pflegerischen Personalkonzepte vorzunehmen. Der Evangelische Verband für Altenarbeit der Diakonischen Werke Rheinland, Westfalen und Lippe

2.2

(EVA) hat dazu bereits im Jahr 2011 beschrieben, dass es künftig nicht nur ein zukunftsfähiges Personalkonzept geben wird. Gleichzeitig geht der EVA davon aus, dass ein adäquates Qualifikationsniveau von Pflegefachpersonen erforderlich ist, um die zunehmend komplexen Anforderungen im Arbeitsalltag bewältigen zu können. Daher hat der EVA ein sog. Referenzmodell entwickelt, in dessen Zentrum eine sog. Zuständige Pflegefachkraft (ZPFK) steht. Die ZPFK steuert verantwortlich die Versorgung und übernimmt insbesondere folgende Aufgaben:

- Assessment, Zielformulierung, Maßnahmenplanung, Evaluation (Pflegeplanung)
- Anleitung und Beratung von Mitarbeitern
- Information, Anleitung und Beratung von Angehörigen und Ehrenamtlichen
- Sicherstellung der Medikamentenversorgung, Sicherstellung der Verfügbarkeit von Pflegeutensilien und Patienteninformationen
- Koordination der Angehörigenarbeit und Kooperation zu weiteren Akteuren im Gesundheitswesen, insbesondere den Ärzten (Evangelischer Verband für Altenarbeit der Diakonischen Werke Rheinland, Westfalen und Lippe 2011)

Für die Aufgabenübernahme benötigt die ZPFK neben einer Fachkompetenz entsprechende Steuerungs-, Koordinations-, Anleitungs-, Beratungs- und Problemlösekompetenzen. Für eine nachhaltige Implementierung dieses Referenzmodells ist eine Reorganisation der bestehenden Leitungsstrukturen erforderlich. Die Mitarbeiter im Team übernehmen Aufgaben der pflegerischen Versorgung und benötigen dazu funktionsbezogene Qualifikationen als auch Zusatzqualifikationen in spezifischen Feldern der Pflege (z.B. Pflege von Menschen mit Demenz, Palliativpflege, Hygiene oder Wundversorgung). Demnach sind künftig Arbeitsprozesse in der pflegerischen Versorgung zu verändern und die Personalkonzepte dahingehend anzupassen. (Evangelischer Verband für Altenarbeit der Diakonischen Werke Rheinland, Westfalen und Lippe 2011)

Hornung plädiert in 2013 hingegen für ein Personalkonzept, das über die Aufgabenorientierung hinausgeht und beschreibt dazu ein sog. 5-Säulen-Konzept. (Hornung 2013) Ihrer Ansicht nach umfasst Personalmanagement folgende fünf Handlungsfelder:

1. Gesundheitsmanagement (z.B. betriebliche Gesundheitsförderung, Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit),
2. Lebenslanges Lernen (Qualifikations- und Kompetenzentwicklung, Wissensmanagement, Laufbahngestaltung),
3. Organisation und Arbeitsgestaltung (Arbeitsorganisation, Arbeitszeitgestaltung, Vergütung),
4. Personal- und Rekrutierungspolitik (Personalbedarfsplanung, Rekrutierung, Freisetzung) sowie
5. Führung (Unternehmenskultur). (Hornung 2013)

2.2

Aufgrund der Modularisierung des Personalkonzeptes nach Hornung kann die inhaltliche Ausgestaltung und Schwerpunktsetzung variabel erfolgen. Ziel sollte es jedoch sein, ein Personalkonzept zu entwickeln, das alle fünf Module einschließt, um ein ausbalanciertes Modell zu erreichen. Ältere Mitarbeiter finden in dem 5-Säulen-Personalkonzept eine besondere Berücksichtigung. Hornung betrachtet das Erfahrungswissen älterer Mitarbeiter als besonders wertvoll und schlägt daher vor, dieses Wissen für die pflegerische Dienste und Einrichtungen zu bewahren. Ein möglicher Lösungsansatz könnte ihrer Ansicht nach das sog. Lerntandem sein, indem junge Mitarbeiter von älteren Mitarbeitern profitieren. Dies erfolgt bspw. durch die Begleitung von jungen Auszubildenden oder Pflegekräften durch ältere Pflegekräfte. (Hornung 2013)

Stockinger kommt 2014 zu dem Schluss, dass sich ein gutes pflegerisches Personalkonzept durch die kontinuierliche Steigerung der Qualifizierung der Mitarbeiter sowie die Entwicklung und Förderung der Beschäftigten auszeichnet. (Stockinger 2014) Dazu beschreibt Tewes ergänzend, dass eigene Handlungs- und Entscheidungsspielräume die wichtigsten Faktoren für eine Berufszufriedenheit in der Pflege sind. Um autonome Handlungs- und Entscheidungsspielräume systematisch zu entwickeln und zu fördern, besteht für den Klinikbereich das strukturelle Empowerment Konzept in sog. Magnetkrankenhäusern. Strukturelles Empowerment meint dabei die Ermutigung von Pflegefachpersonen, Verantwortung in der Versorgung zu übernehmen und bei allen Entscheidungen der Kliniken ihr Mitspracherecht wahrzunehmen. (Tewes 2014) Laschinger konnte bereits 1996 nachweisen, dass sich strukturelles Empowerment positiv auf die Arbeitsleistung und die Pflegequalität der Pflegefachpersonen auswirkt. (Laschinger 1996) Die im Weiteren resultierende Berufszufriedenheit führt zu einer Verringerung der Fluktuation. (Tewes 2014)

Verantwortung übernehmen in der Pflege neben den Einrichtungsleitungen vor allem die Führungskräfte der mittleren Ebene (Pflegedienstleitung und Bereichsleitung). (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005) Gleichzeitig erfolgt bislang keine systematische Vorbereitung der Führungskräfte auf ihre Führungsaufgaben im Sinne einer Führungskräftefortbildung. Eine mögliche Option stellt ein Studium im Pflegemanagement dar, welches jedoch für eine Tätigkeit als Pflegedienstleitung nicht vorausgesetzt wird. Nach Ansicht von Tewes ist daher künftig eine systematische Karriereplanung mit einer strukturierten beruflichen Entwicklung (bspw. mit einem strukturierten Empowerment) unerlässlich. (Tewes 2014)

2.3

2.3 Auswirkungen der demografischen Entwicklungen auf das Versorgungsgeschehen

2.3.1 Folgen für die medizinische Versorgung

Ausgehend von der beschriebenen demografischen Entwicklung und der Personalsituation in der Medizin und der Pflege stellt die künftige Sicherung der medizinisch-pflegerischen Versorgung der Bevölkerung in M-V eine zentrale Herausforderung dar.

Die Alterung der Bevölkerung resultiert in einer Zunahme der Prävalenzen von altersassoziierten Erkrankungen. Hintzpeter et al. postulieren, dass insbesondere mit einem Anstieg der Prävalenzen von chronischen Erkrankungen zu rechnen ist. (Hintzpeter et al. 2011) Siewert et al. beschreiben dazu für M-V und den Zeitraum von 2005 bis 2020, dass sich u.a. die Prävalenz für Demenzen um 91,1% von 19.271 auf 36.826 erhöht und die Anzahl der Krebserkrankungen um 22,6% (von 8.612 auf 10.560) ansteigt. (Siewert et al. 2010) Im Weiteren weisen die Patienten chronische Mehrfacherkrankungen auf. (Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern 2015, Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern 2013b)

In der Folge ist bereits heute eine Zunahme der Behandlungsfälle in den Krankenhäusern M-Vs zu verzeichnen. Während im Jahr 2010 insgesamt 407.018 Krankenhausfälle stationär behandelt wurden, waren es in 2011 bereits 410.150 und damit eine Steigerung um 3.132 bzw. 0,8 %. (Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern 2014a) Für den ambulanten Versorgungsbereich haben Grobe et al. in dem Zeitraum von 2005 bis 2013 die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen von mehr als acht Millionen Versicherten der Barmer GEK untersucht. Dabei wurden sog. Behandlungsfälle zu Grunde gelegt. Ein Behandlungsfall definiert alle Behandlungen eines Patienten bei einem Arzt innerhalb eines Quartals im Jahr. Während in 2010 die durchschnittliche Anzahl der Behandlungsfälle bei 7,99 (Männer: 6,47, Frauen: 9,46) lag, betrug sie im Jahr 2013 bereits durchschnittlich 8,21 (Männer: 6,64, Frauen: 9,72). M-V lag in dieser Untersuchung mit rund 9,0 Behandlungsfällen pro Quartal im Jahr 2013 über den Bundesdurchschnitt. (Hauswaldt et al. 2012)

Zur Einschätzung der künftigen Entwicklung der medizinischen Versorgung in Deutschland führte in 2014 das Institut für Demoskopie eine repräsentative Befragung bei Ärzten durch. Von den insgesamt 540 befragten Medizinern (323 niedergelassene Ärzte, 217 Krankenhausärzte) gaben 70% an, dass aus ihrer Sicht das derzeitige Niveau der medizinischen Gesundheitsversorgung in den nächsten 10 Jahren nicht mehr für alle Patienten gewährleistet werden kann. Im Weiteren gehen 84% der befragten Mediziner davon aus, dass nur schwer für alle Patienten die notwendigen Leistungen verordnet werden können. (Institut für Demoskopie 2014)

2.3

In der Folge werden insbesondere für den ambulanten vertragsärztlichen Bereich Versorgungsglücken erwartet. (Kopetsch 2010) Eine geringere Anzahl von Ärzten muss eine höhere Anzahl an Patienten versorgen (siehe Kapitel 2.2.1). Dies kann in der Folge zu einer Überbelastung der ambulant praktizierenden Ärzte führen, da ihnen für die Behandlung des einzelnen Patienten weniger Zeit zur Verfügung steht und zusätzliche Behandlungsaufgaben (z.B. Aufklärung und Beratung von Angehörigen von neuen Patienten) bewerkstelligt werden müssen. Für die Patienten ist von einem Anstieg der Wartezeiten für Terminvergaben auszugehen.

Der Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) führte dazu bereits im Jahr 2011 eine deutschlandweite, repräsentative Befragung von insgesamt 6.013 gesetzlich (5.171) und privat (842) Versicherten durch. Untersuchungsgegenstand waren unter anderem die Wartezeiten auf einen Termin beim Hausarzt (n=939 Antworten) und die Wartezeiten auf einen Facharzttermin (2.145 Antworten). Im Durchschnitt gaben die Befragten an, dass sie acht Tage auf einen Hausarzttermin warteten und dass die Wartezeit auf einen Termin beim Facharzt sogar 24 Tage umfasste. (Bundesverband der Betriebskrankenkassen 2011a) Die 94 aus M-V befragten Versicherten gaben an, dass sie im Durchschnitt 32 Tage auf einen Termin beim Haus- oder Facharzt warteten. (Bundesverband der Betriebskrankenkassen 2011b)

2.3.2 Folgen für die pflegerische Versorgung

Neben dem Anstieg der Inanspruchnahme von medizinischen Versorgungsleistungen ist auch von einer Zunahme der Pflegebedürftigkeit in M-V auszugehen. So erhöhte sich im Zeitraum zwischen 2005 und 2009 die Anzahl der Pflegebedürftigen von 51.168 auf 61.442 und damit um 19,2%. (Rothgang et al. 2012) Laut einer Prognose der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder wird die Zahl der Pflegebedürftigen in den kommenden Jahren weiter ansteigen. Im Jahr 2030 werden demnach voraussichtlich bis zu 93.000 Menschen in M-V von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI betroffen sein. (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010)

Gleichzeitig ist aufgrund der Personalverringerung in der Pflege in den Jahren 1996 bis 2008 (Isfort et al. 2010) von einer Zunahme der Anzahl der zu pflegenden Patienten pro Pflegefachperson auszugehen. Der DBfK beschreibt in diesem Zusammenhang für den stationären Bereich, dass bereits im Jahr 2008 eine Pflegefachperson durchschnittlich für elf Patienten in einer Schicht verantwortlich war. In der ambulanten Pflege belief sich die Zahl auf 14 Patienten pro Schicht und für Pflegefachpersonen, die in Pflegeheimen tätig waren, auf 20 Bewohner pro Schicht. (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2009) Dieckhoff & Kilian haben in 2011 die Pflegeschlüssel in Pflegeheimen für 15 Bundesländern (ausgenommen Bremen) auf Grundlage der Landesrahmenverträge der Pflegeheime (ohne Berücksichtigung der Kräfte gemäß § 87b SGB XI und der Pflegestufe „O“) und die Pflegestufen eins bis drei berechnet

2.3

und spezifiziert. Demnach versorgt eine Pflegefachperson in M-V in einem Pflegeheim 4,39 Patienten mit der Pflegestufe eins, 3,02 Patienten mit der Pflegestufe zwei und 2,03 Patienten mit der Pflegestufe drei. Im Vergleich dazu versorgt in Baden-Württemberg eine Pflegefachperson 3,0 Patienten mit der Pflegestufe eins, 2,25 Patienten mit der Pflegestufe zwei und 1,90 Patienten mit der Pflegestufe drei. M-V wies demzufolge bundesweit den schlechtesten Personalschlüssel auf. (Dieckhoff & Kilian 2011)

Auch im europäischen Vergleich versorgt eine deutsche Pflegefachperson in einer Schicht deutlich mehr Patienten. Die Nurse forecasting in Europe Studie (RN4Cast Study), welche in zwölf europäischen Ländern im Zeitraum von 2009 bis 2011 durchgeführt wurde, hat den Personalschlüssel von Pflegefachpersonen in Krankenhäusern untersucht. Demnach ist europaweit eine Fachkraft im Durchschnitt für sieben Patienten in einer Schicht verantwortlich. Eine deutsche Pflegefachperson hat mit rund zehn Patienten pro Schicht ein deutlich höheres Arbeitspensum. (Sermeus et al. 2011)

In der Konsequenz führt ein erhöhter Personalschlüssel in der Pflege zu einer zunehmenden Arbeitsverdichtung und einer steigenden Arbeitsbelastung. Ein Berufswechsel oder Arbeitszeitverkürzungen der professionell Pflegenden könnten die Folgen sein. (Isfort et al. 2012, Isfort et al. 2010) Vor dem Hintergrund, dass junge Bevölkerungsanteile zunehmend aus M-V abwandern (siehe Kapitel 2.1) und somit weniger Familienmitglieder zur Pflegeübernahme vorhanden sind, erscheint diese Entwicklung besonders besorgniserregend. Die pflegerische Versorgung der Patienten in der Häuslichkeit kann bereits heute in einigen Regionen M-Vs nicht mehr ausschließlich durch familiäre und professionelle Pflege abgedeckt werden. In Bezug auf Betreuungs- und Unterstützungsangebote gewinnen neue, innovative Konzepte zunehmend an Bedeutung. Ehrenamtliche Helfer sind in diesem Zusammenhang als eine wichtige Ressource zu nennen. (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2015a) Dabei liegt bundesweit kein einheitliches und konsistentes Konzept zum Ehrenamt vor. Die bislang bestehenden Ehrenamtskonzepte sind ortsgebunden und entsprechend den regionalen Gegebenheiten entwickelt worden. (Zentrum für Qualität in der Pflege 2013)

Bürgerschaftliches Engagement in der Pflege fokussiert in M-V derzeit auf die ambulante Versorgung von Patienten und die Entlastung (pflegender) Angehöriger in drei Schwerpunkten: (a) ehrenamtliche Betreuer im Rahmen des Betreuungsgesetzes, (b) ehrenamtliche Hospizhelfer in Hospizvereinen und (c) ehrenamtliche Helfer im Kontext von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten (siehe §45c SGB XI). (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. 2014)

Während ehrenamtliche Betreuer insbesondere für die Regelung der Angelegenheiten von Patienten nach §1901 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) verantwortlich sind, engagieren sich ehrenamtliche Hospizhelfer vor allem in ambulanten und stationären Hospizen. (GKV-Spitzenverband 2010) Das Aufgabenfeld der ehrenamtlichen Hospizhelfer ist in der „Rahmenverein-

2.3

barung nach §39a Abs. 2 Satz 7 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit“ geregelt. (GKV-Spitzenverband 2010) Demnach umfasst die ehrenamtliche Tätigkeit insbesondere die (a) Begleitung sterbender Menschen, deren Angehörigen und Bezugspersonen sowie die (b) Hilfe beim Verarbeitungsprozess mit dem Sterben. Dies schließt auch die Auseinandersetzung mit sozialen, ethischen und religiösen Sinnfragen ein. (GKV-Spitzenverband 2010) Das Ehrenamt im Rahmen der niedrigschwelligen Betreuungsangebote (§45c SGB XI) fokussiert auf die Betreuung von Patienten mit eingeschränkter Alltagskompetenz (§45a SGB XI) und Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI. Mit diesem Ansatz sollen im Weiteren (pflegende) Angehörige durch bspw. stundenweise Betreuung von Patienten in der Häuslichkeit unterstützt und entlastet werden.

Für eine Tätigkeit als ehrenamtlicher Helfer im Rahmen des §45c SGB XI ist eine Qualifizierung nach der Betreuungsangeboteförderrichtlinie Mecklenburg-Vorpommern (BetrAngFöRI M-V) und die Betreuungsangebotelandesverordnung Mecklenburg-Vorpommern (BetrAngL-VO M-V) erforderlich. Darin festgelegt ist, dass eine mindestens 20 stündige Schulung zu folgenden inhaltlichen Schwerpunkten erfolgen muss: (a) Basiswissen Krankheitsbilder und Behandlungsformen der Pflege, (b) pflegende Angehörige, (c) Umgang mit Patienten, (d) Methoden der Beschäftigung und Betreuung, (d) Selbstmanagement und -reflexion sowie (e) Zusammenarbeit mit professionellen Akteuren und weiteren ehrenamtlich Tätigen. Die lediglich übergeordnete Vorgabe der Schulungsinhalte führt dazu, dass derzeit kein einheitliches Curriculum zur Schulung Ehrenamtlicher in M-V besteht. (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. 2014) Das Projekt für Pflege, Engagement und Qualifizierung (PEQ) des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. soll dies ändern. PEQ wird vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) im Zeitraum vom 01.01. bis 31.12.2015 gefördert. (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. 2015) Ziel ist es, ein modulares Curriculum für Ehrenamtliche zur Begleitung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und (pflegenden) Angehörige zu entwickeln. Dazu wird in einem ersten Schritt das Aufgaben- und Kompetenzprofil eines ehrenamtlich Tätigen entwickelt. (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2015b) Die Entwicklung des modularen Curriculums mit Lernzielen, Lerninhalten und Lernmethoden schließt sich daran an. Im Weiteren erfolgt die Entwicklung eines Leitfadens zur praktischen Umsetzung der Qualifizierungsmaßnahme. (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. 2015, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2015b) In der Folge sollen mehr engagierte Menschen für die Pflege gewonnen werden, um die professionelle Pflege qualifiziert und bedarfsgerecht unterstützen zu können. (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. 2015)

2.3

2.3.3 Erfordernis der Veränderung der künftigen Aufgabenteilung in der regionalen Versorgung

Für die künftige Deckung der medizinischen und pflegerischen Versorgungsbedarfe der Bevölkerung in M-V bedarf es der Entwicklung und Implementierung von innovativen Versorgungskonzepten, welche entsprechend den regional bestehenden Rahmenbedingungen gestaltet werden müssen. Daraus resultiert das Erfordernis, sowohl die medizinische als auch die pflegerische Versorgung zu reformieren. Dieser Prozess schließt neben der Restrukturierung von Aufgabenfeldern einzelner Berufsgruppen auch die Neuverteilung von Tätigkeiten unter den Akteuren ein. (Dreier et al. 2015a, Dreier&Hoffmann 2013a, Dreier et al. 2012)

Dazu postulierte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) bereits im Jahr 2007 das Erfordernis einer Aufgabenneuverteilung zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen. Nach Ansicht des Rates stellt die verstärkte arbeitsteilige Kooperation aller am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen eine Grundlage dar. (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007) Diese Form des Aufgabeneuzuschnitts kann nach Auffassung des Rates einen Lösungsansatz für die regional bereits bestehende bzw. künftig prognostizierte medizinisch-pflegerische Unterversorgung in einigen strukturschwachen Bundesländern wie M-V darstellen. In 2014 wiederholt und spezifiziert der Sachverständigenrat seine Empfehlung für einen Aufgabeneuzuschnitt und kommt unter anderem zu dem Schluss, dass die multiprofessionelle Versorgung von chronisch Erkrankten zu einer Abnahme von unnötigen Arzt-Patienten-Kontakten führen kann. Der pflegerischen Profession sollten dabei Aufgaben mit mehr Eigenständigkeit zukommen. (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014) Ausgehend von den internationalen Erfahrungen muss künftig verstärkt auf eine aufgabenorientierte Kooperation, Teamorientierung und eine größere Gleichrangigkeit zwischen der Medizin und der Pflege fokussiert werden. (Robert Bosch Stiftung 2013a, Kuhlmeier et al. 2011, Höppner & Kuhlmeier 2009)

Eine erste rechtliche Legitimation zur Aufgabenübertragung im Sinne der Delegation erfolgte mit dem Inkrafttreten der sog. Delegationsvereinbarung (Vereinbarung zur Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gemäß §87 Abs. 2b SGB V) aus dem Jahr 2009. Die Delegationsvereinbarung beinhaltet dabei die notwendigen Voraussetzungen für die Delegation ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliche Berufsgruppen, die zu versorgenden Patientengruppen sowie die delegierbaren Tätigkeiten. (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2009) Im Weiteren regelt die Delegationsvereinbarung die qualifikatorischen Mindestanforderungen, die eine Person aufweisen muss, um ärztliche Tätigkeiten in Delegation übernehmen zu können. (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2009) In 2013 erfolgte die Überarbeitung der Delegationsvereinbarung aus dem

2.3

Jahr 2009, indem ein Beispielkatalog von ärztlichen delegierbaren Tätigkeiten definiert wurde. Die rechtliche Grundlage der aktuellen Delegationsvereinbarung bildet der §28 Absatz 1 Satz 3 SGB V. (Kassenärztliche Bundesvereinigung & GKV Spitzenverband 2013)

Deutschlandweit erfolgt sowohl im stationären und als auch in der ambulanten Versorgung die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an nichtmedizinische Berufsgruppen. (Offermanns & Bergmann 2008) Im ambulanten Versorgungsbereich wird die Umsetzung einer Aufgabenübertragung dabei durch die z.T. starke räumliche Trennung der einzelnen Berufsgruppen und die getrennte Abrechnung durch die Kranken- bzw. Pflegeversicherung erschwert. (Höppner & Kuhlmeier 2009) Dennoch existiert auch für den ambulanten Versorgungsbereich eine Reihe von Modellprojekten, die sich mit dem Aufgabenneuzuschnitt von Medizin und Pflege beschäftigen. Diese fokussieren vornehmlich auf die Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen in Delegation. Die AGnES Studien, welche in M-V entwickelt wurden, sind in diesem Zusammenhang als wegweisend zu betrachten (Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention). Im Zeitraum von 2005 bis 2008 erfolgte die Durchführung der AGnES Studien in den Bundesländern M-V, Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt. Primäres Ziel der Modellprojekte war die Entlastung von Hausärzten. Dazu übernahmen speziell qualifizierte Pflegefachpersonen, Arzthelferinnen und Medizinische Fachangestellte in unterversorgten bzw. von Unterversorgung bedrohten Regionen ärztliche Leistungen in Delegation. Dies erfolgte mehrheitlich im Rahmen von Hausbesuchen bei den Patienten in der Häuslichkeit. Zu den Aufgaben zählten u.a. (a) die Beurteilung des Gesundheitszustands des Patienten, (b) das Monitoring der Patienten und (c) die Unterstützung von Angehörigen. (Van den Berg et al. 2010, Van den Berg et al. 2009, Van den Berg et al. 2007) Für eine qualitätsgesicherte Übernahme der delegierten ärztlichen Tätigkeiten erfolgte im Projektrahmen die Entwicklung, Erprobung und Evaluation einer gleichnamigen Qualifizierung. (Rogalski 2010, Dreier et al. 2010, Oppermann et al. 2008, Rogalski et al. 2008) Die erfolgreiche Evaluation der AGnES Studien und die positive Akzeptanz bei allen beteiligten Akteuren führte zur Erweiterung des §87 Abs. 2b SGB V, nachdem, „... ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen nach §28 Abs. 1 Satz 2 SGB V, die in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes erbracht werden, vergütet werden.“ (Van den Berg et al. 2010)

Ein weiteres Modellprojekt zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten an Pflegefachpersonen ist die Delphi-MV Studie (Demenz: lebensweltorientierte und personenzentrierte Hilfen in Mecklenburg-Vorpommern. (Thyrian et al. 2012, Thyrian et al. 2011) Das Dementia Care Management (DCM) Konzept wurde für das spezifische Krankheitsbild Demenz und die ambulante Versorgung entwickelt. Mit dem DCM erfolgt sowohl eine bedarfsgerechte Betreuung der Menschen mit Demenz (MmD) als auch eine individuelle Beratung, Anleitung und Schulung der (pflegenden) Angehörigen. Pflegefachpersonen übernehmen als Dementia Care Manager unter anderem eine Koordinierungsfunktion und arbeiten eng mit dem Hausarzt zusammen. So entscheidet der Hausarzt auf Grundlage der

2.3

aktuellen Gesetzeslage als Hauptverantwortlicher des Versorgungsprozesses bspw. über die Wahl der Initialdiagnostik zur Demenzerkrankung. Die Dementia Care Manager besuchen die MmD und deren (pflegenden) Angehörige in der Häuslichkeit und erheben die Versorgungs- und Unterstützungsbedarfe anhand eines standardisierten Assessments. Auf Basis der Besuchsergebnisse erfolgen anschließend in Kooperation zwischen den Dementia Care Managern und dem Hausarzt die Auswahl der Behandlungsmethoden und die Entscheidung über die Notwendigkeit von pflegerischen Leistungen und Unterstützungsmaßnahmen aus dem sozialen Bereich. (Thyrian et al. 2012, Thyrian et al. 2011) Zur Übernahme der DCM Tätigkeiten wurde eine Weiterqualifikation entwickelt, erprobt und evaluiert. Die Entwicklung des Curriculums erfolgte für die Berufsgruppen der Gesundheits- und Krankenpflege sowie Altenpflege. (Dreier & Hoffmann 2013b, Dreier et al. 2011)

Mit der künftig zunehmenden Komplexität der medizinisch-pflegerischen Versorgung der Bevölkerung in M-V ist davon auszugehen, dass sich mit Blick auf die Aufgabenneuverteilung von Medizin und Pflege für die pflegerische Profession neue, spezialisierte Aufgabenbereiche ergeben, die über die Delegation hinausgehen. (Bals & Dielmann 2013, Wissenschaftsrat 2012)

Rechtliche Grundlage bildet das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz aus dem Jahr 2008, in dem die modellhafte Erprobung der Erweiterung des Aufgabenfeldes für Pflegefachpersonen gemäß §63 Abs. 3b und §63 Abs. 3c SGB V festgeschrieben wurde. Der §63 Abs. 3b SGBV fokussiert dabei auf die Verordnung von Verbandsmitteln und Pflegehilfsmittel sowie die inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege. Die heilkundliche Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an Pflegefachpersonen steht hingegen im §63 Abs. 3c SGB V im Mittelpunkt. (Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft 2013) Die inhaltliche Ausgestaltung des §63 Abs. 3c SGB V wurde dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) übertragen, welcher eine entsprechende Richtlinie im Jahr 2011 entwickelt hat. Die Richtlinie ist in 2012 in Kraft getreten (Bals & Dielmann 2013) und unterscheidet dabei zwischen übertragbare diagnosebezogene heilkundliche Tätigkeiten und prozedurenbezogene heilkundliche Tätigkeiten. (Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft 2013) Im Weiteren ist die heilkundliche Aufgabenübertragung auf fünf Indikationen beschränkt: (a) Diabetes mellitus Typ I, (b) Diabetes mellitus Typ II, (c) chronische Wunden, (d) Hypertonie und (e) Demenz. (Gemeinsamer Bundesausschuss 2012) Die heilkundliche Aufgabenübertragung für die fünf Krankheitsbilder setzt eine spezifische Qualifikation der Pflegefachperson voraus. Diese ist als Zusatzqualifikation auf Hochschul- und/oder Fachschulebene zu erwerben. (Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft 2013) Für eine Realisierung von Modellprojekten müssen Vereinbarungen zwischen den Kostenträgern (Krankenkassen und/oder Kassenärztlichen Vereinigungen) und den Leistungserbringern (Vertragsarzt, ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtung bzw. Krankenhaus) geschlossen werden. (Bundesverband Pflegemanagement 2012) Eine positive Evaluation der Modellprojekte vorausgesetzt, ist die Übernahme der heilkundlichen Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an Pflegefachpersonen in die Regelversorgung vorgesehen.

