

6. (Künftige) Herausforderungen der Pflegebildung

Die (künftigen) Herausforderungen für die berufliche Pflege im Allgemeinen und die Pflegebildung im Speziellen in Deutschland zu beschreiben, ist eines der zentralen Ziele von BAPID, denn jedwede Bildungsprozesse sind auf eine Bewältigung einer Pflege der Zukunft hin ausgelegt (vgl. Robinsohn, 1967/1971, 1969). Da die Zukunft immer ungewiss ist, besteht die besondere wissenschaftliche Verantwortung darin, prognostische Urteile zu fällen und zu begründen.

Innerhalb der BAPID-Studie wurden die (künftigen) Herausforderungen über eine Dokumentenanalyse (vgl. Kap. 2.1), über Expert*inneninterviews (vgl. Kap. 2.2), unter Hinzunahme quantitativer Befragungen eines Expert*innenbeirats im Rahmen eines Sounding Boards (vgl. Kap. 2.3) sowie über die Beteiligung eines Fachbeirats der Mitgliedsverbände des DPR (vgl. 2.4) ermittelt und im Verlauf der Datenanalyse kategorial zugeordnet. Die konkreten Ergebnisse wurden in Joint Displays anhand der Hauptkategorien aufbereitet. Sie werden im Folgenden beschrieben und kontextualisiert. Im Rahmen der quantitativen Befragung (Sounding Board) hatte der Expert*innenbeirat die Möglichkeit, in Freitextantworten ihre Wünsche und Befürchtungen hinsichtlich des neuen Bildungskonzepts zu äußern. Bereits hier wurden die vielfältigen allgemeinen Bedingungen deutlich, denen sich das neue Bildungskonzept stellen und anpassen muss. Das Datenmaterial zeigt, dass den Expert*innen folgendes wichtig ist:

- Einbezug mehrerer Berufsgruppen, aber hauptsächlich aus dem Pflegebereich
- keine rückwärtsgewandten, tradierten Konzepte
- Durchlässigkeit (Anrechnung beispielsweise von Bildungsabschlüssen und Berufserfahrungen)
- Vergleichbarkeit von Bildungsabschlüssen
- Transparenz und Anschlussfähigkeit
- Bessere Zusammenarbeit von Bund und Bundesländern
- Harmonisierung des gesamten Bildungssystems, Gesundheits- und Pflegesystems sowie der Gesundheits- und Pflegewirtschaft
- gemeinsames Verständnis über alle Bundesländer, Träger, Gewerkschaft und optimalerweise Pflegekammern

- Transparenz und breite Partizipation der Beschäftigten
- Bundeseinheitliches Bildungskonzept (aber: Entscheidungshoheit der Länder beachten)
- Gefahr der Verwässerung je mehr Stakeholder berücksichtigt werden
- Verständigungsorientierung und breite Konsentierung

Die Befragung unter den Expert*innen des Sounding Boards ergab neben den grundsätzlichen Anliegen eine hohe Übereinstimmung hinsichtlich der Relevanz der einzelnen Items. Es besteht Einigkeit darüber, dass ein neues Berufsbildungskonzept für Deutschland, ein bundeseinheitliches Berufsbildungskonzept sowie die Zusammenarbeit vieler Stakeholder von großer Relevanz sind (vgl. Tab. 16).

Tab. 16: Ergebnisse Sounding Board »Allgemeiner Befragungsteil« Expert*innenbeirat

Relevanz	CVI*
Berufsbildungskonzept	1,0
Bundeseinheitliches Berufsbildungskonzept	1,0
Zusammenarbeit Stakeholder	0,95
*ab einem CVI-Wert von > 0,78 gilt ein Item als angenommen	

