

1. Hintergrund

Im Oktober 2022 beantragten der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) und der Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe (BLGS) über den Deutschen Pflegerat e.V. (DPR) ein Pflegebildungsprojekt aufzusetzen. Dieses Projekt soll dem Ziel folgen, ein durchlässiges und in sich schlüssiges Gesamtbild der Bildungslandschaft in den Pflegeberufen zu erarbeiten, und zwar unter Einbezug bisheriger Konzeptionen der deutschen Pflegebildung als auch im Lichte künftiger Versorgungserfordernisse einer Pflege von morgen. Das angesprochene Pflegebildungsprojekt soll auf der einen Seite den Akteur*innen, die sich bildungspolitisch um die Weiterentwicklung der Pflegeberufe bemühen, eine gemeinsame Folie und Kommunikationsgrundlage bieten, um gemeinsam und in der Fläche an der Durchsetzung sinnvoller berufspolitischer Ziele arbeiten zu können. Zum anderen soll es für die Pflegenden die Identität der Pflegeberufe als größte Berufsgruppe aller Gesundheitsberufe und aller anderer Berufe sowie als Pflegeprofession mit einem gemeinsamen Kern stärken und damit der Zersplitterung der professionellen Pflege in eine Vielzahl von Einzelstimmen und Einzelfunktionen entgegenwirken.

Alle Anstrengungen und alle Handlungen von Pflegenden dienen Menschen, die auf Pflege angewiesen sind, die einen Bedarf an Pflege haben. Dieser Bedarf kann in der Pflegerealität sehr verschieden sein: präventiv-pflegerisch, beratend, gesundheitsfördernd, kompensatorisch, katastrophisch bedingt ..., um nur anzudeuten wie breit aus professioneller Sicht der Pflegebedarf sein bzw. sich herleiten und begründen kann. Alle formellen Pflegeberufe zielen auf eine professionelle Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf ab. Alle beruflich Pflegenden sind die Expert*innen zur Feststellung von Pflegebedarfen und Expert*innen der Pflegebedürftigkeit insgesamt. BAPID spricht daher in einem inklusiven Begriffsverständnis von Pflegebedürftigen oder pflegebedürftigen Personen. In den verschiedenen Handlungsfeldern kann es andere, aber mit Recht auch äquivalente Sprachgebrauche geben: zum Beispiel Bewohner*in, Patient*in, Klient*in, Zu-Pflegende oder Kunde*in.

Das pflegewissenschaftliche und pflegebildungssystematische Projekt »BAPID – Bildungsarchitektur der Pflege in Deutschland« wurde im Zeitraum September 2023 bis April 2024 durch den Lehrstuhl Didaktik der Pflege und Gesundheitsberufe

an der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (CAU), welche über das Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) am Standort Kiel zugeordnet ist, in enger Zusammenarbeit mit dem DPR als Auftraggeber durchgeführt. Dabei wurden nachfolgende erkenntnisleitende Fragestellungen zugrunde gelegt:

Wie kann man nach der Reform der Pflegeausbildung an vorherige Modelle und Konzeptionen des Pflegebildungsraumes in Deutschland anschließen?

Welche Erfordernisse stellen sich mit Blick auf künftige Bedarfslagen in Deutschland und welche Kompetenzen gehen damit einher?

Ziel war es in einem wissenschaftlich nachvollziehbaren Forschungsprozess eine Bildungsarchitektur des heterogenen Pflegebildungsraums in Deutschland vorzulegen. Zur Erreichung dieses Zieles sondierte diese Studie zunächst, wie man an einschlägige Vorarbeiten anschließen kann und entwickelte das Konzept für eine breite und umfassende Dokumentenanalyse sowie Expert*innenbefragungen. Damit die BAPID-Studie auch mit dem bestehenden Pflegediskurs gut interagiert, wurde mit einem einschlägigen Expert*innengremium Forschungsschritte, Zwischenbefunde und Teilziele abgestimmt und konsentiert. In einem letzten Untersuchungsschritt wurde ein mögliches Bildungskonzept für den gesamten deutschen Pflegebildungsraum unter Einbezug zentraler und künftiger Versorgungserfordernisse entwickelt.

