

Agenda Pflegeforschung für Deutschland

Impressum

Text & Herausgeber

Prof. Dr. Johann Behrens

(Pflegeforschungsverbund Mitte-Süd, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft,
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg)

Prof. Dr. Stefan Görres

(Pflegeforschungsverbund Nord, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),
Universität Bremen)

Prof. Dr. Doris Schaeffer

(Pflegeforschungsverbund NRW, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Bielefeld)

Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik

(Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) Witten und Fakultät
für Gesundheit, Department für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke)

Prof. Dr. Renate Stemmer

(Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V., Katholische Hochschule Mainz)

Bezugsstelle

Geschäftsstelle Agenda Pflegeforschung

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Magdeburger Straße 8, 06097 Halle (Saale)

Tel.: 0345 – 557 4472

E-Mail: info@agenda-pflegeforschung.de

Internet: www.agenda-pflegeforschung.de

Gestaltung

FORMAT 78, Halle (Saale)

Druck

Druckerei Lewerenz, Coswig (Anhalt)

Halle (Saale), 2012

Inhalt

1. Zur Entwicklung und Förderung der Pflegeforschung in Deutschland	2
1.1 Die Situation der Pflegewissenschaft in Deutschland	2
1.2 Die Ausbildungs- und Studiengangssituation	3
1.3 Herausforderungen der Forschungsförderung	4
Fördermittel für Pflegeforschung	4
Strukturbedingungen für Pflegeforschung	5
Ausbau wichtiger Forschungstraditionen	5
Forschungsthemen	7
1.4 Die Pflegeforschungsagenda	7
2. Prioritäre Forschungsthemen	9
2.1 Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege	9
2.2 Pflege und Pflegebedürftigkeit alter und hochaltriger Menschen	10
2.3 Leben mit chronischer Erkrankung	10
2.4 Pflege von Menschen mit Behinderung	12
2.5 Pflege von Kindern und Jugendlichen	13
2.6 Pflege in akuten Krankheitssituationen	14
2.7 Umgang mit Vulnerabilität	15
2.8 Auswirkungen neuer technologischer Entwicklungen	16
2.9 Pflegesysteme im Umbruch	17
2.10 Bildung in der Pflege	18

1. Zur Entwicklung und Förderung der Pflegeforschung in Deutschland

Eine qualitativ hochwertige Pflege ist unerlässlich, um den gesellschaftlichen Herausforderungen im Gesundheitswesen künftig begegnen zu können. Eine solche Pflege benötigt wissenschaftliche Grundlagen und ist der Evidenzbasierung verpflichtet – soweit besteht mittlerweile Konsens. Einigkeit herrscht auch darin, dass eine Lösung der pflegerischen Versorgungsprobleme der nächsten Jahrzehnte nur dann möglich sein wird, wenn die in Deutschland vorherrschende Verengung der Pflege und des Pflegebegriffs auf Unterstützung bei körperorientierten Selbstversorgungseinbußen überwunden und das Aufgabenspektrum der Pflege um präventive, rehabilitative, beratende, anleitende, edukative und versorgungssteuernde Aufgaben erweitert wird. Um das zu ermöglichen, muss deutlich mehr in die Pflege und die Pflegeforschung investiert werden. Dazu müssen jetzt die richtigen Weichen gestellt werden.

Ziel der hier vorgelegten Pflegeforschungsagenda 2020 ist es:

- auf die Bedeutung von Pflegeforschung und die Wichtigkeit nachhaltiger Förderstrukturen hinzuweisen
- für einen Zeitraum von zehn Jahren prioritäre Forschungsthemen festzulegen
- Entscheidungsgrundlagen für die künftige Förderung von Pflegeforschung bereitzustellen
- die Politik aufzufordern, dieses Forschungsgebiet auch in Deutschland künftig verlässlich und kontinuierlich mit Fördermitteln zu versehen.

Denn die Zeit ist reif, der Pflege in Forschung und Lehre einen eigenen und dauerhaften Platz einzuräumen.

1.1 Die Situation der Pflegewissenschaft in Deutschland

Die demografischen und epidemiologischen Veränderungen der letzten fünfzig Jahre, insbesondere die Zunahme von Hochaltrigkeit und chronischen Krankheiten, haben die Zahl der Menschen mit dauerhafter Unterstützungs- bzw. Pflegebedürftigkeit vervielfacht. So ist die Pflege bzw. die Frage ausreichender pflegerischer Versorgung zu einer gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Herausforderung ersten Ranges geworden, die an Bedeutung verbundenen gesellschaftlichen Veränderungen wie Individualisierung, Mobilität, Nachwuchsmangel, der technologischen Entwicklung und regionalen Disparitäten nicht nachsteht. Als Reaktion darauf und als Antwort auf den Pflegenotstand in den 1980er-Jahren, vor allem aber i.S. einer nachholenden Modernisierung gegenüber anderen Ländern, etab-

lierte sich auch in Deutschland vor etwa eineinhalb Jahrzehnten die Pflegewissenschaft an Fachhochschulen und Universitäten und baute dort Pflegestudiengänge auf. Einen wichtigen Schritt auf diesem Weg bildete die Förderung von drei Pflegeforschungsverbänden durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) von 2004 bis 2011. Diese Forschungsverbände haben mit ihren Projekten und Ergebnissen entscheidend zur Erarbeitung neuer Pflegekonzepte und zur Verbesserung pflegerischen Handelns beigetragen.

Obschon in den vergangenen Jahren zahlreiche Erfolge bei der Etablierung von Pflegewissenschaft und -forschung zu verzeichnen sind, wird bei einem internationalen Vergleich deutlich, dass die Situation noch nicht befriedigend ist. International gesehen bildet Deutschland nach wie vor eines der Schlusslichter in der Entwicklung von Pflegewissenschaft und Pflegeforschung. Diesen Entwicklungsrückstand zu beheben, gehört zu den großen Herausforderungen der Forschungspolitik. Dabei sind die im Folgenden skizzierten Aufgaben anzugehen.

1.2 Die Ausbildungs- und Studiengangssituation

Dringend erforderlich ist, die **Ausbildungs- und Studiengangsstruktur** weiter zu entwickeln und die in Deutschland noch ungenügende Akademisierung voranzutreiben.