2.3

Bundesweit existiert bislang kein Modellprojekt für die heilkundliche Aufgabenübertragung. Dies ist auf die mit der G-BA Richtlinie verbundenen komplizierten Umsetzungsvoraussetzungen zurückzuführen. (Szepan 2013) Kritisch zu betrachten ist, dass einige in der Richtlinie aufgeführte Tätigkeiten Mediziner zugeordnet wurden, die seit vielen Jahren von Pflegefachpersonen in der Praxis übernommen werden. Dazu gehören u.a. das Wundmanagement, die Stomatherapie oder die Verlaufsdokumentation. (Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft 2013) Die Realisierung eines Modellvorhabens wird zusätzlich durch die Vorgabe erschwert, dass Pflegefachpersonen vor der Aufgabenübernahme je eine spezifische Qualifizierung zu den fünf Krankheitsbildern absolvieren müssen. Die Entwicklung der Qualifizierungen steht bislang aus. Im Weiteren sollen die fünf Qualifizierungen an Berufs- und Hochschulen durchgeführt werden. Dies resultiert für die Berufs- und Hochschulen zu einer Erweiterung der Lehrinhalte in den dreijährigen Pflegeausbildungen und den grundständigen bzw. ausbildungsintegrierenden Studiengängen. Offen bleibt auch, ob und wieviel Berufserfahrung Pflegefachperson nachweisen müssen, um ärztliche Aufgaben in Substitution übernehmen zu können. (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014) Diese Situationsbeschreibung macht das Erfordernis der Überarbeitung der bestehenden G-BA Richtlinie zur heilkundlichen Aufgabenübertragung evident. Der Sachverständigenrat schlägt dazu vor, die Voraussetzungen für die Umsetzung eines Modellprojektes zu minimieren. (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014)

2.3.4 Innovative Versorgungskonzepte: zwei Beispiele aus dem Landkreis Vorpommern-Greifswald

Modellvorhaben der Raumordnung (MORO Projekte)

Das Modellvorhaben Raumordnung ist ein Aktionsprogramm zur regionalen Daseinsvorsorge und stellt ein Beispiel für die Entwicklung eines innovativen Versorgungskonzeptes im Landkreis Vorpommern-Greifswald (LK VG) dar. Das Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) förderte dieses Programm im Zeitraum vom 15.10.2012 bis 30.09.2013. Ziel war es, innovative, raumordnerische Handlungsansätze zu entwickeln, zu erproben sowie nachhaltig umzusetzen. (Landkreis Vorpommern-Greifswald 2015) Insgesamt wurden bundesweit 21 Modellregionen für das MORO Vorhaben ausgewählt. Zwei Modellregionen befinden sich im Bundesland M-V: (a) das Amt Peenetal/Loitz und (b) der regionale Planungsverband Westmecklenburg. Das MORO Projekt fokussierte dabei auf folgende Schwerpunkte:

- Mobilität/Öffentlicher Personennahverkehr (ÖPNV)
- Medizinische Versorgung
- Pflege
- Schulentwicklung

2.3

- Kinderbetreuung
- Senioren
- Brandschutz
- Jugendarbeit (Landkreis Vorpommern-Greifswald 2015)

Die Modellregion Peenetal/Loitz hat sich in ihrem Projekt schwerpunktmäßig mit folgenden Aspekten beschäftigt:

- Mobilität
- Medizinische Versorgung
- Regionale Produkte
- Innenentwicklung sowie Stadt-Umland Beziehungen
- Brandschutz (Landkreis Vorpommern-Greifswald 2015)

Ziel war es, anhand von Szenarien eine Regionalstrategie für den Amtsbereich Peenetal/Loitz hinsichtlich der eben genannten Arbeitsschwerpunkte zu entwickeln. (Amt Peenetal/Loitz 2012a) Dazu erfolgte die Einrichtung von vier Arbeitsgruppen: (1) Naturnah leben, (2) Naturnah lernen, (3) Naturnah arbeiten und (4) Naturnah erholen. Die Arbeitsgruppen erhoben Daten zu den jeweiligen Themen und erarbeiteten Szenarien für die zukünftige Entwicklung anhand der Ergebnisse der Datenerhebung. Diese Szenarien stellen die Grundlage für die Entwicklung einer Regionalstrategie dar. Die Entwicklung der Regionalstrategie erfolgte dabei durch das Amt Peenetal/Loitz. (Amt Peenetal/Loitz 2012b)

So wurden beispielsweise für die medizinische Versorgung im Amt Peenetal/Loitz bis zum Jahr 2030 folgende strategische Ziele entwickelt:

- Erhalt der medizinischen Versorgung
- Sicherstellung einer Grundmobilität in die umliegenden Facharztzentren
- Erhalt des Zugangs zu hausärztlicher Versorgung
- Unterstützung bei der Koordinierung von Mobilitätsbedarfen
- Verbesserte Kooperation
- Unterstützung von Aktivitäten zur Verbesserung des Gesundheitsbewusstseins jüngerer und älterer Menschen (Amt Peenetal/Loitz 2013)

Initiative Leben und Wohnen im Alter (ILWiA)

Hintergrund der Initiative Leben und Wohnen im Alter (ILWiA) sind die Herausforderungen hinsichtlich der Aufrechterhaltung und Verbesserung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum sowie die mangelnde Erreichbarkeit von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen für ältere Menschen. Das Projekt erfolgte im Zeitraum von September 2014 bis März 2015. Ziel war es, ein Integrationskonzept für die zukünftige Sicherstellung der gesundheitlichen

2.3

Versorgung in der Modellregion Amt Peenetal/Loitz zu entwickeln. Das Projekt wurde vom LK VG gefördert und vom Technologiezentrum Vorpommern als Koordinator federführend umgesetzt. Im Weiteren waren das Klinikum Karlsburg und der Lehrstuhl für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald (EMAU) als Kooperationspartner beteiligt. (Gieseler et al. 2015) ILWiA untersuchte dabei folgende Fragestellungen:

- Welche gesundheitlichen Leistungen sind in der Region erforderlich und gewünscht?
- Welche Leistungsträger sind vorhaben?
- Welche Ansätze zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung sind vorhanden?
- Wie kann eine Zusammenarbeit der Akteure langfristig organisiert werden, um bspw. Doppelbehandlungen zu vermeiden?
- Wie können Schnittstellen zwischen den Akteuren besser genutzt werden? und
- Wie können technische Assistenzsysteme die Prozesse unterstützen? (Gieseler et al. 2015)

Zur Beantwortung der Fragestellung erfolgte die Nutzung der Ergebnisse zur Datenerhebung aus dem MORO Projekt hinsichtlich der Demographie, Mobilität, Gesundheit und Notfallversorgung der Bevölkerung im Amt Peenetal/Loitz. Daran schlossen sich Experteninterviews mit Vertretern der Gemeinde, der Medizin, der Notfallversorgung und der Pflege an. Die Ergebnisse der Experteninterviews wurden mit allen Akteuren der Region im Amt Peenetal/Loitz im Rahmen eines Workshops diskutiert. Gleichzeitig erfolgte die Entwicklung von Lösungsansätzen, die die Ausgangsbasis für die Entwicklung eines Integrationskonzeptes für die künftige gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung im Amt Peenetal/Loitz darstellten. Das Integrationskonzept zielt darauf ab, durch ein sektorenübergreifenden, integriertes Management eine verbesserte Ausnutzung vorhandener Ressourcen zu erreichen. Dies soll durch die Einrichtung einer sog. Leitstelle erfolgen. Die Leitstelle ist für die Informationsbereitstellung und Koordination verschiedener Dienstleistungen zuständig:

- Koordination von Sammelfahrten und -bestellungen
- Koordination von Außensprechstunden und Hausbesuchen
- Koordination von Krankenhaustransporten
- Koordination von Facharztbesuchen in der Region
- Koordination von mobilen Dienstleistern
- Information zu regionalen (ortsbezogenen) Gesundheitsdienstleistern
- Annahme von gesundheitlichen Anliegen und zeitnahe Weiterleitung an entsprechende Gesundheitsdienstleister
- Entwicklung von Handlungsangeboten bei gesundheitlichen Anliegen (Gieseler et al. 2015)

Für die Installation der Leitstelle bestehen zwei Möglichkeiten: (a) Integration der Leitstelle in die Rettungswache Loitz oder (b) die Erweiterung des Tätigkeitsbereiches der vorhandenen Leitstelle in Greifswald.

2.3

Zusammenfassend besteht die primäre Funktion der Leitstelle in der sektorenübergreifenden und individuellen Auswahl (z.B. Vermittlung an einen ambulant tätigen Hausarzt, Hilfe bei der Terminvergabe für einen Facharzt, Kontaktvermittlung zu einem ambulanten oder stationären Pflegeangebot) von Gesundheitsleistungen für Patienten im Amt Peenetal/Loitz. Dabei sollen auch bereits entwickelte, wissenschaftlich erprobte und evaluierte innovative Versorgungskonzepte wie z.B. das AGnES Konzept oder Telemedizin (insbesondere das Telemonitoring) als Synergieeffekte eingesetzt werden, um die Patienten bedarfsgerecht medizinisch-pflegerisch versorgen zu können. (Gieseler et al. 2015)

Für eine nachhaltige Implementierung einer Leitstelle erfolgte abschließend eine Bürgerbefragung. Insgesamt beteiligten sich N=208 Bürger an der schriftlichen Fragebogenerhebung. Der überwiegende Anteil (96%, n=201) befürwortet, dass verschiedene Gesundheitsdienste über eine Leitstelle zu erreichen wären. Dabei sollte die Leitstelle täglich zwischen 8.00Uhr und 18.00Uhr erreichbar sein. Hinsichtlich der Verortung gibt etwas mehr als die Hälfte der Befragten an (51,2%), dass die Leitstelle in Loitz angesiedelt werden sollte. Weitere 45,8% sind der Ansicht, dass die Verortung der Leitstellung nicht von Belang ist, solange diese eingerichtet wird. Nahezu drei Viertel der Befragten (70,5%) wäre darüber hinaus bereit, eine Gebühr für die Inanspruchnahme der Dienste der Leitstelle zu entrichten. Die Inanspruchnahme von Leistungen, die von Pflegefachpersonen übernommen werden, die vormals durch Ärzte durchgeführt wurden, befürworten 83,5% der Befragten. Die Bürger im Amt Peental/Loitz verweisen in diesem Zusammenhang auf die guten Erfahrungen mit den Gemeindefachpersonen, die es bereits schon einmal gab. (Gieseler et al. 2015) Der Inanspruchnahme von telemedizinischen Angeboten stehen die Befragten hingegen kritischer gegenüber. 53% gaben an, dass sie künftig keine telemedizinischen Dienstleistungen in Anspruch nehmen möchten. Hintergrund sei ein mangelndes Vertrauen in die Technik. (Gieseler et al. 2015) Insgesamt wurde das Integrationskonzept mit der Leitstelle von der Bevölkerung im Amt Peenetal/Loitz positiv bewertet und als Unterstützung für ältere und vor allem immobile Patienten betrachtet. Im Weiteren erfolgt eine Vernetzung der Akteure in den verschiedenen Versorgungssektoren und damit eine koordinierte Abstimmung der Gesundheitsversorgung. Dies kann in der Folge zu einer Verbesserung des Informationsaustausches zwischen Akteuren und zur Vermeidung von Doppelbehandlungen beitragen. (Gieseler et al. 2015)

2.3.5 Anpassungserfordernis von Ausbildungsstrukturen in der Pflege und der Medizin

Aus dem ILWiA Projekt und den vorangegangenen Kapiteln in 2.3 wird ersichtlich, dass sich künftig das Aufgabenspektrum der Pflege verändern wird und das Pflegefachpersonen neue Versorgungsaufgaben übernehmen, welche aus dem Aufgabenneuzuschnitt von Pflege und Medizin resultieren.

2.3

Dies erfordert Veränderungen in der pflegerischen Ausbildung. Diese Veränderungen sollten die Absolventen auf die künftig verstärkte Kooperation und das multiprofessionelle Arbeiten vorbereiten. Dazu sollte nach Ansicht des Wissenschaftsrates ein Ausbau der hochschulischen Qualifikation von Pflegefachpersonen erfolgen. (Wissenschaftsrat 2012) Die Weiterentwicklung der akademischen Pflegeausbildung in Deutschland erfordert nach Friedrichs & Schaub zunächst die Beschreibung des Mehrwerts von akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen gegenüber examinierten Pflegekräften, die an einer Schule des Gesundheitswesens ausgebildet wurden. Nach deren Auffassung liegt der Mehrwert in der verbesserten Qualität des beruflichen Handelns und in der Verbesserung der ganzheitlichen pflegerischen Versorgung der Bevölkerung. (Friedrichs & Schaub 2013) Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der Pflege geht dennoch davon aus, dass künftig weiterhin überwiegend berufsgebildete Pflegefachpersonen in der Pflege tätig sein werden. Nur eine begrenzte Anzahl von akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen ist nach ihrer Ansicht für die pflegerische Patientenversorgung erforderlich. Hintergrund ist, dass die Kompetenzen der Absolventen mit einem Bachelorabschluss die Bedarfe in der Versorgungspraxis übersteigen und dass davon auszugehen ist, dass eine Beschäftigung von akademischen Pflegefachpersonen zu einer Kostensteigerung im Gesundheitswesen führt. (Bund-Länder-Arbeitsgruppe 2012)

Diese Befürchtungen könnten einen Erklärungsansatz darstellen, warum die vom Wissenschaftsrat geforderte Anzahl von 10 bis 20% akademisch auszubildenden Pflegefachpersonen bislang nur minimal (ein bis zwei Prozent) erreicht worden ist. (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014) Dennoch empfiehlt der Rat den Ausbau von Studiengangskapazitäten und die Schaffung weiterer Professuren und Lehrstühle. (Wissenschaftsrat 2012) Ziel der Studiengänge sollte es sein, die Absolventen für die künftige Versorgungssituation adäquat zu qualifizieren. Der Wissenschaftsrat plädiert daher für Bachelorausbildungen, die für eine unmittelbare Pflegetätigkeit am Patienten befähigen (Wissenschaftsrat 2012) Die Bachelorstudiengänge sollten dabei primärqualifizierend generalistisch ausgerichtet sein, an die sich konsekutive Masterstudiengänge für eine Spezialisierung in einem Arbeitsfeld der Pflege anschließen. (Rogalski et al. 2012, Dreier et al. 2012) Gleichzeitig ist nach Ansicht des Rates bei der Entwicklung von Studiengängen darauf zu achten, eine vertikale Durchlässigkeit zu gewährleisten. Dazu ist es erforderlich Anerkennungsverfahren zu entwickeln, um Pflegefachpersonen mit einer Berufsausbildung ohne formale Hochschulzugangsberechtigung eine akademische Pflegeausbildung zu ermöglichen.

Für das Bundesland M-V soll dazu beispielhaft ein mögliches, gemeinsames akademisches Ausbildungsmodell zwischen der UMG und dem Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management der Hochschule Neubrandenburg (FB GPM HS NB) beschrieben werden. (siehe Abbildung 5) Die rechtliche Grundlage bildet der §4 Abs. 6,7 des Krankenpflegegesetzes (KrPflG) und §4 Abs. 6,7 des Altenpflegegesetzes (AltPflG). Mit dem gemeinsamen akademischen Ausbildungsmodell wird der Forderung des Wissenschaftsrates Rechnung getragen, der für eine verstärkte Verzahnung der

2.3

historisch getrennten Ausbildungsgänge von Medizin und Pflege plädiert. (Wissenschaftsrat 2012) Für das Studiengangmodell gelten als Zugangsvoraussetzung das Abitur bzw. die Fachhochschulreife. Im Weiteren können Pflegepersonen mit einer mindestens zweijährigen Berufsausbildung und einer dreijährigen Berufserfahrung sowie einer zusätzlichen fachgebundenen Hochschulzugangsprüfung an dem Studienprogramm teilnehmen. Damit können folgende Personen das akademische Pflegeausbildungsmodell absolvieren:

- (a) Abiturienten
- (b) Bewerber mit Fachhochschulzugangsberechtigung
- (c) Berufsqualifizierte mit Abitur
- (d) Berufsqualifizierte mit Fachabitur
- (e) Beruflich Qualifizierte in der Pflege (mindestens zweijährige Berufsausbildung und dreijährige Berufserfahrung) (Dreier et al. 2015a)

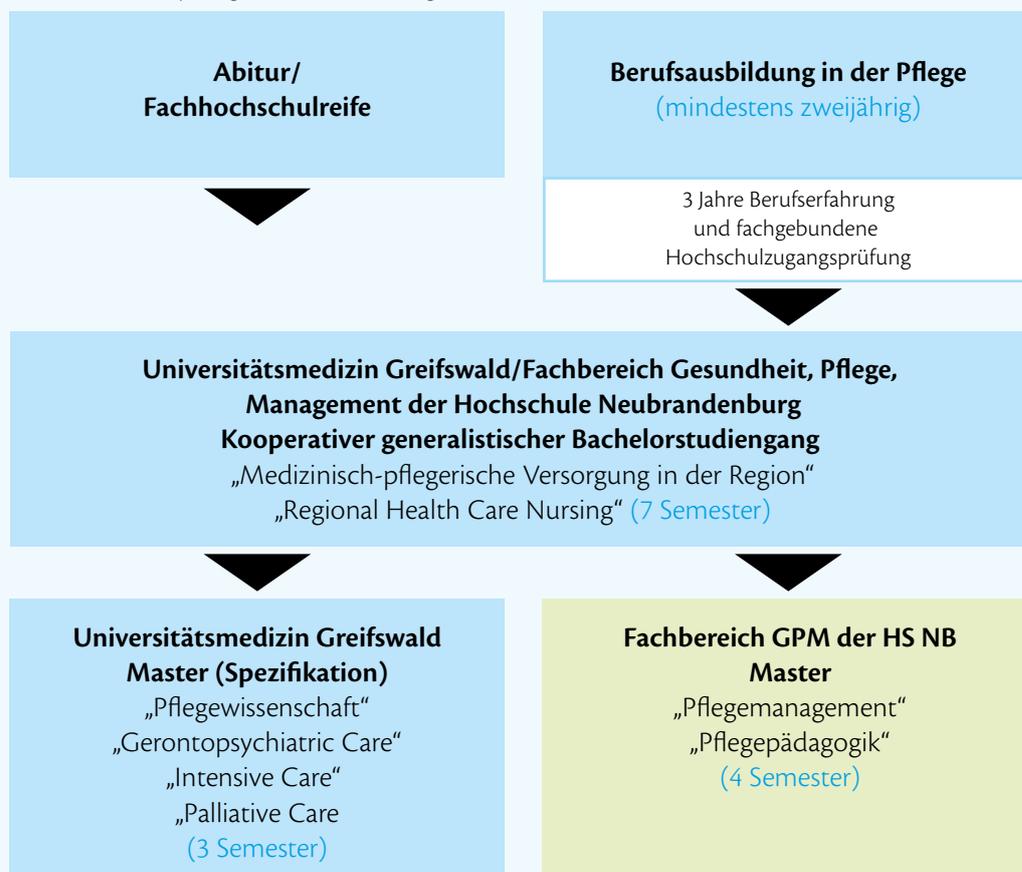


Abbildung 5: Gemeinsames akademisches Pflegebildungskonzept zwischen der UMG und des FB GPM HS NB; Dreier et al. 2015a

2.3

Das gemeinsame Studiengangskonzept setzt sich aus einem primärqualifizierenden generalistischen Bachelorstudiengang und einem konsekutiven Masterstudiengang zusammen.

Der Bachelorstudiengang fokussiert auf eine grundständige, theoretische und praktische Ausbildung für die Pflege der Menschen in allen Altersgruppen. Er umfasst insgesamt sieben Semester und beinhaltet einen Workload von 210 Credits. Der konsekutive Master bietet eine Spezialisierung in folgenden Schwerpunkten: (1) Pflegewissenschaft, (2) Gerontopsychiatric Care, (3) Intensive Care oder (4) Palliative Care. Während die Spezialisierung „Pflegewissenschaft“ darauf abzielt, einen Beitrag zu Sicherung des pflegewissenschaftlichen Nachwuchses zu leisten, sollen die drei weiteren Schwerpunktsetzungen eine spezifische Weiterqualifikation in praktischen Arbeitsfeldern der Pflege ermöglichen. Die Studiendauer des Masters beträgt drei Semester und umfasst einen Workload von 90 Credits. (Dreier et al. 2015b)

Die Umsetzung des gemeinsamen Studiengangmodells soll zunächst im Modell erfolgen und begleitend evaluiert werden. Dieses Vorgehen zielt darauf ab, ein an den Praxisbedarfen ausgerichtetes akademisches Pflegebildungskonzept für M-V entwickeln zu können.

Dieses Ziel soll auch im Rahmen des Medizinstudiums für die Absolventen erreicht werden. Die sich künftig verändernden Anforderungen an den Arztberuf sowie das Erfordernis der verstärkten interdisziplinären und interprofessionellen Kooperation stellen die zwei primären Argumente für eine Anpassung der Medizinerausbildung dar. Mediziner müssen im Rahmen ihres Studiums und während ihrer Weiterbildung für eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung nach dem neusten Stand der Wissenschaft qualifiziert werden. (Fischer 2012) Dazu hat der Wissenschaftsrat im Jahr 2014 Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums in Deutschland veröffentlicht. (Wissenschaftsrat 2014) Nach seiner Ansicht sind folgende Grundsätze bei der Weiterentwicklung des Medizinstudiums von besonderer Bedeutung: (a) Kompetenzorientierung, (b) integrierte, patientenorientierte Curricula, (c) wissenschaftliche Kompetenzen, (d) interprofessionelle Ausbildung und (e) Fokussierung auf Studieninhalte. (Wissenschaftsrat 2014)

Im Rahmen der Kompetenzorientierung sollte sich das künftige Medizinstudium nicht wie bislang auf traditionellen Fächern fokussieren, sondern verstärkt eine an den ärztlichen Rollen und die dazu erforderlichen Kompetenzen orientierte Lehre erfolgen. Die Vermittlung der Lehrinhalte sollte dabei überwiegend fächerübergreifend und in organ- und themenzentrierten Modulen umgesetzt werden. Bereits zu einem frühen Zeitpunkt des Medizinstudiums muss zu den theoretisch vermittelten Grundlagen ein umfassender Praxisbezug beispielsweise durch Patientenkontakte hergestellt werden. Wissenschaftliches Denken und Handeln stellt dabei eine unabdingbare Voraussetzung dar. Wissenschaftliche Kompetenzen sollten dabei über mehrere Semester und aufeinander aufbauend durch die Medizinstudierenden erworben werden. Ein kompetenzbasiertes Curriculum in der Medizin schließt ebenfalls das Lernziel der Befähigung zur Interaktion und Kooperation mit anderen Medizinerinnen sowie mit Angehörigen von Gesund-

2.3

heitsberufen ein. Daher empfiehlt der Wissenschaftsrat künftig verstärkt Lehrveranstaltungen von Human-, Zahnmedizinern, Pflege, Therapieberufen und Hebammen stärker miteinander zu vernetzen. (Wissenschaftsrat 2014) In den gemeinsamen Lehrveranstaltungen sollten Konzepte und Standards der interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit vermittelt werden. Dies kann unter anderem durch Fall- und Rollenspiele bzw. Simulationstrainings in so genannten Skill Labs geübt und im Rahmen von Praxisphasen (z.B. in Famulaturen) in konkreten Versorgungssituationen angewendet werden. Somit sollte sich das Medizinstudium künftig auf ein Kerncurriculum, welches für alle Studierenden verpflichtend ist, fokussieren. Dazu ist es erforderlich, einen grundlegenden und einheitlichen Lernzielkatalog zu entwickeln. Damit ergibt sich für die Medizinstudierenden die Möglichkeit, stärker als bislang, individuelle Schwerpunkte setzen zu können und damit eine stärkere Eigenverantwortlichkeit für den Fortschritt des Studiums zu erhalten. (Wissenschaftsrat 2014)

Diese Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Medizincurriculums haben unmittelbare Auswirkungen auf die Organisation und die Struktur des Studiums. So sollte nach Ansicht des Wissenschaftsrates die so genannten M1 Prüfung (Ärztliche Prüfung nach dem ersten Ausbildungsabschnitt) bundeseinheitlich geregelt werden und nach dem sechsten Fachsemester stattfinden und nicht wie bislang nach dem vierten. Hintergrund ist, dass die verstärkte Integration von klinischen und klinisch-praktischen Lehrinhalten in den ersten Ausbildungsjahren sowie die zunehmende Vermittlung von wissenschaftlichen Kompetenzen nicht innerhalb der ersten vier Semester erfolgen kann. Im Weiteren ist es erforderlich, die insgesamt drei Staatsprüfungen (M1 bis M3) neu auszurichten. Lerninhalte sollten nicht länger getrennt abgefragt werden, sondern stärker auf die kombinierte Anwendung von Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten fokussieren. Dazu sind nach Ansicht des Wissenschaftsrates weitere wissenschaftliche Untersuchungen erforderlich. (Wissenschaftsrat 2014)

Aus dem Anspruch, künftig die Schwerpunktsetzung und Wahlfreiheit im Medizinstudium zu erhöhen, ergeben sich ebenfalls Änderungen in der Struktur des Praktischen Jahres (PJ). Der Wissenschaftsrat empfiehlt dazu, dass PJ künftig in vier Ausbildungsabschnitte in einem Umfang von je 12 Wochen zu untergliedern. Dabei sollten neben den beiden Pflichtabschnitten Innere Medizin und Chirurgie zwei weitere Fächer aus mindestens drei wählbar sein. (Wissenschaftsrat 2014) Für die Umsetzung der Veränderungen im Medizinstudium erfolgte bereits im Jahr 2009 die Einrichtung einer Modellklausel nach der Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO). Die ÄApprO regelt die Studienablauf, die Studieninhalte sowie die zu erbringenden Prüfungsleistungen. Der §41 ÄApprO erlaubt demnach folgende Abweichungen:

- Verzicht auf den ersten Abschnitt der ärztlichen Prüfung (M1). Jedoch muss durch ein Äquivalent der Nachweis über das Vorhandensein der in der ÄApprO geforderten Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten erfolgen.

2.4

- Flexibilisierung der Ableistung des Krankenpflegedienstes, des Erste Hilfe Kurses und der Famulatur.
- Ableistung des PJs.
- Einbezug von Krankenhäusern, ärztlichen Praxen und andere Einrichtung der ambulanten, ärztlichen Krankenversorgung zu jedem Zeitpunkt der Ausbildung. (Wissenschaftsrat 2014)

Primäres Ziel dieser Modellklausel ist die engere Verzahnung von vorklinischen und klinischen Ausbildungsinhalten.

Deutschlandweit existieren derzeit an neun Standorten (Aachen, Berlin, Düsseldorf, Hamburg, Hannover, Köln, Mannheim, Oldenburg und Witten/Herdecke) Medizinstudiengänge nach der Modellklausel, die so genannten Modellstudiengänge Medizin. Während die Universität Mannheim das PJ neu konzipiert hat, verzichten die anderen Universitäten auf die Durchführung der M1 Prüfung nach dem Regelcurriculum Medizin. (Wissenschaftsrat 2014)

2.4 Strategische Maßnahmen

2.4.1 Primärdatenerhebung zur Personalsituation in der Pflege

Hintergrund

Ausgehend von der in Kapitel 2.2.2 und Kapitel 2.3.2 beschriebenen Personal- und Versorgungssituation in der Pflege ist künftig davon auszugehen, dass die pflegerische Versorgung in M-V nicht flächendeckend sichergestellt werden kann. Grundlage dieser Prognose sind Hochrechnungen, die auf Sekundärdaten des Statistischen Bundesamtes beruhen. Darauf basierend beschreiben unter anderem Rothgang et al., dass bis zum Jahr 2030 voraussichtlich 13.713 Pflegefachpersonen für die pflegerische Versorgung der Bevölkerung in M-V fehlen werden (ambulant: 4.886, stationär 8.827). (Rothgang et al. 2012) Diese Hochrechnung wird zusätzlich durch die Tatsache verschärft, dass die derzeitige Anzahl der Auszubildenden in der Pflege nicht ausreicht, um den personellen Wiederbesetzungsbedarf decken zu können. Im Weiteren ist eine zunehmende Abwanderung von Absolventen in andere Bundesländer nach Beendigung der Pflegeausbildung zu beobachten. Zum exakten Anteil des Weggangs von Pflegefachpersonen liegen derzeit keine Daten vor.

Um künftig die pflegerische Versorgungsplanung auf Basis von tatsächlichen vorhandenen pflegerischen Versorgungsbedarfen der Bevölkerung und den existenten personellen Ressourcen vornehmen zu können, ist eine Primärdatenerhebung zur Personalsituation einschließlich der Befragung von Auszubildenden in Pflege unerlässlich.

2.4

Ziel

Ziel der Datenerhebung sollte es sein, einen Ist-Zustand der pflegerischen Personalsituation in M-V zu erhalten, um darauf basierend eine evidenzbasierte Personalplanung entwickeln zu können. Die Befragung der Auszubildenden in der Pflege sollte primär darauf fokussieren, Gründe und Motivatoren für eine Abwanderung in ein anderes Bundesland nach Beendigung der Pflegeausbildung zu identifizieren. Dies kann eine Ausgangsbasis für die Entwicklung eines Maßnahmenkatalogs darstellen mit dem Ziel, Absolventen der Pflege für eine Tätigkeit im Land M-V zu gewinnen und zu halten.

Empfehlungen zur Umsetzung

1. Die Mitglieder der Strategieguppe erachten die wissenschaftliche Erfassung und Untersuchung der Veränderungen in der pflegerischen Personalsituation als wichtige Maßnahme, um künftig die Folgen für die pflegerische Versorgungslandschaft möglichst verlässlich ableiten zu können. Die Identifikation von regionalen Unterschieden ist dabei von besonderer Bedeutung, um bestehende bzw. künftig zu erwartende Versorgungsengpässe und Qualitätsdefizite frühzeitig erkennen zu können und entsprechende gezielte Gegenmaßnahmen einzuleiten.
2. Die Strategieguppe empfiehlt daher eine landesweite Primärdatenerhebung zur Personalsituation in den ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen:
 - a. Items: Struktur der Einrichtung, Mitarbeiter (Anzahl der Mitarbeiter, Alter, Geschlecht), Qualifikationsmix (Fachkräfte, Hilfskräfte, angeleitete Mitarbeiter, ehrenamtlich Tätige etc.); Mitarbeiterbefragung: Arbeitsverhältnis (Vollzeit/Teilzeit), Dauer der Arbeitstätigkeit, Motivatoren für eine Tätigkeit in der Pflege
 - b. Voraussichtliche Projektdauer und geschätzte benötigte finanzielle Ressourcen: 24 Monate, 400.000,00€
 - c. Fördermöglichkeiten: Robert Bosch Stiftung, Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales M-V
3. Zur Identifikation des Anteils der Pflegefachpersonen, die nach ihrer Ausbildung eine Tätigkeit außerhalb von M-V beginnen und die Gründe sowie Motivatoren beschreiben zu können, empfiehlt die Strategieguppe eine Befragung der Auszubildenden der Pflege im dritten Ausbildungsjahr. Die Befragung sollte dabei kurz vor Beendigung der Ausbildung (ca. ein viertel Jahr vor Ausbildungsabschluss) an allen beruflichen Schulen des Gesundheitswesens und den Weiterbildungsträgern in M-V erfolgen.
 - a. Items: Auszubildende (Anzahl der Auszubildenden der Einrichtung, Anzahl der Auszubildenden im dritten Lehrjahr, Alter, Geschlecht); Befragung der Auszubildenden: Arbeits-

2.4

platzzusage (ja/nein), Bundesland des Arbeitsplatzes, sofern der Arbeitsplatz nicht in M-V ist, was sind die Gründe für eine geplante Abwanderung

b. Voraussichtliche Projektdauer und geschätzte benötigte finanzielle Ressourcen:

2 Jahre, 250.000,00€

c. Fördermöglichkeiten: DFG Einzelantrag,

4. Im Weiteren spricht sich die Strategieguppe dafür aus, die Befragung aller Pflegeeinrichtungen zur Personalsituation und den Auszubildenden kontinuierlich im Sinne eines regelmäßigen Monitorings fortzuführen, um Veränderungen in der Personalsituation frühzeitig zu erkennen und Hochrechnungen für die künftigen Entwicklungen vornehmen zu können. Dazu schlägt die Strategieguppe vor, dass die Befragung jährlich in einer Zufallsstichprobe in den ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen sowie bei den Auszubildenden der Pflege erfolgt.