Um die Relevanz und gegenwärtigen Herausforderungen eines neuen Pflegebildungskonzeptes deutlich zu machen, wird zunächst der Hintergrund beleuchtet und in Kapitel 1 auf die gesetzlichen Rahmenbedingungen eingegangen und die Notwendigkeit eines Bildungskonzeptes erörtert. Anschließend wird in Kapitel 2 das Methodische Vorgehen sowie in Kapitel 3 die historische Herleitung des derzeitigen (Pflege-)Bildungssystems in Deutschland herausgearbeitet. In Kapitel 4 wird auf das Zusammenwirken von Allgemeinbildung, Allgemeiner sowie Spezieller Pflegebildung näher eingegangen, um in Kapitel 5 die Allgemeine und Spezielle akademische Bildung darzustellen. In dem inhaltlich umfangreichsten Kapitel 6 werden die (künftigen) Herausforderungen und Implikationen für ein Pflegebildungskonzept aus forschungsbasierter und pflegewissenschaftlicher Sicht dargestellt. Im anschließenden Kapitel 7 wird aus den Erkenntnissen bildungssystematisch das Bildungskonzept von dem Pflegebildungsprojekt »BAPID« abgeleitet und verständlich visualisiert. Es schließt mit Kapitel 8 und einer kurzen Zusammenfassung und einem Fazit bzw. Ausblick ab.

1.1 Bildungstransformationen

Die deutsche (Pflege-)Bildung unterliegt unterschiedlichen Gesetzen und Richtlinien, die ihre Ausgestaltung regeln. Die Notwendigkeit eines neuen Bildungskonzeptes

tes ergibt sich bereits seit zwanzig Jahren über die aktive Mitgliedschaft Deutschlands in der Europäischen Union und zwar aus der EG-Richtlinie 2005/36/EG und ihrer Aktualisierung 2024. Diese EG-Richtlinie regelt die Anerkennung der Pflegeberufe in Europa und macht qualitative Vorgaben, denen die deutschen Pflegeberufe nicht genügen konnten und somit in anderen Europäischen Ländern als Hilfspflegeberufe eingestuft werden mussten. Auf Basis dieser Richtlinie wurden das Pflegeberufegesetz (PflBG), das Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG) in Kraft gesetzt sowie das Pflegekompetenzgesetz auf den Weg gebracht, die in ihrer Bedeutung für die Pflegebildung in Deutschland nachfolgend näher erläutert werden.

1.1.1 EG-Richtlinie 2005/36/EG

Die am 7. September 2005 verabschiedete »Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen« spielt innerhalb der Europäischen Union (EU) eine besondere Rolle hinsichtlich Beruf und Qualifikation.

Die Richtlinie 2005/36/EG führt ein System der gegenseitigen Anerkennung von Berufsqualifikationen innerhalb der Europäischen Union (EU) ein. Die Reichweite dieses Systems der wechselseitigen Anerkennung geht über die EU hinaus und erstreckt sich unter bestimmten Voraussetzungen auch auf andere Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) bzw. der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA) und auch auf die neutrale Schweiz. Ziel der Richtlinie ist es, Fachkräften den Zugang zu den Arbeitsmärkten anderer EU-Mitgliedstaaten zu erleichtern, die grenzüberschreitende Erbringung von Dienstleistungen zu fördern und ganz wesentlich Verwaltungsverfahren zu vereinfachen. Die Richtlinie sieht eine gegenseitige Evaluierung der nationalen Berufsreglementierungen sowie eine Transparenzübung (d.h. Überprüfung der Zugangsbeschränkungen zu Berufen und Bewertung ihrer Notwendigkeit) vor. In diesem Zusammenhang sind die laufenden Transparenzverpflichtungen zu nennen, die alle Mitgliedstaaten dahingehend verpflichten, über die von ihnen reglementierten Berufe zu berichten und der Europäischen Kommission die Gründe mitzuteilen, aus denen sie der Auffassung sind, dass bestehende oder neue Anforderungen den Grundsätzen der Nichtdiskriminierung und der Verhältnismäßigkeit entsprechen. Die Richtlinie gilt als bindend für alle Staatsangehörigen, die als Selbstständige oder abhängig Beschäftigte einen reglementierten Beruf in einem anderen Land als dem, in dem sie ihre Berufsqualifikation erworben haben, ausüben wollen (vgl. Europäische Union, 2005).