Zweifellos ist in der Vergangenheit auf dem Gebiet der Pflegestudiengangsentwicklung vieles geschehen. So existierte 1990 in (West-)Deutschland noch kein Pflegestudiengang; bis zur Jahrtausendwende waren dagegen bereits rund 50 Pflegestudiengänge entstanden. (Manche fürchten, dass damit ein zu großes Studienangebot entstanden sein könnte – eine Fehlannahme. Berechnungen zufolge werden noch mehr als 50 Jahre benötigt, um allein 10% der Pflegenden akademisch qualifizieren zu können.) Bei genauerer Betrachtung zeigt sich jedoch, dass sie einem bunten Mix gleichen und ihnen eine aufeinander abgestimmte Gesamtstruktur fehlt. Das gilt für die Ausrichtung wie auch für die curriculare Gestaltung der Studiengänge. Denn Pflegewissenschaftler/-innen und Hochschulen verwirklichten seinerzeit bei der Etablierung von Pflegewissenschaft an ihren jeweiligen Standorten das, was sie für ihren gerade dringlichsten Beitrag zum Aufbau von Pflegewissenschaft und Pflegestudiengängen hielten. Dabei entstand eine große Varianz an Konzepten, die international jedoch oft nicht anschlussfähig sind. In den Industrieländern mit etablierter wissenschaftlicher Pflegeausbildung hat sich seit langem primär das Modell ausbildungsintegrierender Studiengänge durchgesetzt; sekundär, als zweitbeste Variante, duale Ausbildungsmöglichkeiten, die berufliche Ausbildung und pflegewissenschaftliches Studium zusammenführen. In Deutschland ist der internationale Normalfall, nämlich von Universitäten angebotene ausbildungsintegrierende BSc- mit konsekutiven MSc- und Promotionsprogrammen, noch selten. Duale wissenschaftliche Ausbildungen an Fachhochschulen sind erst jetzt im Entstehen begriffen und haben noch Modellstatus.

Handlungsbedarf besteht auch bei der Förderung wissenschaftlichen Nachwuchses, etwa beim Angebot für die Forschung dringend benötigter Promotionsmöglichkeiten, was seine Ursache u.a. darin hat, dass der Ausbau von Pflegewissenschaft an Universitäten stagniert.

Trotz der zahlreichen Aktivitäten und Studiengangsgründungen in den vergangenen Jahren sind also in der Studiengangsentwicklung noch etliche Herausforderungen anzugehen, um zu einer in sich stimmigen und international anschlussfähigen **Gesamtstruktur der Studiengänge** zu kommen. Dazu brauchen wir einen Pflegebildungsgipfel, der sich u. a. der Aufgabe stellt, verbindliche Standards für die Pflegestudiengänge zu entwickeln.

Außerdem steht an, die unterhalb der akademischen Ebene liegenden Ausbildungen (und auch die Fort- und Weiterbildung) sinnvoll an die begonnene Akademisierung anzupassen, so dass insgesamt ein abgestimmtes, vertikal und horizontal durchlässiges Ausbildungssystem in der Pflege entsteht.

1.3 Herausforderungen der Forschungsförderung

Auch die Förderung von Pflegeforschung bedarf intensiverer Aufmerksamkeit sowohl auf finanzieller, struktureller als auch auf inhaltlicher Ebene.

Fördermittel für Pflegeforschung

Auch der Aufbau von Pflegeforschung ist in den letzten Jahren gut vorangekommen. Dennoch ist der erreichte Entwicklungsstand noch nicht befriedigend. Angesichts der auf die Pflegeforschung wartenden Aufgaben und um den Entwicklungsrückstand im internationalen Vergleich aufholen zu können, bedarf es hinreichender finanzieller Ressourcen und vor allem einer **kontinuierlichen Förderung** von Pflegeforschung. Doch gerade daran mangelt es. Nach wie vor zeigen in Deutschland nur wenige Institutionen und Förderer Bereitschaft, sich für einen mehr als punktuellen Ausbau der Pflegeforschung zu engagieren. Umso bedeutsamer war daher die Förderung von drei Pflegeforschungsverbänden von 2004 bis 2011 aus Bundesmitteln. Die Herausforderungen für die Pflegeforschung sind mit dem Auslaufen der Verbände jedoch keineswegs gelöst.

Damit eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Pflegeforschung möglich ist, muss sie – wie international längst üblich und in der Medizin selbstverständlich – auch in Deutschland **langfristig als eigenständiges Gebiet** in den bestehenden Fördersystemen für Forschung verankert werden. Als Beispiel seien die USA erwähnt: Dort mündete die Institutionalisierung von Pflegeforschung bereits vor Jahrzehnten in der Gründung eines National Institutes of Nursing Research (NINR), womit Pflegeforschung formal der medizinischen Forschung gleichgestellt wurde. Allein das National Institute of Nursing Research förderte im Jahr 2008

Pflegeforschung in den USA mit knapp 140 Millionen US-Dollar. Hinzu kommen erhebliche Eigenmittel der Universitäten und Stiftungen.

Auch in Deutschland bedarf es langfristiger Förderprogramme für Pflegeforschung. Nur so wird es gelingen, mit der internationalen Entwicklung in diesem Forschungsgebiet Schritt zu halten und der deutschen Pflegewissenschaft die nötige Substanz zu verleihen, damit von ihr zukunftsweisende Impulse für das deutsche Gesundheitswesen ausgehen können.

Strukturbedingungen für Pflegeforschung

Trotz beachtlicher Forschungsaktivitäten fehlt es in Deutschland zudem noch an tragfähigen Strukturen für die Pflegeforschung. Dies ist u.a. Folge dessen, dass der Ausbau von Pflegewissenschaft überwiegend an Fachhochschulen erfolgte, die nicht über die erforderlichen infrastrukturellen Voraussetzungen für Forschung verfügen. Eine weitere Ursache besteht darin, dass die universitäre Verankerung der Pflegeforschung noch unzureichend ist. Bislang konnte Pflegewissenschaft nur an sechs Universitäten angesiedelt werden, und das ist weitaus zu wenig. Allein um die Anforderungen im Bereich der Nachwuchsförderung zu erfüllen, jedoch auch um die Forschungsentwicklung zu forcieren, ist ein weiterer universitärer Ausbau von Pflegewissenschaft notwendig. Handlungsbedarf besteht also sowohl bei der Schaffung einer forschungsangemessenen Infrastruktur, bei der Förderung der Forschungsentwicklung an den Fachhochschulen als auch bei dem weiteren Ausbau universitärer Pflegewissenschaft.

Ausbau wichtiger Forschungstraditionen

Betrachtet man die existierende deutsche Pflegeforschung unter inhaltlichen Gesichtspunkten, zeigt sich, dass noch wichtige Forschungstraditionen fehlen. Zwar ist es – nicht zuletzt durch die Pflegeforschungsverbände – gelungen, den Nachholbedarf auf dem Gebiet sowohl der quantitativen als auch der qualitativen **klinischen Pflegeforschung** anzugehen und damit erste Schritte zu unternehmen für den Aufbau einer für die Evidenzbasierung der Pflege unverzichtbaren Forschungstradition. Dennoch steht die Entwicklung erst am Anfang, so dass die Forschungsaktivitäten in diesem Bereich zukünftig verstärkt werden müssen.