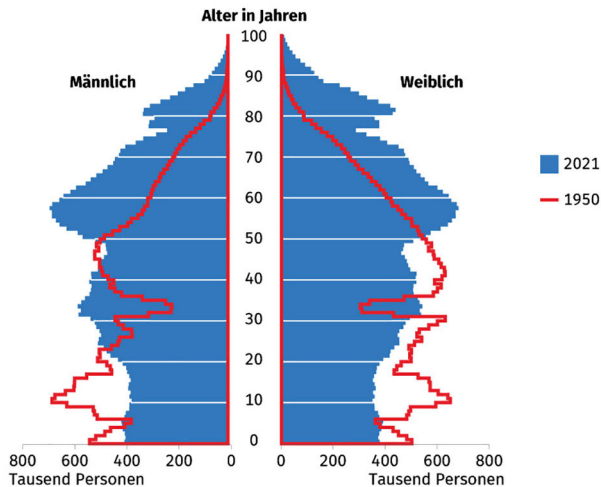
Die Expert*innen sprechen dem Bildungskonzept mit den aus der Dokumentenanalyse extrahierten Inhalten der künftigen Herausforderungen eine hohe Bedeutsamkeit zu. Als Auswertungsergebnis haben sich vier Hauptkategorien mit insgesamt 20 Subkategorien herausgebildet, deren inhaltliche Herausforderungen verdeutlicht werden sollen. Im Folgenden werden deshalb die vier BAPID-Hauptkategorien *Demografischer Wandel*, *Professionalisierung*, *Digitalisierung* und *(Globale) Krisen* mit ihren jeweiligen Subkategorien theoretisch umrissen und kontextualisiert, um am Ende jedes Abschnittes die Ergebnisse aus der qualitativen Datenanalyse zu den einzelnen Kategorien zu beschreiben und Implikationen für das Bildungskonzept abzuleiten.

6.1 Demografischer Wandel

Die demografischen Komponenten Geburten, Sterbefälle und Wanderungssaldo (Differenz aus Zuzügen und Fortzügen) beeinflussen direkt die Bevölkerungszahlen in Deutschland. Seit 1972 übersteigt die Zahl der Sterbefälle die Zahl der Geburten. Um die Bevölkerungszahl stabil zu halten oder zu erhöhen, ist Deutschland auf einen positiven Wanderungssaldo angewiesen. In der Mitte der 1980er Jahre sowie zwischen 2003 und 2010 verzeichnete Deutschland eher einen Bevölkerungsrückgang. In den Jahren 2013 bis 2022, mit Ausnahme des Corona-Jahres 2020, kam es zu einem positiven Wanderungssaldo, was zu einem Bevölkerungswachstum führte. Obwohl die Lebenserwartung kontinuierlich steigt, übertrifft die Zahl der Verstorbenen weiterhin die Anzahl der Neugeborenen. Dies ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass die geburtenstarken Jahrgänge der Baby-Boomer-Generation ins hohe Alter hineinwachsen, während die schwachen Geburtenjahrgänge der 1990er Jahre im gebärfähigen Alter sein werden (vgl. Statistisches Bundesamt, 2024b).

Abb. 12: Altersaufbau der Bevölkerung 2021 (Statistisches Bundesamt, 2023d)

Altersaufbau der Bevölkerung 2021
im Vergleich zu 1950



© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2023

Eine Betrachtung des Altersaufbaus der Bevölkerung (vgl. Abb. 12) zeigt, dass sich die Zusammensetzung im Vergleich zu 1950 umgekehrt hat. Während 1950

(BRD) noch 10 Prozent der Bevölkerung 65 Jahre und älter waren, sind es 2021 mehr als doppelt so viele (22 %). Der Anteil, der unter 15-Jährigen an der Gesamtbevölkerung hat sich von 23 Prozent im Jahr 1950 auf 14 Prozent im Jahr 2021 signifikant reduziert. Der Anteil der Personen im erwerbsfähigen Alter (15 bis 64 Jahre) ist mit 64 Prozent im Jahr 2021 gegenüber 67 Prozent im Jahr 1950 nahezu konstant geblieben. Im genannten Zeitraum ist die Bevölkerung in der BRD von 69,3 Millionen auf 83,2 Millionen angewachsen. Der Anstieg der Lebenserwartung hat sich zwar verlangsamt, beträgt aktuell jedoch bei der Geburt 83,4 Jahre bei den Mädchen und 78,5 Jahre bei den Jungen. Im Jahr 1950 wurden 1,1 Millionen Kinder geboren, während 750.000 Menschen starben. Im Jahr 2022 kehrte sich dieses Verhältnis um (740.000 Geburten und 1,1 Millionen Verstorbene) (vgl. Statistisches Bundesamt, 2023d).