Sie ersetzt die bis dahin geltende Einzelrichtlinie (Richtlinie 77/452/EWG) über die Mindestanforderungen an die Ausbildung zur Krankenschwester und zum Krankenpfleger für die allgemeine Pflege zur gegenseitigen Anerkennung der Diplome aus dem Jahr 1977. Bei einer Überprüfung der Richtlinie im Jahr 2013 wiesen nationale Behörden, Ausbildungseinrichtungen und Berufsverbände darauf hin, dass sich die Pflegeberufe seit der Harmonisierung der Mindestanforderungen

an die Ausbildung erheblich weiterentwickelt hätten. Eine Überarbeitung der Mindestanforderungen an die Pflegeausbildung in Bezug auf die zu erwerbenden Mindestkenntnisse und -fertigkeiten erfolgte 2013 jedoch nicht (vgl. Europäische Kommission, 2024).

Eine weitere Überarbeitung der »Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Mindestanforderungen an die Ausbildung der Berufe der Krankenschwester und des Krankenpflegers für allgemeine Pflege, des Zahnarztes und des Apothekers« von 2024 ergab für die Pflegeberufe Änderungen. Grundlage dafür war die Feststellung, dass die Themen »personen-zentrierte Pflegetheorie, Managementtheorie für Krankenpflege, evidenzbasierte Praktiken, elektronische Gesundheitsdienste und technische Innovationen im Zusammenhang mit Gesundheitsversorgung und Pflegemethoden« nicht oder nicht ausreichend vertreten waren (vgl. Europäische Kommission, 2024).

Während bisher nur »angemessene Kenntnisse in den Wissenschaften« gefordert wurden, muss die Ausbildung von Pflegefachpersonen sicherstellen, dass »umfassende Kenntnisse« in den Wissenschaften erworben werden. Dazu sind fundierte berufskundliche und berufsethische Kenntnisse zu erwerben, die über das bisher geforderte »ausreichende Maß« hinausgehen. Die Kompetenzen und Fähigkeiten zur interprofessionellen Zusammenarbeit werden in der Neufassung deutlicher hervorgehoben. Neu hinzugekommen sind in diesem Zusammenhang »die Fähigkeit, einen wirksamen Führungsansatz und Entscheidungskompetenzen zu entwickeln« sowie über »Kenntnis der technischen Innovationen in den Bereichen Gesundheitsversorgung und Pflegemethoden« zu verfügen. Im theoretischen Unterricht wurden die Aspekte Natur, Grundsätze der Gesundheitslehre, Evidenzbasierte Pflegepraxis und Forschung sowie Wissenschaft und Technik (Elektronische Gesundheitsdienste (E-Health)) ergänzt. In der klinisch-praktischen Ausbildung wurde ebenfalls der Aspekt Wissenschaft und Technik ergänzt sowie der »personen-zentrierte Ansatz« verankert (vgl. Europäische Kommission, 2024).

Die Frist zur Umsetzung in nationales Recht wurde auf zwei Jahre bis 2026 festgelegt und stellt eine wichtige gegenwärtige Aufgabe dar, dass Deutschland diese EU-bedingten Anpassungen zeitnah vornehmen wird (vgl. Europäische Kommission, 2024).