Zugleich darf Pflegeforschung nicht auf klinische Forschung reduziert werden. Genauso wichtig ist der Ausbau anderer notwendiger Forschungstraditionen. Dazu gehört vor allem die **pflegerische Versorgungsforschung** – ein Forschungsgebiet, das beispielsweise in den USA mit erheblichen finanziellen Mitteln gefördert wird. Auch hierzulande ist der Problemdruck in allen Bereichen der pflegerischen Versorgung überaus groß, weil sich Bedingungen, Aufgaben, Arbeitsteilungen und Versorgungsprozesse in den vergangenen Jahren im Krankenhaussektor, in der stationären Langzeitversorgung oder in der ambulanten Pflege rapide verändert haben. Die Notwendigkeit pflegerischer Versorgungsforschung wird sich spätestens bei der Umsetzung der nächsten Pflegereform wieder neu zeigen, wenn

Implementationsprobleme die Reformumsetzung erschweren. Wichtig ist, an dieser Stelle einem Missverständnis vorzubeugen. Ebenso wenig, wie Pflegeforschung auf klinische Forschung reduziert werden kann, darf sie auf Versorgungsforschung verengt und vollständig unter diese subsumiert werden. Hinzu kommt, dass sich die Versorgungsforschung in Deutschland weitgehend auf Fragestellungen konzentriert, die dem SGB V zuzurechnen sind, d. h. aus medizinischer bzw. akutversorgender Perspektive konzipiert sind. Die Pflege unterliegt dagegen zu weiten Teilen dem SGB XI und ist wichtiger Bestandteil der Langzeitversorgung. Pflegeforschungsprojekte folgen zudem sowohl im Bereich des SGB V als auch des SGB XI einer anderen Sicht- und Zugriffsweise, einer „Nursing Perspective“.

Eine weitere auszubauende Forschungstradition ist die **(Pflege-) Systemforschung**. Sie ist u. a. notwendig, um Fragen der Weiterentwicklung des Pflegesystems systematisch nachgehen zu können und beispielsweise zu untersuchen, warum es bis heute in Deutschland nicht gelungen ist, die allgemein akzeptierte Forderung „ambulant vor stationär“ so weitreichend umzusetzen wie in anderen Ländern und welche Hürden dem entgegenstehen.

Wie wichtig die **patientenorientierte Pflegeforschung** ist, wurde in den kürzlich abgeschlossenen Pflegeforschungsverbänden erneut deutlich. Denn für viele Fragestellungen in der Pflege fehlt es an dem erforderlichen Wissen aus Patienten- und Nutzersicht. So wissen wir beispielsweise noch viel zu wenig, wie sich chronische Krankheit und dauerhafte Pflegebedürftigkeit für die Patienten und Nutzer selbst darstellen. Dieses Wissen ist jedoch notwendig, damit die Pflege bedarfsgerechte Antworten entwickeln kann – oder um Interventionen zu vermeiden, die an den Problemen der Erkrankten bzw. Pflegebedürftigen vorbei- und deswegen fehlgehen.

Ebenso ist es wichtig, sich mit dem **Kern der Pflege** auseinanderzusetzen. Gemeint ist die Frage danach, wie das gesundheitliche Wohlbefinden und die Partizipation von Menschen gestärkt werden können, die sich in einer prinzipiell durch Vulnerabilität (Schutzbedürftigkeit) gekennzeichneten Situation befinden. Pflegebedürftige leiden unter unterschiedlichen dauerhaften Gesundheitseinschränkungen und Funktionseinbußen, die in der Regel von Ressourcenverlusten auf sozialer, psychischer und ökonomischer Ebene begleitet sind. Was es aus Sicht der Pflegebedürftigen heißt, sich mit Vulnerabilität und gesundheitlicher Fragilität arrangieren zu müssen, welche Teilhabemöglichkeiten realisierbar sind, wie unter diesen Bedingungen Selbstbestimmung und Partizipation zu ermöglichen sind und was sie für die einzelnen Pflegebedürftigen bedeuten – darüber fehlt es an Wissen.

Eine weitere wichtige, in Deutschland bislang kaum ausgebildete Forschungstradition stellt die **Pflegebildungsforschung** dar. Ihre Bedeutung dürfte durch die Ausführungen zur Studien- und Ausbildungssituation deutlich geworden sein. Die Pflegeberufe benötigen mehr Wissen darüber, welche Effekte die bestehenden Ausbildungen haben und wie sie sich auf die Versorgungsqualität auswirken. Auch das Thema Wissenstransfer bedarf systematischer Untersuchungen.

Exemplarisch zeigt dieser Überblick, dass eine wichtige Aufgabe der Zukunft darin besteht, **alle** für die Pflege relevanten Forschungstraditionen auszubauen, um Pflegewissenschaft und Pflegeforschung internationalen Standards gemäß weiterentwickeln zu können, aber auch, um die vielfältigen Probleme in der Praxis besser zu bewältigen.

Abschließend sei ein Problem erwähnt, das für das Verständnis der gegenwärtigen Situation in der Pflegeforschung wichtig ist. Vor allem der Aufbau anwendungsorientierter Pflegeforschung ist in den vergangenen Jahren gut vorangekommen. Jedoch darf die **Grundlagenforschung** keinesfalls als weniger wichtig angesehen werden. Sie ist unverzichtbar, um die wissenschaftliche Fundierung vorantreiben und einen eigenen „Body of Knowledge“, eine eigene Wissensbasis entwickeln zu können.

Forschungsthemen

Betrachtet man die Forschungsaktivitäten in der Pflege unter inhaltlichen Gesichtspunkten, fällt das beeindruckend weite Spektrum an Themen auf. Binnen Kürze ist es in den vergangenen Jahren gelungen, eine bunte Palette an Forschungsthemen zu erschließen. Zugleich fehlte aber in der Forschungsentwicklung eine Vision davon, welche Pflegeforschung benötigt wird, um:

- einerseits die Wissenschafts- und Praxisentwicklung sowie die Modernisierung und Professionalisierung der Pflege zu fördern
- andererseits dem gesellschaftlichen Wandel mit seinen zahlreichen Anforderungsveränderungen Rechnung zu tragen.

Die thematische Breite birgt die Gefahr, sich in der Vielfalt zu verlieren und damit gezielten Erkenntniszuwachs zu erschweren. Um Erkenntnisziele zu definieren und die Forschungsentwicklung systematischer steuern zu können, wird seit längerem die Erarbeitung eines Nationalen Forschungsprogramms oder einer Pflegeforschungsagenda gefordert, wie sie in einer ganzen Reihe von Ländern, z.B. in der USA vom National Institute of Nursing Research (NINR), in regelmäßigen Abständen vorgelegt wird.

1.4 Die Pflegeforschungsagenda

Eine solche Agenda wird hier erstmals für Deutschland vorgelegt. Ziel der Pflegeforschungsagenda ist es,

- auf die Wichtigkeit der Pflegeforschung und nachhaltiger Förderstrukturen in diesem Gebiet hinzuweisen
- für einen Zeitraum von ca. zehn Jahren prioritäre Forschungsthemen festzulegen und sich dabei sowohl auf die schon heute drängenden als auch auf die künftig wichtigen Forschungsthemen zu konzentrieren

- Entscheidungsgrundlagen für die künftige Forschungsförderung auf diesem Gebiet bereit zu stellen.