In Bezug auf den Wanderungssaldo lassen sich im Zeitraum zwischen 1950 und 2022 drei größere Zuwanderungsbewegungen identifizieren. In den 1950er bis 1970er Jahren erfolgte der Zuzug von Gastarbeiter*innen aus Staaten mit einem Anwerbeabkommen. Die höchste Zuwanderung aus dem Ausland belief sich auf 1,0 Millionen Zuzüge. In den 1990er Jahren ist eine weitere Zuwanderungsbewegung zu verzeichnen, die durch den Zuzug von Spätaussiedler*innen aus der ehemaligen Sowjetunion sowie von Geflüchteten aus dem Jugoslawienkrieg mit ihrem Höhepunkt von 1,5 Millionen Zugewanderten gekennzeichnet ist. Im Jahr 1992 wurde ein Höchststand der Zuwanderung von 2,7 Millionen Personen verzeichnet. Seit Mitte der 2010er Jahre ist ein weiterer Anstieg der Zuwanderung zu beobachten, der seinen bisherigen Höhepunkt im Jahr 2022 erreichte. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass es jährlich ebenfalls zu Fortzügen aus Deutschland kommt. Im Jahr 2022 sind beispielsweise rund 1,2 Millionen Menschen aus Deutschland weggezogen. In den Jahren 1967, 1975 und 1985 übertrafen die Fortzüge die Zuzüge um jeweils 200.000 Personen, was zu einer negativen Wanderungsbilanz führte. Die meisten Fortzüge von Deutschland ins Ausland sind für das Jahr 2016 mit rund 1,4 Millionen Personen zu verzeichnen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2023d).

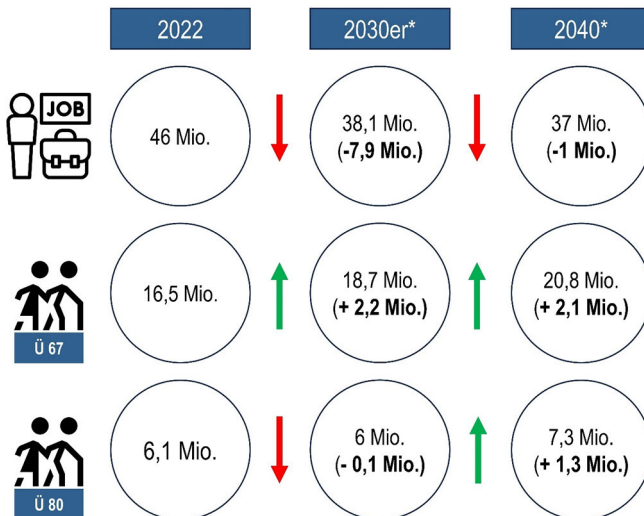
Gemäß aktuellen Prognosen würde das Erwerbspersonenpotential ohne Zuwanderung bis Mitte der 2030er-Jahre um 7,9 Millionen Personen schrumpfen (bis 2040 sogar um 9 Millionen) (vgl. Statistisches Bundesamt, 2024a). Derzeit sind 50 Prozent der Menschen im erwerbsfähigen Alter über 45 Jahre alt. Zudem gehen die erwerbsfähigen Personen der geburtenstarken Jahrgänge in den nächsten 15 Jahren in den Ruhestand. Um dem prognostizierten Bevölkerungs- und Fachkräftemangel entgegenzuwirken, ist die Zuwanderung von jährlich rund 500.000 Menschen erforderlich (vgl. Statistisches Bundesamt, 2024a).

Bezogen auf die Altersmerkmale der Bevölkerung belief sich im Jahr 2021 die Anzahl der Personen über 67 Jahren auf rund 16,4 Millionen, was einem Anstieg von 58 Prozent gegenüber 1990 (10,4 Millionen) entspricht. Bis zum Ende der 2030er Jahre wird mit einem weiteren Anstieg auf mindestens 20,4 Millionen Menschen gerech-

net. Die Zahl der Menschen mit über 80 Jahren wird bis 2030 auf rund 6 Millionen ansteigen, wobei je nach Entwicklung der Lebenserwartung ein Anstieg auf 8,4 bis 9,9 Millionen Personen möglich ist. Bis 2070 wird sich die Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland so weit verschieben, dass bis zu 14 Prozent der Bevölkerung zur Gruppe der Hochaltrigen (ab 80 Jahren) gehören werden (vgl. Statistisches Bundesamt, 2024a).