1.1.2 Pflegeberufegesetz

Die Pflegeberufereform 2017 – 2020 in Deutschland war eine logische Konsequenz aus den sich kontinuierlich verändernden Anforderungen an den Beruf und seine Berufsangehörigen einerseits und aus der Notwendigkeit einer Attraktivitäts- und Professionalitätssteigerung der Pflegeberufe andererseits. Vor allem der seit 2020 spürbare demografische Wandel hat eine Ausbildungsreform notwendig gemacht. Kleinere Kohorten Auszubildender stehen einer wachsenden Anzahl an alten und

hochaltrigen Menschen gegenüber (vgl. Reiber et al., 2023b). Dies und der damit einhergehende Fachkräftemangel sind kein genuin pflegerisches Problem, sondern betrifft auch andere (duale) Berufe und Berufsfelder. »Das Problem der unzureichenden Vorhersagbarkeit erforderlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten aufgrund von sich ändernden Qualifikationsanforderungen [...] ist nach wie vor eine Herausforderung für die Ausbildung.« (Reiber et al., 2023b, S. 3). Der Grundgedanke der Pflegeberufereform kommt weg vom Denken in oder für Zielgruppen (Pflege für Senior*innen, Kinder etc.) hin zu einem Denken in Settings und sorgt durch äquivalente Stundenzahlen erstmals in Deutschland für eine Gleichberechtigung zwischen akut-klinischen, im Krankenhaus erworbenen Pflegeverständnissen, langzeitstationär, im Pflegeheim erworbenen Pflegeverständnissen und ambulanten, in der Pflege zuhause erworbenen Pflegeverständnissen. Ursprünglich als generalistische im Sinne einer allgemeinen Ausbildung entworfen, die die klassische dreigeteilte Pflegeausbildung ablöst (vgl. Kap. 3), wurde mit der Möglichkeit im dritten Ausbildungsjahr einen spezifischen Abschluss zu erwerben (vgl. § 59 PflBG) (Gesundheits- und Kinderkrankenpflege bzw. Altenpflege) der Kerngedanke einer international üblichen deutschen allgemeinen Pflegeausbildung deutlich konterkariert.¹

Mit der Pflegeberufereform wurde als Alternative zur pflegeschulischen Pflegeausbildung erstmalig der Weg für eine bundesweite Etablierung einer hochschulischen Pflegeausbildung geebnet und die Möglichkeit eines primärqualifizierenden Studiums etabliert. Ziel ist es, dass »die hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen zu einer Stärkung der Versorgungsqualität im Kontext höherer Anforderungen beitragen« (Reiber et al., 2023b, S. 4).

1 Ursprünglich als generalistische Ausbildung entworfen, die (endlich) alle Berufszweige unter einer Ausbildung vereint (vgl. Kap. 3), wurde mit der Möglichkeit im dritten Ausbildungsjahr einen spezifischen Abschluss zu erwerben (vgl. § 59 PflBG) (Gesundheits- und Kinderkrankenpflege bzw. Altenpflege) der Kerngedanke der Generalistik erneut aufgeweicht. Die Ergebnisse einer Befragung der Erstkohorte in der BENP-Studie ergab, dass lediglich 1,3 Prozent den Abschluss »Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*in« sowie 0,4 Prozent den Abschluss »Altenpfleger*in« wählen werden (vgl. Reiber et al., 2023b). Hierbei ist eine Eindeutigkeit zu erkennen. Jedoch muss einschränkend formuliert werden, dass das Wahlrecht aufgrund verschiedener Rahmenbedingungen auch Einschränkungen unterliegt, etwa wenn kein Angebot gesonderter Abschlüsse vorhanden ist, weil die Einsatzmöglichkeiten an bestimmten Lernorten fehlen. Auch für die Praxiseinsätze in der generalistischen Ausbildung herrscht mit Einführung des PflBG zunächst ein Mangel an Pflichteinsatzmöglichkeiten in der Pädiatrie (vgl. Reiber et al., 2023). In dem Forschungsprojekt »PäLE« wurde diesem Problem begegnet und weitere mögliche Lernorte für den pädiatrischen Einsätze identifiziert sowie Handlungsempfehlungen formuliert (vgl. Wietzke & Gahlen-Hoops, 2024). Inwieweit die zielgruppenspezifischen Abschlüsse (Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*in« oder »Altenpfleger*in« nach 2025 Bestand haben werden, wird aktuell evaluiert (vgl. § 62 PflBG).