Erarbeitet wurde diese Agenda von einer Redaktionsgruppe, bestehend aus den Sprechern der von 2004 bis 2011 vom BMBF geförderten Pflegeforschungsverbände der Universität Halle-Wittenberg, der Universität Bremen und der Universität Bielefeld, der Sprecherin des DZNE/Universität Witten-Herdecke sowie der Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft. Die Erarbeitung der Pflegeforschungsagenda wurde gefördert aus Mitteln der Robert Bosch Stiftung.

Die Erstellung der Pflegeforschungsagenda und die dazu nötige Konsensbildung wurden eng mit Vertretern aus Pflegewissenschaft und -praxis abgestimmt. Auf einem Expertenpanel am 10.12.2010 in Berlin wurde das Vorgehen zur Agendaerstellung mit Pflegewissenschaftlerinnen und Pflegewissenschaftlern diskutiert. Die Redaktionsgruppe erstellt daraufhin, gestützt auf eine Recherche und Analyse internationaler Agendaprojekte sowie entsprechender Forschungsliteratur, einen ersten Entwurf, der am 23.02.2011 in Mainz fachöffentlich diskutiert und ergänzt wurde. In einer anschließenden breiten, sowohl an Pflegewissenschaftler/-innen wie auch an Beschäftigte in der Pflegepraxis adressierten Onlinebefragung konnten weitere 4.509 Ergänzungsvorschläge eingebracht werden, unter deren Berücksichtigung dann die Redaktionsgruppe den abschließenden Text – vor allem die nachfolgend dargestellten prioritären Forschungsthemen – formulierte. Das gesamte Vorgehen wurde auf dem 3-Länderkongress Pflege und Pflegewissenschaft in Konstanz vom 18.-20.09.2011 vorgestellt, mit den entsprechenden Initiativen Österreichs und der Schweiz verglichen und diskutiert.

Die Redaktionsgruppe dankt der Robert Bosch Stiftung für die finanzielle Unterstützung. Sie dankt außerdem den am Konsensbildungsprozess Beteiligten aus Pflegewissenschaft und -praxis für ihr reges Interesse und die zahlreichen Anregungen, insbesondere Dr. Gertrud Ayerle, Prof. Dr. Annegret Horbach, Dr. Manfred Hülsken-Giesler, Prof. Dr. Lorenz Imhof, Prof. Dr. Christiane Kugler, Dr. Christiane Luderer, Jun.-Prof. Dr. Sabine Metzinger, Prof. Dr. Eva Maria Panfil, Prof. Dr. Hartmut Remmers, Dr. Almut Satrapa-Schill und Franz Wagner. Unser Dank gilt auch den wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern – namentlich Christiane Becker, Anja Behnke, Niels Harenberg und Dr. Svenja Schmitt, die die Erstellung der Pflegeforschungsagenda konstruktiv begleitet haben.

2. Prioritäre Forschungsthemen

2.1 Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege

In den nächsten Jahrzehnten wird, wie zahlreiche Prognosen zeigen, der demografische Wandel deutlich an Tempo gewinnen; dementsprechend wird sich die Zahl Pflegebedürftiger bis 2050 voraussichtlich verdoppeln. Um dieser Entwicklung angemessen begegnen zu können, sind dem Gesundheitswesen und speziell der Pflege künftig große Anstrengungen abverlangt, die noch stärker als schon jetzt der Pflege als typische Aufgaben zugewiesen werden. Zu den größten Herausforderungen gehört die Intensivierung der Prävention und Gesundheitsförderung mit dem Ziel a) der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit sowie b) der Verhinderung von Verschlechterungen bei bereits beeinträchtigter Gesundheit und bestehender Pflegebedürftigkeit, aber auch c) der Stärkung der verbliebenen Gesundheit und Teilhabe trotz bestehender Funktionseinbußen. Dies alles sind wichtige Pflegeaufgaben.

Zur Prävention von Pflegebedürftigkeit und zur Gesundheitsförderung in der Pflege ist in den vergangenen Jahren vieles geschehen, doch nach wie vor zu wenig. Das hat seine Ursache u.a. darin, dass es hierzulande an hinreichenden empirischen Grundlagen für die Entwicklung evidenzbasierter Konzepte zur Prävention von Pflegebedürftigkeit und Gesundheitsförderung in der Pflege fehlt und die präventive Pflegeforschung in Deutschland nur rudimentär entwickelt ist. Dies zu verändern ist eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe der Zukunft und erfordert politische Entscheidungen und Rahmenbedingungen.

Erforderlich sind Studien zu:

- der Identifizierung vorhandener präventiver und gesundheitsförderlicher Potenziale trotz drohender oder bestehender Erkrankung und Pflegebedürftigkeit
- der Entwicklung, Erprobung und Evaluation von zielgruppenspezifischen Interventionskonzepten und -strategien zur Prävention von Pflegebedürftigkeit bei unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen
- der Ermittlung der Möglichkeiten von Prävention und Gesundheitsförderung in den unterschiedlichen Settings der Pflege, insbesondere der ambulanten und stationären Langzeitpflege, aber auch im Bereich neuer Wohnformen und der häuslichen Versorgung
- der Konzeption pflegerischer quartiersnaher- und familienorientierter Interventionen zur Stärkung verbliebener Gesundheitsressourcen und Teilhabechancen
- der Entwicklung und Evaluation von Interventionsstrategien zur Gesundheitsförderung unter systematischer Vernetzung der wichtigen Helfergruppen in der Pflege, d.h. professionell Pflegenden, pflegender Angehöriger und ehrenamtlicher Helfer (Care-Mix).

2.2 Pflege und Pflegebedürftigkeit alter und hochaltriger Menschen

Die durchschnittliche Lebenserwartung ist in den vergangenen Jahren in Deutschland kontinuierlich gestiegen. Damit einhergehend hat sich der Anteil älterer und hochaltriger Menschen an der Bevölkerung erhöht. Prognosen zufolge werden bis zum Jahr 2050 ca. 40% der Bevölkerung über 60 Jahre alt sein, knapp 11% über 80 Jahre. Für viele ältere Menschen ist der Gewinn an Lebensjahren mit einer Zunahme an gesunden Lebensjahren verbunden. Vor allem das jüngere Alter verläuft schon heute weitgehend beschwerdefrei. Doch mit zunehmendem Alter und besonders im hohen Alter steigt die Wahrscheinlichkeit von gesundheitlichen Einschränkungen, Funktionsverlusten und Pflegebedürftigkeit. Das gilt besonders für die Zunahme demenzieller Erkrankungen und kognitiver Einbußen, bei denen in den nächsten Jahrzehnten nahezu eine Verdoppelung der jetzigen Zahlen zu erwarten ist. Inzwischen herrscht Konsens darüber, dass diese Entwicklung für das gesamte Gesundheitswesen, doch vor allem für die Pflege, mit zahlreichen Herausforderungen und neuen Aufgaben verbunden ist. Einigkeit besteht auch darin, dass es für viele dieser Herausforderungen noch an adäquaten und evidenzbasierten Antworten in der Pflege fehlt, so dass die altersbezogene Pflegeforschung dringend intensiviert werden muss.

