

Akademische Pflegekompetenz wirksam machen – evidenzbasiert- sicher - verantwortlich

Was Akademisierung in der Pflege möglich macht – Kompetenzerweiterung wissenschaftlich
eingeordnet (BEEP 2026)

[Quelle: Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege | BMG](#)

- 1. Einstieg & Leitfrage**
- 2. Warum jetzt? Versorgungslage, Qualität, Attraktivität**
- 3. Neuer Rahmen (BEEP 2026): Was ändert sich – was bleibt zu klären?**
- 4. Ist-Stand Akademisierung: Wo stehen wir – wo hakt die Umsetzung?**
- 5. Was akademische Pflegekompetenz praktisch möglich macht**
- 6. Zukunftsrollen: Versorgungsmehrwert in Klinik & Langzeitpflege**
- 7. Was es braucht: Hebel für Politik, Verbände, Einrichtungen, Profession**
- 8. Take-away & Diskussionsfrage**

1. Der Rahmen steht – die Wirkung jetzt!

“Wie machen wir akademische Pflegekompetenz evidenzbasiert, sicher und verantwortlich in der Praxis?”

- **Einordnen:**
 - Was die Evidenz zu erweiterten Rollen und Outcomes nahelegt (und was nicht).
- **Übersetzen:**
 - Welche Strukturen es braucht, damit Kompetenzen im Alltag wirken (Rollen, Schnittstellen, Entscheidungswege).
- **Greifbar machen:**
 - 3 umsetzbare Hebel für Führung, Teams und Ausbildung – ohne „on top“.

[Quellen: Nurses as substitutes for doctors in primary care - Laurant, M - 2018 | Cochrane Library](#)
[Kilpatrick et al: A global perspective of advanced practice nursing research: A review of systematic reviews](#)

Ein „Weiter so“ funktioniert nicht mehr.

Versorgung

- mehr Komplexität & Multimorbidität
- mehr Übergänge (Klinik ↔ Langzeitpflege)
- Zeitdruck – Priorisierung wird klinisch

Qualität & Sicherheit

- frühes Erkennen statt „zu spät reagieren“
- standardisierte Entscheidungen (SOPs)
- Outcomes sichtbar machen

Profession

- Karrierepfade & Rollen statt „Mehrarbeit“
- attraktive Entwicklung im Team
- Wissen wird Versorgung

Kernaussage: Kompetenzerweiterung wirkt nur, wenn Qualifikation + Rolle + Struktur zusammenkommen.

[Quellen: 11-2025, Pflegen am Limit. Warum im Gesundheitswesen die Fachkräfte fehlen](#)
[Fachkräfte im Gesundheitswesen - Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource](#)

Was das BEEP ermöglicht:

Was es ermöglicht

- Erweiterte Entscheidungsräume im Pflegeprozess – qualifikationsabhängig
- Mehr Klarheit über Tätigkeiten, Verantwortung und Zusammenarbeit
- Entbürokratisierung als Chance: Zeit zurück geben in die Versorgung

Was es braucht (für die Praxis)

- Der Rahmen ersetzt nicht die Umsetzung: Rollen, SOPs, Qualifikationsnachweise
- Interprofessionelle Vereinbarungen werden zentral (Schnittstellen, Haftung)
- Outcome- und Qualitätslogik: Wirkung muss messbar werden

Quelle: www.bundesrat.de/SharedDocs/TOP004=0630-25=1059.BR-21.11.25

Pflege ist in Bewegung – aber Akademisierung noch nicht in der Fläche.

Typische Realität (vieler Häuser/Einrichtungen)

- Akademische Kompetenz ist teilweise vorhanden – aber oft ohne klaren Auftrag.
- Rollenprofile fehlen oder sind „Projektstellen“.
- Qualifikationsmix wird nicht systematisch geplant.
- Wir messen Outcomes selten konsequent – dadurch fehlt Argumentationskraft.