Darüber hinaus wurden wie in anderen Gesundheitsberufen auch üblich, erstmalig Vorbehaltene Tätigkeiten für die Pflegeberufe definiert (§ 4 PflBG), die der Think Tank Vorbehaltsaufgaben und Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (2024) als »Meilenstein in der Professionalisierung der Pflegeberufe« bezeichnet (TT VA & Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V., 2024, S. 3). Zu den berufsgesetzlich verankerten Vorbehaltsaufgaben gehören (vgl. TT VA & Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V., 2024):

- die Planung der Pflege,
- die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs,
- die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie
- Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege

Beruflich Pflegende sind damit berufsgesetzlich als diejenigen bestimmt, die sich der Pflegebedürftigkeit fachlich widmen können und dürfen. Der Pflegeprozess als umfassender und komplexer Handlungsprozess ist nach § 4 der klare Bezugspunkt für berufliche Pflegende, er steht im Zentrum jedweden pflegerischen Handelns. Da die Vorbehaltsaufgaben auf einem generalistisch erworbenen Pflegeverständnis beruhen, kann das Vorbehaltsrecht bei den gesonderten Abschlüssen der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie der Altenpflege nur eingeschränkt auf die jeweilige Altersgruppe gelten (vgl. TT VA & Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V., 2024). Da die Vorbehaltsaufgaben in komplexe Zusammenhänge und Versorgungskontexten eingebettet sind, gibt es keine Tätigkeitsliste im Sinne eines Katalogs, die die Vorbehaltsaufgaben abgrenzt. »Sie sind stets eingebettet in die nicht selten widersprüchlichen Wechselwirkungen zwischen Regel- und Fallverstehen.« (TT VA & Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V., 2024, S. 21)

Neben den Vorbehaltsaufgaben wurde auch die Qualität des praktischen Pflegelernens in der Pflegeausbildung deutlich aufgewertet. So wurden verbindliche Anforderungen an das Praxislernen definiert, in dem die Qualifikationsanforderungen für die Praxisanleiter*innen erhöht wurden. Es wurde festgelegt, dass die Einrichtungen der praktischen Ausbildung die Praxisanleitung sicherstellen müssen. Dabei muss die Praxisanleitung mindestens in einem Umfang von zehn Prozent der Ausbildungszeit erfolgen. Die Praxisanleiter*innen selbst müssen über mindestens ein Jahr Berufserfahrung in dem Versorgungsbereich verfügen, in dem die Praxisanleitung stattfinden soll. Darüber hinaus müssen sie die Befähigung zur Praxisanleitung mit einem Umfang von mindestens 300 Stunden sowie berufspädagogische Fortbildungen im Umfang von mindestens 24 Stunden pro Jahr nachweisen (vgl. § 4 Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV)). Als größte Herausforderung bei der Umsetzung der aktualisierten Anforderungen an die Praxisanleitung stellt sich der Fachkräftemangel dar. Die Ergebnisse der Begleitforschung zur Einführung der neuen Pflegeausbildungen

(BENP) ergab, dass nur 20 Prozent der Auszubildenden die gesetzlich vorgeschriebene Mindestzahl an Praxisanleitung erhalten hat. Darüber hinaus gaben die befragten Auszubildenden an, unzufrieden zu sein sowohl mit der Qualität als auch der Quantität der Praxisanleitung (vgl. Reiber et al., 2023b).

Die Handlungsorientierung im Sinne einer umfassenden Pflegeprozessorientierung ist weiter gestärkt worden und wird durch die curricularen Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 des PflBG dargestellt. Die für professionelles pflegerisches Handeln in Pflegesituationen sowie für die eigene berufliche und persönliche Entwicklung erforderlichen Bereitschaften und Fähigkeiten sollen in der Ausbildung entwickelt werden (vgl. § 5 Abs. 1 PflBG). Berufsbezogene Kompetenzen müssen stets über ein umfassendes Bildungsverständnis abgesichert werden, um zu verhindern, dass Lernende auf ihre Skills reduziert und instrumentalisiert werden. Die Fachkommission hat ein gemeinsames Verständnis von Kompetenz und ein subjektorientiertes Bildungsverständnis sowie einen pflegespezifischen Handlungsbegriff entwickelt (vgl. Kap. 4.2.4) (vgl. Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz, 2020).