Erforderlich sind Studien zu:

- der Dynamik und Dauer von Pflegeverläufen im hohen Alter unter Beachtung geschlechtsspezifischer, lebenslagen- und lebenslaufspezifischer Aspekte
- der Förderung und Aufrechterhaltung von Autonomie und Teilhabe trotz Pflegeabhängigkeit sowie zur Identifizierung und Unterstützung von Self-Care- und Selbstmanagementpotenzialen
- der Situation von pflegebedürftigen Menschen mit hoher Vulnerabilität, z.B. alleinlebenden pflegebedürftigen alten Menschen oder Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund
- der Entwicklung, Erprobung und Evaluation bedarfsgerechter Pflegestrategien bei Demenz und pflegebedürftigen Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen
- der palliativen Pflege alter Menschen, ihren Möglichkeiten, ihrer Teilhabe am von ihnen gewünschten sozialen Leben, den konzeptionellen Erfordernissen und auch ethischen Herausforderungen zur Ermöglichung einer höheren Lebensqualität am Ende des Lebens und eines würdigen Sterbens
- dem Ressourcenerhalt und Empowerment unterschiedlicher Gruppen pflegender Angehöriger.

2.3 Leben mit chronischer Erkrankung

Mit dem demografischen und epidemiologischen Wandel ist auch der Anteil chronischer Krankheiten im Morbiditäts- und Mortalitätsspektrum deutlich gewachsen. Diese Entwicklung wird sich in den kommenden Jahren weiter fortsetzen. Schon heute machen chronische Krankheiten in Europa mehr als die Hälfte der Krankheitsfälle aus. Chronische Krankheiten erfassen Menschen in allen Lebensphasen, nicht nur im Alter. Sie erfordern, wie seit langem betont wird, multiprofessionelle Behandlungs- und Versorgungskonzepte, bei denen der Pflege besondere Bedeutung zukommt. Das gilt vor allem für die Spätphasen chronischer Krankheit, in denen sich oft dauerhafte Funktionseinschränkungen und Pflegebedürftigkeit einstellen und für alle Phasen, die durch chronischen Schmerz belastet sind. Die Pflege an die Herausforderungen, die das Leben mit chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit aufwirft, anzupassen und problemangemessene Pflegekonzepte und -strategien zu entwickeln, ist eine weder international noch national befriedigend gelöste Aufgabe. Gefordert sind evidenzbasierte Pflegekonzepte und -strategien, die der Spezifik der Problemsituation entsprechen, dem Bedarf und den Bedürfnissen der Erkrankten gerecht werden und dazu geeignet sind, ein selbstbestimmtes Leben trotz Krankheit zu ermöglichen. In Deutschland wurden zur Entwicklung evidenzbasierter Pflegestrategien zahlreiche Anstrengungen unternommen. Jedoch fehlt es für viele damit in der Pflege verbundenen Aufgaben noch an hinreichendem empirischem Wissen. So liegt etwa über die Spätstadien chronischer Krankheit, die Zeit, in der sich Funktionseinbußen und Pflegebedürftigkeit auszuweiten beginnen und immer mehr das Leben ergreifen, noch viel zu wenig pflegerelevantes Wissen vor. Ähnliches gilt für das Erleben des Krankheits- und Pflegegeschehens aus Patienten- und Nutzersicht, die Herausforderungen des Symptom- und Selbstmanagements, die Präferenzen der Betroffenen, wenn es um die Gestaltung der Pflege und der pflegerischen Versorgung, oder aber den Umgang mit neuen pharmakologischen und technologischen Optionen geht. Auch Pflegeberatung, Patienteninformation und -edukation ebenso wie partizipationsorientierte Pflege sind trotz zunehmender Relevanz hierzulande zu wenig untersuchte Themen.

Erforderlich sind Studien zu:

- den mit den Spätstadien chronischer Erkrankung einhergehenden Versorgungs- und Pflegeproblemen
- den Sichtweisen der Erkrankten und ihrer Familien auf das Leben mit chronischer Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit von Fremdhilfe
- den Präferenzen Pflegebedürftiger bei der Gestaltung der Pflege und der pflegerischen Versorgung sowie den daraus erwachsenen Konsequenzen für die Versorgung und

Pflege

- der Effektivität und Effizienz klinisch-therapeutischer Pflegeinterventionen bei chronischer Krankheit sowie zur Qualitätssicherung und Evidenzbasierung der Pflege
- dem Bedarf an edukativer Unterstützung chronisch Erkrankter und Pflegebedürftiger – sei es in Form von Information, Beratung und Anleitung oder Kompetenzförderung
- der Entwicklung, Erprobung und Evaluation von nachhaltig wirksamen Strategien zum Symptom- und Selbstmanagement, zum Empowerment und zur Partizipation für Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen.

2.4 Pflege von Menschen mit Behinderung

Obwohl die Pflege von Menschen mit Behinderung eine bedeutsame gesellschaftliche Aufgabe darstellt, die künftig weiter an Relevanz gewinnt, findet sie bislang wenig Beachtung in der Forschung. Bereits heute leben 8,7 Millionen Menschen mit Behinderung in Deutschland, ca. 75% haben das 55. Lebensjahr überschritten. Mit zunehmendem Alter steigt die Zahl derer, die ihre wichtigsten Unterstützer/-innen, Eltern oder Partner/-innen, verloren haben und auf Fremdhilfe und Pflege angewiesen sind.

Behinderung, die immer häufiger Pflegebedürftigkeit begründet, ist keine Krankheit. Daher kann die Pflege von Menschen mit Behinderung weder umstandslos der Pflege chronisch Kranker noch der Altenpflege zugerechnet werden. Die Pflege von Menschen mit Behinderung zeichnet sich durch eine Reihe von Besonderheiten aus: Pflege versteht sich hier als Assistenz. Ihr Ziel ist es, trotz Behinderung selbstbestimmte Partizipation am sozialen und gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen und – dem Capability-Ansatz folgend – die Entfaltung von Fähigkeiten zu unterstützen. Viele Menschen mit Behinderung wissen genau, was sie für ihre Entfaltung und ein selbstbestimmtes Leben an Pflege benötigen, andere benötigen zur Abklärung dessen pflegerische Unterstützung. Doch immer geht es um Selbstbestimmung und Partizipation im Sinne des SGB IX. Selbstbestimmung bleibt auch dann noch ein wesentliches und erreichbares Ziel, wenn Selbständigkeit nicht mehr oder nur noch graduell zu erreichen ist.

Dieses Ziel erfordert neue, konsequent an den Nutzern orientierte, partizipationsorientierte Pflegekonzepte und ein anderes Selbst- und Aufgabenverständnis der professionell Pflegenden. Eine Intensivierung der Forschung zur Pflege von Menschen mit Behinderung ist daher von prioritärer Bedeutung.

Dafür spricht ein weiterer Grund. „Pflegebedürftige“ im Sinne des SGB XI sind, soweit sie mindestens ein halbes Jahr pflegebedürftig sind, zugleich „behindert“ im Sinne des SGB IX. Es ist notwendig, die unterschiedlichen Begrifflichkeiten der Sozialgesetzbücher, die sich nicht nur auf ähnliche Sachverhalte, sondern häufig auch auf die gleiche Person beziehen, stärker im Zusammenhang zu sehen und damit nutzerorientierte Lösungen zu ermöglichen.