In Bezug auf die regionale Bevölkerungsentwicklung lassen sich bereits gegenwärtig Unterschiede feststellen, die sich zukünftig noch stärker manifestieren werden. Die Bevölkerung in den Stadtstaaten (beispielsweise Hamburg) ist deutlich jünger als in den Flächenländern. Hierbei sind jedoch Unterschiede zwischen den Flächenländern der neuen und alten Bundesländer zu beobachten. In den Flächenländern der neuen Bundesländer ist die Bevölkerung deutlich älter als in den Flächenländern der alten Bundesländer (vgl. Statistisches Bundesamt, 2024a).

Abb. 13: Prognostizierte Bevölkerungsentwicklung bei moderater Entwicklung von Geburten, Lebenserwartung und Wanderungssaldo (eigene Darstellung)



* Geburten, Lebenserwartung und Wanderungssaldo moderat

Der medizinische Fortschritt der vergangenen 100 Jahre hat zu einer grundsätzlichen Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit geführt, aber auch zu

einer Verschiebung der Erkrankungsarten¹. Etwa ein Achtel der Kinder ist von chronischen Erkrankungen betroffen, die sich im Kindes- und Jugendalter vor allem in Form von Diabetes mellitus, Herzkrankheiten, Migräne, Fieberkrämpfen, Epilepsie und onkologischen Erkrankungen manifestieren. Ebenso verhält es sich mit den atopischen Erkrankungen Asthma bronchiale, Neurodermitis und Heuschnupfen (vgl. Hackauf & Quenzel, 2022). Ein weit verbreitetes Gesundheitsproblem sind Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Etwa ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen weist Veränderungen innerhalb der sozioemotionalen Entwicklungsbereiche Emotionen, Verhalten und Hyperaktivität auf, die sich jedoch bei der Hälfte der Betroffenen nach einiger Zeit wieder den Kriterien der altersadäquaten Entwicklungsstufen annähern. Bei den Kindern und Jugendlichen wird, wie bei Erwachsenen, auch ein Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheitsrisiken festgestellt. Je niedriger der Status, desto höher das Gesundheitsrisiko (vgl. Hackauf & Quenzel, 2022).

Im Jahr 2021 stellten Kinder und Jugendliche ab 17 Jahren rund 428.000 Krankenhauspatient*innen. Als Hauptursache sind mit rund 19 Prozent psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen für eine Krankenhausbehandlung verantwortlich (81.000 Fälle; Tendenz steigend). Bei Erwachsenen liegt der Vergleichswert bei rund 6 Prozent von rund 15,3 Millionen Krankenhausfällen. Als zweithäufigste Ursache wurden Verletzungen und Vergiftungen mit ebenfalls 19 Prozent registriert. An dritter Stelle führten Ursachen unklarer Genese wie beispielsweise Bauch- und Beckenschmerzen, Ohnmacht und Kollaps oder Kopfschmerzen zu einem Krankenhausaufenthalt (vgl. Statistisches Bundesamt, 2023e).

Insgesamt geben rund 49 Prozent der Bevölkerung an, an einer chronischen Erkrankung zu leiden, wobei der Anteil mit dem Alter ansteigt. In der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen liegt der Anteil bei rund 30 Prozent, während er in der Altersgruppe der über 80-Jährigen bei rund 62 Prozent liegt (vgl. Heidemann et al., 2021). Die Prävalenz wird durch die Gegenüberstellung mit der tatsächlichen Bevölkerungszahl (vgl. Tab. 17) zusätzlich verdeutlicht und veranschaulicht das Ausmaß der betroffenen Bevölkerung.

1 Der demografische Wandel führt zu einer Verschiebung der Krankheitslast und zunehmender Multimorbidität, die mit dem Anstieg der Lebenserwartung zusammenhängt (vgl. Robert Koch-Institut, 2024b). Dazu verändert die Klimakatastrophe das Erkrankungsspektrum (vgl. Lancet Countdown on Health and Climate Change, 2021).

Tab. 17: Chronische Erkrankungen ab 18 Jahren – Ergebnisse aus der Studie GEDA 2019/2020 EHIS und eigene Berechnung (vgl. Heidemann et al., 2021)

Erkrankung	Ab 18 Jahren (%)	Bevölkerung* (in Mio.)
Depressive Symptomatik	8,2	6,8
Diabetes mellitus	8,9	7,4
Koronare Herzkrankheit	5,9	4,9
Apoplex	2,2	1,8
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung	6,2	5,2
Asthma bronchiale	8,1	6,7
Allergien	30,9	25,7
Arthrose	17,0	14,1
* ausgehend von 83,16 Millionen amtlicher Bevölkerungszahl in Deutschland (2020)		

Rund ein Drittel der Erwachsenen gibt gesundheitsbedingte Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten an. Dabei zeigt sich, dass die Zahl mit dem Alter ansteigt. Während bei den 18- bis 29-Jährigen rund 14 Prozent betroffen sind, liegt der Anteil bei den über 80-Jährigen bei rund 60 Prozent (vgl. Heidemann et al., 2021).