Um die Einführung der neuen Pflegeausbildung nach dem PflBG zu begleiten, wurde durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat eine »Ausbildungsoffensive Pflege« (2019 – 2023) gestartet, die mit konkreten Zielen und Maßnahmen Pflegefachpersonen für die Pflegeberufe begeistert (vgl. Kap. 6.2.5) (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2020b).

1.1.3 Pflegestudiumstärkungsgesetz

Eine für ein neues Bildungskonzept relevante Gesetzesneuerung liegt im Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG), welches 2023 verabschiedet wurde und in Teilen zum 1. Januar 2024 sowie 2025 in Kraft getreten ist bzw. in Kraft treten wird. Ein wichtiger Aspekt ist hierbei die Finanzierung des Pflegestudiums. Für die primärqualifizierenden Pflegestudierenden wurde hiermit eine Ausbildungsvergütung eingeführt. Die fehlende Vergütung wirkte sich vorher durch die komplementäre Möglichkeit, die Ausbildung an der Pflegeschule zu absolvieren, negativ auf die Wahl eines Pflegestudiums aus (vgl. Kap. 5.1). Dazu wurde die Praxisanleitungzeit auf zehn Prozent festgelegt, die wie die Ausbildungsvergütung durch die Praxisträger refinanziert wird (§ 1 PflStudStG).

Ein weiteres bedeutsames Novum für die Weiterentwicklung der Pflegeberufe ist die Zuschreibung heilkundlicher Kompetenzen im Bereich der Heilkunde. Über das neue Pflegestudiumstärkungsgesetz werden heilkundliche Module künftig in alle Curricula und Modulhandbücher der primärqualifizierenden Pflegestudiengänge aufgenommen und ab 2025 verbindliche Kompetenzvorgaben für die Umsetzung in den staatlichen Prüfungen bilden. Damit wird in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV) zukünftig in Teil A und

Teil B unterschieden, wobei Teil B den erweiterten heilkundlichen Kompetenzen aus den Modulen des Pflegestudiums vorbehalten ist. Ein weiteres Gesetz, dass die Heilkundeübertragung für die pflegeschulische Ausbildung regelt, wurde vom Gesetzgeber angekündigt. Die heilkundlichen Kompetenzen wurden durch die Fachkommission Pflege nach § 53 des Pflegeberufgesetzes (PflBG) als standardisierte Module in ein Grundlagenmodul und acht Wahlmodule übersetzt (§ 2a PflStudStG) (vgl. Kap. 6.2.5).

Für die künftige hochschulische Organisation der Prüfung der Kompetenzen nach der PflAPrV bedeutet dies, dass zukünftig zwei ärztliche Kolleg*innen in den Prüfungsausschuss zu implementieren sind, eine vierte staatliche Klausur sowie ein weiteres Modul in die mündliche Prüfung ergänzt wird (§ 4a PflStudStG).

Eine weitere neue Regelung des PflStudStG ist die stärkere Berücksichtigung von Digitalisierung (vgl. Kap. 6.3), gendermedizinischen Aspekten sowie die Möglichkeit von Auslandssemestern und Auslandspraktika. In Hinblick auf den Fachkräftebedarf werden die Anerkennungsverfahren für ausländische Pflegefachpersonen vereinheitlicht und vereinfacht. Für verbesserte Vereinbarkeit von Familie und Studium wurden die Kinderkrankentage von 10 auf 15 Tage erhöht. Im Hinblick auf Genderaspekte kann zukünftig neben den über das Pflegeberufgesetz eingeführten Berufsbezeichnungen Pflegefachmann und Pflegefachfrau auch die neutrale Berufsbezeichnung Pflegefachperson gleichberechtigt verwendet werden (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023d).

1.1.4 Pflegekompetenzgesetz

Das Pflegekompetenzgesetz soll noch in diesem Jahr verabschiedet werden und hätte in der vorliegenden Fassung auch einige bedeutsame Auswirkungen auf ein zukünftiges Pflegebildungskonzept. Im »Kurzpapier: Vorläufige Eckpunkte Pflegekompetenzgesetz« vom 19. Dezember 2023 wird deutlich, dass Pflegende derzeit ihr Potenzial nicht ausschöpfen können und ihre Kompetenzen nicht ausreichend genutzt werden (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023b).