Erforderlich sind Studien zu:

- der Umorientierung des Selbst- und Aufgabenverständnisses der Pflege sowie der Entwicklung von Pflegekonzepten, die auf Selbstbestimmung und Partizipation pflegebedürftiger Menschen mit Behinderung ausgerichtet sind
- den Partizipationsbedürfnissen und sozial ungleichen Partizipationschancen von Menschen mit Behinderung (epidemiologische Verlaufsstudien, z.B. Kohortenstudien)
- der Entwicklung von pflegerischen Interventionsstrategien, um präventive und rehabilitative Partizipationspotenziale auch bei bleibenden Aktivitätseinschränkungen zu erschließen
- den Maßnahmen, die zum Empowerment und zur Entfaltung von „Capabilities“ beitragen
- den Unterstützungspotenzialen durch pflegerisch beratende Mitglieder derselben Generation (Freunde, Familienmitglieder, bürgerschaftlich Engagierte)
- den Formen und Auswirkungen sozialer Ungleichheit in der Nutzung und Nutzbarkeit von partizipationsorientierter Prävention und Gesundheitsförderung bei der Pflege von Menschen mit Behinderung.

2.5 Pflege von Kindern und Jugendlichen

Kinder und Jugendliche haben in der deutschsprachigen Pflegeforschung bislang wenig Beachtung gefunden. Infolge des demografischen Wandels ist die Aufmerksamkeit vor allem auf die älter werdenden Generationen gerichtet. Angesichts der Zunahme chronischer Erkrankungen auch im Kindes- und Jugendalter besteht jedoch dringender Bedarf, Säuglinge, (Klein-)Kinder und Jugendliche intensiver in den Blick der Pflegeforschung zu nehmen. Dies gilt in gleicher Weise für die wachsende Zahl an Frühgeborenen, denn sie haben ein größeres Risiko, eine dauerhafte Gesundheitsbeeinträchtigung und/oder Behinderung zu entwickeln. Aufgabe der Pflege ist es hier, Familien zu unterstützen und zu befähigen, die Pflege des Frühgeborenen selbstständig und kompetent zu übernehmen. Auch die Pflege von Kindern in psychosozial hoch belasteten Familien wird zu einer zunehmend wichtiger werdenden Aufgabe. Neben direkten Interventionsaufgaben in den unterschiedlichen Phasen des Krankheitsverlaufs kommt der Pflege hier vor allem die Aufgabe der Beratung und Begleitung schwerkranker, sterbender Kinder und ihrer Familien zu. Für viele dieser und anderer Pflegeaufgaben fehlt es jedoch an empirischem Wissen und evidenzbasierten Konzepten. Daher ist es erforderlich, (Klein-)Kinder und Jugendliche in ihrer Rolle als Kranke und Pflegebedürftige verstärkt in das Zentrum der Aufmerksamkeit der Pflegeforschung zu rücken, zumal sich pflegewissenschaftliche Erkenntnisse aus der Welt der Erwachsenen nicht linear auf ihre Situation übertragen lassen. Doch auch den Familien dieser Kinder ist mehr Beachtung der Forschung zu schenken, weil sie immer mitbetroffen sind.

Darüber hinaus ist erforderlich, Kinder und Jugendliche in ihrer Rolle als pflegende Angehörige von akut und chronisch erkrankten Familienmitgliedern zu betrachten. Wie erste Studien zeigen, spielen sie eine nicht unbedeutende Rolle bei der Betreuung kranker und pflegebedürftiger Familienmitglieder. Der Aufbau einer pädiatrischen Pflegeforschung ist daher dringend notwendig.

Erforderlich sind Studien zu:

- dem Erleben chronischer Gesundheitsbeeinträchtigungen, Krankheit und Behinderung von Kindern und Jugendlichen
- der Entwicklung von Assessmentinstrumenten zur Risikoabschätzung, Pflegebedürftigkeitseinschätzung und Anamnese pflegerischer Maßnahmen
- den Aufgaben der Pflege in verschiedenen Kindheitsphasen, bei unterschiedlichen Krankheitsbildern sowie in unterschiedlichen Settings
- der nachhaltigen Förderung von Familien bei der Pflege Frühgeborener
- dem pflegerischen Unterstützungsbedarf von (chronisch kranken) Kindern und Jugendlichen in Kindergärten und Schulen
- der Früherkennung des speziellen Unterstützungsbedarfs in familiären Risikokonstellationen
- der Situation und dem Unterstützungsbedarf von Kindern und Jugendlichen als pflegenden Angehörigen.

2.6 Pflege in akuten Krankheitssituationen

Die Pflege in akuten und lebensbedrohlichen Krankheitssituationen ist traditionell ein Kernfeld pflegerischer Arbeit. Dennoch wird dies Feld in Deutschland bisher kaum systematisch empirisch bearbeitet und erforscht. Das ist umso erstaunlicher, als auch chronische Erkrankungen immer mit akuten Krankheitsphasen und -krisen verbunden sind, die zwar zeitlich befristet, aber intensiv sind und vor allem oft mit langfristigen Folgen einhergehen. In der Akutphase werden zudem die Weichen für die weitere Bewältigung der Krankheit gestellt. Dabei können falsche Entscheidungen später oft nur schwer korrigiert werden.

Primäre pflegerische Aufgaben in akuten Krankheitssituationen bestehen darin, die Situation des Patienten und dessen Ressourcen einzuschätzen, schnell zu evidenzbasierten Entscheidungen zu gelangen und diese kompetent umzusetzen, den Patienten zu stabilisieren und ihn aus der Akutphase herauszuführen. Akutpflege erfordert neben einer hohen klinischen Fachkompetenz zugleich das Vermögen, unter hohem Zeit-, Problem- und Entscheidungsdruck handeln zu können, da Entscheidungen rasch und meist in Abwägung widersprüchlicher Ziele gefällt werden müssen. Eine sichere Kompetenz zur Pflegediagnostik ist dabei ebenso gefordert wie eine ausgewiesene Fähigkeit zur Kooperation und Multi-

disziplinarität, denn Pflegende sind oft das Bindeglied zwischen den beteiligten Gesundheitsprofessionen und müssen die Koordination der Versorgung sicherstellen. Bislang liegen in Deutschland jedoch kaum empirische pflegewissenschaftliche Erkenntnisse zur pflegerischen Versorgung von Menschen in akuten und lebensbedrohlichen Zuständen vor, wie sich im Mangel an Studien und Publikationen zeigt. Auch in diesem Bereich besteht daher ein erheblicher Forschungsbedarf.