5. Die Ergebnisse der Befragungen sollten nach Ansicht der Strategieguppe neben der wissenschaftlichen Publikation insbesondere den Leistungserbringern, den Akteuren der Landesregierung M-V sowie den kommunalen Steuerungs- und Planungskomitees zugänglich gemacht werden, um darauf basierend gezielte Veränderungen für die Personalplanung und die Arbeitsbedingungen in der Pflege ableiten zu können. Die Strategieguppe empfiehlt dazu, die Ergebnisse der Untersuchung der Arbeitsgruppe „Gemeinsame Initiative zur Sicherung des Pflegepersonals in M-V“ des Landespflegeausschusses zu übergeben. Im Weiteren regt die Strategieguppe an, dass die Arbeitsgruppe des Landespflegeausschusses basierend auf den Untersuchungsergebnissen einen Maßnahmenkatalog entwickelt, um Absolventen der Pflege für eine Tätigkeit in M-V zu gewinnen und zu halten.

2.4.2 Anpassung von bestehenden Personalkonzepten in der Medizin

Hintergrund

Im Rahmen der medizinischen Versorgung ist ein zunehmender Anteil an Frauen zu verzeichnen. Während der Frauenanteil im Jahr 1997 noch 36% der insgesamt 283.000 Ärzte betrug, waren in 2007 bereits 41% der insgesamt 315.000 Ärzte weiblich. Der Trend, dass sich vermehrt Frauen für den Arztberuf entscheiden und ein Medizinstudium aufnehmen, hält an. So waren bereits im WS 2008/2009 deutschlandweit 63% aller Medizinstudierenden weiblich. (Jacobs & Kip 2009) In der Folge führt das klassische Arbeitsmodell in der Medizin, das sich durch feste Tagesarbeitszeiten, 24 Stunden Dienste, Bereitschaftsdienste am Wochenende und weiteren Überstunden kennzeichnen, zu einer hohen Arbeitsbelastung für die Mediziner

2.4

und insbesondere für Medizinerinnen mit Familien. Das kann zu einer Berufsunzufriedenheit führen, welche zusätzlich durch administrative Tätigkeiten, Notdienste und Fortbildungen verstärkt wird. (Jacobs & Kip 2009) Gleichzeitig lässt sich feststellen, dass Bestrebungen in der Personalgewinnung und Personalsicherung in der Medizin vor allem auf die ärztliche Nachwuchsförderung im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung und einer Tätigkeit von Medizinerinnen in der Allgemeinmedizin fokussieren. So erhalten Medizinstudierende bereits während des Studiums Zuschüsse zu Praktika, Famulaturen oder Abschnitten im PJ, sofern diese in so genannten Landarztpraxen absolviert werden. Die Förderung erfolgt über die KVMV und aus Mitteln der Landes-, der Landkreise sowie der Krankenkassen. (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014) Die Förderung von Medizinerinnen, die eine allgemeinmedizinische Tätigkeit insbesondere in ländlichen, strukturschwachen Regionen anstreben, setzt sich in der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin und mit Programmen zur Förderung der Niederlassung fort. Die Personalkonzepte in der Medizin bedürfen analog der Pflege einer Anpassung auf Grund der veränderten Anforderungen im Versorgungsalltag.

Ziel

Ziel sollte es sein, verstärkt den Aspekt zu berücksichtigen, dass ein zunehmender Anteil an Frauen den Arztberuf ausübt und somit eine Flexibilisierung der Personalkonzepte erforderlich ist.

Empfehlungen zur Umsetzung

1. Die Strategieguppe plädiert für eine Flexibilisierung der ärztlichen Berufsform und der Arbeitszeitgestaltung, um eine familiengerechte „Work-Life-Balance“ zu erreichen. Dies meint unter anderem: (a) Teilzeitangebote zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie, (b) Flexible Arbeitszeitmodelle mit variierenden täglichen bzw. wöchentlichen Arbeitszeiten oder (c) die Ausweitung von so genannten Teilzulassungen.
2. Im Weiteren spricht sich die Strategieguppe für die Ausweitung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZs) aus. Hintergrund ist, dass auf diese Weise eine Möglichkeit geschaffen wird, die Kooperationen zwischen der ärztlichen und der nichtärztlichen Berufsgruppen zu verbessern. Die Mitglieder schließen sich den von Jacobs & Kip genannten Vorteilen eines MVZs an, die wie folgt definiert wurden: Schaffung der Möglichkeit einer (a) patientenzentrierten Versorgung, Erreichung einer (b) Versorgungsverbesserung von chronisch Erkrankten, (c) flexiblere Öffnungszeiten, Schaffung von (d) Vertretungsmöglichkeiten, Entwicklung von (e) Kooperation und Koordination der ärztlichen und nichtärztlichen Leistungen durch gemeinsame Strukturen und einen (f) gemeinsamen Personalpool. (Jacobs & Kip 2009)

2.4

2.4.3 Anpassung von bestehenden Personalkonzepten in der Pflege

Hintergrund

Die sich künftig verändernde Patientenklientel und die Veränderungen in der pflegerischen Versorgung in Bezug auf die Aufgabenneuverteilung der Akteure im Gesundheitswesen einschließlich der verstärkten Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen führen für die professionell Pflegenden zu einer Arbeitsverdichtung und einer zunehmenden Arbeitsbelastung. Um künftig wettbewerbsfähig zu bleiben, muss eine Anpassung der bestehenden Personalkonzepte erfolgen, die ebenfalls eine Erhöhung des Personalschlüssels an den bundesweiten Durchschnitt einschließt. Nach Brandenburg, weist M-V deutschlandweit den schlechtesten Personalschlüssel auf. (Dieckhoff & Kilian 2011) Die Berechnung des Personalbedarfs erfolgt deutschlandweit überwiegend durch bestehende Rahmenverträge anhand von Personalrichtwerten, jedoch ohne ein Verfahren zur Personalbemessung. Die Personalrichtwerte regeln in Abhängigkeit der Pflegestufe der Patienten die Anzahl des Personals für die Pflege. (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2011)

Ziel

Künftig sollten bestehende und neu zu entwickelnde Personalkonzepte in der Pflege auf die regionalen Gegebenheiten abgestimmt und in Abhängigkeit der Patientenklientel sowie den Spezifika der pflegerischen Einrichtungen (z.B. verstärkte Berücksichtigung von älteren Mitarbeitern) ausgerichtet sein. Im Weiteren ist es erforderlich, den Personalschlüssel von professionell Pflegenden an den Bundesdurchschnitt anzupassen.

Empfehlungen zur Umsetzung

1. Ausgehend von den sich künftigen verändernden Anforderungen an die pflegerische Versorgung empfiehlt die Strategiegruppe die Entwicklung von neuen, innovativen Versorgungskonzepten insbesondere für die ländlichen, strukturschwachen Regionen. Diese Versorgungskonzepte erfordern eine veränderte Zusammensetzung des Personals in den pflegerischen Einrichtungen.

2. Die Strategiegruppe befürwortet bei der Entwicklung von Personalkonzepten das 5-Säulen-Modell von Hornung. (Hornung 2013) Hinsichtlich der Personalbedarfsplanung gilt es demnach in einem ersten Schritt die personelle Mindestausstattung (Qualifikationsmix) zu definieren. Dazu ist es nach Ansicht der Strategiegruppe notwendig, die benötigten Versorgungsformen, die sich daraus ableitenden Spezialisierungen und die erforderlichen Qualifikationen der ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen in M-V zu

2.4

definieren. Dies sollte nach Auffassung der Strategiegruppenmitglieder auf Basis der regional bestehenden pflegerischen Versorgungsbedarfe der Bevölkerung erfolgen.

3. Die Strategiegruppe spricht sich im Weiteren dafür aus, die Entwicklung von Personalkonzepten auf einer wissenschaftlich fundierten Grundlage vorzunehmen. Dazu schlagen die Mitglieder vor, bestehende Personalrichtwerte für die Personalbemessung im Versorgungsalltag durch Studien zu evaluieren und ggf. anzupassen. Hintergrund ist, dass sich derzeit die Personaleinsatzplanung nicht an Pflegezeiten sondern an den Pflegestufen der Patienten orientieren. Dabei werden lediglich Leistungen im Bereich der Grundpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftlichen Versorgung erfasst. Maßnahmen der Behandlungspflege und psychosozialen Pflege bleiben unberücksichtigt. Mit der Orientierung des Personaleinsatzes an den Pflegestufen erhalten die Einrichtungen nur bedingt eine Auskunft über den pflegerischen Bedarf des Patienten. So beläuft sich der pflegerische Versorgungsbedarf in Pflegestufe I auf mind. 45 Minuten, in Pflegestufe II auf mindestens 120 Minuten und in Pflegestufe III auf mehr als 240 Minuten. (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 1994a) In der Folge erhalten Patienten mit einem pflegerischen Bedarf von 45 Minuten bzw. 119 Minuten die gleiche pflegerische Versorgung. Pflegestufen eignen sich daher nach Ansicht der Strategiegruppe weniger als Orientierungsgröße für die Personaleinsatzplanung in pflegerischen Einrichtungen. Die Mitglieder der Strategiegruppe befürworten stattdessen eine Anpassung der derzeitigen Personalrichtwerte nach Pflegezeiten und eine entsprechende Anpassung der Vergütung durch Pflegesätze.

4. Die Strategiegruppenmitglieder halten eine Anpassung des Personalschlüssels an den Bundesdurchschnitt und der Fachkräftequote in der Pflege für unerlässlich. Für den stationären Versorgungsbereich schlägt Wolfgram vor, den derzeitigen Personalschlüssel drei Pflegekräfte je 100 Heimbewohner zu erhöhen. (Deutsche Presse-Agentur GmbH 2014) Die Strategiegruppe unterstützt diesen Vorschlag und empfiehlt, dass die Anpassung des Personalschlüssels schrittweise erfolgen sollte und einen längeren Zeithorizont bis zur vollständigen Umsetzung benötigt.

5. Die Mitglieder der Strategiegruppe plädieren im Weiteren dafür, künftig im Rahmen der Personalplanung die interprofessionelle Zusammenarbeit verstärkt zu berücksichtigen. Hintergrund ist, dass die komplexen Versorgungsbedarfe der Bevölkerung und die patientenzentrierte Versorgung einen so genannten Teamansatz erfordern. Mit dem Teamansatz kann eine umfassende Leistungserbringung, eine Koordination der Leistungen und damit eine Versorgungskontinuität erzielt werden. (International Council of Nursing 2015)

2.4

6. Die Strategieguppe begrüßt den Ansatz, dass die Pflegearbeit der professionell Tätigen durch den Einsatz von Ehrenamtlichen unterstützt und sinnvoll ergänzt wird. Kritisch geben die Mitglieder zu bedenken, dass derzeit verstärkt zu beobachten ist, dass Ehrenamtliche nach §45c SGB XI zunehmend sog. Vorbehaltsaufgaben der pflegerischen Profession übernehmen. Dazu zählt u.a. die Übernahme von Aufgaben im Kontext Grundpflege. Die bestehende Rechtslage gestattet den ehrenamtlich Tätigen von Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten nicht, Aufgaben unentgeltlich zu übernehmen, für die die stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen eine Finanzierung erhalten. Vielmehr sollen die Ehrenamtlichen nach 45c SGB XI so genannten Betreuungsaufgaben übernehmen. (Zentrum für Qualität in der Pflege 2013) Die Übernahme von Betreuungsaufgaben durch Ehrenamtliche sollte nach Meinung der Strategieguppe gestärkt und weiter ausgebaut werden.

2.4.4 Pflegerische Fort- und Weiterbildungsprogramme mit einem engen Bezug zum Berufsfeld

Hintergrund

M-V weist derzeit eine Vielzahl von Qualifizierungsmöglichkeiten in der Pflege. Mit Ausnahme der sog. Fachweiterbildungen Intensiv-/Anästhesie, Gerontopsychiatrie und Psychiatrie bestehen keine landesweiten Regelungen zur Umsetzung und Schulung der Qualifizierungen. Dabei gilt es zwischen so genannten Anpassungs- und Aufstiegsfortbildungen zu unterscheiden. Während Anpassungsfortbildungen primär auf ein Update und Auffrischung bereits erlernten Wissens fokussieren, steht bei der Aufstiegsfortbildung die Schulung von neuem Wissen und der berufliche Aufstieg mit einer verbesserten Entlohnung im Mittelpunkt. Bisher führen nur wenige Qualifizierungen dazu, dass das erlangte Wissen und die Expertise unmittelbar im eigenen Tätigkeitsfeld umgesetzt werden können. Zudem werden vermehrt Qualifizierungen angeboten, die nicht für eine Tätigkeit am Patienten schulen, sondern einen Wechsel ins Management oder in die Lehre nach sich ziehen. Daher sollten die aktuell bestehenden Qualifizierungsangebote überprüft und angepasst bzw. neue, den Versorgungsbedarfen der Bevölkerung entsprechende Qualifikationen entwickelt werden.

Ziel

Künftige Angebote im Rahmen der Weiterqualifizierung für professionell Pflegende sollten verstärkt auf eine Tätigkeit am Patientenbett fokussieren und müssen verstärkt berufs begleitend angeboten werden.

2.4

Empfehlungen zu Umsetzung

1. Die Strategiegruppe plädiert dafür, dass die Pflegeeinrichtungen (ambulant, teilstationär und stationär) in M-V ihre Versorgungsschwerpunkte überprüfen und den daraus resultierenden Qualifizierungsbedarf der Mitarbeiter identifizieren. Im Anschluss gilt es zu entscheiden, ob einzelne Schulungen intern durch bereits qualifizierte Mitarbeiter erfolgen können oder ob eine externe Qualifizierung erforderlich ist.
2. Die Teilnahme an externen Qualifizierungsmaßnahmen sollte verstärkt berufsbegleitend sein und zu einer unmittelbaren Veränderung des Tätigkeitsfeldes der professionell Pflegenden im Arbeitsalltag führen.
3. Für Anpassungs- und Aufstiegsqualifizierungen, die von landesweiter Bedeutung sind, spricht sich die Strategiegruppe dafür aus, dass diese durch das Land M-V geregelt werden. Dies ist aus Sicht der Strategiegruppe notwendig, um für den Praxisalltag erforderliche spezialisierte Kompetenzen und Qualifikationen anbieten zu können und deren qualitätsgesicherte Umsetzung zu gewährleisten. Die Fachweiterbildung Intensiv- und Anästhesie, die derzeit in Abstimmung mit allen Akteuren überarbeitet wird, ist in diesem Zusammenhang als positives Beispiel herauszustellen. Die zwei weiteren bestehenden Fachweiterbildungen (Gerontopsychiatrie und Psychiatrie) werden von der Strategiegruppe als nicht ausreichend empfunden. Aus Sicht der Strategiegruppenmitglieder sind derzeit folgende Qualifizierungsthemen landesrechtlich zu regeln: (a) Versorgung von Menschen mit Demenz, (b) Versorgung von Menschen mit Diabetes, (c) Versorgung von Menschen mit Wunden und die (d) palliative Versorgung von Menschen.
4. Die Strategiegruppe empfiehlt dazu, das derzeit bestehende Konzept der landesrechtlich geregelten Fachweiterbildungen für Pflegefachpersonen zu überarbeiten und weiterzuentwickeln.

2.4.5 Weiterentwicklung des Pflegeimages

Hintergrund

Das derzeitige Image der Pflege ist trotz einer Reihe von Bestrebungen auf Landes- und Bundesebene gekennzeichnet durch: (a) ein hohes Arbeitspensum (zweitschlechtestes Personalschlüssel bundesweit), (b) schlechte Arbeitsbedingungen (z.B. Vereinbarkeit von Beruf und Familie), (c) eine zu geringe Bezahlung und (d) ein eher geringes Ansehen im Vergleich zu anderen Berufen. Menschen, die von Pflegebedürftigkeit betroffen sind und Personen aus dem pflegenden Umfeld empfinden die professionelle Pflege hingegen als wertvoll und sind

2.4

für eine adäquate und bedarfsgerechte pflegerische Versorgung dankbar. Dieses gute Ansehen bei den Pflegebedürftigen gilt es als Ausgangspunkt zu nutzen, um das Image der Pflege positiv weiter zu entwickeln.

Ziel

Ziel sollte es dabei sein, den Pflegeberuf als attraktiven Arbeitsplatz mit angemessenen Arbeitsbedingungen, Karrierewegen und einer Wertschätzung durch die Gesellschaft darzustellen.

Empfehlungen zur Umsetzung

Nach Ansicht der Strategiegruppe ist es dazu erforderlich, dass Image der Pflege auf verschiedenen Ebenen weiterzuentwickeln.

1. Zunächst sollte eine differenzierte Darstellung der Pflege als Profession erfolgen:

- Beschreibung der verschiedenen Versorgungsformen (ambulant, teilstationär, stationär) und Erläuterung des Arbeitsfeldes in den einzelnen Sektoren.
- Definition und Beschreibung von zusätzlich erforderlichen Versorgungsformen z.B. (a) Schnittstellenmanagement, (b) Case Management, (c) Primary Nursing und (d) pflegerische Langzeitversorgung.
- Definition des so genannten komplexen Behandlungsfalls und Beschreibung von pflegerischen Interventionen (z.B. alltagsorientierte Hilfen bis klinische Hilfeleistungen).
- Beschreibung der Prämisse ambulant vor stationär unter Berücksichtigung der steigenden Anzahl von Alleinlebenden. Für M-V bedarf es nach Auffassung der Strategiegruppe einer Bildung von regionalen Netzwerkstrukturen und der Arbeit im interprofessionellen Team, um einen möglichst langen Verbleib in der Häuslichkeit gewährleisten zu können.
- Beschreibung von neuen Aufgabenfeldern im Rahmen der Aufgabenneuverteilung und der interprofessionellen Zusammenarbeit. Für eine nachhaltige Umsetzung ist dazu auch die Schaffung von finanziellen Anreizsystemen erforderlich.
- Beschreibung zum Stand der Wissenschaft und Forschung in der Pflege. Dies muss insbesondere vor dem Hintergrund erfolgen, dass die gestiegenen Anforderungen in der Pflegepraxis und die Kooperation einer Evidenzbasierung bedürfen. Die Strategiegruppe plädiert daher für einen Ausbau der Pflegeforschung insbesondere an den universitären Einrichtungen sowie in verstärkter Kooperation mit den Hochschulen.

2. Beschreibung des erforderlichen Qualifikationsmixes in der Pflege:

- Ungelernte (Ehrenamtliche)
- Angelernte (Pflegebasisassistenten)
- Hilfskräfte (Krankenpflege- und Altenpflegehelfer)

2.4

- Fachpersonal (Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger)
- 3. Beschreibung von Ausbildungsmöglichkeiten in der Pflege:**
- Berufliche Ausbildung: Bei der inhaltlichen Ausgestaltung der Pflegeausbildungen richtet sich M-V derzeit nach der Ausbildungsrichtlinie aus Nordrhein-Westfalen. Die Strategiegruppe empfiehlt die Entwicklung einer eigenen Ausbildungsrichtlinie für das Land M-V, um einen Beitrag zur Vereinheitlichung des Wissensstandes und der Kompetenzen von Pflegefachpersonen nach Abschluss der Pflegeausbildung gewährleisten zu können. Mit der Novellierung des Pflegeberufgesetzes besteht künftig die Möglichkeit, die Ausbildung in Voll- oder Teilzeit zu absolvieren. Diese Besonderheit gilt es herauszustellen. Teilzeitangebote sind dabei insbesondere für den Berufseinstieg von Frauen mit Kindern attraktiv. In diesem Zusammenhang spricht sich die Strategiegruppe dafür aus, für M-V Konzepte für den Wiedereinstieg (z.B. individuelle Nachqualifizierung im Rahmen der Einarbeitung), der Rückgewinnung (z.B. Trainings- oder Mentoringprogramme) und der Umschulung zu entwickeln.
 - Akademische Pflegeausbildung: die Strategiegruppe spricht sich für den Ausbau von akademischen Pflegeausbildungsstrukturen aus und unterstützt dabei die Forderung des Wissenschaftsrats, insbesondere die Einrichtung von grundständigen, primärqualifizierenden bzw. ausbildungsintegrierenden Bachelorstudiengängen mit anschließendem konsekutiven Masterstudiengang zu fördern. Im Weiteren plädiert die Strategiegruppe für die Förderung der so genannten vertikalen Durchlässigkeit und die damit verbundene Option, professionell Pflegenden ohne eine formale Hochschulzugangsberechtigung eine akademische Qualifizierung zu ermöglichen.
- 4. Ausbau der Ausbildungskapazitäten und Abschaffung des Schulgeldes im Rahmen der berufsgebildeten Pflegeausbildung:**
- Um den erforderlichen Wiederbesetzungsbedarf sicherstellen zu können, ist es dringend erforderlich, die derzeitigen Ausbildungskapazitäten zu erhöhen. Gleichzeitig ist die Prüfung der Abschaffung des Schulgeldes dringend und zeitnah umzusetzen, um künftig mehr Personen für eine Ausbildung in der Pflege gewinnen zu können.
- 5. Beschreibung von Weiterqualifikations- und Spezialisierungsmöglichkeiten:**
- Siehe strategische Maßnahme „Pflegerische Fort- und Weiterbildungsprogramme mit einem engen Bezug zum Berufsfeld“

2.4

6. Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege:

- Konzeptentwicklung zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie und den damit verbundenen Arbeitszeitmodellen sowie
- Berücksichtigung von Mitarbeitern in verschiedenen Altersgruppen, insbesondere von älteren professionell Pflegenden.

7. Anpassung der Vergütung von im Beruf stehenden Pflegefachkräften:

- Nach dem Monitor Pflege beträgt das derzeitige Durchschnittseinkommen in der Pflege:
 - Altenpflege 1.945 (Ost), 2.568 (West)
 - Krankenpflege 2.738 (Ost), 3.139 (West)
 - Altenpflegehelfer 1.495 (Ost), 1.855 (West)
 - Krankenpflegehelfer 1.854 (Ost), 2.470 (West) (Monitor Pflege 2015)

In Bezug auf die Entlohnung von Pflegefachpersonen schließt sich die Strategieguppe der Forderung des DBfK an, der für examinierte Pfleger ein Einstiegsgehalt von mindestens 2.400€ fordert. (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2011)

8. Entwicklung eines Konzeptes zum Personalmarketing:

- Für die künftige Gewinnung von Auszubildenden und Pflegekräften ist die Entwicklung eines Personalmarketingkonzeptes aus Sicht der Strategieguppe unerlässlich. Die Mitglieder schlagen vor, das sog. strategische Personalmarketing anzuwenden, welches neben der Entwicklung von Stellenausschreibung auch die Beschreibung des Arbeitsplatzes und die Beschreibung der potentiellen Mitarbeiter beinhaltet. Für die Umsetzung des strategischen Personalmarketing existiert eine Reihe von Instrumenten. Neben den bekannten Printmedien und Online-Stellenbörsen, kann eine Einrichtung sich durch eine eigene Homepage oder die Bekanntmachung von Stellen in sozialen Netzwerken erfolgen. Im Weiteren stellt die frühzeitige Gewinnung von potentiellen Mitarbeitern ein weiteres, wichtiges Instrument des strategischen Marketings dar. Dies kann durch Kooperationen mit beruflichen Schulen oder Hochschulen durch Praktika oder Trainee-Programmen erfolgen. (Hornung 2013)

9. Die Strategieguppe plädiert dafür, die entwickelten Empfehlungen mit den Aktivitäten der Arbeitsgruppe „Gemeinsame Initiative zur Sicherung des Pflegepersonals in M-V“ des Landespflegeausschusses abzustimmen. Die Arbeitsgruppe hat für ihre Arbeit einen so genannten Aktionsplan mit folgenden entwickelt:

1. Allgemeine Rahmenbedingungen in der Pflege verbessern
2. Attraktive Arbeitsbedingungen in der Pflege gewährleisten

2.4

3. Aus- und Weiterbildung sowie Umschulung ausbauen
4. Vereinbarkeit von Beruf und Familie sicherstellen
5. Integration ausländischer Pflegefachkräfte unterstützen
6. Wissenschaftliche Begleitung
7. Vernetzung gestalten, Best-Practice Beispiele nutzen
(Arbeitsgruppe Fachkräftesicherung 2015)

Die Arbeitsgruppe hat bereits mit der Umsetzung der Ziele des Aktionsplanes begonnen (z.B. Forderung der Schulgeldfreiheit oder die Überarbeitung der Weiterbildungs- und Prüfungsordnung zur Fachkraft Gerontopsychiatrie), so dass die Strategiegruppe eine Abstimmung der Empfehlung für sinnvoll und wichtig erachtet.

2.4.6 Aktive Mitgestaltung der Aufgabenneuverteilung von Medizin und Pflege

Hintergrund

Wie in Kapitel 2.3.3 beschrieben, erfordert die künftige Sicherstellung der medizinisch-pflegerischen Versorgung die Entwicklung und Implementierung von innovativen Versorgungskonzepten. Dies schließt neben der Restrukturierung von Aufgabenfeldern einzelner Akteure auch die Aufgabenneuverteilung zwischen den Berufsgruppen ein. Das Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health (ICM-VC) beschäftigt sich bereits seit 2005 mit der Entwicklung, Erprobung und Evaluation von innovativen Versorgungskonzepten. Die AGnES Studien oder die DelpHi-MV Studie mit dem Dementia Care Management sind beispielhaft als zwei Konzepte im Rahmen der Aufgabenverteilung von Pflege und Medizin im Sinne der Delegation zu nennen. Die Entwicklung einer adäquaten Qualifizierung von Pflegefachpersonen für die Übernahme von delegativen ärztlichen Tätigkeiten erfolgte dabei in Kooperation mit dem FB GPM HSNB. Mit der Zunahme der Komplexität der medizinisch-pflegerischen Versorgung der Bevölkerung ist künftig davon auszugehen, dass der Pflege Aufgaben übertragen werden, die über die Delegation hinausgehen. Der G-BA hat erste potentielle Krankheitsbilder in einer entsprechenden Richtlinie aus dem Jahr 2011 benannt (Demenz, Hypertonie, Wunden). Auf Grund der jahrelangen wissenschaftlichen Kooperation zwischen dem ICM-VC und dem FB GPM HS NB hat die Zusammenarbeit eine Expertise erlangt, die beide Institutionen dafür prädestiniert, den Prozess der Aufgabenneuverteilung im Sinne der Substitution aktiv mitzugestalten. Dies ist auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass in 2013 die Einrichtung eines Forschungsbereiches „Künftige Aufgabenteilung im Gesundheitswesen und Qualifikation“ am ICM-VC erfolgte.

2.4

Ziel

Ziel sollte es sein, sich aktiv an der Entwicklung, Erprobung und Evaluierung von Modellprojekten zur Aufgabenübertragung von Medizin auf Pflege im Sinne der Substitution zu beteiligen. Dies schließt ebenfalls die Überführung von erfolgreich evaluierten modellhaften Konzepten in die Regelversorgung ein, um damit einen Beitrag zur Sicherstellung der regionalen medizinisch-pflegerischen Versorgung der Bevölkerung in M-V leisten zu können.

Empfehlungen zur Umsetzung

1. Die Strategieguppe plädiert für die Entwicklung, Erprobung und Evaluierung eines Modellprojektes nach §63 Abs. 3c SGB V. Dies sollte nach Möglichkeit in Kooperation zwischen dem ICM-VC, dem FB GPM HSNB und den regionalen Akteuren erfolgen. Auf Grund der bereits vorhandenen Expertise am ICM-VC erscheint es sinnvoll, mit einem Modellprojekt im Bereich der Versorgung von Menschen mit Demenz zu beginnen. Weitere Projekte sollten sich anschließen.

- a.** Zeitlicher Umfang und geschätzte finanzielle Ressourcen: 3 Jahre, 750.000,00€
- b.** Fördermöglichkeiten: Innovationsfonds (2016-2019).

2. Zur aktiven Begleitung und Unterstützung der wissenschaftlichen Aktivitäten regt die Strategieguppe analog der Bildungsclusterstudie an, eine regionale Arbeitsgruppe einzurichten. Primäres Ziel der Arbeitsgruppe sollte es sein, einen Austausch der relevanten Akteure zu ermöglichen und die nachhaltige Implementation der Aufgabenneuverteilung von Pflege und Medizin in der Regelversorgung vorzubereiten.

3. Die Ergebnisse der Modellprojekte sollten nach Ansicht der Strategieguppe in die Umsetzung des gemeinsamen Studiengangkonzeptes zwischen der UMG und der HS NB einfließen.

2.4

2.4.7 Förderung der akademischen Pflegeausbildung: das gemeinsame Studiengangskonzept der Universitätsmedizin Greifswald und des Fachbereiches Gesundheit, Pflege, Management der Hochschule Neubrandenburg

Hintergrund

Die ausführliche Beschreibung des gemeinsamen Studiengangskonzeptes zwischen der UMG und der HS NB erfolgte bereits in Kapitel 2.3.5.

Ziele

Das gemeinsame Studiengangskonzept soll die Absolventen adäquat auf die künftige Versorgungssituation vorbereiten.

Empfehlungen zur Umsetzung

1. Vor dem Hintergrund, dass derzeit deutschlandweit Konzepte für eine akademische Pflegeausbildung entwickelt werden, begrüßt die Strategieguppe nachdrücklich die Entwicklung eines gemeinsamen akademischen Pflegebildungskonzeptes zwischen der UMG und der HS NB für das Bundesland M-V.
2. Die Strategieguppe befürwortet das Vorhaben, den Bachelorstudiengang als grundständige, primärqualifizierende Ausbildung zu konzipieren und unterstützt die Spezialisierungsoptionen (Pflegerwissenschaft, Gerontopsychiatrie, Intensiv- und Palliativpflege) in dem konsekutiven Masterstudiengang.
3. Die Strategieguppe regt an, dass das akademische Pflegebildungskonzept die Absolventen auch für die Aufgabenübernahme von ärztlichen Tätigkeiten in Delegation und Substitution befähigen sollte. Dies sollte unter Beteiligung aller praktischen Einsatzbereiche erfolgen.
4. Im Weiteren sollten Kompetenzen zur interprofessionellen Zusammenarbeit von Pflege und Medizin gelehrt und im Rahmen von interprofessionellen Lerneinheiten geübt werden.
5. Die Umsetzung des entwickelten gemeinsamen Studiengangskonzeptes sollte nach Ansicht der Strategieguppe unmittelbar erfolgen, um das zunächst für M-V entwickelte akademische Pflegeausbildungsmodell auch als Vorbild für ein mögliches deutschlandweites Konzept zu etablieren.