Warum das jetzt kippt (Kompetenzerweiterung)

- Mehr Verantwortung braucht: Qualifikation, Supervision, Entscheidungswege.
- Ohne akademische Pflegefachpersonen fehlt die Brücke: Evidenz → SOP → Praxis.
- Die Frage wird praktisch: „Wer darf/wer kann/wer trägt?“ – jeden Tag.
- Führung wird zum Erfolgsfaktor (Skill-Mix, Delegation /Substitution, QS).

Kompetenzerweiterung ohne Akademisierung = Risiko.

Akademisierung ohne Rolle = Frust.

[Quellen: Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe: Wissenschaftliche Potenziale für die Gesundheitsversorgung erkennen und nutzen, Köln \(Drs. 1548-23\), Oktober 2023](#)

Vier Leistungsversprechen – wenn die Rolle stimmt

1. Clinical Reasoning & Assessment

- Früher erkennen, priorisieren, Risiken antizipieren
- Komplexe Fälle strukturieren – nicht „nur reagieren“

2. Pflegerische Diagnostik & Prozessverantwortung

- Klare Pflegeziele, nachvollziehbare Entscheidungen
- Schnittstellen managen (ärztlich/therapeutisch/sozial)

3. Evidence-based Practice (EBP)

- Leitlinien in SOPs übersetzen – mit Team & Alltagstauglichkeit
- Qualität messen: Prozess + Ergebnis + Erfahrung

4. Implementation & Leadership

- Neue Rollen einführen (APN/Schwerpunktrollen) – sicher
- Kompetenzerhalt: Training, Supervision, Fallbesprechung

Wissenschaftlicher Kern:

Wirkung entsteht, wenn Entscheidungen begründet, standardisiert und evaluiert werden.

6. Zukunftsrollen 2026+: Wo entsteht Mehrwert?

Drei Felder, in denen erweiterte Pflegekompetenz sofort wirkt

Klinik: Hochrisiko- & Komplexfälle

- Delir-/Sturz-
/Dekubitusprävention als klinische Steuerung
- Wund-/Schmerz-
/Diabetespfade: weniger Komplikationen
- Sichere Entscheidungen bei instabilen Verläufen

Langzeitpflege: Stabilität & Vermeidung

- Früherkennung, Monitoring, Medikations- & Symptom-Checks
- Krisenprävention: weniger Krankenhauseinweisungen
- Angehörigen- und Teamberatung als Versorgungsleistung

Übergänge: „Nahtlos“ als Qualitätsziel

- Entlassung, Nachsorge, Pflegeplanung sektorenübergreifend
- Kommunikation standardisieren (SOPs + Verantwortung)
- Outcomes verfolgen: Rehospitalisierung, Versorgungserfolg

Prüffrage für jede Rolle:

Aufgabe + Entscheidungsraum + Qualifikation + Qualitätsmessung = Wirkung.

[Quelle: Deutscher Pflegerat.de/2026-10-27_policy_paper_gesundheitskompetenz_final.pdf](https://www.deutscher-pflegerat.de/2026-10-27_policy_paper_gesundheitskompetenz_final.pdf)

7. Was es jetzt braucht: 4 Hebel – “call to action”

Damit Kompetenz nicht „on top“ wird, sondern Versorgung verändert:

- Politik & Selbstverwaltung**
- Konkrete Aufgaben-/Kompetenzprofile + Abrechnungslogik
 - Implementierungsförderung (Pilot → Skalierung) & Evaluation
 - Rechtssicherheit an Schnittstellen (Verantwortung/Haftung)

- Berufsverbände/Kammern**
- Standards, Fortbildung/Kompetenzerhalt, Qualitätssicherung
 - Kommunikation: „Was kann Pflege – und warum?“
 - Unterstützung bei Rollenprofilen und Implementierung

- Einrichtungen
(KH/ Langzeitpflege) &
Führung**
- Skill-Mix planen: Rolle, Stellenanteil, Entscheidungswege
 - SOPs + Supervision + Fallkonferenzen fest etablieren
 - Outcomes messen (Qualität sichtbar machen = Spielraum gewinnen)