Erforderlich sind Studien zu:

- der Entwicklung von Instrumenten für eine effektive Pflegediagnostik in Akutsituationen
- der Entwicklung, Erprobung und Evaluation evidenzbasierter pflegerischer Interventionen
- der Sicherung effektiver Interdisziplinarität/Multiprofessionalität in Akutsituationen und einem effektiven Schnittstellenmanagement
- den Arbeits- und Entscheidungssituationen in der Akutpflege, die durch hohen Zeit- und Problemdruck und dadurch gesteigerte Risiken gekennzeichnet sind
- der Entwicklung und Erprobung von Möglichkeiten zur Förderung der Patientenpartizipation (keineswegs nur Shared Decision Making) in der akutpflegerischen Versorgung
- der Vermeidung von Krankenhauseinweisungen bei Akutsituationen in der Langzeitpflege.

2.7 Umgang mit Vulnerabilität

Der Begriff Vulnerabilität ist eng verbunden mit der Frage, welche Bevölkerungsgruppen besonders durch Gesundheits- und Pflegerisiken gefährdet sind. Vor allem sozioökonomische Benachteiligung, Armut oder einschneidende Lebensereignisse mit anhaltender Beeinträchtigung erhöhen die Wahrscheinlichkeit für die Entstehung und ungünstige Verlaufsformen gesundheitlicher Einschränkung. Vulnerabilität zeigt sich bei unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen über alle Altersstufen hinweg: bei Kindern und Jugendlichen, alleinlebenden Älteren, Migranten und durch soziale Ungleichheit gefährdete Menschen. Eine starke Häufung findet sich bei älteren Menschen. Oft befinden sie sich in einer fragilen Gesundheitssituation, die durch das Zusammentreffen mehrere Faktoren gekennzeichnet ist. Dazu gehören (chronische) Krankheit, oft auch Multimorbidität, dauerhafte Funktionseinschränkungen, altersbedingte Einbußen sowie soziale und ökonomische Ressourcenarmut. Letztere kann wiederum einen Verlust der Selbständigkeit, eine Reduktion der Alltagsaktivitäten und schließlich auch soziale Isolation verursachen oder begünstigen. Im Alter ist Vulnerabilität zudem unmittelbarer als sonst mit Pflege verbunden. Erhöhte Vulnerabilität, sowohl als Ursache als auch als Folge von gesundheitlicher Fragilität, Krankheit und Pflegeabhängigkeit, vermindert die Verfügbarkeit von Ressourcen für eine selbstständige Lebensweise.

Aus dieser spezifischen Ausgangssituation ergeben sich nicht nur Fragen nach der Identifikation risikobehafteter vulnerabler Gruppen und wirksamer Interventionen. Nicht weniger wichtig ist Wissen über den Bedarf und Bedarfsunterschiede. Erst mit diesem Wissen lassen sich protektive Ressourcen einzelner Subgruppen erkennen und neue Aufgaben und Handlungsfelder identifizieren, um in der pflegerischen Versorgung den unterschiedlichen Bedarfslagen vulnerabler Bevölkerungsgruppen gerecht werden zu können. Ermutigend sind die durchweg positiven Erfahrungen aus anderen Ländern wie den USA und Skandinavien, in denen Pflegeberufe (Public Health Nurses) sich seit Jahren mit Erfolg um vulnerable Zielgruppen bemühen. Auch für Deutschland steht eine Neudefinition klassischer Pflegeaufgaben an.

Erforderlich sind Studien zu:

- der Entwicklung von Assessmentinstrumenten für Pflegende zur Identifikation und Situationsbeurteilung von vulnerablen Gruppen
- den Herausforderungen, die mit Vulnerabilität auf subjektiver und auch auf pflegerischer Ebene einhergehen
- der Entwicklung, Erprobung und Evaluation von Interventionskonzepten zur Verbesserung von Health Literacy und zur Stärkung und Befähigung vulnerabler Gruppen zum kompetenten Umgang mit Gesundheitsrisiken
- der Entwicklung, Erprobung und Evaluation von Indikatoren und Konzepten zur Verhinderung, Reduktion oder Bewältigung von Gebrechlichkeit (Frailty) und Vulnerabilität unter Einbezug lebensweltlicher und sozialer Faktoren
- neuen Aufgabenzuschnitten und daraus entstehenden Qualifikationsanforderungen für die pflegerische Arbeit mit vulnerablen Gruppen.

2.8 Auswirkungen neuer technologischer Entwicklungen

Der technologische Fortschritt hat inzwischen für alle Bereiche der Pflege an Bedeutung gewonnen. Konkret zeichnen sich mehrere relevante Handlungsfelder ab: die Auswirkungen der fortschreitenden digitalisierten Medizintechnik auf die Pflege und den Pflegeprozess, der zunehmende Einsatz von technischen Hilfsmitteln zur Unterstützung der Pflege sowie der Wandel zu primär digitalisierten Informations- und Kommunikationstechnologien (z.B. Telecare, Telenursing, Telediagnostik). Auch der Einsatz von Technologien bei kognitiven Beeinträchtigungen zur Kompensation physischer und sensorischer Einschränkungen verzeichnet große Fortschritte und dient u.a. der umfassenden Überwachung und Weitergabe von Informationen ebenso wie einem nicht zu unterschätzenden Sicherheitsaspekt, etwa bei Notfällen. Darüber hinaus sind für die Pflege assistive Technologien und intelligente Haus-

techniken (Ambient Assisted Living, Smart Home) relevant, die Menschen mit alters- bzw. krankheitsbedingten Einschränkungen ein möglichst autonomes Leben im Alltag sichern.

Erwartet wird, dass High-Tech-Systeme kombiniert mit innovativen Pflege- und Alltagskonzepten künftig einen wichtigen Beitrag zur pflegerischen Versorgung, zur Kompensation von körperlichen oder kognitiven Defiziten, der sozial-kommunikativen Einbindung und der Erhöhung von Mobilität, selbstbestimmter Teilhabe, Selbstständigkeit und Sicherheit leisten. Dennoch ist die Reaktion der Pflege und der Pflegeforschung bislang eher verhalten. Studien zur Akzeptanz technologischer Innovationen in der Pflege sind daher unverzichtbar, ebenso zu den erwünschten und unerwünschten Wirkungen technologischer Innovationen, zur Technikfolgenabschätzung aus objektiver und subjektiver Sicht, den Präferenzen der Nutzer sowie zum Leben mit technologischer Abhängigkeit.

Erforderlich sind Studien zu:

- der Entwicklung, Erprobung und Evaluation ausgewählter Technologien auf Pflege- und Versorgungsprozesse in unterschiedlichen Settings
- der Bedienerfreundlichkeit, der Akzeptanz und den Risiken technikgestützter Pflegeprodukte und -systeme bei unterschiedlichen Nutzergruppen
- den Möglichkeiten und Grenzen pflegeunterstützender Technologien (z.B. Pflegerobotik) und ihren Auswirkungen auf die Lebensqualität der Nutzer
- der technikgestützten Steuerung und Optimierung von einrichtungsübergreifenden Pflege- und Versorgungsprozessen und deren Ergebnisqualität in unterschiedlichen Settings (z.B. Telecare, Telenursing)
- dem Beratungs-, Edukations- und Anleitungsbedarf pflegender Angehöriger in der technikintensiven häuslichen Versorgung
- der Technikfolgenabschätzung und Analyse erwünschter und (ethisch) unerwünschter Wirkungen von High-Tech-Systemen in der pflegerischen Versorgung.