3.

Gemeinsames Lernen von Medizin und Pflege

3.1

3.1 Internationale Entwicklungen zum gemeinsamen Lernen von Medizin und Pflege

Der Begriff „Interprofessionalität“ beinhaltet zwei komplementäre Aspekte: (a) interprofessionelle Ausbildung (interprofessional Education, IPE) bzw. interprofessionelles Lernen (interprofessional Learning, IPL) und (b) interprofessionelle Zusammenarbeit (collaborative Practice). (World Health Organization 2010) Interprofessionelle Zusammenarbeit ist definiert als Zusammenarbeit von mehreren Gesundheitsfachpersonen unter Einbezug von Patienten, Angehörigen und der Gemeinschaft. Interprofessionalität ist dabei von der Bündelung von Kompetenzen abzugrenzen. Während bei der Interprofessionalität die Interaktion von Fachpersonen im Fokus steht, stellen bei der Bündelung von Kompetenzen Fachleute ihre Expertise der Patientenversorgung zur Verfügung. Die Interaktion ist dabei jedoch kein zentrales Element. (Themengruppe Interprofessionalität 2013)

Im Jahr 1988 postuliert die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstmalig das Erfordernis des interprofessionellen Lernens. Nach ihrer Ansicht stellt IPL die primäre Voraussetzung dar, dass verschiedene Berufsgruppen des Gesundheitswesens im Berufsalltag effektiv miteinander zusammenarbeiten können. (World Health Organization 1988) Davon ausgehend definierte Hammick 1998 interprofessionelles Lernen als „...gemeinsames Lernen, das die Zusammenarbeit im Praxisalltag fördert...“ (Hammick 1998) Das Centre for Advancement of Interprofessional Education (CAIPE) hat diese Definition erweitert und beschreibt IPL wie folgt: „... interprofessionelles Lernen ist, wenn zwei oder mehrere Professionen miteinander, voneinander und übereinander lernen, um die Zusammenarbeit und die Versorgungsqualität zu verbessern“. (CAIPE 1997, 2006)

In 2008 wiederholt die Arbeitsgruppe „Interprofessional Education and collaborative practice“ der WHO die Wichtigkeit des IPLs und verweist dabei auf die erforderliche Entwicklung von innovativen und flexiblen interprofessionellen Ausbildungskonzepten. Darauf basierend veröffentlichte die WHO in 2010 einen Bericht zu den Rahmenbedingungen von IPL und der kooperativen Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen im Praxisalltag. (World Health Organization 2010) Der Bericht geht unter anderem auf die positiven Effekte einer interprofessionellen Zusammenarbeit für die Patientenversorgung ein und beschäftigt sich mit den notwendigen Veränderungen in der Versorgung, die für eine nachhaltige Implementierung des IPLs erforderlich sind. Im Weiteren beinhaltet der WHO Bericht Hinweise für die Entwicklung von interprofessionellen Lernansätzen z.B. zur curricularen Gestaltung und zu den Qualifikationsanforderungen für die Lehrenden des IPLs und Unterstützungserfordernisse (z.B. vom

3.1

Vorstand einer Fakultät). In der Folge kommt die Arbeitsgruppe zu dem Schluss, dass weltweit Bildungseinrichtungen und Akteure des Gesundheitswesens zum IPL enger miteinander kooperieren müssen. Hintergrund ist, dass mit dieser Kooperation sichergestellt werden kann, dass die Auszubildenden und Studierenden bedarfsgerecht für den Arbeitsmarkt qualifiziert und eine Integration der Absolventen in den Arbeitsmarkt sichergestellt werden kann. (World Health Organization 2010)

Davon ausgehend unterteilte sich die WHO Arbeitsgruppe „Interprofessional Education and collaborative practice“ in drei Unterarbeitsgruppen mit folgenden Arbeitsschwerpunkten: (a) Interprofessionelle Ausbildung, (b) Interprofessionelle Zusammenarbeit und (c) Unterstützungsstrukturen zur Implementation. Im Jahr 2010 erfolgte die Veröffentlichung des Arbeitsstands der Unterarbeitsgruppen in drei Publikationen:

1. Where in the world is interprofessional education? A global environmental scan. (Rodger & Hoffmann 2010)
2. Collaborative practice in a global health context: common themes from developed and developing countries. (Mickan, Hoffmann, Nasmith 2010)
3. Learning outcomes for interprofessional education: literature review and synthesis. (Thistlethwaite & Moran 2010)

Meads und Ashcroft merken in diesem Zusammenhang an, dass der Einfluss der WHO in Bezug auf die Entwicklung und Umsetzung von IPL in verschiedenen Ländern variiert. (Meads & Ashcroft 2005) Nisbet et al. kommen zu dem Schluss, dass in vielen Ländern eine Reihe von Konzepten zum IPL existiert. Diese sind nach ihrer Auffassung jedoch nur im geringen Maße wissenschaftlich untersucht und begleitend evaluiert worden. Im Weiteren lässt sich feststellen, dass nur eine geringe Anzahl der IPL Ansätze nachhaltig in die Ausbildung von verschiedenen Berufsgruppen (z.B. Mediziner, Pflege, Physiotherapeuten) implementiert wurde. (Nisbet et al. 2011)

Ausgehend von der weltweiten Erkenntnis des Erfordernisses, IPL weiter zu entwickeln und die interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern, erfolgte in 2006 die Gründung der „International Association of Interprofessional Education and Collaborative Practice“ (InterEd). Dieses Netzwerk vereint bereits weltweit existierende Netzwerke zum IPL:

- American Interprofessional Health Collaborative (AIHC)
- Centre for Advancement of Interprofessional Education (CAIPE), UK
- Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC)
- European Interprofessional Education Network (EIPPEN)
- Towards Unit for Health (TUF) with their sub-group Nordic Interprofessional Network (NIPNET), Norwegen, Finnland, Schweden und Dänemark
- Australasian Interprofessional Practice and Education Network (AIPPEN)

3.1

- Japanese Association for Interprofessional Education (JAPE) (Nisbet et al. 2011)
Die historische Entwicklung und der aktuelle Stand zur Implementierung von IPL sind in einzelnen Ländern ganz unterschiedlich. Im Folgenden sollen beispielhaft und im Überblick die Entwicklungen für Kanada, Skandinavien, USA, Großbritannien und der Schweiz beschrieben werden.

Kanada

Kanada zählt zu den Pionieren in der Entwicklung von IPL. So wurden bereits in den 1970er Jahren erste Kurse zum IPL an der University of British Columbia (UBC) angeboten. Diese sind jedoch bis zum heutigen Zeitpunkt überwiegend freiwillige Lehrangebote für die Studierenden der UBC. Im Weiteren übernimmt die UBC eine leitende Rolle bei der Initiierung von Kooperationen zur Umsetzung von IPL zwischen der Regierung und den Bildungseinrichtungen. Die Universität von Alberta ist ein weiteres Beispiel für eine langjährige Tradition im IPL. Der erste Kurs erfolgte in 1992 zum Thema Teambildung und war für Studierende der Medizin, Zahnmedizin, Pflege, Pharmazie und Physiotherapie zugänglich. Dieses zunächst freiwillige interprofessionelle Lernangebot ist seit 1996 Pflichtkurs für alle Studierende im Bereich des Gesundheitswesens. (Phillippon et al. 2005) Diese Initiativen führten in 2003 dazu, dass der kanadische Gesundheitsminister ein Forschungsprogramm zum IPL mit insgesamt 19 Mio. Dollar Budget aufgelegt hat. Im Zeitraum von drei Jahren sollte das IPL wissenschaftlich untersucht und evaluiert werden. (Nisbet et al. 2011)

Skandinavien

Im skandinavischen Raum gehört insbesondere Schweden zu den Vorreitern in der Einführung von IPL. Bereits im Jahr 1986 erfolgte die Implementierung von ersten interprofessionellen Lernangeboten an der Linköping Universität. (Areskog 1988) Weitere Initiativen zur Einrichtung von interprofessionellen Lernansätzen folgten beispielsweise in 2004 am Karolinska Institut in Stockholm. Ziel des zweiwöchigen Trainings für Studierende der Medizin, Pflege, Ergo- und Physiotherapie war es, die Rollen der verschiedenen Professionen im Versorgungsalltag kennenzulernen und in der Folge die gegenseitige Wertschätzung zu erhöhen. (Ponzer et al. 2004)

Neben Schweden erfolgte auch in weiteren skandinavischen Ländern die Entwicklung und wissenschaftliche Erprobung von IPL Konzepten. So gingen Mikkelsen Kyrkjæbo et al. in Finnland 2006 der Fragestellung nach, in wieweit interprofessionelle Simulationstrainings einen Beitrag zur Patientensicherheit leisten können. Das Training erfolgte mit insgesamt zwölf Teilnehmern (vier Medizinstudierende, vier Pflegestudierende und vier Studierende der Intensivpflege). Diese arbeiteten zu folgenden Themen zusammen: (a) Bluttransfusion, (b) Wiederbelebung, (c) Management eines zentralen Venenkatheters und (d) Medikamentenmanagement.

3.1

Das erste Simulationstrainingsszenario begann für alle Teilnehmer mit einer Vorlesung zur theoretischen Einführung in die vier Themen. Im Anschluss sahen die Teilnehmenden in drei Gruppen (je ein Medizinstudierender, ein Pflegestudierender und ein Studierender der Intensivpflege) ein Video zu den vier Themen, das u.a. Behandlungsfehler und ihre Folgen für die Patientensicherung aufzeigt. Anschließend diskutierten die Studierendengruppen mögliche Maßnahmen zur Verhinderung von Behandlungsfehlern. Im zweiten Simulationstrainingsszenario absolvierten die Studierenden wiederum eine Vorlesung zur theoretischen Einführung, erhielten jedoch kein Video zur Diskussion von Behandlungsfehler. Diese erfolgte allein auf Basis des Wissens der Studierenden. Beide Simulationstrainings wurden auf Video aufgezeichnet und die Diskussion zur Verhinderung von Behandlungsfehler anhand des Videomaterials verglichen. Alle drei Studierendengruppen gaben an, dass das Simulationstraining nützlich für eine interprofessionelle Entwicklung von Behandlungsmaßnahmen und zur Verhinderung von Behandlungsfehlern ist. Im Weiteren würden sich alle Studierende wünschen, dass mehr Simulationstrainings in die Lehrpläne der jeweiligen Studienprogramme aufgenommen werden. Die Studierenden sind zudem der Ansicht, dass sich Simulationstrainings eignen, um Vorurteile gegenüber verschiedener Professionen zu vermeiden und das gegenseitige Verständnis füreinander zu verbessern. (Mikkelsen Kyrkjebo et al. 2006)

USA

Die USA hat mit der „Pew Health Profession Commission“ IPL Schlüsseldokumente verfasst. So betont die Kommission bereits im Jahr 1998, dass eine Reform der Ausbildungen von Berufsgruppen im Gesundheitswesen erfolgen muss. Die Ausweitung und Weiterentwicklung von IPL wird in diesem Zusammenhang als unerlässlich betrachtet. Hintergrund war die Annahme, dass die interprofessionelle Ausbildung zu einer verbesserten Zusammenarbeit der Berufsgruppen im Praxisalltag führen kann. Das amerikanische Institute of Medicine postuliert dazu ergänzend, dass die getrennte Ausbildung von Medizinern und nicht-medizinischen Berufsgruppen als eine Anomalie zu betrachten ist. (Institute of Medicine 2003)

Daher werden aktuell US amerikanische Ansätze zum IPL wissenschaftlich erprobt und evaluiert. So untersuchten Wagner et al. die interprofessionelle Kommunikation von Medizin und Pflege mit Angehörigen von palliativen Patienten. Dies erfolgte mit insgesamt 20 Studierenden (zehn Pflege- und zehn Medizinstudierenden) in einem Rollenspiel. Je ein Medizin- und Pflegestudierender erhielten Informationen zur aktuellen Patientensituation. Die Informationen der Medizinstudierenden fokussierten dabei auf alle medizinischen Aspekte der Versorgung während die Pflegestudierenden alle Informationen zur pflegerischen Versorgung des Patienten erhielten. Als erstes wurden beide Studierende gebeten, sich gegenseitig über die Patientensituation auszutauschen und Ideen für die weitere Behandlung des Patienten zu

3.1

treffen. Im zweiten Schritt erfolgte das Angehörigengespräch, wobei der Angehörige durch einen sog. Simulations-Angehörigen verkörpert wurde. Im Anschluss konnten in einer Feedbackrunde die Studierenden und der Angehörige eine Einschätzung zum Angehörigengespräch vornehmen. Die Studierenden gaben an, dass das Rollenspiel eine gute Möglichkeit bietet, die Abstimmung von Mediziner*innen und professionell Pflegenden zu einem Patientenfall zu lernen und üben zu können. Der Simulations-Angehörige fand die unterschiedlichen Herangehensweisen der Medizin- und Pflegestudierenden besonders interessant. Alle drei Teilnehmergruppen kamen zu dem Schluss, dass Medizin- und Pflegestudierende voneinander lernen können. (Wagner et al. 2011)

Großbritannien

Fehlende Kommunikation der Berufsgruppen während der Patientenversorgung und deren Überwindung waren die primären Hintergründe für die Einführung von IPL in Großbritannien. Die interprofessionelle Ausbildung von Gesundheitsfachberufen zur adäquaten Kommunikation sollte dabei bereits im frühen Stadium der Ausbildung anhand von theoretischen Unterrichtseinheiten und praktischen Übungen erlernt werden. Im Jahr 2003 wurde in vier Regionen Englands (Nordosten, Sheffield Southampton und das King's College London) IPL modellhaft eingeführt. Dies führte in 2007 zur Entwicklung der Rahmenvereinbarung „Creating an Interprofessional Workforce (CIPW) framework“, welche durch das Gesundheitsministerium veröffentlicht wurde. Die Rahmenvereinbarung enthält einen Leitfaden für die Entwicklung von IPL. (Meads 2007) Seit 2011 erfolgte durch CAIPE eine landesweite Studie zum Stand und dem Angebot von IPL in England. (Nisbet et al. 2011) Die Ergebnisse werden derzeit noch ausgewertet.

Ein Beispiel für die wissenschaftlichen Studien und die Weiterentwicklung der interprofessionellen Kommunikation stellen Wakefield et al. im Jahr 2006 vor. Das IPL wurde im Zusammenhang mit dem sog. Überbringen von schlechten Nachrichten an Patienten untersucht. Insgesamt 22 Pflegestudierenden und zwölf Medizinstudierende beteiligten sich an dem Simulationspatiententraining. Je ein Medizin- und ein Pflegestudierender erhielten mehrere Szenarien. Im Team musste dem Simulationspatienten die schlechte Nachricht überbracht werden. Die restlichen Teilnehmer und eine Lehrkraft beobachteten die Kommunikation zwischen beiden Studierenden während des Überbringens der schlechten Nachricht. Das Training endete mit einer Feedbackrunde. Die Mehrheit beider Studierendengruppen empfanden die Möglichkeit, die besondere Herausforderung des Überbringens einer schlechten Nachricht im sogenannten geschützten Raum üben zu können, als besonders wertvoll. Auch war das Kennenlernen der verschiedenen Herangehensweisen zur Nachrichtenübermittlung für beide Professionen interessant. Im Weiteren erhöht das Training zum interprofessionellen Arbeiten aus Sicht der Studie-

3.1

renden die Wahrscheinlichkeit, dass beide Professionen später im Berufsalltag auch zusammenarbeiten werden. Ein Medizinstudierender merkte an, dass die nicht genaue Kenntnis, welche Rollen die Pflege bei der Übermittlung der schlechten Nachricht übernimmt, eine Herausforderung für das gemeinsame Training darstellte. (Wakefield et al. 2006)

Schweiz

Das IPL in der Schweiz ist auf die Definition als Kompetenz und folgende Kompetenzmodelle zurückzuführen: Sottas (2010), Frank et al. (2010) und das Kompetenzmodell der „Canadian Interprofessional Health collaborative (2010). Demnach wird zwischen (a) allgemeine Kompetenzen, (b) (berufs)-spezifische Kompetenzen und c) Schlüsselkompetenzen/ Schlüsselqualifikationen unterschieden.

Allgemeine Kompetenzen werden auch als Querschnittskompetenzen bezeichnet und charakterisieren das professionelle Handeln in sieben Rollen nach dem CandMEDS-Modell. Diese Kompetenzen dienen als Lernziele und sind allen Gesundheitsberufen gemeinsam. (Themengruppe Interprofessionalität 2013) Berufsspezifische Kompetenzen definieren die Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten, die mit der Ausbildung erworben werden. Schlüsselkompetenzen unterteilen sich in Personal- und Selbstkompetenz, Handlungskompetenz, Sozialkompetenz sowie Methodenkompetenz. Die Kompetenzen bezüglich der interprofessionellen Zusammenarbeit sind nach Auffassung der „Themengruppe Interprofessionalität“ zu allgemeinen Kompetenzen zuzuordnen. Die Einrichtung der „Themengruppe Interprofessionalität“ erfolgte in 2011 durch das Bundesamt für Gesundheit. Mitglieder der Themengruppen sind unter anderem: (a) das Bundesamt für Gesundheit, (b) Berufsgruppen wie Humanmediziner, Pflegefachpersonen, oder Physiotherapeuten, (c) Einrichtungen des Gesundheitswesens wie Krankenhäuser oder ambulante Pflegedienste, (d) Verbände: z.B. Dachverband der schweizerischen Berufsorganisationen im Gesundheitswesen oder Nationale Dach-Organisation der Arbeitswelt Gesundheit sowie (e) Hochschulen, Universitäten und Bildungszentren. (Themengruppe Interprofessionalität 2013) Die Themengruppe erarbeitet dabei ein landesweites Konzept zum IPL, das auf konkreten Beispielen der interprofessional collaboration (IPC) bzw. der interprofessionellen Zusammenarbeit beruht:

1. IPC in einer Einrichtung der Gesundheitsversorgung (Einzelpraxis, Gruppenpraxis, gemeinschaftliche Gesundheitsleistungen)
2. IPC in einem Team in der Akutpflege bzw. in Notfallsituationen
3. Sequenzielle IPC für die ambulante Nachbehandlung eines Patienten, der kürzlich aus einer Spital Einrichtung ausgetreten ist (Rehabilitation, psychosoziale Unterstützung etc.)
4. IPC in der Grundversorgung für polymorbide Patienten, die eine chronische Betreuung benötigen und kurz- oder mittelfristig in einer Pflegeeinrichtung untergebracht werden

3.2

müssen, unter spezieller Berücksichtigung bio-psycho-sozialer Aspekte

5. IPC in einem regionalen Palliativversorgungsnetzwerk
6. IPC zur Präventionszwecken in einer Einrichtung der Grundversorgung oder einer Pflegeeinrichtung. (Themengruppe Interprofessionalität 2013)

Die Umsetzung dieses IPL Modells ist bislang nur wenig realisiert, da keine notwendigen Absprachen zur Koordination zwischen den für die Medizin zuständigen Universitäten und den für die Ausbildung der Gesundheitsberufe zuständigen Fachhochschulen bzw. Fachschulen erfolgt ist. Dies führt unter anderem zu einem Mangel an wissenschaftlichen Studien, die den Nutzen des IPL Ansatzes in der Schweiz wissenschaftlich belegen. (Themengruppe Interprofessionalität 2013)

3.2 Nationale Ansätze zum gemeinsamen Lernen von Medizin und Pflege

Auch in Deutschland existiert eine Reihe von Konzepten und Studien im Rahmen des IPLs. Bereits im Zeitraum von 1999 bis 2002 führten Pawils et al. eine Studie zur interprofessionellen Kommunikation im Krankenhaus (InterKiK) durch. Hintergrund des Projektes war die unzureichende Kooperation von Medizin und Pflege, die sich durch einen ungenügenden Informationsfluss kennzeichnete. Primäres Ziel der InterKiK Studie war es daher, die Handlungsabläufe und Abstimmungsprozesse der beiden Professionen auf den Stationen zu optimieren. Dies sollte durch eine verbesserte Kommunikation zwischen den professionell Pflegenden und den Ärzten erreicht werden. Dazu erfolgte die Untersuchung der Zusammenarbeit beider Berufsgruppen im Rahmen der Patientenaufnahme, der Visite und der Entlassung in insgesamt drei Krankenhäusern in Hamburg. Auf Grund der Evaluationsergebnisse kam die InterKiK Studie unter anderem zu folgenden Schlussfolgerungen: (a) die Kooperation von Pflege und Medizin ist stark verbesserungswürdig und (b) die Verbesserung der Kooperation von Pflege und Medizin erfordert die Beteiligung von Führungskräften (insbesondere Chefarzte und Pflegedienstleitungen). (Pawils et al. 2003)

Die Medizinische Hochschule in Hannover ist ein Beispiel für die frühe Umsetzung von interprofessionellen Lernansätzen. Bereits im Wintersemester 2001/2002 wurde erstmalig ein interprofessionelles Ethikseminar für Medizinstudierende und Pflegeschüler (Krankenpflege bzw. Gesundheits- und Krankenpflege) angeboten. Beide Teilnehmergruppen gaben an, dass das interprofessionelle Seminar helfe, die Zusammenarbeit im klinischen Berufsalltag zu verbessern. (Neitzke 2005)

An den Universitäten Erlangen, Freiburg und Heidelberg sind weitere Lernansätze zum IPL vorzufinden.

3.2

In Erlangen erfolgte im Wintersemester 2008/2009 und im Sommersemester 2009 die modellhafte Implementierung eines so genannten Team-OSCE (Objective Structured Clinical Examination) (TOSCE). Dies erfolgte unter Einsatz von Simulationspatienten oder Phantomen für interdisziplinäre Notfälle und schwierige Situationen. Quandt et al. kommen dabei zu dem Schluss, dass TOSCEs realisierbar sind, jedoch erhebliche zeitliche und finanzielle Ressourcen erfordern. Die teilnehmenden Medizinstudierenden und Pflegeschüler bewerteten TOSCE positiv und gaben an, dass sie sich häufiger TOSCEs in ihrer Ausbildung wünschen. (Quandt et al. 2010) In Freiburg werden aktuell insgesamt 13 interprofessionelle Lehrangebote den Studierenden der Medizin, Zahnmedizin, Pflege, Physiotherapie, Psychologie und weiteren Fachrichtungen offeriert. Zwei Lehrveranstaltungen sind dabei speziell für das interprofessionelle Lernen von Pflege und Medizin vorgesehen: (a) Praxis der Anamneseerhebung und körperlichen Untersuchung und (b) Interprofessionelle Begleitung von Patienten bei der Diagnosemitteilung. (Studiendekanat Medizinische Fakultät Freiburg 2015) Die interprofessionelle Lehrveranstaltung zur Diagnosemitteilung zielt primär darauf ab, die interprofessionelle Mitteilung von Diagnosen an den Patienten zu üben und zu diskutieren. Dies erfolgt mit Hilfe einer theoretischen Einführung, gefolgt von einem Fertigkeitstraining und Rollenspielen mit Schauspielpatienten. Diese interprofessionelle Lehrveranstaltung wird durch ein Gruppenfeedback evaluiert. (Universität Freiburg 2015)

In 2009 erfolgte deutschlandweit die erste Einrichtung eines Bachelorstudiengangs „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung“ an der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg. Dieser Studiengang ist für verschiedene Gesundheitsberufe (therapeutische, pflegerische und medizinische Berufe) konzipiert und zielt auf die Vermittlung von spezifischen Kompetenzen zur interprofessionellen Zusammenarbeit ab. (Mahler et al. 2012) Im Weiteren erfolgt die kontinuierliche Weiterentwicklung des IPL Lernansatzes. So wurde erstmals im WS 2012/2013 für die Studierenden des Studiengangs „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung“ und Medizinstudierenden der Universität Heidelberg ein interprofessionelles Kommunikationstraining zur Entscheidungsfindung angeboten. Ziel der Lehrveranstaltung war es, den Studierenden Wissen zu ihren eigenen Rollen im interprofessionellen Team zu vermitteln und sie zu befähigen, sich in andere Perspektiven hineinversetzen zu können und diese zu reflektieren. Dies erfolgte durch Gruppendiskussionen und Rollenspiele. Im Rahmen der Evaluation gaben beide Studierenden-Gruppen an, dass sie insbesondere neues Wissen zum (a) Bewusstsein von Teamprozessen, (b) zur verbesserten Reflexion des eigenen Verhaltens im Team und (c) zur Ideenfindung bzgl. der künftigen Zusammenarbeit im Team erlangen konnten. (Schultz et al. 2014)

Um die derzeitige interprofessionelle akademische Ausbildung von Gesundheitsfachberufen kritisch zu überprüfen und Empfehlungen für die künftige Weiterentwicklung und den Ausbau von IPL Konzepten formulieren zu können, erfolgte in 2011 die Einrichtung des Aus-

3.2

schusses „Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen“ durch die Gesellschaft für medizinische Ausbildung (GMA). Der Ausschuss setzt sich aus Fachexperten der Gesundheitsberufe (Mediziner, Pflege und therapeutischen sowie diagnostischen Berufen) zusammen. (Walkenhorst et al. 2015) Die Empfehlungen zur künftigen Weiterentwicklung von IPL beinhalten Vorschläge für Anpassungen in folgenden Bereichen:

- (1) Interprofessionelle Ausbildungskonzepte
- (2) Curriculumentwicklung und Didaktische Konzepte
- (3) Hochschuldidaktische Konzepte für die Qualifikation der Lehrenden interprofessioneller Lehr/Lernkonzepte im Gesundheitsbereich
- (4) Organisationsentwicklung
- (5) Qualitätssicherung und Evaluation
- (6) Aufbau von Forschungsstrukturen im Bereich der interprofessionellen Ausbildung und Kompetenzentwicklung
- (7) Netzwerkstrukturen (Walkenhorst et al. 2015)

Die Empfehlung (6) „Aufbau von Forschungsstrukturen im Bereich der interprofessionellen Ausbildung und Kompetenzentwicklung“ betont das Erfordernis der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation von IPL. Dazu sei es nach Ansicht des Ausschusses „Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen“ erforderlich, entsprechende Forschungsprogramme zu entwickeln. (Walkenhorst et al. 2015)

Das Forschungsprogramm „Operation Team - Interprofessionelles Lernen in den Gesundheitsberufen“, welches von der Robert Bosch Stiftung gefördert wird, stellt einen ersten Ansatz dar. In diesem Rahmen wurden insgesamt acht Studien für den Zeitraum von 2013 bis 2015 gefördert. Drei Studien befassen sich mit dem IPL von Medizin und Pflege:

1. Förderung der interprofessionellen Kommunikationskompetenz für Pflege und Medizin durch gemeinsame Fallbesprechungen und Visitsimulationstrainings (FlnKo), München
2. KOMPIDEM – bessere KOMpetenzen für die interProfessionelle und Individuell angemessene Versorgung von Menschen mit DEMenz, Lübeck
3. Erhöhung der Patientensicherheit durch die Integration von interprofessionellem Human Factor Training in die Ausbildung von Gesundheitsberufen, Greifswald (Robert Bosch Stiftung 2013b)

Ziel der FlnKo Studie ist es, die interprofessionelle Kommunikation von Gesundheits- und Krankenpflegern und Ärzten durch gemeinsame Fallbesprechungen und Visitsimulationstrainings zu fördern. (Wershofen und Fischer 2014) Dazu erfolgt im ersten Schritt eine Fallbesprechung von Pflege und Medizin zu einem ausgewählten Patientenfall. Das Ergebnis soll ein abgestimmter Behandlungsplan sein, der anschließend im zweiten Schritt des Trainings

3.3

in einer simulierten Visitsituation dem Patienten (Schauspielpatient) vorgestellt wird. Zum Training erfolgt eine Evaluation durch die teilnehmenden Medizinstudierenden und den Auszubildenden der Pflege. Die Evaluation umfasst die Zufriedenheit und den Lernerfolg auf Wissens- und Verhaltensebene. Dies erfolgt durch eine Prä-Post-Fragebogenerhebung, Wissenstests und Videoaufnahmen. Die Evaluationsergebnisse liegen im Frühjahr 2016 vor. (Wershofen und Fischer 2014)

Die KOMPIDEM Studie an der Lübecker Universität befasst sich mit der Förderung von klinischen und professionellen Kompetenzen von Auszubildenden der Pflege und von Medizinstudierenden im Hinblick auf die Versorgung von Menschen mit Demenz. Dazu wurden in einem ersten Projektschritt sieben Lehreinheiten (z.B. Erkennung von kognitiven Beeinträchtigungen, Kommunikation mit Menschen mit Demenz, sozialrechtliche Aspekte, etc.) mit einem Workload von insgesamt zwei Credits (60 Arbeitsstunden) entwickelt und im zweiten Schritt erprobt. Die Wissensvermittlung erfolgte in Vorlesungen und Kleingruppenarbeit nach dem Vorbild des Problemorientierten Lernens (POL). (Balzer et al. 2014)

Das Human Factor Training, welches an der UMG in Kooperation mit der beruflichen Schule an der UMG durchgeführt wird, zielt auf die Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines simulationsbasierten interprofessionellen Lernmoduls im Fach der klinischen Notfallmedizin ab. Dies erfolgt mit Schülern der Gesundheits- und Krankenpflege und Studierenden der Humanmedizin der UMG. In Fallszenarien werden klinische Notfallsituationen mit hochtechnisierten und auf konkrete Krankheitsbilder programmierten Puppen eingesetzt, die den Patienten simulieren. Die Teilnehmenden erhalten über ein Video-Debriefing von den Instruktoren des Trainings ein Feedback zu ihrem Handeln. Im Sommersemester 2014 und 2015 durchlaufen insgesamt 240 Medizinstudierende und Auszubildende der Pflege (je sechs Pflegegeschüler und Medizinstudierende pro Trainingstermin) das Training mit sechs bis acht Fallszenarien. Partecke et al. 2014)

3.3 Konzeptionelle Grundlagen und Ziele des gemeinsamen Lernens von Medizin und Pflege in Mecklenburg-Vorpommern: die Bildungsclusterstudie Greifswald/Neubrandenburg

Das derzeit vierte in Deutschland existente Forschungsprojekt zum IPL von Pflege und Medizin ist das Bildungscluster Greifswald/Neubrandenburg: Gemeinsames Lernen von Medizin und Pflege als Beitrag zur Attraktivitätssteigerung und Nachwuchssicherung beider Berufsbilder.