Die Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020 EHIS belegen die Relevanz nicht-übertragbarer Erkrankungen und gesundheitsbedingter Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens. Das veränderte Krankheitsspektrum resultiert zwangsläufig in veränderten Versorgungsbedarfen. Hierbei wird deutlich, dass der größte Versorgungsbedarf zwar bei den älteren Menschen liegt, aber nicht ausschließlich. Vor allem Depressionen und Asthma bronchiale treten in jüngeren Altersgruppen auf. Des Weiteren werden bildungsspezifische Unterschiede im Wissen zur Vermeidung von Risikofaktoren ersichtlich (vgl. Heidemann et al., 2021). Der Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit ist bereits seit längerem Gegenstand der Literatur. So treten beispielsweise Diabetes mellitus, koronare Herzkrankheit und Depressionen bei Personen mit geringerer Allgemeinbildung deutlich häufiger auf. Dies trifft auch auf die Risikofaktoren Bluthochdruck und Adipositas zu. Personen mit höherem Bildungsgrad weisen ein gesünderes Bewegungs- und Ernährungsverhalten auf. Von wenigen Ausnahmen (z.B. Alkoholkonsum) abgesehen, sind die Gesundheitschancen besser je höher der Bildungsgrad

ist. Bildungspolitische Bemühungen generieren (ursprünglich beabsichtigt oder nicht) gesundheitsbezogene Erträge (collateral benefits – Gesundheit als Kollateralnutzen von Bildungsinvestitionen). Modellrechnungen legen nahe, dass durch Bildungsinvestitionen langfristig Gesundheitskosten eingespart werden können (vgl. Kuntz et al., 2022).

Infolge der skizzierten demografischen Entwicklung und den veränderten gesundheitlichen Ausgangslagen ist mit einem Anstieg der Anzahl pflegebedürftiger Personen zu rechnen. Gemäß aktuellen Prognosen wird die Zahl der erfassten Pflegebedürftigen von derzeit 5,0 Millionen (2021) auf mindestens etwa 6,8 Millionen (2055) ansteigen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2024a).

Die Pflegequote bei den 70- bis unter 75-Jährigen liegt derzeit bei lediglich 9 Prozent, während sie bei den ab 90-Jährigen auf 82 Prozent ansteigt. Die reale Pflegebedürftigkeit der Bevölkerung ist noch weitaus höher. Ihr wird intrafamiliar oder individuell auf Lai*innenebene begegnet (vgl. Kap. 6.1.3). Ein Geschlechterunterschied ist bei der erfassten Pflegebedürftigkeit erkennbar: Frauen ab dem 75. Lebensjahr weisen eine deutlich höhere Pflegequote auf als gleichaltrige Männer. So sind beispielsweise 61 Prozent der 85- bis unter 90-jährigen Frauen pflegebedürftig, während es bei den Männern in der gleichen Altersgruppe »nur« 43 Prozent sind. Ein Erklärungsansatz ist, dass Frauen in höherem Alter häufiger alleine leben und bei beginnendem Pflegebedarf früher der Antrag zur Pflegehilfe gestellt wird als bei Männern, die zuerst von ihren Frauen und intrafamiliar versorgt werden (vgl. Statistisches Bundesamt, 2022).