Neben der Gestaltung einer qualitativ hochwertigen pflegerischen Versorgung soll auch die Attraktivität der Pflegeberufe nachhaltig gesteigert werden. Aus diesem Grund sollen nach derzeitigem Stand die Befugnisse für Pflegefachpersonen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege erweitert werden. Eine Ausweitung auf andere Versorgungsbereiche wird geprüft. Dazu sollen Pflegefachpersonen die Befugnis erhalten, Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel zu verordnen. Darüber hinaus wird geprüft, inwiefern Pflegefachpersonen die berufsgesetzliche vorbehaltliche Aufgabe der Feststellung des Pflegebedarfs bei Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI auch künftig feststellen werden. Mit dem Pflegekompetenzgesetz soll ein pflegegradunabhängiger Anspruch auf Pflegeprozesssteuerung durch Pflegefachkräfte einschließlich eines pflegerischen Erstgesprächs festgeschrieben werden. Qua-

lizenzierte Pflegefachpersonen erhalten die Möglichkeit, erweiterte pflegerische Aufgaben in der Regelversorgung zu übernehmen (z.B. im Bereich der komplexen Wundversorgung, bei Menschen mit diabetischer Stoffwechselerkrankung, der Pflege bei Demenz etc.). Das international bereits differenziert etablierte Berufsbild der Advanced Practice Nurse (APN) soll auch in Deutschland implementiert werden. Damit verbunden ist die Möglichkeit für Pflegefachpersonen mit einem Berufsabschluss auf Masterniveau, in ärztlich oder pflegerisch geleiteten Einrichtungen eigenständig Heilkunde auszuüben sowie häusliche pflegerische Versorgung, Hilfsmittel und bestimmte Arzneimittel zu verordnen. Es wird aber auch deutlich, dass die Implementierung bis hin zur vollständigen Etablierung von APN in der Regelversorgung Zeit benötigen und einen gemeinsamen Prozess bedeuten wird (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023b).

Um die berufsständische Vertretung in Deutschland auszubauen, soll eine zentrale berufsständische Vertretung der Profession Pflege auf Bundesebene erfolgen und die Funktion der Pflegebevollmächtigten gesetzlich verankert werden. Dazu ist vorgesehen, dass Pflegefachpersonen in Institutionen und Gremien bei der Akutversorgung sowie bei der Planung und Vorbereitung von Krisensituationen auf allen Ebenen regelhaft beteiligt werden (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023b).

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen sollen mit dem Pflegekompetenzgesetz die Möglichkeit erhalten, akademisch qualifizierte Pflegefachkräfte, die zu mindestens 50 Prozent in der direkten Pflege tätig sind, im Rahmen der Personalvorhaltungswerte zu verhandeln. Dazu wird festgelegt, durch welches Personal fehlende Pflegefachkräfte unter bestimmten Voraussetzungen ersetzt werden können (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023b).

Darüber hinaus soll das Pflegekompetenzgesetz die Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung und den Umsetzungsprozessen der kompetenzorientierten Arbeitsteilung unterstützen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023b).

Um einen Pflegekollaps zu vermeiden, wird es für die künftige Versorgungssicherung in Deutschland entscheidend sein, dass das Pflegekompetenzgesetz zeitnah eine APN-Qualifikation mit dem beschriebenen erweiterten Kompetenzspektrum ermöglicht.

1.2 Kerngedanken und Bausteine

Dem Kerngedanken zur Entwicklung eines neuen Bildungskonzeptes liegen die Zielsetzungen zugrunde, dass eine qualitativ hochwertige Pflegebildung im Lichte zukünftiger Versorgungserfordernisse unter Einbezug bereits bestehender Konzeptionen gesichert werden muss. Wichtig erscheint neben der Versorgungszielsetzung die Gewährleistung einer internationalen Anschlussfähigkeit im gesamten Pflegebildungskontext. Deutschland und insbesondere die in Deutschland

arbeitenden Pflegenden sollen einen bundeseinheitlichen, in sich kohärenten durchlässigen und international anschlussfähigen Pflegebildungsraum beschreiben können. Darüber hinaus dient das Bildungskonzept als Grundlage für die Kommunikation mit relevanten Akteur*innen, um gemeinsam und konstruktiv an berufs- und bildungspolitischen Zielen zu arbeiten.