3.3

Das Bildungscluster wird im Zeitraum von Oktober 2013 bis zum September 2015 vom Stifternverband für die Deutsche Wissenschaft gefördert und beinhaltet insgesamt vier Projektmaßnahmen: (1) Entwicklung und Erprobung gemeinsamer Ausbildungssequenzen von Pflege und Medizin, (2) Begleitende Evaluation der gemeinsamen Lehrveranstaltungen, (3) Einrichtung einer Strategiegruppe aus Stakeholdern in der Region zur nachhaltigen Implementation des gemeinsamen Lernens von Pflege und Medizin und (4) einen Abschlusskongress zur breiten Diskussion und Dissemination der Studienergebnisse. (siehe Abbildung 6)

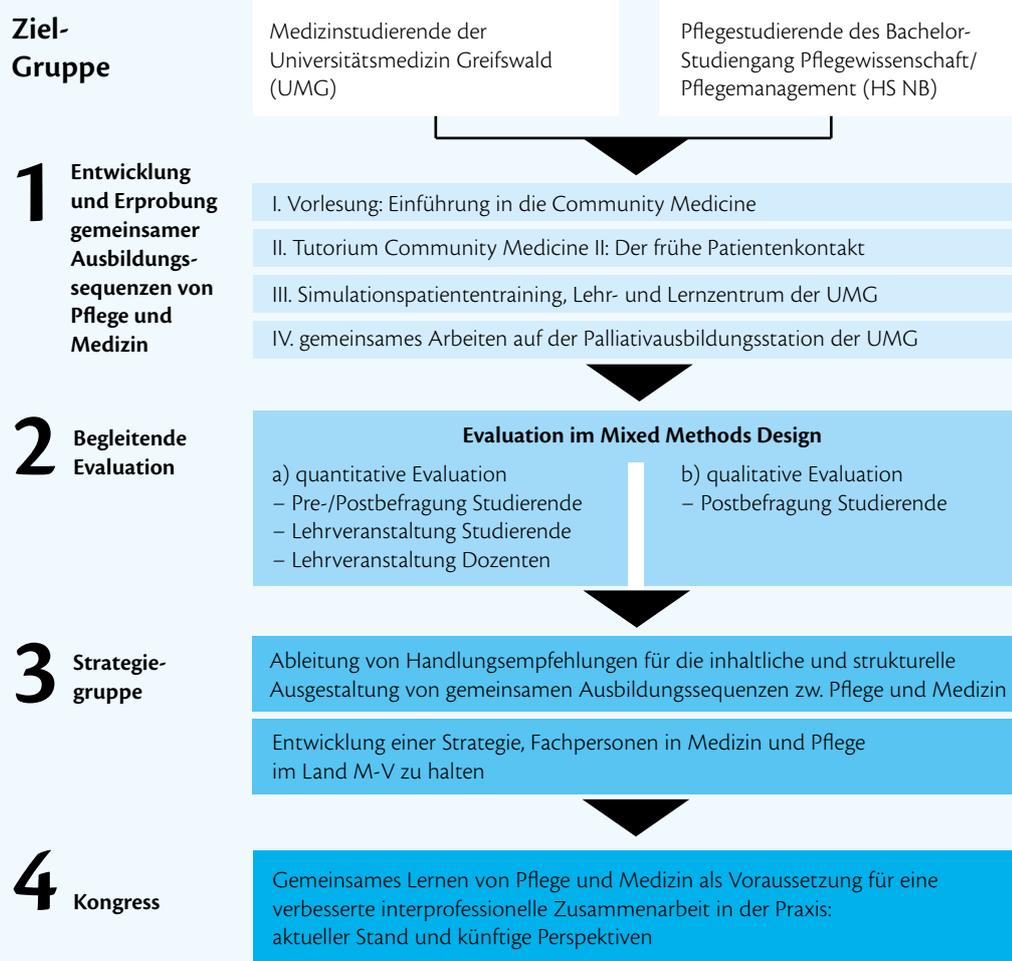


Abbildung 6: Studiendesign der Bildungscluster Studie Greifswald/Neubrandenburg

3.3

Ziele

Mit der Bildungsclusterstudie Greifswald/Neubrandenburg sollen angehende Mediziner und Pflegefachpersonen auf die künftige Versorgungssituation vorbereitet und mit Blick auf künftig verstärkte interprofessionelle Zusammenarbeit nachhaltig bedarfsgerecht und zukunftssicher qualifiziert werden. Daher verfolgt die Bildungsclusterstudie folgende Ziele:

- Entwicklung von gemeinsamen Ausbildungssequenzen zwischen Medizin und Pflege
- Untersuchung der Machbarkeit des gemeinsamen Lernens als Beitrag zur Attraktivitätssteigerung beider Ausbildungen
- Schaffung eines erweiterten Lehrangebotes in der medizinischen und pflegerischen Ausbildung als Beitrag zur Verbesserung der Zusammenarbeit beider Professionen
- Förderung der gegenseitigen Anerkennung und Wertschätzung von Medizin und Pflege zur Schaffung einer kooperativen Arbeitskultur bereits während der Ausbildung
- Entwicklung von Handlungsempfehlungen für die inhaltliche und strukturelle Ausgestaltung von gemeinsamen Ausbildungssequenzen



Foto C: Posterpräsentation der Studierenden
Foto D: Studierende
Foto E: Simulationspatiententraining

3.3

(1) Entwicklung und Erprobung gemeinsamer Ausbildungssequenzen von Medizin und Pflege

Die Entwicklung und Erprobung von gemeinsamen Ausbildungssequenzen zwischen Medizin und Pflege erfolgte im Sommersemester 2014 und im Wintersemester 2014/2015. Fünf Medizinstudierende der UMG und fünf Pflegestudierende des Bachelorstudiengangs Pflegewissenschaft/ Pflegemanagement des FB GPM HS NB waren aktiv am Projekt beteiligt. Die gemeinsamen Ausbildungssequenzen beinhalten drei aufeinander aufbauende Formen des Lernens in vier Lehrveranstaltungen:

a) Theoretische Wissensvermittlung:

- Vorlesung Community Medicine: „Kartographische Methoden der Community Medicine“. Die Veranstaltung erfolgte im Sommersemester 2014 und umfasste 90 Minuten.

b) Theoretisch-praktisches Lernen:

- Tutorium Community Medicine II: Der frühe Patientenkontakt. Diese Lehrveranstaltung erfolgte ebenfalls im Sommersemester 2014. Im Rahmen von acht Tutorien á 90 Minuten bearbeiteten die Pflege- und Medizinstudierenden die Thematik „Verbesserte interprofessionelle Zusammenarbeit als Beitrag gegen den Fachkräftemangel in Pflege und Medizin“ und verfassten dazu eine gemeinsam Hausarbeit.
- Simulationspatiententraining im Lehr- und Lernzentrum der UMG. Im Sommersemester 2014 erfolgte im zeitlichen Umfang von 90 Minuten das Simulationspatiententraining. Je ein Pflege- und Medizinstudierender versorgen auf Basis einer Aufgabenstellung zum Assessment und der Empfehlung zur weiteren Behandlung einen Patienten (Simulationspatient) mit Bronchialkarzinom. Anschließend erfolgte eine Feedbackrunde mit allen Studierenden, dem Dozenten sowie dem Simulationspatienten.

c) Praktische Anwendung:

- Gemeinsames Arbeiten auf Palliativausbildungsstation der UMG. Im WS 2014/2015 arbeiteten je ein Pflege- und Medizinstudierender für rund drei Stunden auf der Palliativausbildungsstation der UMG. In dieser Zeit versorgten sie einen realen Patienten und erhoben (1) im ersten Schritt gemeinsam den aktuellen Gesundheitszustand des Patienten, (2) besprachen anschließend die Ergebnisse der Anamnese, (3) erhoben die Vitalparameter bei den Patienten und (4) besprachen abschließend erforderliche Behandlungsmaßnahmen. Die Lehrveranstaltung endete mit einer Feedbackrunde.

(2) Begleitende Evaluation

Die Evaluation der vier gemeinsam absolvierten Lehrveranstaltungen erfolgte durch die Studierenden beider Professionen und durch die Referenten der Lehrveranstaltungen. Dazu wur-

3.3

de ein Evaluationskonzept umgesetzt, welches sich in einen quantitativen und einen qualitativen Bestandteil gliedert. (siehe Abbildung 7)

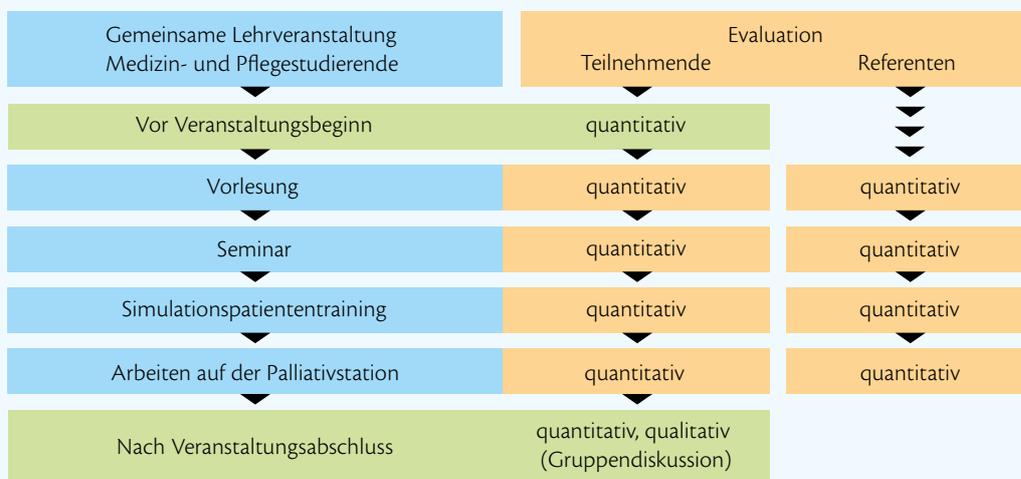


Abbildung 7:
Evaluationskonzept;
Eigene Darstellung 2013

Vor Beginn der ersten gemeinsamen Lehrveranstaltung wurden die Medizin- und Pflegestudierenden gebeten, eine Einschätzung zu ihren Erwartungen und ihrer Einstellung zum gemeinsamen Lernen zwischen den beiden Professionen vorzunehmen. Dies erfolgte mittels eines schriftlichen Fragebogens, welcher im Rahmen des Projektes entwickelt und zuvor einem Pretest unterzogen wurde.

Die vier gemeinsam absolvierten Lehrveranstaltungen wurden ebenfalls quantitativ mittels Fragebogen durch die Studierenden bewertet. Darüber hinaus erfolgte eine quantitative Evaluation der Lehrveranstaltungen durch die Referenten. Im Anschluss an die vier gemeinsamen Lehrveranstaltungen erfolgte bei den Studierenden zunächst die quantitative Post-Befragung analog der Pre-Befragung, um Veränderungen bzgl. des gemeinsamen Lernens aus Sicht beider Studierendengruppen identifizieren zu können. Eine qualitative Befragung mittels zweier Gruppendiskussionen (eine mit den Pflegestudierenden, eine mit den Medizinstudierenden) schloss die Evaluation des gemeinsamen Lernens ab. Der qualitative Ansatz erfolgte vor dem Hintergrund einer Vertiefung und Erweiterung der bereits quantitativ gewonnenen Ergebnisse zu erzielen. Beide Gruppendiskussionen waren als halbstrukturierte Interviews konzipiert, die audiotekhnisch erfasst, transkribiert und derzeit nach der qualitativen Inhaltsanalyse von Kuckartz ausgewertet werden. (Kuckartz et al. 2008)

3.3

(3) **Strategiegruppe**

Parallel zu den gemeinsamen Lehrveranstaltungen wurde die Bildungsclusterstudie Greifswald/Neubrandenburg durch eine Strategiegruppe unterstützt und begleitet. Primäres Ziel ist es, basierend auf den Studienergebnissen eine Strategie zu entwickeln, die Attraktivität beider Ausbildungen zu steigern und Absolventen der Medizin und Pflege im Land M-V zu halten. In diesem Rahmen konnten infrastrukturelle, organisatorische und rechtliche Aspekte der zu entwickelnden Strategie erörtert und bearbeitet werden, deren Ergebnis das vorliegende Strategiepapier ist. Folgende Akteure sind neben dem Kernkonsortium (a) Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health, UMG, (b) Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management der Hochschule Neubrandenburg, (c) Landkreis Vorpommern-Greifswald und (d) Diakonie Mecklenburg-Vorpommern e.V.) in die Strategiegruppe eingebunden:

- Dekanat der UMG
- Rektorat der HS NB
- Pflegevorstand UMG
- Lehrdekanat UMG
- Lehrstuhl für Allgemeinmedizin der UMG
- Krankenhaus Wolgast, Pflegedienstleitung
- Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales M-V
- Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur M-V
- Krankenhausgesellschaft M-V e.V.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Nordost
- bpa Landesgruppe M-V
- Oberbürgermeister der Hansestadt Greifswald
- Stadtverwaltung Neubrandenburg, Abteilung Generationen, Bildung und Sport
- Kuratorium Gesundheitswirtschaft
- Wirtschaftsfördergesellschaft Vorpommern mbH

(4) **Abschlusskongress**

Zum Abschluss der Bildungsclusterstudie erfolgt im September 2015 ein interdisziplinärer Fachkongress zur Thematik „Gemeinsames Lernen von Pflege und Medizin als Voraussetzung für eine verbesserte interprofessionelle Zusammenarbeit in der Praxis: aktueller Stand und künftige Perspektiven“. Ziel ist es, die Ergebnisse des Projektes und die Maßnahmen der Strategiegruppe einer breiten Fachöffentlichkeit zu präsentieren. Zudem sollen künftige Chancen und Risiken von gemeinsamen Ausbildungskonzepten zwischen der Medizin und der Pflege diskutiert werden. Zum Kongress werden unter anderem Vertreter des Wissenschaftsrates, der Pflege, der Medizin und der Bundespolitik eingeladen.

3.4

3.4 Chancen und Grenzen des gemeinsamen Lernens von Medizin und Pflege

IPL und deren positive Auswirkungen auf die Zusammenarbeit der Professionen im Gesundheitswesen kann einen Beitrag leisten, um den künftigen versorgungsepidemiologischen Herausforderungen begegnen zu können. Bereits heute arbeiten in der ambulanten und stationären Versorgung verschiedene Berufsgruppen interprofessionell zusammen. Jedoch divergieren die Ansichten und Einstellungen zur interprofessionellen Kooperation, die eine nachhaltige und umfassende Implementierung des IPC erschweren. (Themengruppe Interprofessionalität 2013) Mit dem IPL erhalten die verschiedenen Gesundheitsfachberufe die Möglichkeit, das eigene Handeln in der Lernsituation zu reflektieren und situationsabhängige Verhaltensweisen gegenüber anderen Berufsgruppen zu üben. Mit dem Einsatz verschiedener Lehrmethoden (z.B. Seminar, Gruppenarbeit, Rollenspiel, Simulationstraining) werden die Studierenden und Auszubildenden adäquat auf eine Kooperation im Arbeitsalltag vorbereitet. (Barwell et al. 2013) Durch eine interprofessionelle Zusammenarbeit sind folgende Vorteile zu erwarten:

- eine bedarfsgerechte Versorgung von Patienten (World Health Organization 2010),
- eine Verbesserung der Qualität der Patientenbehandlung (Lindeke & Sieckert 2005, Vazirani et al. 2005),
- ein verbesserter Zugang zur Grundversorgung (Vanier et al. 2011),
- eine Kostenreduktion im Gesundheitswesen (Vazirani et al. 2005, Baggs et al. 2004),
- eine Verringerung der Krankenhausaufenthaltsstage (Buring et al. 2009),
- eine bedarfsgerechte Einbindung von Spezialisten (World Health Organization 2010),
- ein Beitrag zur Prävention von Erkrankungen und Gesundheitsförderung (World Health Organization 2010),
- eine Verbesserung der Patientensicherheit und ein Beitrag zur Verringerung von Behandlungsfehlern (World Health Organization 2010, Lindeke & Sieckert 2005) sowie
- eine Steigerung der Patientenzufriedenheit. (World Health Organization 2010, Freeth & Nicol 1998)

Für die Akteure im Gesundheitswesen ist von folgenden Vorteilen auszugehen: (a) eine Steigerung der Berufszufriedenheit und Motivation, (b) ein verbessertes gegenseitiges Verständnis, eine daraus resultierende Zunahme (c) des gegenseitigen Vertrauens sowie eine (d) Verbesserung der gemeinsamen Entscheidungsfindung für die Behandlung von Patienten. (Themengruppe Interprofessionalität 2013)

Die nachhaltige Umsetzung von IPL ist jedoch mit einigen Hindernissen verbunden. Diese umfassen: (a) unterschiedliche Erwartungshaltungen der Teilnehmenden an IPL Veranstaltungen und die (b) Angst einzelner Berufsgruppen, dass IPL zu einem Verlust des Status und einer

3.4

Verwässerung der Aufgaben unter den Berufsgruppen im Praxisalltag führt. So beschreiben Wagner et al., dass bislang in der interprofessionellen Behandlung von Patienten, den Mediziner*innen die Rolle des Hauptverantwortlichen übertragen wurde. Mit dem IPL wird das breite Wissen einer Pflegefachperson sichtbar, so dass künftig davon auszugehen ist, dass nicht in allen interprofessionellen Behandlungssituationen der Medizin die Hauptverantwortung zukommen wird. (Wagner et al. 2011)

IPL bedeutet gegenseitiges voneinander lernen. Für eine erfolgreiche Umsetzung müssen historisch gewachsene Rivalitäten überwunden werden. Bestehende Curricula (beispielsweise in der Medizin) lassen kaum Raum für neue Lernansätze. Daher ist sowohl eine inhaltliche als auch eine zeitliche Abstimmung für theoretische und praktische Lehreinheiten im klinischen Setting dringend erforderlich. Ein weiteres Hindernis zur umfangreichen Einführung von IPL stellt das unterschiedliche Interesse und die variierende Offenheit zum IPL in den verschiedenen Berufsgruppen dar. So zeigten Keshtkaran et al., dass in ihrer Studie zur Untersuchung zur Bereitschaft zum IPL von Pflege- und Medizinstudierenden (N=250) die Pflegestudierenden mehr an dem IPL interessiert waren als die Medizinstudierenden. Im Weiteren wiesen die Pflegestudierenden eine positivere Einstellung zur Teamarbeit und interprofessionellen Kooperation auf. (Keshtkaran et al. 2014) Letztlich gilt es im Rahmen des IPL geographische Entfernungen zwischen einzelnen Lernorten zu überwinden. (Nisbet et al. 2011) Die Entscheidung über die Einführung von IPL Ansätzen hängt somit maßgeblich von dem Willen und den Möglichkeiten der Ausbildungseinrichtungen im Rahmen der Lernziele ab. (Themengruppe Interprofessionalität 2013)

Die weitreichende Implementierung von IPL und IPC erfordert künftig eine verstärkte Zusammenarbeit von Vertretern der Ärzteschaft, der Pflege sowie der Aus- und Weiterbildung. Ziel sollte es sein, ein gemeinsames Verständnis von IPL und IPC zu entwickeln einhergehend mit Rollenmodellen. Im Weiteren gilt es festzulegen, mit welchen Mitteln, zu welchem Zeitpunkt und durch wen die dafür erforderlichen Kompetenzen vermittelt werden. (Themengruppe Interprofessionalität 2013) Bereits heute sind in einigen europäischen Ländern (Frankreich, Schweden, Finnland, Großbritannien, Niederlande, Norwegen und Deutschland) Strukturen zur interprofessionellen Zusammenarbeit eingerichtet. Zu den wichtigsten Instrumenten einer erfolgreichen Implementierung von interprofessioneller Kooperation zählen:

- gemeinsame Sicht auf den Patienten
- Kenntnis über die Rollen der Professionen im Gesundheitswesen
- Strukturierung des interprofessionellen Teams
- Kompetenzen und Verteilung von Verantwortungen im interprofessionellen Team. (Themengruppe Interprofessionalität 2013)

3.5

3.5 Strategische Maßnahmen

3.5.1 Förderung des gemeinsamen Lernens von Medizin und Pflege

Hintergrund

Internationale Studien konnten nachweisen, dass IPL einen positiven Beitrag zur Verbesserung der gegenseitigen Wertschätzung der Gesundheitsfachberufe und zur Steigerung des gegenseitigen Respekts führen kann (siehe Kapitel 3.4). In der Folge führt IPL im Versorgungsalltag zu einer verbesserten Zusammenarbeit der Akteure im Gesundheitswesen. Somit ist es wichtig, die Entwicklung von interprofessionellen Lernansätzen zu fördern und deren nachhaltige Implementierung in die Ausbildungscurricula der Gesundheitsfachberufe zu unterstützen.

Ziel

Primäres Ziel sollte es dabei sein, die Studierenden und Auszubildenden der Gesundheitsfachberufe zu befähigen, eine gemeinsame Behandlung von Patienten unter Einbezug der verschiedenen Sichtweisen der Akteure zu entwickeln, abzustimmen und umzusetzen.

Empfehlungen zur Umsetzung

1. Die Strategieguppe plädiert daher für eine Definition von Abschlusskompetenzen der verschiedenen Berufsgruppen im Bereich des IPLs. Diese Definition muss sowohl auf Hochschulebene als auch für Gesundheitsfachberufe mit einer Ausbildung an Schulen des Gesundheitswesens erfolgen. Die Kompetenzen in den verschiedenen Ausbildungseinrichtungen, die ein Absolvent nach seiner Ausbildung aufweisen sollte, müssen dabei aufeinander abgestimmt werden.
2. Darüber hinaus müssen Lernziele für die interprofessionelle Ausbildung mit Lernzielen im Rahmen der interprofessionellen Weiterbildung harmonisiert werden.
3. Praktische Ausbildungsabschnitte (z.B. Wahlfächer für Medizinstudierende oder Praktika für Pflegefachberufe) sollten nach Ansicht der Strategieguppe künftig stärker miteinander verzahnt und didaktisch für die interprofessionellen Ausbildungseinheiten aufbereitet werden.
4. Im Weiteren sollten neue Lehr- und Lernmittel (z.B. Simulationstrainings, E-Learning, Skills-labs) verstärkt genutzt werden, um eine interprofessionelle Betrachtung des Patienten üben zu können. Die schließt auch das Erlernen von Fähigkeit und Fertigkeiten (skills) an echten Patienten ein (z.B. Ausbildungsstation Palliativmedizin der UMG) und ist nach Auffassung der Strategieguppe besonders zu fördern.

3.5

3.5.2 Entwicklung eines Konzeptes zum interprofessionellen Lernen an der UMG

Hintergrund

Die nachhaltige Verstetigung des gemeinsamen Lernens von Medizin und Pflege kann in einem ersten Schritt durch die Implementierung von erfolgreich evaluierten interprofessionellen Lehrveranstaltungen als Modellversuch in die Regelcurricula der Medizin und der Pflege erfolgen. Für eine weitreichende Implementation von interprofessionellen Lehrveranstaltungen ist jedoch die Entwicklung eines Gesamtkonzeptes erforderlich. Daher erfolgte an der UMG unter Leitung des Studiendekanats im Juni 2015 die Einrichtung einer Arbeitsgruppe „Interprofessionelles Lernen“.

Ziel

Ziel ist es, ein Gesamtkonzept zum interprofessionellen Lernen zu entwickeln, um die künftigen Absolventen der Gesundheitsfachberufe adäquat auf die verstärkte Zusammenarbeit im Praxisalltag vorzubereiten.

Empfehlungen zur Umsetzung

1. Die Strategiegruppe begrüßt den Ansatz, kurzfristig interprofessionelle Lehrveranstaltungen von Medizin und Pflege als Modell in die Regelcurricula zu implementieren. Die Strategiegruppe regt an, dass vor allem Lehrveranstaltungen kurzfristig implementiert werden sollten, die bereits wissenschaftlich erprobt und erfolgreich evaluiert wurden.

2. Darüber hinaus plädieren die Mitglieder mehrheitlich dafür, ein Gesamtkonzept für das IPL an der UMG zu entwickeln. Die Strategiegruppe schlägt dazu ein mehrstufiges Konzept vor:

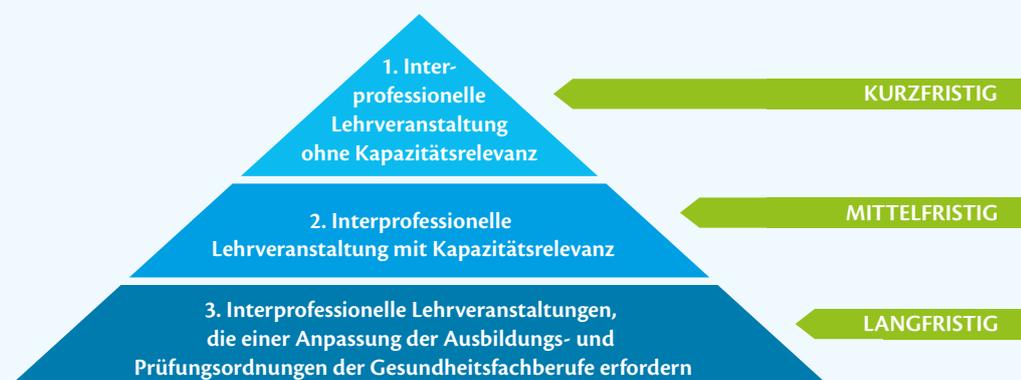


Abbildung 8:
IPL Konzept
an der UMG

3.5

- 3.** Die Strategieguppe spricht sich dafür aus, mit der Umsetzung von interprofessionellen Lehrveranstaltungen zu beginnen, die keine Kapazitätsrelevanz haben. Dazu zählt u.a. das gemeinsame Lernen von Pflege und Medizin im Rahmen der Lehrveranstaltung „Community Medicine II: Der frühe Patientenkontakt“.
- 4.** Die Strategieguppe befürwortet, dass das IPL nicht nur für Pflege und Medizin an der UMG angeboten werden sollte und regt an, dass auch interprofessionelle Lehrveranstaltungen zwischen Pflegestudierenden der HS NB und den Medizinstudierenden der UMG implementiert werden. Mittelfristig plädiert die Strategieguppe dafür, in IPL Lehrkonzepte weitere Professionen wie beispielsweise Zahnmediziner und Pharmazeuten einzubinden.
- 5.** Dafür ist es erforderlich, in einem ersten Schritt alle geeigneten Themen für das interprofessionelle Lernen zu identifizieren. Daran schließt sich die Definition von Lernzielen und die Auswahl von geeigneten Lernmethoden und -orten an.
- 6.** IPL Lehrveranstaltungen sind nach Ansicht der Strategieguppe zu evaluieren, um ggf. Anpassungserfordernisse frühzeitig erkennen zu können und die nachhaltige Implementierung vorzubereiten.
- 7.** Um eine Implementierung in die Regelcurricula zu vereinfachen, ist bei der Entwicklung von IPL Angeboten so weit wie möglich darauf zu achten, die curricularen Vorgaben der Ausbildungs- und Prüfungsordnungen der Gesundheitsfachberufe zu berücksichtigen.
- 8.** Die Definition der in den IPL Veranstaltungen zu erwerbenden Kompetenzen sollte auf verschiedenen Qualifikationsstufen und in Anlehnung an den Europäischen Qualifikationsrahmen (EQR) erfolgen.
- 9.** Interprofessionelle Lehrveranstaltungen stellen besondere Herausforderungen an die Lehrenden, da es erforderlich ist, im Rahmen der Vermittlung von Lehrinhalten die verschiedenen Perspektiven der Berufsgruppen zu bedenken und einzubeziehen. Daher sollten IPL Lehrveranstaltungen durch Lehrende der beteiligten Professionen erfolgen. Im Weiteren regt die Strategieguppe an, Lehrende durch spezifische Qualifikationen für die interprofessionelle Lehre fachdidaktisch zu schulen. Dies kann beispielsweise durch hochschuldidaktische Fortbildungen oder Studiengänge erfolgen.

3.5

3.5.3 Zusätzliche Forschung für das interprofessionelle Lernen von Medizin und Pflege

Hintergrund

Deutschland steht noch am Beginn der wissenschaftlichen Entwicklung, Erprobung und Evaluation von interprofessionellen Lehrveranstaltungen. Wie in Kapitel 3.2 beschrieben, existieren derzeit acht wissenschaftliche Studien zum IPL. In der Folge bestehen nur wenige Erkenntnisse zum Nutzen von interprofessionellen Lernansätzen, dem Kompetenzprofil für interprofessionell Lehrende oder die Auswirkungen des IPLs auf den Praxisalltag.

Ziel

Ziel sollte es daher sein, die Forschung zum interprofessionellen Lernen auszuweiten, um auf Basis von wissenschaftlichen Erkenntnissen ein bedarfsgerechtes Konzept zum IPL entwickeln zu können.

Empfehlungen zur Umsetzung

1. Die Identifikation von geeigneten Themen für das IPL ist dabei ein erster wichtiger Schritt. Derzeit werden vor allem der interprofessionellen Kommunikation, das gemeinsame Überbringen von Diagnosen und so genannten schlechten Nachrichten oder dem Erlernen von Fertigkeiten wie dem Umgang mit Infusionen eine besondere Bedeutung zugeschrieben. Darüber hinaus gilt es, zusätzliche Themen für das IPL speziell für M-V zu definieren. Die Strategiegruppe benennt die Lerninhalte „Anatomie“ und „Physiologie“ sowie das „wissenschaftliche Arbeiten“ als geeignete Themen für das IPL.

2. Im Weiteren kann die Forschung zum IPL hinsichtlich folgender Aspekte die Entwicklung eines Konzeptes unterstützen:

- a.** Untersuchung des/r optimalen Zeitpunkte(s) für das interprofessionellen Lernen
- b.** Vergleichbares Vorwissen als Voraussetzung für das IPL
- c.** Geeignete Lehrformen und Lernorte für das IPL
- d.** Nutzen von IPL für den Patienten
- e.** Nutzen von IPL für das Gesundheitssystem

3. Die Erkenntnisse aus den Studien sollten der Arbeitsgruppe „Interprofessionelles Lernen“ an der UMG zur Verfügung gestellt werden, um das IPL Konzept kontinuierlich und evidenzbasiert weiterentwickeln zu können.