Eine der größten zukünftigen Herausforderungen in der gesundheitlichen Versorgung der älteren Bevölkerung als gesellschaftliche Daseinsaufgabe wird die Pflege von Menschen mit demenzieller Erkrankung sein. Aktuelle Prognosen gehen davon aus, dass die Zahl der Personen mit Demenz von derzeit 1,7 Millionen auf bis zu 3 Millionen im Jahr 2070 ansteigen wird. Die kognitiven und motorischen Abbauprozesse sowie Verhaltensänderungen führen zu einer Reduktion der Möglichkeiten der eigenständigen Lebensführung und in der Folge zu gesellschaftlicher Stigmatisierung und Exklusion. In Abhängigkeit von der Schwere der Erkrankung steigt der medizinische und pflegerische Versorgungsbedarf. Ökonomisch betrachtet, stellen Demenzerkrankungen die teuerste (Alters-)Erkrankung dar, da derzeit keine Behandlungsmöglichkeiten existieren. Einzig Präventionsmaßnahmen wie ein gesunder Lebensstil scheinen einen positiven Effekt auf diese Krankheit zu haben. Das Gesundheitssystem muss sich auf diese Herausforderung mit neuen Versorgungsformen und gesellschaftlichen Innovationen zur Unterstützung der Betroffenen und Angehörigen vorbereiten (vgl. Georges et al., 2023).

Die Hauptkategorie *Demografischer Wandel* unterteilt sich nachfolgend in die Subkategorien *Fachkräftebedarf*, *Diversität*, *Versorgungsformen*, *Qualifikationsmix* und *Belastungsfaktoren*.

6.1.1 Fachkräftebedarf

Der frühzeitige Anstieg der Pflegebedürftigen über fünf Millionen trifft auf eine zweifache Abnahme sowohl auf Seiten der informellen Pflege (Lai*innenpflege) als auch auf Seiten eines Fachkräfte- und Assistenzkräftemangels. Dieses Problem wird innerhalb der Gesellschaft bereits wahrgenommen. Immerhin 94 Prozent der Bevölkerung verfügen über eine realistische Einschätzung der Herausforderungen in der beruflichen Pflege. Sie kennen aus ihrem eigenen Umfeld die Probleme, einen Pflegedienst oder einen Platz in einer stationären Einrichtung zu bekommen und derzeitige und zukünftigen Finanzierungsmodalitäten der beruflichen Pflege werfen viele Fragen auf (vgl. Klie, 2024).

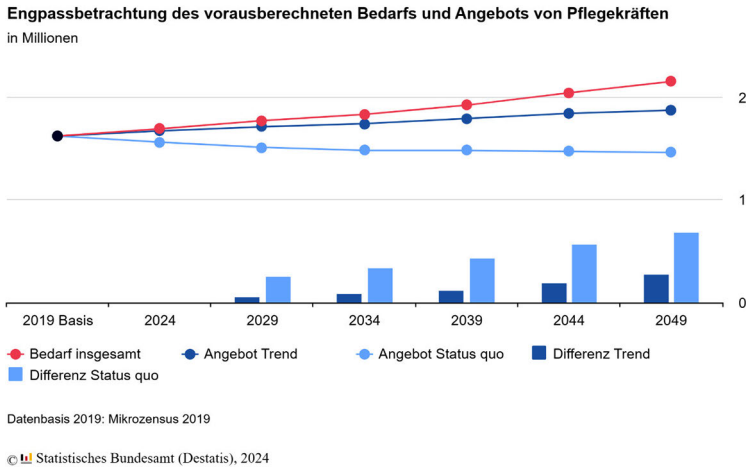
Eine Betrachtung der Demografie innerhalb der Pflegeberufe zeigt auf, dass die größte Einzelaltersgruppe der beruflich Pflegenden 57 Jahre alt ist. Insgesamt lassen sich rund ein Drittel (32,2 %) der Pflegefachpersonen in die Altersgruppe 50+ einordnen. Dies verdeutlicht, dass ein Großteil dieser Altersgruppe in den kommenden zehn Jahren in Rente gehen wird, wodurch ein erheblicher Bedarf an Nachwuchs entsteht (vgl. Isfort, 2024).

Der Bedarf an Fachkräften in den Pflegeberufen wird in den kommenden Jahren kontinuierlich steigen. Während im Jahr 2024 noch rund 1,7 Millionen beruflich benötigt werden, werden es in 25 Jahren (2049) bereits rund 2,2 Millionen sein, was einem Anstieg von rund 62 Prozent entspricht. Der Fachkräftebedarf wird demnach am deutlichsten in den stationären Langzeitpflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen ansteigen, gefolgt von der ambulanten Pflege und Betreuung. In den Krankenhäusern ist der Anstieg mit 7,8 Prozent vergleichsweise gering. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Pflegebedürftigkeit steigt, während die Krankenhausbehandlungen nur geringfügig zunehmen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2024e).