- Pflegefachpersonen
(Teams)**
- Kompetenzportfolio, Reflexion, EBP-Projekte – gemeinsam
 - Sicherheitskultur: „begründet entscheiden“ statt „still improvisieren“
 - Rollen aktiv mitgestalten: Auftrag klären, Grenzen benennen

Take-away

1. Der Rahmen ist da – jetzt entscheidet die Umsetzung:
Rolle, Struktur, Qualität.
2. Akademische Pflegefachpersonen sind der Schlüssel für sicheren Transfer:
Evidenz → SOP → Praxis.
3. Wirkung muss sichtbar werden:
Outcomes messen, berichten, daraus Spielräume schaffen.

Diskussionsfrage ans Panel

„Welche **eine Strukturentscheidung treffen Sie in 2026, damit akademische Pflegekompetenz vom Rahmenkonzept zur Versorgung – evidenzbasiert, sicher, verantwortlich - wird?“**

Take-away

1. Der Rahmen ist da – jetzt entscheidet die Umsetzung ().
2. Akademische Pflegefachpersonen sind die
 - Evidenz → SOP → Praxis
3. Wirkung muss sichtbar sein
Spielräume

Kompetenz muss in Strukturen übersetzt werden – sonst wird sie Mehrarbeit, nicht Mehrwert.

KONTAKT

Prof. Dr. Ruth Anna Weber

eMail info@steinbeis-marburg.de
Telefon 06421 – 16586-0
Anschrift Steinbeis- Hochschule, Marburg
Neue Kasseler Straße 62b
35039 Marburg a. d. Lahn

<https://orcid.org/0009-0003-4542-8465>



Ich freue mich auf die Diskussion.

1. Bundesministerium für Gesundheit. (2025, 6. August). *Gesetzentwurf: Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP)*
2. Bundesrat. (2025, 7. November). *Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege* (Drucksache 630/25) [PDF]. Bundesrat. (2025). *Erläuterungen zum Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege* (TOP 1059, Anlage 4) [PDF]. Bundesrepublik Deutschland.
3. *Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege* (BGBl. I 2025 Nr. 371). Bundesgesetzblatt.
4. Deutscher Pflegerat e. V. (2025, 13. Oktober). *Prüfungen im Pflegestudium stärken – Für eine professionsgerechte, praxisnahe und umsetzbare Prüfung erweiterter heilkundlicher Kompetenzen* [Positionspapier, PDF].
5. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (2024). *Vorbehaltsaufgaben der Pflege* [Broschüre, PDF].
6. Die Bundesregierung. (2025, 19. Dezember). *Im Bundesrat: Qualifikation von Pflegekräften nutzen*.
7. ifo Institut. (2025). *Pflegen am Limit: Warum im Gesundheitswesen die Fachkräfte fehlen* (ifo Schnelldienst, 11/2025) [PDF]
8. Kilpatrick, K., Savard, I., Audet, L.-A., Costanzo, G., Khan, M., Atallah, R., Jabbour, M., Zhou, W., Wheeler, K., Ladd, E., Gray, D. C., Henderson, (2024). A global perspective of advanced practice nursing research: A review of systematic reviews. *PLOS ONE*, 19(7), e0305008.
9. Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E., & van Vught, A. J. A. H. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(7), CD001271.
11. OECD, & European Commission. (2024). *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing.
12. Robert Koch-Institut. (n. d.). *Gesundheit im Alter*. Abgerufen am 2. Januar 2026,
13. Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege. (2024). *Fachkräfte im Gesundheitswesen: Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource* [Gutachten 2024,]
14. Wissenschaftsrat. (2023). *Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe: Wissenschaftliche Potenziale für die Gesundheitsversorgung erkennen und nutzen* (Drs. 1548-23)
15. Wissenschaftsrat. (2023). *Voraussetzungen für wissenschaftliche Qualifizierung in den Gesundheitsfachberufen verbessern* (Pressemitteilung 22/23)