4.

**Interprofessionelle Zusammenarbeit
von Medizin und Pflege:
Veränderungserfordernis
für bestehende Berufsprofile**

4.1

4.1 Medizin

Der Mediziner befasst sich mit den Strukturen und Funktionen des menschlichen Körpers sowie mit der Psyche des Menschen. (Ethikkommission der Ärztekammer Niedersachsen 2006) Aufgabe ist es dabei, auf Basis wissenschaftlicher Kompetenzen den Gesundheitszustand von Patienten zu ermitteln, zu erhalten und ggf. durch therapeutische Maßnahmen wiederherzustellen. Im Weiteren gehört zum Aufgabenfeld des Arztes, die Prävention des Auftretens von Krankheiten und das Leiden im Zusammenhang mit unheilbaren Erkrankungen zu lindern. Dazu ist es erforderlich, dass Ärzte Symptome und Befunde einzelner Erkrankungen zuordnen können und in der Lage sind, Krankheiten mit ähnlichen Symptomen voneinander zu unterscheiden. Zudem beurteilen Ärzte die beruflichen und sozialen Folgen und fördern die Integration von Patienten mit Krankheiten und Behinderung. Ärzte übernehmen dabei Verantwortung für ihr eigenes Handeln ebenso wie bei der Delegation von Tätigkeiten an nichtärztliches Personal. (Medizinischer Fakultätentag 2013) Zu den Kernkompetenzen eines Arztes zählen:

- Erhebung der Anamnese,
- Körperliche Untersuchung und psychosoziale Befunderhebung,
- Diagnostische und invasive Maßnahmen,
- Diagnosestellung mit Differentialdiagnose,
- Bewertung von weiterführenden Maßnahmen,
- Entscheidung zur Art der Therapie,
- Durchführung invasiver therapeutischer Maßnahmen,
- Aufklärung von Patienten. (Medizinischer Fakultätentag 2013)

Mediziner handeln patientenzentriert nach ethischen Grundsätzen und wägen mögliche Schäden sowie den voraussichtlichen Behandlungserfolg und den Behandlungsaufwand sorgfältig ab. Der Umgang mit Patienten ist gekennzeichnet durch (a) positive Wertschätzung, (b) menschliche Zuwendung, (c) Empathie und Transparenz, (d) Verschwiegenheit gegenüber Dritten, (e) Wahrung der Würde und der (f) Achtung der Persönlichkeitsrechte der Patienten. (Medizinischer Fakultätentag 2013) Vor dem Hintergrund, dass Patienten zunehmend informiert sind, ist es die Aufgabe des Arztes, gemeinsam mit den Patienten ein sinnvolles Behandlungskonzept zu entwickeln. (Deutscher Ärztetag 2011, Ethikkommission der Ärztekammer Niedersachsen 2006) Der Medizinische Fakultätentag hat darauf basierend die Aufgaben eines Mediziners in sieben Rollen zusammengefasst: Der Arzt als

1. medizinischer Experte
2. Gelehrter
3. Kommunikator
4. Mitglied eines Teams

4.1

5. Gesundheitsberater und -fürsprecher
6. Verantwortungsträger und Manager
7. Professionell Handelnder. (Medizinischer Fakultätentag 2013)

Diese definierten Rollen des Arztes können sich überlappen und sind nicht hierarchisch zu betrachten.

Im Rahmen der Rolle „Mitglied im Team“ erfolgt der Verweis auf das Arbeiten der Ärzte im multiprofessionellen Team. Diese sollte partnerschaftlich, respektvoll und effektiv umgesetzt werden. Nach Ansicht des Medizinischen Fakultätentages (MFT) kommt den Ärzten die Aufgabe zu, die in der interprofessionellen Versorgung erforderlichen diagnostischen, therapeutischen und beratenden Maßnahmen zu koordinieren und zu integrieren. Dazu müssen angehende Mediziner in ihrem Studium Kompetenzen der Teamfähigkeit erwerben, um eine Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen einschließlich einer sektorenübergreifenden Kooperation im Berufsalltag umsetzen zu können. (Medizinischer Fakultätentag 2013)

Dazu hat die Kultusministerkonferenz bereits im Jahr 2008 angeregt, einen Fachqualifikationsrahmen für das Medizinstudium zu entwickeln. Dies erfolgte gemeinsam durch den Medizinischen Fakultätentag und die GMA, indem sie bis zum Jahr 2013 den so genannten Nationalen Kompetenzbasierten Lernkatalog Medizin (NKLM) entwickelten. (Wissenschaftsrat 2014) Ziel des NKLM ist es, ein Kerncurriculum für das Medizinstudium zu beschreiben, welches ein Absolventenprofil beinhaltet. Mit der Entwicklung eines Kerncurriculums erhalten die Medizinischen Fakultäten Raum für die weitere Ausgestaltung des Medizinstudiums. Der NKLM orientiert sich an der ÄApprO und klammert bewusst Wahlanteile wie bspw. die Wahlfächer im PJ aus. Die im Medizinstudium zu erwerbenden Kompetenzen werden nach Weinert definiert. (Weinert 2002) Demnach kennzeichnet sich eine Kompetenz durch verfügbare, erwerbbar, kognitive und praktische Fähigkeiten und Fertigkeiten, die verbundenen mit eigenen Einstellungen verantwortungsvoll eingesetzt werden. Der NKLM verzichtet auf eine Zuordnung von Kompetenzen zu einzelnen Fächern oder Organen, um eine Zuordnung von Lernzielen bis auf die Ebene einzelner Lehrveranstaltungen zu ermöglichen. Die Spezifizierung der Lernziele erfolgt dabei durch die einzelnen Medizinischen Fakultäten in den verbindlichen Prüfungs- und Studienordnungen hinterlegten Lernzielkatalogen. Der NKLM unterscheidet dabei drei Ebenen des Kompetenzerwerbs:

1. Faktenwissen: deskriptives Wissen (Fakten und Tatsachen) nennen und beschreiben können
2. Handlungs- und Begründungswissen: Sachverhalte (Zusammenhänge) erklären und in den klinisch-wissenschaftlichen Kontext einordnen.
3. Handlungskompetenz: sowohl unter Anleitung selbst durchführen und demonstrieren als auch selbständig und situationsadäquat in Kenntnis der Konsequenzen durchführen. (Wissenschaftsrat 2014)

4.2

Im Weiteren definiert der NKLM fünf Zeitpunkte für die Umsetzung der Kompetenzvermittlung:

- a)** Grundlagenkompetenz: Kenntnisse der natur-, sozial- und verhaltenswissenschaftlichen Grundlagen der Medizin – Befähigung zur M1-Prüfung
- b)** Wissenschaftskompetenz: Fähigkeit zum selbständigen wissenschaftlichen Denken und Handeln – Befähigung zur Promotion
- c)** Ärztliche Basiskompetenzen: für die Ausbildung mit unmittelbarem Patientenbezug – Befähigung zur Famulatur
- d)** PJ Kompetenz: Handlungs- und Begründungswissen zur Krankheitslehre und der Pathomechanismen, klinisch-praktische Fertigkeiten und Kenntnisse der Arzttrollen – Befähigung zum PJ
- e)** Ärztliche Approbation und Weiterbildungskompetenz – Befähigung zur Weiterbildung. (Wissenschaftsrat 2014)

Dies soll einen bundeseinheitlichen Rahmen für die Kompetenzvermittlung schaffen. Die Zeitpunkte, zu denen die Kompetenzen gelehrt werden müssen entsprechen dabei den Studienabschnitten und ärztlichen Prüfungen. (Wissenschaftsrat 2014)

Für das interprofessionelle Lernen wurden im Rahmen des NKLM vier übergeordnete Lernziele beschrieben, die sich in weitere Unterziele untergliedern:

- 1)** Medizinabsolventen können die Strukturen im Team reflektieren und gestalten diese im Hinblick auf eine hohe Qualität der Patientenversorgung und der Teamarbeit mit.
- 2)** Medizinabsolventen reflektieren die Strukturen der interprofessionellen Zusammenarbeit und gestalten diese im Hinblick auf eine hohe Qualität der Patientenversorgung mit.
- 3)** Die Absolventen sind zur Zusammenarbeit im ärztlichen Team befähigt.
- 4)** Die Absolventen arbeiten im Rahmen von Projekten mit anderen Berufsgruppen zusammen und sind in der Lage, Prozesse und Konzepte als Lösungsoptionen für relevante Probleme in der Gesundheitsversorgung zu entwickeln. (Medizinischer Fakultätentag 2013)

4.2 Pflege

Mit dem Koalitionsvertrag der 17. Legislaturperiode (2009 bis 2013) hat die Bundesregierung das Erfordernis erkannt, die Berufe in der Pflege weiterzuentwickeln. Im März 2010 erfolgte daraufhin unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG, Zuständigkeit für die Ausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Kindergesundheits- und Krankenpflege) sowie des BMFSFJ (Zuständigkeit für die Ausbildung in der Altenpflege) die Einrichtung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“. (Bund-Länder-Arbeitsgruppe 2012) Ziel der Bund-Länder-Arbeitsgruppe ist es, den Pflegebe-

4.2

ruf attraktiver zu gestalten. Dies soll durch die Entwicklung eines neuen Pflegeberufgesetzes erfolgen, das primär folgende grundlegende Änderungen beinhalten soll:

- Zusammenführung der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeausbildung sowie der Altenpflegeausbildung zu einer so genannten generalistischen Pflegeausbildung
- Einführung einer neuen akademischen Pflegeausbildung. (Bund-Länder-Arbeitsgruppe 2012)

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe begründet ihren Vorschlag einer generalistischen Pflegeausbildung mit den sich veränderten Anforderungen an die berufliche Qualifikation. Die Aufgaben von Pflegefachpersonen weisen nach ihrer Ansicht erhebliche Überschneidungen in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen auf. Die zukünftige pflegerische Berufsausbildung erfordert eine Vorbereitung der Absolventen für ein Handeln in den Bereichen Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliative Care über alle Altersgruppen. Eine Berufsausbildung in den derzeit drei bestehenden Differenzierungen ist demnach nicht mehr zeitgemäß. Im Weiteren ergeben sich für die künftig generalistisch ausgebildeten Pflegefachpersonen eine Ausweitung des Einsatzfeldes und Entwicklungsmöglichkeiten während des gesamten Berufslebens. Dies könnte nach Ansicht der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zu einer Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufes führen. (Bund-Länder-Arbeitsgruppe 2012)

Dazu schlägt die Bund-Länder-Arbeitsgruppe eine dreijährige Ausbildung (in Vollzeit) in einem Umfang von 4.600 Stunden (2.100 Stunden Theorie, 2.500 Stunden Praxis) vor. Die sollte nach Auffassung der Arbeitsgruppe auch in Teilzeit ermöglicht werden und dauert demnach fünf Jahre. Als Berufsbezeichnung werden „Pflegefachkraft bzw. Generalistische Pflegefachkraft“ vorgeschlagen. Die Zugangsvoraussetzungen sind wie bisher:

- mittlerer Bildungsabschluss oder
- Hauptschulabschluss bzw.
- erfolgreich abgeschlossene, zweijährige Berufsausbildung oder eine mindestens einjährige Ausbildung als Krankenpflegehelfer oder Altenpflegehelfer. (Bund-Länder-Arbeitsgruppe 2012)

Für die inhaltliche Ausgestaltung der beruflichen Pflegeausbildung schlägt die Bund-Länder-Arbeitsgruppe vor, dass die Absolventen befähigt werden, die Pflege von Menschen in allen Altersgruppen sowohl akut als auch dauerhaft im ambulanten und stationären Versorgungssektor durchzuführen. Dies schließt präventive, kurative, rehabilitative, palliative und sozialpflegerische Maßnahmen zur Erhaltung, Förderung, Wiedererlangung und Verbesserung der physischen und psychischen Situation der zu pflegenden Menschen sowie ihre Beratung und Begleitung bis zum Lebensende mit ein. Darüber hinaus sollten die Schüler über pflegewissenschaftliche Erkenntnisse und Schlüsselqualifikationen (Fach-, Personal-, Sozial- und Methodenkompetenzen) verfügen.

4.2

Demnach lassen sich drei Tätigkeitsbereiche der Pflege identifizieren:

(1) Eigenverantwortliche Tätigkeiten

- Ermittlung und Planung des Pflegebedarfes
- Organisation, Gestaltung und Steuerung von komplexen Pflegeprozessen unter Einbezug von Technologien
- Durchführung, Dokumentation und Evaluation von pflegerischen Interventionen
- Erhalt und Förderung von individuellen Fähigkeiten des zu pflegenden Menschen
- Unterstützung und Begleitung von Pflegebedürftigen aller Altersgruppen unter Einbezug von Hilfen zur Erhaltung und Unterstützung der eigenständigen Lebensführung
- Beratung, Anleitung und Schulung von Pflegebedürftigkeit betroffener Menschen
- Berufliches Handeln auf Grundlage von ethischen Gesichtspunkten
- Entwicklung eines beruflichen und professionellen Pflegeverständnisses

(2) Verantwortliche Mitwirkung

- Eigenständige Durchführung von ärztlich veranlassten Maßnahmen hinsichtlich der Diagnostik, Therapie und Rehabilitation

(3) Interdisziplinäre Zusammenarbeit

- Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, um berufsübergreifende Lösungen entwickeln zu können. (Bund-Länder-Arbeitsgruppe 2012)

Im Weiteren geht die Bund-Länder-Arbeitsgruppe davon aus, dass künftig der Bedarf an akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen zunimmt und plädiert daher für einen Ausbau der akademischen Pflegebildungsstrukturen. Gleichzeitig betont die Arbeitsgruppe das die akademische Pflegeausbildung nicht in Konkurrenz zur dreijährigen beruflichen Pflegeausbildung stehen soll.

Primäres Ziel der akademischen Pflegeausbildung sei es, die Qualität des beruflichen Handelns und die Versorgung von Menschen in allen Altersgruppen zu verbessern. Dazu schlägt die Bund-Länder-Arbeitsgruppe einen einheitlichen Ausbildungsstandard vor und beschreibt ein erweitertes Ausbildungsziel für die Hochschulabsolventen. Ausgehend von den Aufgaben der professionell Pflegenden mit einer Berufsausbildung sollten akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen folgende zusätzliche Aufgaben übernehmen:

- Betreuung von Patienten mit hochkomplexen Pflegebedarfen
- Beratung und Anleitung von Angehörigen und Bezugspersonen
- Koordinierung und Steuerung von übergeordneten hochkomplexen Prozessen
- Leitungsverantwortung im Team
- Mitwirkung in der Qualitätsentwicklung und –sicherung

4.3

- Gestaltung der interprofessionellen Zusammenarbeit mit weiteren Berufsgruppen im Gesundheitswesen
- Übernahme von heilkundlichen Tätigkeiten gemäß §63 Abs. 3c SGB V
- Einsatz des pflegewissenschaftlichen Handelns in individuellen Pflegesituationen und kritische Reflexion des eigenen Handelns. (Bund-Länder-Arbeitsgruppe 2012)

Die akademische Pflegeausbildung sollte mindestens dreieinhalb Jahre umfassen, wobei der praktische Ausbildungsanteil entsprechend den Vorgaben für die berufliche Pflegeausbildung abzuleisten ist. Im Weiteren sollte nach Ansicht der Bund-Länder-Arbeitsgruppe die berufliche Pflegeausbildung bis zu zwei Jahre auf eine akademische Pflegeausbildung anrechenbar sein, sofern eine Hochschulzugangsberechtigung vorliegt. Zudem sollte die sog. vertikale Durchlässigkeit für beruflich ausgebildete Pflegefachpersonen mit der Zulassung zu einem Hochschulstudium auch ohne formale Hochschulzugangsberechtigung gewährleistet werden. (Bund-Länder-Arbeitsgruppe 2012)

Im Juni 2015 erfolgte die Veröffentlichung des vorläufigen Arbeitsentwurfes zum Pflegeberufegesetz (PflBG). (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend & Bundesministerium für Gesundheit 2015) Hinsichtlich der interprofessionellen Zusammenarbeit beschreibt das Gesetz, dass die Absolventen in die Lage versetzt werden sollten, fachlich mit anderen Berufsgruppen zu kommunizieren und effektiv zusammenzuarbeiten, um individuelle, multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen für Krankheiten und Pflegebedürftigkeit entwickeln und teamorientiert umsetzen zu können. (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend & Bundesministerium für Gesundheit 2015)

4.3 Strategische Maßnahme: Anpassung der Berufsbilder Arzt und Pflegefachperson

Hintergrund

Die in der Ausbildung erworbenen Kompetenzen zur interprofessionellen Zusammenarbeit (u.a. Organisations- und Kooperationsfähigkeit, Delegationsfähigkeit oder die Kompetenz zur Bildung von Netzwerken) müssen als Qualifikationsziele in den Ausbildungsordnungen der Pflege und Medizin eingearbeitet werden. Dies erfordert gleichzeitig eine Anpassung und Harmonisierung mit den derzeit bestehenden Berufsordnungen der Pflege und der Medizin.

Mit dem NKLM und der Definition des Lernzieles eines angehenden Arztes als „Mitglied im Team“ ist für die Medizin bereits eine übergeordnete Definition von Lernzielen für das interprofessionelle Lernen erfolgt. In der ersten Arbeitsversion des novellierten Pflegeberufegesetz erfolgt lediglich eine Definition zur Zusammenarbeit der Pflege mit anderen Berufsgruppen im Sinne einer Effektivität.

4.3

Ziel

Daher sollte es Ziel sein, das Berufsbild des Arztes und der Pflege um die Definition von Rollen im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit zu erweitern, um Zuständigkeiten und Verantwortungsbereiche der beiden Professionen transparent zu machen.

Empfehlungen zur Umsetzung

- 1.** Die Strategiegruppe empfiehlt die Definition von Rollen der Medizin und der Pflege im Rahmen der interprofessionellen Versorgung von Patienten und der Unterstützung und Entlastung des (pflegenden) Umfeldes.
- 2.** Die Wissensvermittlung zu den Rollen beider Professionen und das praktische Üben von Aufgaben und Verantwortungsübernahme in der interprofessionellen Versorgung sollte wiederum im Rahmen von interprofessionellen Lernkonzepten erfolgen.
- 3.** Die Anpassung der derzeitigen Berufsprofile von Medizin und Pflege kann in der Folge eine klare und transparente Rollenverteilung im Versorgungsalltag gewährleisten. Mit der Kenntnis der verschiedenen beruflichen Handlungsansätze von Medizin und Pflege ist es nach Ansicht der Strategiegruppe möglich, die interprofessionelle Versorgung von Patienten entsprechend den Kompetenzen beider Professionen zu organisieren.

5.

Finanzierungsmöglichkeiten für die interprofessionelle Zusammenarbeit im Praxisalltag

5.1

5.1 Finanzierung von ärztlichen Leistungen

Die Finanzierung von medizinischen Versorgungsleistungen setzt sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung einen so genannten Versorgungsvertrag voraus.

Vergütung der Versorgung in Krankenhäusern

Der Versorgungsvertrag für Krankenhäuser fußt auf einer Einigung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen sowie dem jeweiligen Krankenhausträger. Für Hochschulkliniken muss eine Anerkennung nach landesrechtlichen Vorschriften erfolgen und bei Plankrankenhäusern ist eine Aufnahme in die Krankenhausbedarfsplanung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) erforderlich. Mit dem Versorgungsvertrag ist das Krankenhaus für die Dauer des Versorgungsvertrages für die Behandlung von Patienten zugelassen. Für die Finanzierung der Krankenhausbehandlung erfolgen zwischen den Krankenkassen und den Krankenhausträgern sog. Pflegesatzverhandlungen nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz sowie dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und der Bundespflegesatzverordnung (BpflV). (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 1988) Während das KHG die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser regelt, zielt das KHEntgG auf die Regelung der Vergütung von voll- und teilstationären Leistungen im Rahmen des DRG Systems (Diagnosis Related Groups, diagnoseorientierte Fallpauschalen) ab. (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 1972, Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 2002) Die Höhe der DRG Fallpauschalen richtet sich nach der Krankheitsart (Diagnose), der notwendigen Durchführung von Behandlungsmaßnahmen und dem Schweregrad der Erkrankung. (Bundesministerium für Gesundheit 2010) In der BpflV erfolgt die Regelung der Vergütung der voll- und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser, die nicht in das DRG Vergütungssystem einbezogen sind. (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 1994b)

Bei der Vergütung von Krankenhausleistungen im und ohne DRG System wird dabei zwischen Krankenhausleistungen und allgemeinen Krankenhausleistungen unterschieden. Krankenhausleistungen sind demnach ärztliche Behandlungen, Krankenpflege und die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln. Im Weiteren zählen zu den Krankenhausleistungen die Unterkunft und Verpflegung. Allgemeine Krankenhausleistungen werden diejenigen Leistungen bezeichnet, die für eine medizinische zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten erforderlich sind. Dazu zählen u.a. Maßnahmen zu Früherkennung von Krankheiten, Mitaufnahme einer Begleitperson oder das Entlassungsmanagement. (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 1994b)

5.1

Finanzierung der Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Vertragsärzten

Um eine nahtlose ambulante und stationäre Versorgung gewährleisten zu können, bedarf es einer engen Zusammenarbeit zwischen den Vertragsärzten und den zugelassenen Krankenhäusern. Die Finanzierung erfolgt über Verträge, die zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen mit der Krankenhausgesellschaft geschlossen werden. Die Verträge beinhalten unter anderem (a) Regelungen zur Zusammenarbeit der Vertragsärzte aus der ambulanten und stationären Versorgungsarbeit, (b) die Unterrichtung über die Behandlung der Patienten oder (c) die Überlassung und Verwendung von Krankenunterlagen. (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 1988)

Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte

Im Weiteren besteht die Möglichkeit für Ärzte, die in einem Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung angestellt sind, ambulant in der vertragsärztlichen Versorgung tätig zu werden. Voraussetzung sind eine abgeschlossene Weiterbildung und die Zustimmung des Trägers der Einrichtung, indem der Mediziner derzeit beschäftigt ist. Die Ermächtigung zur vertragsärztlichen Versorgung setzt im Weiteren voraus, dass die Versorgung nicht durch andere geeignete niedergelassene Ärzte sichergestellt werden kann. (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 1988)

Dazu zählt unter anderem die sogenannte ambulante spezialfachärztliche Versorgung. Diese umfasst die Diagnostik und Behandlung von schwer therapierbaren Krankheiten, die einer spezifischen Qualifikation, einer interdisziplinären Zusammenarbeit und einer besonderen Ausstattung erfordern. Folgende Krankheitsbilder bedürfen einer ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung: (1) Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (z.B. onkologische Erkrankungen, HIV/Aids, rheumatologische Erkrankungen) und (2) seltene Erkrankungen oder Erkrankungen mit geringen Fallzahlen (z.B. Tuberkulose, Mukoviszidose, pulmonale Hypertonie). Darüber hinaus ist für die Versorgung von Patienten mit hochspezialisierten Leistungen (z.B. Computertomographie-CT) / Magnetresonanztomographie-MRT gestützte schmerztherapeutische Leistungen oder Brachytherapie) eine spezialfachärztliche Behandlung erforderlich. Die Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Behandlung erfolgen durch die Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren dazu die Abrechnungsmodalitäten nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter Berücksichtigung von nichtärztlichen Leistungen, Sach- und Investitionskosten. Der G-BA regelt dies in einer entsprechenden Richtlinie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung. (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 1988)

5.2

Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung

Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die Gesamtvergütung an Ärzte, Psychotherapeuten, MVZs und ermächtigte Einrichtungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Dies erfolgt getrennt nach hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung. Die Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband der Krankenkassen bestimmt. (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 1988)

Die Vergütung von gesetzlich versicherten Patienten unterscheidet sich im Vergleich zur Abrechnung von privat Versicherten. Die Unterschiede bestehen hinsichtlich:

- des Vertragsverhältnisses (GKV: GKV, KV und Arzt; PKV: Arzt und Patient)
- die abrechenbaren Leistungen in zwei Gebührenordnungen (GKV Patienten: Einheitlicher Bewertungsmaßstab- EBM, PKV Patienten: Gebührenordnung der Ärzte - GOÄ)
- einschränkende Regelungen in der GKV durch bspw. Budgets oder Wirtschaftlichkeitsprüfungen (Niehaus 2009)

Vertragsärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen

Die Vertragsärztliche Versorgung von Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen erfordert einen Kooperationsvertrag zwischen der Einrichtung und dem niedergelassenen Arzt. Die Zulassung des niedergelassenen Mediziners zur vertragsärztlichen Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung erfolgt durch den Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung. Im Weiteren können auch Krankenhausärzte, die für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind, ambulante ärztliche Leistungen in stationären Pflegeeinrichtungen erbringen. Die Finanzierung erfolgt über die vertragsärztliche Gesamtvergütung. (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 1988)

5.2 Finanzierung von pflegerischen Leistungen

Im Rahmen der pflegerischen Versorgung wird zwischen drei Leistungserbringern unterschieden: (1) ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste), (2) teilstationäre Pflegeeinrichtungen (Tages- und Nachtpflege) und (3) stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime einschließlich Kurzzeitpflegeeinrichtungen. (Wolters Kluwer Deutschland GmbH 2015) Die Finanzierung der ambulant und stationär erbrachten Leistungen erfolgt über die Pflegekassen der GKV. Die Pflegekassen unterliegen dabei dem so genannten Sicherstellungsauftrag. (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 1994a) Demnach sind die Pflegekassen für eine pflegerische Versorgung verantwortlich, die bedarfsgerecht und gleichmäßig ist und auf Basis von aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen erfolgt. Um den Sicherstellungsauftrag

5.2

wahrnehmen zu können, schließen die Pflegekassen mit geeigneten ambulanten und stationären Leistungserbringern einen Versorgungsvertrag. Dieser beinhaltet die Art, den Inhalt, den Umfang und die Vergütung für die zu erbringenden Pflegeleistungen. Im Weiteren sind die Pflegekassen angehalten, neben den Pflegeeinrichtungen mit den Ländern und Kommunen zusammenzuarbeiten, um eine leistungsfähige, regionale und aufeinander abgestimmte ambulante und pflegerische Versorgung der Bevölkerung sicherstellen zu können. (Gerlinger & Röber 2014)

Finanzierung stationärer Pflegeeinrichtungen

Die Vergütung von Pflegeleistungen, die in stationären Einrichtungen (voll- und teilstationär) erbracht werden, erfolgt anhand von so genannten Pflegesätzen. (Allgemeine Ortskrankenkasse Mecklenburg-Vorpommern 2010) Die Pflegesätze beinhalten die Finanzierung von Pflegeleistungen, medizinischer Behandlungspflege und die soziale Betreuung. Sie werden nach einheitlichen Grundsätzen des §84 Abs. 3 Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) bemessen. Anfallende Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind durch die Pflegebedürftigen selbst zu tragen. (Gerlinger & Röber 2014) Darüber hinaus ist es den stationären Pflegeeinrichtungen gestattet, Zusatzleistungen (z.B. Komfortleistungen wie Gourmetkost) mit den Pflegebedürftigen zu vereinbaren. Investitionskosten der stationären Pflegeeinrichtungen dürfen nach dem Pflegeversicherungsgesetz nicht auf die Pflegesätze umgelegt werden. Jedoch ist es den Einrichtungen gestattet, Pflegebedürftigen Investitionskosten gesondert in Rechnung zu stellen, sofern diese nicht durch das Land gefördert werden. Die Komponenten (a) pflegerische Leistungen, (b) Unterkunft, (c) Verpflegung, (d) etwaige Zusatzleistungen und (e) Investitionskosten bilden das so genannten Heimentgeld, welches durch die Pflegekasse, den Pflegebedürftigen oder den zuständigen Träger der Sozialhilfe finanziert wird. (Gerlinger & Röber 2014)

Finanzierung ambulanter Pflegeeinrichtungen

Zur Finanzierung von ambulant erbrachten pflegerischen Leistungen bestehen mehrere Optionen:

- Abrechnung nach Pflegesatzvereinbarungen, die zwischen den Trägern der Pflegeeinrichtungen und den Pflegekassen sowie den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe geschlossen werden
- Abrechnung von Pflegeleistungen auf Basis der Empfehlungen zur Pflegevergütung vom Landespflegeausschuss
- Abrechnung nach der Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen und hauswirtschaftlicher Versorgung vom BMG und BMFSFJ (Gerlinger & Röber 2014)

Mit dem Inkrafttreten der Pflegeversicherung hat die Abrechnung von ambulanten Pflege-

5.3

leistungen über landesweite Vergütungsvereinbarungen abgenommen. Einzelvereinbarungen zwischen den Finanzierungsträgern und den Pflegediensten überwiegen. Die Abrechnung von ambulant erbrachten Pflegeleistungen erfolgt demnach überwiegend nach dem so genannten Leistungskomplexsystem. Pflegerische Leistungen werden zu Leistungspaketen zusammengefasst und pauschal vergütet. (Gerlinger & Röber 2014)

Im Weiteren besteht für ambulante Pflegedienste die Erbringung und Abrechnung von Leistungen im Rahmen der so genannten häuslichen Krankenpflege gemäß §37 SGB V. Die Krankenkassen vereinbaren dazu einen Vertrag mit dem Leistungserbringer. Für die Sicherstellung einer einheitlichen Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege haben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Spitzenorganisationen der Pflegedienste auf Bundesebene eine Rahmenempfehlung nach §132a Abs. 1 SGB V entwickelt. Diese beinhaltet unter anderem die Inhalte der häuslichen Krankenpflege, Vorgaben zur Eignung von Leistungserbringern und Maßnahmen der Qualitätssicherung und Fortbildung. (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 1988)

5.3 Derzeitige Finanzierungs- und Abrechnungsmöglichkeiten einer interprofessionellen Zusammenarbeit von Medizin und Pflege

Derzeit bestehen im dem EBM, der GOÄ und im Rahmen der sog. integrierten Versorgung (§140a-d SGB V) Finanzierungsmöglichkeiten einer interprofessionellen Zusammenarbeit von Medizin und Pflege.

EBM

Im EBM sind abrechenbare Positionen enthalten in den Bereichen „Arztübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen“ und „Hausärztlicher Versorgungsbereich“.

Bei den arztübergreifenden allgemeinen Gebührenordnungspositionen betrifft dies die (a) „Besuche, Visiten, Prüfung häuslicher Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschalem Verweilen“ sowie das (b) „Mammographie-Screening“.