2.9 Pflegesysteme im Umbruch

In den vergangenen Jahren unternahm die Gesundheitspolitik zahlreiche Versuche, dem demografischen und epidemiologischen Wandel im Versorgungswesen steuernd zu begegnen und zugleich dessen Bedarfsgerechtigkeit und Qualität zu erhöhen. Viele dieser Bemühungen sind jedoch nicht weitreichend genug oder zeigen nicht die erwünschte Wirkung. Daher bleibt auch künftig als Aufgabe, das Versorgungswesen an die veränderten Anforderungen anzupassen. Das gilt besonders für die pflegerische Versorgung. Denn hier haben sich in allen Bereichen die Anforderungen verändert. So haben sich in den letzten Jahren in der stationären pflegerischen Langzeitversorgung Rahmenbedingungen und Nutzerstruktur tiefgreifend gewandelt, womit die Einrichtungen konzeptionell, personell und qualifikatorisch

nicht Schritt gehalten haben. In der akutstationären Versorgung, dem Krankenhaussektor, wiederum ist befördert durch die Einführung der DRGs der Rationalisierungsdruck enorm gestiegen. Zugleich haben sich hier die Personal- und Arbeitsbedingungen in der Pflege erheblich verschlechtert. Ähnlich ist die Entwicklung in der ambulanten Pflege, in der die bestehenden Bedingungen nicht mit der Bandbreite des vorzufindenden Pflege- und Unterstützungsbedarfs übereinstimmen. Zugleich haben alle Bereiche der Pflege in den kommenden Jahren mit einem hohen Bedarfszuwachs zu rechnen und stehen vor der Herausforderung, angemessene Konzepte für die wachsenden Erfordernisse der Langzeitpflege/-versorgung entwickeln zu müssen. Um dem daraus resultierenden Innovationsbedarf, aber auch den gewandelten Qualitätsansprüchen der Nutzer entsprechen zu können, scheint eine Neuanpassung der pflegerischen Versorgung inklusive der Kompetenzzuschnitte der Pflegeberufe in Deutschland unerlässlich. Dies setzt ausreichende empirische Kenntnisse der pflegerischen Versorgung und ihrer einzelnen Segmente voraus. Es mangelt jedoch an empirischen Kenntnissen, nicht zuletzt deshalb, weil der Aufbau der pflegerischen System- und Versorgungsforschung (Health Services Research in Nursing) noch wenig entwickelt ist. Diese Lücke zu füllen gehört zu den wichtigen gesellschaftlichen Herausforderungen der Zukunft.

Erforderlich sind Studien zu:

- der pflegerischen Versorgung, Prozessgestaltung, Arbeitssituation und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus
- neuen Versorgungsmodellen in der stationären und ambulanten Langzeitversorgung
- transsektoralen Versorgungsmodellen/-strategien und Schnittstellenmanagement in der Pflege
- regional differenzierten, insbesondere ländlichen Versorgungsmodellen in der Pflege einschließlich teilstationärer Pflege und neuer Wohnformen
- neuen Formen der Kooperation von formeller und informeller Hilfe sowie den an der pflegerischen Langzeitversorgung beteiligten Gesundheitsprofessionen (Care-Mix)
- Versorgungs- und Pflegeverläufen als Basis für die Konzipierung patienten- und nutzerorientierter pflegerischer Versorgungsmodelle
- der pflegerischen Versorgung am Lebensende (End-of-Life Care).

2.10 Bildung in der Pflege

Die angesprochenen gesellschaftlichen Veränderungen ziehen auch andere Anforderungen an die Qualifikation in der Pflege nach sich. So erfordern neue Aufgaben und veränderte Verantwortungsspielräume ein anderes Rollenverständnis und auch andere Kompetenzen in der Pflege. Pflegenden obliegt bereits heute zu weiten Teilen die Versorgung von Men-

schen mit langdauerndem Unterstützungsbedarf, wozu Monitoringaufgaben ebenso gehören wie Aufgaben der Therapieanpassung, der kommunikativ-edukativen Unterstützung und der Steuerung langer und komplexer Krankheits- und Pflegeverläufe. Pflegende benötigen hier besonders diagnostische und klinische (Spezial-) Kompetenz, therapeutisches und präventiv-rehabilitatives Wissen, Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme und viele andere Kompetenzen. Ähnlich komplex sind auch die Aufgaben in der Akutversorgung geworden. Hinzu kommen neue Aufgaben im Sinne einer erweiterten Pflegepraxis (Advanced Nursing Practice) wie auch die Zuständigkeit für weitere noch zu definierende heilkundliche Aufgaben (SGB V, § 63c). All diese Entwicklungen lösen Bedarf an neuen Kompetenzen und Qualifikationen aus. Mit diesen Veränderungen halten die bisherigen Pflegeausbildungen nicht Schritt. Erforderlich sind daher neue, zukunftsweisende Qualifikationskonzepte sowohl im Bereich der Aus- wie der Fort- und Weiterbildung als auch der Studiengangentwicklung und der Anpassung an internationale Standards. Um den daraus erwachsenen Handlungsbedarf angehen zu können, ist der Aufbau einer systematischen Pflegebildungsforschung erforderlich, zumal der gesamte Bereich der Pflege bisher aus der empirischen Bildungsforschung ausgenommen ist. Weder liegen bislang länderübergreifend gesicherte empirische Daten zum künftigen Bedarf an Fachkräften, an Qualifikationen und an Ausbildungsstrukturen auf beruflicher und akademischer Ebene vor, noch zum Bedarf an spezialisierten Kompetenzen oder den Effekten der Pflegeausbildungen und generell von Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Pflege und den Herausforderungen des Wissenstransfers.

Erforderlich sind Studien zu:

- Veränderungen der Qualifikationsanforderungen, Aufgaben und Rollenbilder in der Pflege angesichts Advanced Nursing Practice und zunehmender Steuerungsverantwortung
- zukunftsweisenden und international anschlussfähigen Qualifikationskonzepten auf allen Stufen (von Assistenz Tätigkeiten über die berufliche Bildung bis hin zur Hochschulqualifizierung)
- den Outcomes unterschiedlicher Qualifikationen und deren Auswirkung auf die Versorgungsqualität
- der Vereinheitlichung der gegenwärtig in Deutschland äußerst heterogenen Landschaft an pflegewissenschaftlichen Studiengängen an Fachhochschulen und Universitäten einschließlich der Fort- und Weiterbildung
- einer ähnlich der Pisa-Studie konzipierten europäischen Länderübersicht zur Qualität der Pflegeausbildung
- der Entwicklung, Erprobung und Evaluation tragfähiger Strategien des Theorie-Praxis-Transfers
- dem Bedarf an Fachkräften, an Qualifikationen und an Ausbildungsstrukturen auf beruflicher und akademischer Ebene.