1.3 Mögliche Lesarten des Bildungskonzeptes

Das Bildungskonzept BAPID enthält verschiedene Lesarten, die sich auch durch verschiedene Positionen im Pflegebildungsraum verdeutlichen lassen. Gemeint sind Positionen wie Pflegelernende, beruflich Pflegende, Pflegelehrende, Pflegeleitende, Pflegeforschende oder berufspolitisch aktive Pflegende.

Pflegelernende: Sowohl Auszubildende als auch Studierende in der beruflichen Pflege können sich anhand der BAPID-Typik in Kapitel 7 besser einordnen. In Deutschland wird es vier verschiedene Pflegeberufe geben.

Beruflich Pflegende: Beruflich Pflegende können sich im Kontext der BAPID Typik einerseits zuordnen, andererseits auch nächste oder kommende Sprünge auf nächste Kompetenzniveaus gezielt vorbereiten. Das vorliegende Pflegebildungskonzept zeigt unterschiedliche Entwicklungsmöglichkeiten für die eigene Laufbahn auf und bietet sehr vielfältige Identifikationsmöglichkeiten für beruflich Pflegende. Das Konzept bietet Ansätze sowohl für die Zuständigkeit der Pflegeberufe (bis hin zum Disaster Nursing) als auch für die Nichtzuständigkeit.

Pflegelehrende: Berufspädagogisch fortgebildete Pflegelehrende mit Aufgaben in der Praxisanleitung, pflegepädagogisch studierte Pflegelehrende bis hin zu hochschulisch oder universitär qualifizierten Pflegeprofessuren mit Aufgaben in der primärqualifizierenden Ausbildung von Pflegestudierenden können anhand des Konzeptes von BAPID Hintergründe und Konzepte in Kapitel 6 für zukünftige Anforderungen an Pflegende ableiten und sich vergewissern, inwieweit die Zukunftsrelevanz der Ausbildungsinhalte derzeit gewährleistet ist.

Pflegeleitende: Die Leitungen in den pflegerischen Handlungsfeldern können mit Hilfe der BAPID-Typik anstehende Personalentscheidungen und den vorhandenen Qualifikationsmix besser analysieren und sind nicht mehr allein auf die Vorgabe der Kostenträger angewiesen. Argumentationen zum Qualifikationsmix nach Handlungsfeldern und spezifischeren Settings zu erarbeiten wird sicherlich eine Aufgabe sein, die sich aus BAPID ergibt. Auch die Konkretisierung von Rollen und Berufsbildern soll mit diesem Bildungskonzept nicht geleistet werden.

Pflegeforschende: Pflegewissenschaftlich Forschende können anhand dieser Ausführungen besser auf den Stand der aktuellen Studien eingehen und das vorliegende Konzept in eigene Argumentationskontexte einordnen. Die Nachvollziehbarkeit der Studie wird über die Kapitel 2 Methodisches Vorgehen und dessen

breiten Darstellung gewährleistet. So können auch Limitationen und Begrenztheit von Aussagen eingeschätzt werden oder breitere Diskussionen in fachwissenschaftliche Diskursfelder angestoßen werden.

Berufspolitisch aktive Pflegende: BAPID kann und soll eine gute Grundlage für alle berufspolitisch aktiven Personen sein. Viele Argumentationen, die hier beispielsweise in Kapitel 6 gebündelt werden, sind aus aktuellen Debatten oder Kontexten entnommen und zusammengefasst. Berufspolitische Debatten werden aufgrund von BAPID weiterhin zu führen sein, dennoch sind einige Hintergründe für Entscheidungen von gestern in BAPID nochmal explizit aufgenommen worden. Es ist ausdrücklich intendiert, sich in eigenen Interpretationen und Ansätzen zu den Argumenten von BAPID zu positionieren.