So beinhaltet (a) die Abrechnungsleistung „Überprüfung der Notwendigkeit und Koordination der verordneten häuslichen Krankenpflege den fakultativen Leistungsinhalt koordinierende Gespräche mit den beteiligten Pflegefachpersonen. Dies betrifft ebenfalls die Erstverordnung von Behandlungspflege zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege und deren Folgeverordnung. Im Rahmen des (b) Mammographie- Screenings besteht für Niedergelassene die Abrechnungsmöglichkeit für

5.3

die Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz. (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2015)
Die Abrechnungsmöglichkeiten im „Hausärztlichen Versorgungsbereich“ betreffen (a) die versorgungsspezifische Vorhaltung ärztlicher angeordneter Hilfeleistungen und die (b) palliativmedizinische Versorgung.

So können vertragsärztlich tätige Mediziner bei (a) ärztlich angeordneten Hilfeleistungen ärztliche Tätigkeiten an nicht-ärztliche Berufsgruppen in der Praxis oder im Rahmen von Hausbesuchen delegieren. Die Ärzte sind dabei verpflichtet, die Tätigkeit der nicht-ärztlichen Praxisassistenten zu überwachen. Die von den nicht-ärztlichen Praxisassistenten erhobenen Befunde und durchgeführten Maßnahmen sind zu dokumentieren und dem Arzt unverzüglich (spätestens einen Tag nach Durchführung) mitzuteilen. Im Weiteren können Vertragsärzte dazu einen Zuschlag für die Unterstützung der hausärztlichen Versorgung durch qualifizierte nicht-ärztliche Praxisassistenten und die Wegekosten für Hausbesuche in Delegation geltend machen. (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2015)

Für die Koordination der (b) palliativmedizinischen und –pflegerischen Versorgung in Zusammenarbeit mit anderen Akteuren (z.B. spezialisierten Pflegediensten) besteht ebenfalls eine Abrechnungsmöglichkeit im EBM. Ein Zuschlag, der über eine weitere Abrechnungsziffer erfolgt, kann geltend gemacht werden, sofern der Arzt die Koordination der palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung übernimmt, an der weitere Professionen im Rahmen der hausärztlichen Versorgung der Patienten beteiligt sind. (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2015)

GOÄ

In der aktuell gültigen Fassung der GOÄ besteht lediglich im Rahmen der Delegation von Hausbesuchen an nicht-ärztliches Personal die Abrechnungsmöglichkeit im Rahmen der Zusammenarbeit von Mediziner und nicht-ärztlichem Personal. Entstehende Kosten für An- und Abfahrtswege sind dabei nicht abrechnungsfähig. (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 2001)

Integrierte Versorgung

Für eine bevölkerungsbezogene, flächendeckende Versorgung kann seit 2004 ein Vertrag zur so genannten integrierten Versorgung nach §140a-d SGB V abgeschlossen werden. Integrierte Versorgung bedeutet dabei, dass Patienten interdisziplinär unter Einbezug verschiedener Versorgungssektoren behandelt werden. Dazu gilt es, einen entsprechenden Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen abzuschließen. Folgende Leistungserbringer können einen Vertrag zur integrierten Versorgung abschließen:

- zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte und Zahnärzte
- Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

5.3

- Pflegeeinrichtungen
- Praxiskliniken
- Pharmazeutische Unternehmen und
- Hersteller von Medizinprodukten (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 1988)

Die Verträge zur integrierten Versorgung beinhalten die Leistungen der einzelnen Akteure, die teilnehmenden Versicherten und die Vergütung der Leistungen. Ziel ist es, eine am Versorgungsbedarf der Patienten orientierte Zusammenarbeit aller Beteiligten zu erreichen und damit eine im erforderlichen Umfang erforderliche Versorgung sicherzustellen. (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 1988)

Für M-V sind in diesem Zusammenhang zwei Ansätze zu nennen. Die Vereinbarung Pflegeheim Plus und das Projekt „Ambulante geriatrische Komplexbehandlung“ (AGKB). (Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern 2011)

Für das Pflegeheim Plus erfolgte bereits in 2008 die Vereinbarung eines Rahmenvertrags zwischen der KVMV und der AOK M-V (Allgemeine Ortskrankenkasse) (heute AOK Nordost). Der Rahmenvertrag beinhaltet wiederum die Vorschriften für den Abschluss eines integrierten Versorgungsvertrages im Rahmen von Pflegeheim Plus zwischen den Hausärzten, den Pflegeeinrichtungen und der AOK Nordost. Seit Oktober 2011 besteht demnach mit der Deutschen Angestellten Versicherung (DAK) ein entsprechender Vertrag. Das Pflegeheim Plus zielt auf die verbesserte Koordination und Behandlung der Patienten im Pflegeheim ab. Mit einem integrierten Versorgungsansatz (Hausärzte und Pflege) soll unter anderem eine adäquate medikamentöse Therapie, die Vermeidung von Doppelbehandlung und die Verringerung ungeplanter Krankenhauseinweisungen erzielt werden. (Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern 2011)

Das AGKB Projekt basiert auf einem Vertrag zur integrierten Versorgung zwischen den AOK Nordost, der KVMV und den ambulanten Leistungserbringern. Patienten über 65 Jahren werden von einem ambulanten, geriatrischen Team aus Ärzten, Therapeuten und Pflegekräften betreut. Das interprofessionelle Team ist dazu speziell für die geriatrische Rehabilitation qualifiziert. Der Arzt übernimmt die Rolle des Koordinators der Behandlung sowie die Schulung der Patienten. Im Rahmen der Schulung erfolgt zunächst die Erhebung der Versorgungsbedarfe der Patienten durch ein geriatrisches Assessment. Anschließend entwickelt der Arzt einen Behandlungsplan, den er mit dem interprofessionellen Team bespricht. In den folgenden Therapieeinheiten erfolgt die Umsetzung des Behandlungsplans. (Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern 2011)

5.4

5.4 Strategische Maßnahme: Anpassung der Finanzierung von interprofessioneller Zusammenarbeit

Hintergrund

Wie in Kapitel 5.3 beschrieben, existieren für die interprofessionelle Zusammenarbeit bislang nur Abrechnungsmöglichkeiten im Rahmen der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliche Berufsgruppen und im Zusammenhang mit der integrierten Versorgung von Patienten.

Ziel

Ziel sollte es daher sein, eine angemessene Finanzierung der interprofessionellen Versorgung von Patienten über die Weiterentwicklung von bestehenden Finanzierungsmodellen sowie die Schaffung neuer finanzieller Anreizsysteme zu erreichen.

Empfehlungen zur Umsetzung

1. Die Strategiegruppe plädiert für eine Ausweitung von Versorgungsverträgen im Zusammenhang der integrierten Versorgung. Potentielle Krankheitsbilder wären dabei unter anderem Demenz, Diabetes oder Herzinsuffizienz.
2. Im Weiteren sprechen sich die Mitglieder für eine Weiterentwicklung der Finanzierung von interdisziplinären und interprofessionellen Fallbesprechungen im Rahmen des SGB V aus.
3. Die Einführung einer Abrechnungsmöglichkeit von interprofessionellen Fallbesprechungen im Rahmen des SGB XI auf Basis des bestehenden §7a ist aus Sicht der Strategiegruppenmitglieder zu begrüßen.
4. Für die Entwicklung neuer Finanzierungsoptionen bietet sich nach Auffassung der Strategiegruppenmitglieder eine an den realen Versorgungsbedarfen orientierte Aufgabenneuverteilung von Pflege und Medizin gemäß §63 Abs. 3c SGB V an.
5. Die Strategiegruppe schlägt dabei ein schrittweises Vorgehen vor. Die Anpassung und Ausweitung von bestehenden Finanzierungsoptionen sollte dabei am Beginn stehen, gefolgt von der Einführung neuer Finanzierungsoptionen. Im Weiteren ist davon auszugehen, dass eine Umsetzung in die Regelversorgung einer wissenschaftlichen Evidenz, der Einbindung aller beteiligten Akteure sowie eines längeren Zeithorizonts bedarf.

6.

Zusammenfassung

6.

Die Bildungsclusterstudie Greifswald/Neubrandenburg ist sowohl wissenschaftlich als auch in der Region eine innovative Studie mit richtungsweisendem Charakter. Als besonders positiv sind dabei folgende Punkte herauszustellen: a) die hohe Motivation der teilnehmenden Studierenden, b) die positive Unterstützung der beteiligten Hochschulen und c) das hohe und außerordentlich konstruktive Engagement der Akteure in der Strategiegruppe.

Ausgehend von dem eingangs beschriebenen Erfordernis einer künftig verstärkten Zusammenarbeit der pflegerischen und medizinischen Profession, stellt die beschriebene Bildungsclusterstudie Greifswald/Neubrandenburg ein Novum dar. Bislang existieren deutschlandweit neben der Bildungsclusterstudie insgesamt acht wissenschaftliche Projekte, die sich mit der Thematik des interprofessionellen Lernens befassen. Davon fokussieren drei Studien auf das gemeinsame Lernen von Pflege und Medizin. Diese Projekte beschäftigen sich jedoch mit einem Schwerpunktthema (z.B. das Projekt „Erhöhung der Patientensicherheit durch die Integration von interprofessionellem Human Factor Training in die Ausbildung von Gesundheitsberufen“ UMG Greifswald mit dem Thema Notfallmedizin). Die Bildungsclusterstudie Greifswald/Neubrandenburg hat einen ersten Versuch unternommen, die Machbarkeit des gemeinsamen Lernens von Pflege und Medizin in drei verschiedenen Lehrformen (theoretisch, theoretisch-praktisch und praktisch) sowie zu verschiedenen Themen wissenschaftlich zu untersuchen. Gleichzeitig wurden dabei neue gemeinsame Lernorte erprobt. So stand bspw. die Palliativbildungsstation der UMG bislang nur Auszubildenden der Pflege zur Verfügung. Das Lehr- und Lernzentrum wurde ausschließlich von den Medizinstudierenden genutzt. Mit den Projektmaßnahmen kann dem Ziel Rechnung getragen werden, frühzeitig das gemeinsame Planen und Umsetzen von komplexen, interdisziplinären Abläufen zu erlernen und einzuüben. Mit diesem interprofessionellen Ausbildungsansatz wird eine Steigerung der Ausbildungsqualität erreicht und die Mehrheit der Beteiligten geht davon aus, dass dieser auch zu einer Stärkung der Berufsmotivation führen wird. Mit der Bündelung von Kompetenzen in der Strategiegruppe, die aus Wissenschaft, Fach- und Berufsverbänden, Lehre, Wirtschaft und öffentlicher Verwaltung besteht, erfolgte die Erarbeitung einer abgestimmten Strategie zum gemeinsamen Lernen zwischen Medizin und Pflege und der Nachwuchssicherung bzw. um den vorhandenen Nachwuchs in der Region zu halten. Durch die Einbindung verschiedener Blickwinkel und Expertisen war eine umfangreiche Betrachtung und offene Diskussion möglich. Mit den regelmäßigen Treffen der Strategiegruppe erfolgte ein kontinuierlicher Erfahrungsaustausch zwischen den einzelnen Akteuren, deren Ergebnisse mit dem vorliegenden Strategiepapier nunmehr präsentiert werden.

Insgesamt haben sich die Strategiegruppenmitglieder auf zwölf strategische Maßnahmen einschließlich der Entwicklung von Empfehlungen zur Umsetzung verständigt. Diese sind:

1. Primärdatenerhebung zur Personalsituation in der Pflege
2. Anpassung von bestehenden Personalkonzepten in der Medizin

6.

3. Anpassung von bestehenden Personalkonzepten in der Pflege
4. Pflegerische Fort- und Weiterbildungsprogramme mit einem engen Bezug zum Berufsfeld
5. Weiterentwicklung des Pflegeimages
6. Aktive Mitgestaltung der Aufgabenneuverteilung von Pflege und Medizin
7. Förderung der akademischen Pflegeausbildung: das gemeinsame Studiengangskonzept der Universitätsmedizin Greifswald und des Fachbereiches Gesundheit, Pflege, Management der Hochschule Neubrandenburg
8. Förderung des gemeinsamen Lernens von Medizin und Pflege
9. Entwicklung eines Konzeptes zum interprofessionellen Lernen an der UMG
10. Zusätzliche Forschung für das interprofessionelle Lernen von Pflege und Medizin
11. Anpassung der Berufsbilder Arzt und Pflegefachperson
12. Anpassung der Finanzierung von interprofessioneller Zusammenarbeit

Aus Sicht der Strategiegruppe sollte mit der Umsetzung der Empfehlungen aus den strategischen Maßnahmen „Primärdatenerhebung zur Personalsituation in der Pflege“ und der „Entwicklung eines Konzeptes zum interprofessionellen Lernen an der UMG“ begonnen werden. Die Realisierung der verbleibenden zehn strategischen Maßnahmen erfordert einen längeren Zeithorizont und die Weiterführung der in der Bildungsclusterstudie begonnenen Kooperation zwischen den einzelnen Akteuren. Gleichzeitig sind die Mitglieder der Strategiegruppe der Auffassung, dass die Umsetzung aller entwickelten Strategiemeasures unerlässlich ist. Gerade auch angesichts der Aufgabe künftig eine bedarfsgerechte und adäquate medizinisch-pflegerische Versorgung der Bevölkerung in M-V sicherstellen zu wollen.

Das hier vorgestellte Strategiepapier soll einen Beitrag zu dem Vorhaben von M-V leisten, sich in den kommenden Jahren bundesweit als Gesundheitsland sichtbar und konkurrenzfähig zu etablieren. Der Gesundheitsbereich gehört mit einer der europaweit modernsten und leistungsfähigsten Gesundheitsinfrastrukturen schon jetzt zu den wichtigsten Wirtschaftszweigen M-Vs. Derzeit arbeiten landesweit rund 100.000 Menschen in der Gesundheitswirtschaft, davon etwa 68.000 im Bereich der Versorgung kranker Menschen. (Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen e.V. 2015)

Ein prioritärer Orientierungspunkt beim weiteren Ausbau der Gesundheitswirtschaft ist die Qualifizierung des Personals. Hierzu leistet das Bildungscluster Projekt einen zentralen Beitrag. Strategische Schnittstellen zur aktiven Mitgestaltung zukünftiger Entwicklungsstrategien, z.B. der Intelligenten Spezialisierung des Landes M-V (RIS3, EU-Kommission) bestehen für das Projekt über das Kuratorium Gesundheitswirtschaft und den Technologie- und Innovationskreis Wirtschaft Wissenschaft (TIWW). Seit 2006 existiert ein offizieller Masterplan Gesundheitswirtschaft, der mit einem zeitlichen Horizont bis zum Jahr 2020 fortgeschrieben wurde. Zentrales Ziel des Masterplans ist es, regionale Wertschöpfungsketten zu schaffen. Eine Bilanz wird

6.

jährlich auf der „Nationalen Branchenkonferenz Gesundheitswirtschaft“ gezogen.

Von übergreifender Bedeutung ist auch hier die Qualifizierung und Sicherung von Fachkräften. Auf Ebene des LK VG besteht eine Regionale Entwicklungs- und Stabilisierungsinitiative (RESI) mit „Bildung und Qualifizierung“ als einem von drei inhaltlichen Schwerpunkten. Auch hier hat das Projekt strategisch beraten.

Wichtige Impulse gibt das Projekt auch der Initiative Lernen vor Ort. Diese schafft für Kreise und kreisfreie Städte Anreize, ein kohärentes Bildungsmanagement vor Ort zu entwickeln und zu verstetigen. Lernen vor Ort ist ein zentraler Bestandteil der Qualifizierungsinitiative „Aufstieg durch Bildung“, die einen energischen Schritt für mehr und bessere Bildung und Weiterbildung in allen Lebensbereichen unternimmt. Signifikante Beiträge hat das Projekt auch für die Strategiekommission „Pflege der Zukunft“ des LK VG geleistet. Die Bildungsclusterstudie stellt nicht zuletzt ein konkretes Kooperationsmodell dar, das eine Antwort auf den bestehenden Fachkräftebedarf in der Gesundheitswirtschaft bietet. Somit dient das Vorhaben maßgeblich der strategischen Weiterentwicklung der Bildungslandschaft im Landkreis VG und sollte ein Demonstrationsprojekt für M-V und darüber hinaus werden.

Literaturverzeichnis

Literaturverzeichnis

- Allgemeine Ortskrankenkasse Mecklenburg-Vorpommern (2010).** Stationäre Pflege.
<http://www.aok-gesundheitspartner.de/mv/pflege/stationaer/index.html> (Zugriff: 12.06.2015)
- Amt Peenetal/Loitz (2012a).** MORO-Projekt – Regionalstrategie Daseinsvorsorge. Amt Peenetal/Loitz.
<http://www.loitz.de/site.php?c=127/moro.html&nav=38> (Zugriff: 05.06.2015)
- Amt Peenetal/Loitz (2012b).** MORO: Regionalstrategie Daseinsvorsorge. Amt Peenetal Loitz.
<http://www.loitz.de/Buergerservice/Ortsrecht/Projektinput%20Aufaktveranstaltung.pdf> (Zugriff: 05.06.2015)
- Amt Peenetal/Loitz (2013).** Regionalstrategie Amt Peenetal/Loitz. Beschlussvorlage an den Amtsausschuss.
http://www.loitz.de/Buergerservice/Ortsrecht/Regionalstrategie_Amtsausschuss%2025.02.2014.pdf (Zugriff: 05.06.2015)
- Arbeitsgruppe Fachkräftesicherung (2015).** Gemeinsame Initiative zur Sicherung des Pflegepersonals in Mecklenburg-Vorpommern. Unveröffentlichtes Material.
- Areskog NH (1988).** The need for multiprofessional health education in undergraduate studies. *Medical Education*, 22 (4): 251-252.
- Ärzttekammer Mecklenburg-Vorpommern (2009).** Ergebnisse der Evaluation der Weiterbildung - 1. Befragungsrunde 2009. Länderrapport für die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern.
<http://www.aek-mv.de/upload/file/aerzte/Weiterbildung/EVA/eva-mvrapport.pdf> (Zugriff: 11.03.2015)
- Ärzttekammer Mecklenburg-Vorpommern (2011).** Ergebnisse der Evaluation der Weiterbildung 2. Befragungsrunde 2011. Länderrapport für die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern.
http://www.aek-mv.de/upload/file/presse/L%C3%A4nderrapport_%C3%84rztekammer_Mecklenburg-Vorpommern.pdf (Zugriff: 11.03.2015)
- Ärzttekammer Mecklenburg-Vorpommern (2014).** Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern vom 20. Juni 2005 in der Fassung vom 30. Januar 2014 (Vierzehnte Änderung).
http://www.aek-mv.de/upload/file/aerzte/Weiterbildung/Weiterbildungsordnung/14_%20%C3%84WBOMV%20v_%2030_01_2014.pdf (Zugriff: 28.03.2015)
- Baggs JG, Norton SA, Schmitt MH, Sellers CR (2004).** The dying patient in the ICU: role of the interdisciplinary team. *Crit. Care Clin*, 20: 525-540.
- Bals T, Dielmann G (2013).** Neugestaltung der Gesundheitsberufe im Kontext des Deutschen Berufsbildungssystems. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven.* Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart, 177-191.
- Balzer K, Junghans A, Stahl U, Träder JM, Köpke S (2014).** KOMPIDEM. Bessere Kompetenzen für die interprofessionelle und individuell angemessene Versorgung von Menschen mit Demenz.
http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/05_KOMPIDEM.pdf (Zugriff: 03.06.2015)
- Barwell J, Arnold F, Berry H (2013).** How interprofessional learning improves care. *Nursing Times*, 109 (21): 14-16.
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (1972).** Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG)
<http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/khg/gesamt.pdf> (Zugriff: 15.06.2015)
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (1988).** Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung. http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_5/gesamt.pdf (Zugriff: 12.06.2015)

Literaturverzeichnis

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (1994a). Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung. https://www.destatis.de/DE/Methoden/Rechtsgrundlagen/Statistikbereiche/Inhalte/580_SGB_XI_SozialePflegeversicherung.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff: 15.06.2015)

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (1994b). Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegesatzverordnung – BpflV). http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/bpflv_1994/gesamt.pdf (Zugriff: 15.06.2015)

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2001). Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) (1996). http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/go___1982/gesamt.pdf (Zugriff: 15.06.2015)

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2002). Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG). <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/khentgg/gesamt.pdf> (Zugriff: 15.06.2015)

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2007). Berufsverlauf von Altenpflegekräften in den ersten Berufsjahren. <http://www.bmbf.de/de/9270.php> (Zugriff: 16.07.2010)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005). Personalmanagement in der stationären Altenpflege. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/expertise-personalmanagement-stationaere-pflege,property=pdf,bereich=,rw=,true.pdf> (Zugriff: 31.05.2015)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2015a). Neues Pflegeberufegesetz - Stand und Konsequenzen der Reform. <http://www.gesundheitskongresse.de/berlin/2015/dokumente/presentationen/Viering-Tobias---Neues-Pflegeberufegesetz.pdf> (Zugriff: 23.04.2015)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2015b). Projekt zur Qualifizierung von Engagierten in der Pflege gestartet. <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/aeltere-menschen,did=214630.html> (Zugriff: 30.05.2015)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend & Bundesministerium für Gesundheit (2015). Gesetz über den Pflegeberuf (Pflegeberufsgesetz – PflBG). Vorläufiger Arbeitsentwurf BMFSFJ/BMG Stand Mai 2015. <http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CClQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.pflegesoft.de%2Fforum%2Findex.php%3Faction%3Dattach%3Btopic%3D8114.0%3Battach%3D5525&ei=9NaHVayzOMOXsAHQ76S4Aw&usq=AFQjCNGdbdJwAJXHwcvAiKSQBV9GZgCRKA&bvm=bv.96339352,d.bGg&cad=rja> (Zugriff: 15.06.2015)

Bundesministerium für Gesundheit (2010). Abrechnung stationärer Krankenhausleistungen. Bürgerinformation. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_broschueren/Abrechnung-stationaerer-Krankenhausleistungen.pdf (Zugriff: 12.06.2015)

Bundesverband der Betriebskrankenkassen (2011a). BKK-Bevölkerungsumfrage 2011. Thema: Arztbesuche. http://www.bkk-bayern.de/uploads/media/BKK_Arztbesuchumfrage_Gesamtband_190411.pdf (Zugriff 03.06.2015)

Bundesverband der Betriebskrankenkassen (2011b). BKK-Bevölkerungsumfrage 2011. Länderergebnisse Arztbesuche. http://www.bkk-bayern.de/uploads/media/Laenderergebnisse_Arztbesuche_2011_01.pdf (Zugriff 03.06.2015)

Bundesverband Pflegemanagement (2012). Selbständige Ausübung von Heilkunde durch Pflege. <http://www.bv-pflegemanagement.de/fokus-thema-227/items/4.html> (Zugriff: 04.06.2015)

Bund-Länder-Arbeitsgruppe (2012). Weiterentwicklung der Pflegeberufe. Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufegesetzes. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegeberuf/20120301_Endfassung_Eckpunktepapier_Weiterentwicklung_der_Pflegeberufe.pdf (Zugriff 08.06.2015)

Buring SM, Bhushan A, Broeseker A, Conway S, Duncan-Hewitt W, Hansen L, Westberg S (2009). Interprofessional education: definitions, student competencies, and guidelines for implementation. Am J. Pharm Educ. 73: 59.

Literaturverzeichnis

CAIPE (1997). Interprofessional Education – a Definition. CAIPE Bulletin. Centre for Advancement of Interprofessional Education, London.

CAIPE (2006) CAIPE reissues its statement of the definition and principles of interprofessional education. CAIPE Bulletin. 26 (accessed 12 June 2008).

Canadian Interprofessional Health collaborative (2010). A National Interprofessional Competency Framework. Vancouver, Canada: Canadian Interprofessional Health Collaborative. http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf (Zugriff: 10.06.2015)

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (2009). Wie sieht es im Pflegealltag wirklich aus? - Fakten zum Pflegekollaps. Ausgewählte Ergebnisse der DBfK-Meinungsumfrage 2008/09. http://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Wie-sieht-es-im-Pflegealltag-wirklich-aus_2009.pdf (Zugriff: 10.11.2014)

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) (2010). Position des DBfK zum aktuellen Pflegepersonal-mangel. <http://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Position-akt-Fachpersonal-mangel-2010-01.pdf> (Zugriff: 01.06.2015)

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) (2011). Personalbemessung in der stationären Altenhilfe – DBfK-Position. <http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.heimmitwirkung.de%2Fsmf%2Findex.php%3Dlattach%3Btopic%3D1691.0%3Battach%3D1667&ei=Uf2UVZuFA8jlywOV8qHQAQ&usq=AFQjCNGmclmv2mLTA1bRiC0uLASRBzWkAg&cad=rja> (Zugriff: 20.06.2015)

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) (2015). Zahlen – Daten – Fakten „Pflege“; Hintergrundinformationen. <http://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Zahlen-Daten-Fakten-Pflege-2015-03.pdf> (Zugriff: 10.06.2015)

Deutscher Ärztetag (2011). (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel. http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/MBO_08_20112.pdf (Zugriff: 11.06.2015)

Deutscher Bundestag (2012): Drucksache 17/11802. 17. Wahlperiode. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/118/1711802.pdf> (Zugriff: 04.03.2015)

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (2013). Stellungnahme des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses „über eine Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach §63 Abs. 3c SGB V“ vom 20. Oktober 2011. <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/wp-content/uploads/2013/08/DGP-Stellungnahme-G-BA-Richtl-Nov.2011-1.pdf> (Zugriff: 01.06.2015)

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2014) Bürgerschaftliches Engagement im Umfeld von Pflege in den Bundesländern. Ergebnisse einer Länderbefragung durch den Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. 2013/2014. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/2014-06-05-bericht-deutscher-verein,property=pdf,ereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (Zugriff: 05.06.2015)

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2015). Profil PEQ – Projekt für Pflege, Engagement und Qualifizierung. <https://www.deutscher-verein.de/de/buergerschaftliches-engagement-peq-projekt-pflege-engagement-qualifizierung-profil-1843.html> (Zugriff: 30.05.2014)

Deutsche Presse-Agentur GmbH (2014). Personal in MV-Pflegheimen bleibt knapp: Verhandlungen gescheitert. <http://www.welt.de/regionales/mecklenburg-vorpommern/article135018048/Verhandlungen-gescheitert.html> (Zugriff: 22.06.2015)

Literaturverzeichnis

- Dieckhoff T, Kilian H (2011).** Personalausstattung von Pflegeheimen in den Bundesländern geordnet nach Pflegeminuten (ohne Bremen), ohne Kräfte gem. §87b SGB XI und ohne Berücksichtigung der Pflegestufe „0“. Herausgegeben von: Der Paritätische Gesamtverband.
http://parisax.de/www/cms/upload/Pressemitteilungen/02.11.2011_Pflege/Personalausstattung.pdf (Zugriff: 03.06.2015)
- Dreier A, Rogalski H, Oppermann R, Terschüren C, van den Berg N, Hoffmann W (2010).** A curriculum for nurses in Germany undertaking medically-delegated tasks in primary care. JOURNAL OF ADVANCED NURSING. 66(3):635-644.
- Dreier A, Thyrian JR, Hoffmann W (2011).** Dementia Care Manager in der ambulanten Demenzversorgung: Entwicklung einer innovativen Qualifizierung für Pflegefachkräfte. Pflege und Gesellschaft, Jg. 16 (1): 53-64.
- Dreier A, Rogalski H, Oppermann R, Hoffmann W (2012).** Delegation und Substitution spezifischer medizinischer Tätigkeiten als künftiger Versorgungsansatz. ZEFQ - Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 2012; 106(9): 656-662.
- Dreier A, Hoffmann W(2013a).** Anforderungen der Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen an die Qualifikation von Gesundheitsfachberufen am Beispiel der Pflege. G+G Wissenschaft (GGW), 13(4):23-30.
- Dreier A, Hoffmann W (2013b).** Dementia Care Manager für Patienten mit Demenz -Ermittlung des Anforderungsprofils und der Qualifizierungsinhalte für Pflegefachpersonen in der DelpHi-MV Studie. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz. 56(10):1398-1409.
- Dreier A, Rogalski H, Homeyer S, Oppermann R, Hoffmann W (2015a).** Aufgabenverteilung von Pflege und Medizin: aktueller Stand, Akzeptanz und erforderliche Qualifizierungsveränderungen für die pflegerische Profession. In: Zängl P (Hrsg.). „Zukunft der Pflege“. Wiesbaden: Springer VS, 95-115.
- Dreier A, Rogalski H, Homeyer S, Oppermann R, Hoffmann W (2015b).** Neue Versorgungs- und Qualifizierungsansätze im demographischen Wandel: Die künftige Aufgabenteilung im Gesundheitswesen. In: Pundt J (Hrsg.), Kälble K (Hrsg.). Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. Bremen: Apollon University Press; 405-428.
- Ethikkommission der Ärztekammer Niedersachsen (2006).** Ärztliches Selbstverständnis vor neuen Herausforderungen.
<https://www.aekn.de/assets/downloadcenter/files/Arzt-und-Recht/Ethik/thesenpapierethikkommission.pdf>
(Zugriff: 15.06.2015)
- Evangelischer Verband für Altenarbeit der Diakonischen Werke Rheinland, Westfalen und Lippe (2011).** EVA-Empfehlung. Personalkonzepte der Zukunft jetzt entwickeln. <http://www.diakonie-rwl.de/materialien/eva-rwl/positionen/110909E-VAEmpfehlungZukunftspersonalkonzepte.pdf> (Zugriff: 19.05.2006)
- Fischer MR (2012).** Medizinstudium als Grundstein für Versorgung und Forschung. Deutsches Ärzteblatt, 109(18): 325-326.
- Frank JR, Snell LS, Cate OT, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, Harris P, Glasgow NJ, Campbell C, Dath D, Harden RM, Iobst W, Long DM, Mungroo R, Richardson DL, Sherbino J, Silver I, Taber S, Talbot M, Harris KA (2010).** Competency-based medical education: theory to practice, Med Teach, 32 (8): 638-654.
- Freeth D, Nichol M (1998).** Learning clinical skills: an interprofessional approach. Nurse Education Today, 18, 455-461.
- Friedrichs A, Schaub HA (2011).** Akademisierung der Gesundheitsberufe – Bilanz und Zukunftsperspektive. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung, 28(4): 1-13.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2012).** Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V.
https://www.g-ba.de/downloads/62-492-600/2011-10-20_RL-63Abs3c.pdf (Zugriff: 15.05.2015).