Im Folgenden werden zwei Varianten des Angebots an Fachkräften gegenübergestellt. Einerseits wird der Status quo betrachtet, wobei die derzeitige Erwerbstätigenquote in der Pflege als gegeben angenommen wird. Andererseits wird die Trend-Variante analysiert, welche neben der demografischen Entwicklung auch Verhaltensänderungen beim Aufnehmen und Beenden eines Pflegeberufs berücksichtigt (vgl. Statistisches Bundesamt, 2024e).

Die aktuelle Pflegekräftevorausberechnung lässt vermuten, dass in Deutschland sowohl in der Status-Quo-Variante als auch in der Trend-Variante der vorausberechnete Pflegebedarf nicht gedeckt werden kann. Bei der Status-Quo-Variante schrumpft das Angebot an beruflich Pflegenden sogar um 6,4 Prozent. Je nach Entwicklung werden im Jahr 2049 zwischen 280.000 und 690.000 beruflich Pflegenden fehlen (vgl. Abb. 14).

Abb. 14: Engpassbetrachtung des vorausberechneten Bedarfs und Angebots von Pflegekräften (Statistisches Bundesamt, 2024e)



Ein wesentlicher Grund für den derzeitigen Mangel an beruflich Pflegenden ist die Tatsache, dass die Zahl der betreuungsbedürftigen Menschen in Deutschland schneller steigt als die Anzahl der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Pflegenden. Im Zeitraum von 2016 bis 2021 stieg die Zahl der Betreuungsbedürftigen von 3,2 auf 4,6 Millionen (+ 43,8 %). Die Anzahl der beruflich Pflegenden hingegen stieg im gleichen Zeitraum lediglich von 1,5 auf 1,7 Millionen (+13,3 %) (vgl. Senghaas & Struck, 2023). Dabei sind regionale Unterschiede zu verzeichnen, die in der Gesundheits- und Krankenpflege zwischen 0,7 Prozent (Bremen) und 17,9 Prozent (Hamburg) sowie in der Altenpflege zwischen 6,6 Prozent (Schleswig-Holstein) und 45,8 Prozent (Nordrhein-Westfalen) schwanken (vgl. Klie, 2024).

Der Großteil der beruflich Pflegenden (82 %) ist weiblich und 63 Prozent von ihnen arbeiten in Teilzeit. Insgesamt ist der Teilzeitanteil in den Pflegeberufen deutlich höher (49 %) als im deutschlandweiten Vergleich (30 %) (vgl. Bundesagentur für Arbeit, 2023). Eine mögliche Erklärung für den hohen Anteil an Teilzeittätigkeit ist die hohe psychische und physische Belastung in den Pflegeberufen, die eine Regeneration bei Vollzeittätigkeit nur schwer zulässt (vgl. Senghaas & Struck, 2023). Eine Flexibilisierung der Arbeitsmodelle im Sinne der individuellen Präferenzen beruflich Pflegenden wird als Möglichkeit erachtet, um eine bessere Vereinbarkeit von Familie, Privatleben und Beruf sowie die eigene Entlastung zu gewährleisten und die Abwanderung beruflich Pflegenden in die Zeit- oder Leiharbeit zu verhindern (vgl. IEGUS et al., 2023).

Der Personalmangel wirkt sich darüber hinaus negativ auf die verbliebenen beruflich Pflegenden aus, wobei insbesondere schlechte Arbeitsbedingungen zu einem Verlassen des Berufs führen. Dies lässt sich jedoch nicht aus den Beschäftigtenzahlen oder aus Studien zu Fluktuationszahlen ableiten (vgl. Senghaas & Struck, 2023). Zudem hat der Personalmangel direkte Auswirkungen auf die Mortalität und Komplikationsrate von Pflegebedürftigen. Bei mangelnder Personalressource bei Pflegefachpersonen steigt die Mortalitäts- und Komplikationsrate signifikant an. Ein besonders großer Effekt wurde auf Intensivstationen und bei chirurgischen Patient*innen sichtbar. In diesem Zusammenhang muss erläutert werden, dass Deutschland die höchste Anzahl an Krankenhausfällen aufweist (23,5 pro 100 Einwohner*innen) und damit im europäischen Vergleich den ersten Platz belegt. Betrachtet man jedoch die Anzahl an Pflegefachpersonen pro 1.000 Krankenhausfälle, so liegt Deutschland auf dem vorletzten Platz in Europa (vgl. Berberich, 2022). In der Anfangsphase der 2000er Jahre kam es zu einem signifikanten Abbau an Vollzeitkräften im Pflegedienst. Die kürzeren Verweildauern in den Kliniken und die Erhöhung der Fallzahlen führten zu einer deutlichen Arbeitsverdichtung. Demgegenüber wurde ein kontinuierlicher Anstieg der Vollkraftstellen von Ärzt*innen verzeichnet, sodass sich das Verhältnis zwischen der Anzahl an beruflich Pflegenden und der Anzahl an ärztlichem Personal bis 2018 zunehmend verschlechterte. Seitdem ist jedoch eine deutliche Steigerung der Vollkräfte im Pflegedienst zu beobachten und das Missverhältnis zwischen beruflich Pflegenden und ärztlichem Personal konnte abgemildert werden (vgl. Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege, 2024; Wissenschaftsrat, 2023).