Literaturverzeichnis

- Gerlinger T, Röber M (2014).** Vertragspolitik und Vergütung. <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72837/vertragspolitik-und-verguetung> (Zugriff: 12.06.2015)
- Gieseler V, Scheer D, Huysmann A, Motz W, Blank W, Kempka J, Marschall P, Fleßa S (2015).** Initiative Leben und Wohnen im Alter (ILWiA). Vorstellung der Projektergebnisse. Herausgegeben von: Technologiezentrum Fördergesellschaft mbH Vorpommern.
- GKV-Spitzenverband (2010).** Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002, i. d. F. vom 14.04.2010. http://www.bhpv.de/fileadmin/user_upload/bhpv/pdf/ahpv/bv_pflege_rv_amb_hospize%5B1%5D.pdf (Zugriff: 03.06.2015)
- Görres S, Bomball J, Schwanke A, Stöver M, Schmitt S (2010).** Imagekampagne für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten. Einstellungen von Schüler/innen zur möglichen Ergreifung eines Pflegeberufes. Ergebnisbericht. https://www.pflege-ndz.de/tl_files/pdf/Image_Abschlussbericht-Endfassung.pdf (Zugriff: 29.5.2015)
- Grobe TG, Klingenberg A, Steinmann S, Szecsenyl J (2015).** BARMER GEK Arztreport 2015. Auswertungen zu Daten bis 2013. Herausgeben von: BARMER GEK. <http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2015/150219-Arztreport-2015/PDF-Arztreport-2015,property=Data.pdf> (Zugriff: 04.06.2015)
- Hammick M (1998).** Interprofessional education: concept, theory and application. *Journal of Interprofessional Care*, 12: 323-332.
- Hasselhorn HM, Tackenberg P, Büscher A, Stelzig S, Kümmerling A, Müller BH (2005).** Wunsch nach Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland. In: Hasselhorn HM, Müller BH, Tackenberg P, Kümmerling A, Simon M. Herausgegeben von: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. http://www.baua.de/de/Publikationen/Uebersetzungen/Ue15.pdf?sessionid=AA1620DF448EAB9CC8ECAA1D89CD3BB6.1_cid323?__blob=publicationFile&v=8 (Zugriff: 01.06.2015)
- Hauswaldt J, Hummers-Pradier E, Junius-Walker U (2012).** Leistungsansprüche von chronisch Kranken, Multimorbiden und Häufignutzern: Sekundäranalyse von Routinedaten aus Hausarztpraxen, der Jahre 1996 bis 2006. *Dtsch Arztebl Int*, 109(47): 814-20.
- Hintzpetter B, List SM, Lampert T, Ziese T (2011).** Entwicklung chronischer Krankheiten. In: Günster, C; Klose, J.; Schmacke, N (Hrsg.): *Versorgungsreport 2011*. Stuttgart: Schattauer, 3-20.
- Hoffmann W, van den Berg N, Greinacher A, Krafczyk-Korth J, Siewert U, Fendrich K (2011).** Regionale Unterschiede des demographischen Wandels. *Passion Chirurgie*. In: *Der Chirurg BDC 2010*, 1(4): Artikel 02_05. 11:578-582.
- Höppner K, Kuhlmeier A (2009):** Gesundheitsberufe im Wandel. Relation von ärztlichen und nichtärztlichen Berufsgruppen. *GGW Jg. 9 (2)*: 7-14.
- Hornung J (2013).** Nachhaltiges Personalmanagement in der Pflege. Das 5-Säulen-Konzept. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Institute of Medicine (2003).** *Health professions education: A bridge to quality*. Washington D.C.: national Academy Press.
- Institut für Demoskopie Allensbach (2014).** MLP Gesundheitsreport 2014. IfD-Umfrage 6282. <http://www.mlp-ag.de/homepage2010/servlet/contentblob/586006/data/presentation.pdf> (Zugriff: 08.07.2014)
- International Council of Nursing (2015).** *Nurses: A force for change*. Professionelle Pflege: wirksam und wirtschaftlich. Herausgegeben von: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (OEGKV), Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK ASI). http://www.dbfk.de/media/docs/download/Internationales/IND-2015_Handbuch_deutsch.pdf (Zugriff: 15.06.2015)

Literaturverzeichnis

Isfort M, Weidner F, Neuhaus A, Kraus S, Köster VH, Gehlen D (2010). Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln.
http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_Pflege-Thermometer_2009.pdf (Zugriff: 30.06.2014)

Isfort, M.; Weidner, F.; Gehlen, D. (2012). Pflege-Thermometer 2012. Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln.
http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege_Thermometer_2012.pdf (Zugriff: 30.06.2014)

Jacobs K, Kip C (2009). Die ambulante ärztliche Profession - ein Beruf im Wandel. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, 9, (4): 7-15.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2009). Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. §87 Abs. 2b Satz 5 SGB V (Delegations-Vereinbarung): In-Kraft-Treten: 17.03.2009.
http://www.kbv.de/media/sp/08_Delegation.pdf (Zugriff: 04.06.2015)

Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband (2013). Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S.3 SGB V vom 1. Oktober 2013.
http://www.kbv.de/media/sp/24_Delegation.pdf (Zugriff: 04.06.2015)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2015). Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 2.Quartal 2015. http://www.kbv.de/media/sp/EBM_Gesamt___Stand_2_Quartal_2015.pdf (Zugriff: 15.10.2015)

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (2011). Qualität und Sicherstellung in der ambulanten medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern. Vereinbarung „Pflegeheim Plus“ und Projekt „Ambulante geriatrische Komplexbehandlung“ (AGKB).
http://www.kbv.de/media/sp/KVMV_QB2011.pdf (Zugriff: 12.06.2015)

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (2013a). Bedarfsplan für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern.
http://www.kvmv.info/aerzte/25/10/Bedarfsplanung_und_freien_Praxen/Bedarfsplan_KVMV_12112013.pdf (Zugriff: 29.05.2015)

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (2013b). Qualität und Sicherstellung in der ambulanten medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern. Qualitätsbericht 2013.
http://www.kvmv.info/aerzte/25/20/Qualitaetsberichte/QS-Bericht_KVMV_2013.pdf (Zugriff: 04.06.2015)

Keshkaran Z, Sharif F, Rambod M (2014). Students' readiness for and perception of inter-professional learning: A cross-sectional study. Nurse Education Today, 34 (6): 991-998.

Klinkhammer G, Krüger-Brand HE (2015). Kommunikative Kompetenz: „Mut zum Beziehungsaufbau“. Dtsch Ärztebl, 12 (21-22): A-966/B-812/C-788.

Kopetsch T (2010). Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus. Studie zur Altersstruktur- und Arztlöhnenentwicklung. Herausgegeben von: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung.
http://www.kbv.de/media/sp/Arztzahlstudie_2010.pdf (Zugriff: 29.05.2015)

Kuckartz U, Dresing T, Rädiker S, Stefer C (2008). Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis. 2.Auflage Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, GWV Fachverlage GmbH.

Kuhlmeier A, Höppner K, Schaeffer D (2011). Neue Aufgabenzuschnitte, Arbeitsteilung und Kooperationsformen. In: Schaeffer D, Wingenfeld K (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft, Juventa. Weinheim: 661-679.

Literaturverzeichnis

Kuhlmei A, Höppner K, Schaeffer D (2011). Neue Aufgabenzuschnitte, Arbeitsteilungen und Kooperationsformen. Herausgegeben von : Schaeffer D, Wingenfeld K. Handbuch Pflegewissenschaft, Juventa, Weinheim: 661-679.

Landkreis Vorpommern-Greifswald (2015). Projekte im Landkreis Mecklenburg-Vorpommern. Bildungscluster Greifswald/ Neubrandenburg - Strategieguppentreffen 27.05.2015. Unveröffentlichtes Material.

Laschinger H (1996). A theoretical approach to studying work empowerment in nursing: a review of studies testing Kanter's theory of structural empowerment in organizations. Nurs Adm Q 20(2): 25-41.

Lindeke LL, Sieckert AM (2005). Nurse – physician workplace collaboration. Online journal of issues in nursing, 10(1): 5.

Mahler C, Karstens S, Roos M, Szecsenyi J (2012). Interprofessionelle Ausbildung für eine patientenzentrierte Versorgung der Zukunft. Die Entwicklung eines Kompetenzprofils für den Bachelor-Studiengang „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung“. ZEFQ - Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 106: 523-532.

Meads G, Ashcroft J (2005). The Case for Interprofessional Collaboration in Health and Social Care. Oxford: Blackwell Publishing.

Meads, G. (2007). Walk the talk: Sustainable change in post 2000 interprofessional learning and development. A supplement to: Creating an interprofessional workforce: An education and training framework for health and social care. London: CAIPE/ Department of Health.

Medizinischer Fakultätentag, Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (2013). Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM). Entwurfsfassung. Kap. 1-4; 22; 23: Stand Lenkungsgruppe NKLM vom 23.05.2013. Kap. 5-21: Stand Arbeitsgruppen vom 15.7.2013.

Mickan S, Hoffmann SJ, Nasmith L (2010). Collaborative practice in a global health context: common themes from developed and developing countries. Journal of Interprofessional Care, 24 (5): 492.

Mikkelsen Kyrkjæbo J, Brattebo G, Smith-Strom Hilde (2006). Improving patient safety by using interprofessional simulation training in health professional education. Journal of Interprofessional Care, 20(5): 507-516.

Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern (2014). Ärztinnen und Ärzte nach Einrichtungen und Geschlecht, Mecklenburg-Vorpommern im Zeitvergleich auf Datenbasis der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern. http://www.regierung-mv.de/cms2/Regierungsportal_prod/Regierungsportal/de/sm/Aufgaben_und_Themen/Gesundheit_und_Arbeitsschutz/Referat_300_Gesundheitspolitik%2c_Gesundheitsberichterstattung%2c_Rechtsangelegenheiten_der_Abteilung/Gesundheitsberichterstattung/_Indikatoren/Download_der_Gesundheitsindikatoren_MV/index.jsp?para=e-bibointerth08 (Zugriff: 02.06.2015)

Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern (2015). Vernetzte Gesundheitsversorgung. http://www.regierung-mv.de/cms2/Regierungsportal_prod/Regierungsportal/de/sm/Aufgaben_und_Themen/Gesundheit_und_Arbeitsschutz/Referat_300_Gesundheitspolitik%2c_Gesundheitsberichterstattung%2c_Rechtsangelegenheiten_der_Abteilung/Vernetzte_Gesundheitsversorgung/index.jsp (Zugriff: 01.06.2015)

Monitor Pflege (2015). Zahlen und Fakten. monitor Pflege – Fachzeitschrift zur Versorgung, Management und Forschung in der Pflege. 02/15, 1. Jhrg.: 15.

Neitzke G (2005). Interprofessioneller Ethikunterricht. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung, 22 (2): Doc24.

Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen e.V. (2015). Gesundheitsland Mecklenburg-Vorpommern. Eine Region auf dem Weg an die Spitze. <http://www.deutsche-gesundheitsregionen.de/regionen/gesundheitsland-mecklenburg-vorpommern/> (Zugriff: 29.06.2015)

Literaturverzeichnis

- Niehaus F (2009).** Ein Vergleich der ärztlichen Vergütung nach GOÄ und EBM. WIP-Diskussionspapier 7/09. http://www.wip-pkv.de/uploads/tx_nppresscenter/Vergleich_der_aerztlichen_Verguetung_nach_GOAE_und_EBM.pdf (Zugriff: 15.06.2015)
- Nisbet G, Lee A, Kumar K, Thistlethwaite J, Dunston R (2011).** Interprofessional Health Education. A Literature Review. <http://www.health.wa.gov.au/wactn/docs/IPEAUSlitreview2011.pdf> (Zugriff: 10.03.2015)
- Oberste Landesplanungsbehörde Mecklenburg-Vorpommern (2013).** Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern 1990 bis 2060. http://www.demografie-mv.de/cms2/Demografie_prod/Demografie/de/Daten_Fakten_Trends/Altersstruktur/index.jsp (Zugriff: 28.05.2015)
- Offermanns M, Bergmann KO (2008).** Neuordnung von Aufgaben des ärztlichen Dienstes-Bericht des Deutsches Krankenhausinstituts (DKI). http://www.dkgev.de/media/file/4341.bericht-neuordnung_von_aufgaben.pdf (Zugriff: 02.06.2015)
- Oppermann R, Rogalski H, Hoffmann W, van den Berg N, Dreier A (2008).** Qualifikation „Community Medicine Nursing“ Konzept Curriculum Band 1. Reihe G, 6. Neubrandenburg: Hochschule Neubrandenburg; 82 p.
- Partecke M, von der Heyden M, Meissner K, Reppenhagen C (2014).** Erstmals gemeinsam: Pflegeschüler und Medizinstudenten üben den Notfall. http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/01_Greifswald.pdf (Zugriff: 03.06.2015)
- Pawils S, Klapper B, Schaeffer D, Koch U (2003).** Interprofessionelle Kommunikation im Krankenhaus. <http://www.deutscher-krankenhaustag.de/de/vortraege/pdf/GDK26-2003-11-21-Pawils-Lecher.pdf> (Zugriff: 03.06.2015)
- Phillippon DJ, Pimlott JFL, King S, Day RA, Cox C (2005).** Preparing health science students to be effective health care team members: the InterProfessional initiative at the University of Alberta. *Journal of Interprofessional Care*, 19 (3): 195-206.
- Ponzer S, Hylin U, Kusoffsky A, Lauffs M, Lonka K, Mattiason A et al. (2004).** Interprofessional training in the context of clinical practice: goals and student's perceptions on clinical education wards. *Medical Education*, 38: 727-736.
- Quandt M, Schmidt A, Segarra L, Beetz-Leipold C, Degirmenci Ü, Kornhuber J, Weih M (2010).** Wahlfach Teamarbeit: Ergebnisse eines Pilotprojektes zur interprofessionellen und interdisziplinären Ausbildung mit formativem Team-OSCE (TOSCE). *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 27 (4): 1-7.
- Regierungsportal Mecklenburg-Vorpommern (2015).** Daten, Fakten und Trends. http://www.demografie-mv.de/cms2/Demografie_prod/Demografie/de/Daten_Fakten_Trends/Altersstruktur/index.jsp (Zugriff: 23.02.2015)
- Richter K, Rogalski H, Oppermann RF (2008).** Innovative Ausbildungsstrukturen für eine zukunftsgerichtete Pflege. In: *Die Schwester Der Pfleger*, 47.Jahrg. 07/08: 660-662.
- Robert Bosch Stiftung (2013a).** Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/2013_Gesundheitsberufe_Online_Einzelseiten.pdf (Zugriff: 23.05.2014).
- Robert Bosch Stiftung (2013b).** Operation Team – Interprofessionelles Lernen in den Gesundheitsberufen. Die geförderten Projekte. <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/44092.asp> (Zugriff: 01.06.2015)
- Rodger S, Hoffmann (2010).** Where in the world is interprofessional education? A global environmental scan. *Journal of Interprofessional Care*, 24 (5): 479-491.
- Rogalski, H./Dreier, A./Oppermann, R. F./Hoffmann, W. (2008).** Community Medicine Nursing- ein Schritt im Professionalisierungsprozess der Pflege. *DieSchwesterDerPfleger*, 01/2008: 70-73.

Literaturverzeichnis

Rogalski, H. (2010). Systemische, multidimensionale Evaluation des Curriculum über die Praxisphase im „Community Medicine Nursing“ –Projekt zur Entwicklung eines praxisnahen, lernenden Curriculum.

http://ub-ed.ub.uni-greifswald.de/opus/volltexte/2010/776/pdf/diss_hagen_rogalski.pdf (Zugriff: 02.06.2015)

Rogalski H, Dreier A, Hoffmann W, Oppermann R (2012). Zukunftschance Pflege - von der Professionalisierung zur Restrukturierung des Aufgabenfeldes. Pflege. 2012; 25(1): 11-21.

Rothgang H, Müller R, Unger R (2012). Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun?

https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf (Zugriff: 03.06.2015)

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf> (Zugriff: 14.05.2014)

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014). Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf (Zugriff: 31.05.2015)

Schapper H (2011). Personalsituation in der Pflege. Untersuchung der LIGA der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in M-V e. V. Unveröffentlichtes Material.

Schultz JH, Burian M, Berger S (2014). Der Patient im Mittelpunkt: Interprofessionelle Ausbildung und Zusammenarbeit gestalten und entwickeln. Gestaltung Interprofessioneller Lehrveranstaltungen – Kommunikationstraining. http://tagung.interprofessionelle-gesundheitsversorgung.de/downloads/20140711_WS_02_IPE-LV_Kommunikationstraining.pdf (Zugriff: 10.06.2015)

Sermeus W, Aiken LH, Van den Heede K, Rafferty AM, Griffiths P, Moreno-Casbas MT, Busse R, Lindqvist R, Scott AP, Bruyneel L, Brzostek T, Kinnunen J, Schubert M, Schoonhoven L, Zikos D and RN4CAST consortium (2011). Nurse forecasting in Europe (RN4 CAST): Rationale, design and methodology. BMC Nursing 10:6 <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/10/6> (Zugriff: 31.05.2015)

Siewert U, Fendrich K, Doblhammer-Reiter G, Scholz R, Schuff-Werner P, Hoffmann W (2010). Versorgungsepidemiologische Auswirkungen des demografischen Wandels in Mecklenburg-Vorpommern: Hochrechnung der Fallzahlen altersassoziierter Erkrankungen bis 2020 auf der Basis der Study of Health in Pomerania (SHIP). Deutsches Ärzteblatt. 2010; 107(18), 328-334.

Simon M (2012). Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen. Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009. Studie für den Deutschen Pflegerat. http://fs.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/fs/personen/simon_michael/Simon__2012__Studie_zur_Beschaeftigung_in_Pflegeberufen.pdf (Zugriff: 18.06.2014)

Sottas B (2010). Les compétences génériques et les compétences spécifiques – rapport inter-médiaire du projet « Compétences finales des professions de la santé HES », 10ème Journée de travail Professions de santé : quelles formations pour quel besoin ?, Workshop No 5.

Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern (2011). Statistisches Jahrbuch Mecklenburg-Vorpommern 2011.

[http://www.statistik-mv.de/cms2/STAM_prod/STAM/_downloads/Veroeffentlichungen/aeltere_Ausgaben_Jahrbuch/Gesamtausgabe_\(2011\).pdf](http://www.statistik-mv.de/cms2/STAM_prod/STAM/_downloads/Veroeffentlichungen/aeltere_Ausgaben_Jahrbuch/Gesamtausgabe_(2011).pdf) (Zugriff: 23.02.2015)

Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern (2014a). Statistisches Jahrbuch. Mecklenburg-Vorpommern 2014.

[http://www.statistik-mv.de/cms2/STAM_prod/STAM/_downloads/Veroeffentlichungen/11_Gesamtausgabe\(2014\).pdf](http://www.statistik-mv.de/cms2/STAM_prod/STAM/_downloads/Veroeffentlichungen/11_Gesamtausgabe(2014).pdf) (Zugriff: 23.02.2015)

Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern (2014b). Erstausbildung – 1. Ausbildungsjahr in Pflegeberufen.

<http://www.dokumentation.landtag-mv.de/Parldok/dokument/36034/ausbildung-von-altenpflegekr%C3%A4ften-bzw-gesundheits-und-krankenpflegern-in-mecklenburg-vorpommern.pdf> (Zugriff: 23.02.2015)

Literaturverzeichnis

- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010).** Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Heft 2. http://www.statistikportal.de/statistik-portal/demografischer_wandel_heft2.pdf (Zugriff: 03.06.2015)
- Statistisches Bundesamt (2012).** Berechnung von Periodensterbetafeln. Methodische Erläuterungen zur Berechnung von Periodensterbetafeln für Deutschland. 1871/81 bis 2009/11. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsbewegung/PeriodensterbetafelErlaeuterungPDF_5126203.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff: 27.05.2015)
- Statistisches Bundesamt (2014).** Lebenserwartung. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Sterbefaelle/Tabellen/LebenserwartungBundeslaenderZeitreiheWeiblich.html> (Zugriff: 05.05.2014)
- Stockinger A (2014).** Personalentwicklung im Fokus von Kliniken und Pflegeeinrichtungen. In: Tewes R, Stockinger A (Hrsg.): Personalentwicklung in Pflege- und Gesundheitseinrichtungen. Erfolgreiche Konzepte und Praxisbeispiele aus dem In- und Ausland. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 3-14.
- Studiendekanat UMG (Universitätsmedizin Greifswald) (2014).** Zahlen und Fakten. Studierende. <http://www.uni-greifswald.de/informieren/zahlen/archiv.html> (Zugriff: 01.06.2015)
- Studiendekanat UMR (Universitätsmedizin Rostock) (2014).** Zahlen und Fakten. Medizinstudierende. Unveröffentlichtes Material.
- Studiendekanat Medizinische Fakultät Freiburg (2015).** Lehrangebot des Longitudinalen Strangs Interprofessionalität. <https://www.medizinstudium.uni-freiburg.de/foerderlinielehre/longstiordner/logstilehrangebot> (Zugriff: 10.06.2015)
- Szepan N (2013).** Neue Rolle für die Pflege. In: Gesundheit und Gesellschaft. Ausgabe 7-8/13, 16. Jahrgang, 37-40.
- Tewes R (2014).** Zukunft der Personalentwicklung in der Pflege. In: Tewes R, Stockinger A (Hrsg.): Personalentwicklung in Pflege- und Gesundheitseinrichtungen. Erfolgreiche Konzepte und Praxisbeispiele aus dem In- und Ausland. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 215-240.
- Themengruppe Interprofessionalität (2013).** Bericht der Themengruppe Interprofessionalität. Herausgegeben von: Bundesamt für Gesundheit BAG. http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/11724/14204/index.html?lang=de&download=NHZ-LpZeg7t,Inp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2YUq2Z6gpjClen9,e2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A-- (Zugriff: 09.06.2015)
- Thistlethwaite JE, Moran M (2010).** Learning outcomes for interprofessional education (IPE): literature review and synthesis. *Journal of Interprofessional Care*, 24 (5): 503-513.
- Thomas E (2014).** Untersuchungen zum Pflegepersonal des Kreiskrankenhauses Wolgast. Unveröffentlichtes Material. Thyrian J, Dreier A, Fendrich K, Lueke S, Hoffmann W (2011). Demenzerkrankungen - Wirksame Konzepte gesucht. *Deutsches Ärzteblatt*. 108(38): A1954-A1956.
- Thyrian JR, Fiß T, Dreier A, Fendrich K, Böwing G, Angelow A, Angelow A, Lueke S, Fleßa S, Freyberger H, Grabe H, Teipel S, Hoffmann W (2012).** Dementia: Life- and personcentered help in Mecklenburg-Western Pomerania, Germany (DelpHi) – study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 13(1): 56, 1-11.
- Universität Freiburg (2015).** Campustag für Medizinstudierende „Interprofessionelle Begleitung von Patienten im Rahmen der Diagnoseermittlung. <https://www.medizinstudium.uni-freiburg.de/studierende/praktischesjahr/veranstaltungen/2015-nov-dez-interprofessionelle-begleitung-von-patienten.pdf> (Zugriff: 09.06.2015)
- Van den Berg N, Meinke C, Heymann R, Dreier A, Terschüren C, Hoffmann W (2007).** Community Medicine Nurse-Arztunterstützung in ländlichen Regionen. *Pflege und Gesellschaft*, 12. Jhg. (2): 118-134.

Literaturverzeichnis

- Van den Berg N, Meinke C, Heymann R, Fiß T, Suckert E, Pöller C, et al. (2009).** AGnES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter - Evaluation der Modellprojekte: Qualität und Akzeptanz (Originalartikel) Deutsches Ärzteblatt. 2009, 106(1): 3-9.
- Van den Berg N, Kleinke S, Heymann R, Oppermann RF et al. (2010).** Überführung des AGnES Konzeptes in die Regelversorgung – Juristische Bewertung, Vergütung, Qualifizierung. Gesundheitswesen, 72 (5): 285-292.
- Vanier MC, Rivest J, Boucher S (2011).** Des équipes interprofessionnelles en soins de première ligne – rêve ou réalité ? Le Médecin du Québec, 46(2) :55-61.
- Vazirani S, Hays RD, Shapiro MF, Cowan M (2005).** Effect of a multidisciplinary intervention on communication and collaboration among physicians and nurses. Am. J. Crit. Care 14: 71-76.
- Wagner J, Liston B, Miller J (2011).** Developing interprofessional communication skills. Teaching and Learning in Nursing, 6: 97-101.
- Wakefield A, Cocksedge S, Boggis C (2006).** Breaking bad news: qualitative evaluation of an interprofessional learning opportunity. Medical Teacher, 28 (1): 53-58.
- Walkenhorst U, Mahler C, Aistleithner R, Hahn EG, Kaap-Fröhlich S, Karstens S, Reiber K, Stock-Schröer B, Sottas B (2015).** Positionspapier GMA-Ausschuss - „Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen“. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung, 32(2): Doc22.
- Weinert FE (2002).** Vergleichende Leistungsmessung in Schulen - eine umstrittene Selbstverständlichkeit. In: Weinert FE (Hrsg). Leistungsmessung in Schulen. Weinheim: Beltz, 17-31.
- Wershofen B, Fischer M (2014).** Förderung der interprofessionellen Kommunikation (FlnKo). http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/02_Flnko_Muenchen.pdf (Zugriff: 09.06.2015)
- World Health Organization (1988).** Learning together to work together for health. Report of a WHO Study Group on Multiprofessional Education of Health Personnel: the Team Approach. http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_769.pdf (Zugriff: 30.05.2015)
- World Health Organization (2010).** Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: WHO. http://whqlibdoc.who.int/HQ/2010/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf (Zugriff: 30.05.2015)
- Wissenschaftsrat (2012).** Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf> (Zugriff: 18.03.2015)
- Wissenschaftsrat (2014).** Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums in Deutschland auf Grundlage einer Bestandsaufnahme der humanmedizinischen Modellstudiengänge. <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/4017-14.pdf> (Zugriff 31.05.2015)
- Wolters Kluwer Deutschland GmbH (2015).** Gesetze des Bundes und der Länder. Landespflegegesetz Mecklenburg-Vorpommern (LPflegeG M-V). http://www.lexsoft.de/cgi-bin/lexsoft/justizportal_nrw.cgi?t=143506977786887059&sessionID=12296238811378838278&templateID=chtmltopdf&law=1 (Zugriff: 14.06.2015)
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (2014).** Vertragsärzte und -psychotherapeuten je 100.000 Einwohner 2010 bis 2012 (nach Arztgruppen). <http://www.versorgungsatlas.de/themen/versorgungsstrukturen/?tab=1&uid=20%20> (Zugriff: 08.10.2014)
- Zentrum für Qualität in der Pflege (2013).** Freiwilliges Engagement im pflegerischen Versorgungsmix. ZQP Themenreport. Druckerei Bunter Hund Berlin. <http://www.zqp.de/upload/content.000/id00367/attachment00.pdf> (Zugriff: 31.05.2015)

Abkürzungsverzeichnis

AGKB	Ambulante geriatrische Komplexbehandlung	CIPW	Creating an Interprofessional Workforce
AGnES	Arztentlastende E-Health gestützte Systemische Intervention	CT	Computertomographie
AIHC	American Interprofessional Health Collaborative	DAK	Deutsche Angestellten Krankenkasse
AIPPEN	Australasian Interprofessional Practice and Education Network	DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
AltPflG	Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz)	DCM	Dementia Care Management
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse	DelpHi-MV	Demenz: lebensweltorientierte und personenzentrierte Hilfen für Mecklenburg-Vorpommern
ÄApprO	Approbationsordnung für Ärzte	DRG	Diagnosis Related Groups
BetrAngFöRi M-V	Betreuungsangebote- förderrichtlinie Mecklenburg- Vorpommern	EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
BetrAngLVO M-V	Betreuungsangebote- landesverordnung Mecklenburg-Vorpommern	EIPPEN	European Interprofessional Education Network
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch	EMAU	Ernst-Moritz-Arndt-Universität
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	EQR	Europäischer Qualifikationsrahmen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit	EU	Europäische Union
BMVBS	Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung	EVA	Evangelischer Verband für Altenarbeit der Diakonischen Werke Rheinland, Westfalen und Lippe
BPflV	Bundespflegesatzverordnung	FB GPM HS NB	Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management der Hochschule Neubrandenburg
CanMEDS	Canadian Medical Education Directives for Specialists	FinKO	Förderung der interprofessionellen Kommunikationskompetenz für Pflege und Medizin durch gemeinsame Fallbesprechungen und Visiten- simulationstrainings
CAIPE	Centre for Advancement of Interprofessional Education	G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
CIHC	Canadian Interprofessional Health Collaborative	GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
		GMA	Gesellschaft für Medizinische Ausbildung

Abkürzungsverzeichnis

GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte	ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
ICM-VC	Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health	PfIBG	Pflegeberufegesetz
InterKiK	Interprofessionelle Kommunikation im Krankenhaus	PJ	Praktisches Jahr (im Medizinstudium)
IPC	Interprofessional Collaboration	PKV	Private Krankenversicherung
IPE	Interprofessional Education (interprofessionelle Ausbildung)	POL	Problemorientiertes Lernen
IPL	Interprofessional Learning (interprofessionelles Lernen)	PEQ	Projekt für Pflege, Engagement und Qualifizierung
JAIPE	Japanese Association for Interprofessional Education	RESI	Regionale Entwicklungs- und Stabilisierungsinitiative
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz	RIS3	Regionale Innovationsstrategie des Landes M-V
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz	SGB V	Sozialgesetzbuch V (Krankenversicherung)
KVMV	Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern	SGB XI	Sozialgesetzbuch XI (Pflegeversicherung)
LK VG	Landkreis Vorpommern-Greifswald	SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
MFT	Medizinischer Fakultätentag	TIWW	Technologie- und Innovationskreis Wirtschaft Wissenschaft
MmD	Menschen mit Demenz	TOSCE	Team OSCE (Objective Structured Clinical Examination)
MORO	Modellvorhaben der Raumordnung	TUF	Towards Unit for Health
MRT	Magnetresonanztomographie	UBC	University of British Columbia
M-V	Mecklenburg-Vorpommern	UMG	Universitätsmedizin Greifswald
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum	UMR	Universitätsmedizin Rostock
NEXT Studie	Nurses Early Exit Study	WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
NIPNET	Nordic Interprofessional Network	WS	Wintersemester
NKLM	Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin	ZPFK	Zuständige Pflegefachkraft

ISBN 978-3-00-050580-5



9 783000 505805 >