Um die bedarfsgerechte Pflege von Patienten*innen und die Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus abzusichern, wurde Ende April 2024 der Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) durch den Bundesrat zugestimmt. Krankenhäuser werden demnach ab dem 1. Juli 2024 verpflichtet, ihren Personalbedarf auf allen Normalstationen sowie auf der Kinderintensivstation an das Institut für Entgeltsysteme im Krankenhaus zu übermitteln. Damit wird erstmals die Versorgung pflegebedürftiger Menschen an ihrem individuellen Hilfebedarf bemessen. Dazu wird der Einsatz qualifizierter Pflegehilfskräfte auf 20 Prozent erhöht und ein flexibler Qualifikationsmix ermöglicht (vgl. PPBV, 2024/Drucksache 65/1/24).

In seinem jüngsten Gutachten fordert auch der Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege (2024) ein Maßnahmenbündel, welches an unterschiedlichen Stellen ansetzt und dem Fachkräftemangel wirksam begegnen soll u.a. (vgl. Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege, 2024):

- Stärkung der Primärprävention und Gesundheitsförderung sowie sekundäre Präventionsmaßnahmen, um die Krankheitslast in der Bevölkerung zu senken
- Präventionsmaßnahmen von Pflegebedürftigkeit

- Stärkere Berücksichtigung von Health in All Policies in der Politik, um die Lebensstilfaktoren und den Verlauf häufiger Erkrankungen als gesamtpolitische Aufgabe zu verstehen
- Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung
- Stärkere Unterstützung der pflegenden Angehörigen und Ausbau von Pflegeberatungsangeboten
- Reduktion der stationären Belegungstage durch eine verbesserte Koordination und Ambulantisierung
- Etablierung von Primärversorgungszentren, intersektorale Zentren, Pflegekompetenzzentren
- Einsatz akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen in Hausarztpraxen und hausärztlichen Praxisnetzen
- Einsatz von Pflegefachpersonen mit erweiterten Kenntnissen in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen und Vorhaltung einer basalen Diagnostik- und Behandlungsausstattung, um unnötige Krankenhauseinweisungen zu reduzieren

Um der Fachkräfteentwicklung entgegenzuwirken und die Pflegeberufe attraktiver zu gestalten, wurde seitens des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) sowie des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) die Konzentrierte Aktion Pflege (KAP) initiiert. Die angestrebten Ziele dieser gesundheitspolitischen Initiative umfassten die Gewinnung zusätzlichen Pflegepersonals, die Aufwertung der Pflegeberufe durch eine Erweiterung der Verantwortungsbereiche, die Verbesserung der Arbeitsbedingungen sowie die Entlastung beruflich Pflegenden. Zu diesem Zweck wurden fünf Arbeitsgruppen gebildet (Bundesministerium für Gesundheit, 2021, S. 13):

- **Ausbildungsoffensive Pflege (2019–2023) (Arbeitsgruppe (AG) 1)**

Das fünfjährige Projekt zielt darauf ab, die an den Pflegeausbildungen beteiligten Akteur*innen bei der Übergangszeit von der alten auf die neue generalistische Ausbildung zu unterstützen. Das Ziel besteht in der Erhöhung der ausbildenden Einrichtungen und der Pflegeauszubildenden um zehn Prozent. Dies soll durch drei Handlungsfelder erreicht werden (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2020b):

Handlungsfeld I: Die Reform der Pflegeberufe erfolgreich umsetzen

- Ausbildungs- und Schulplätze bereitstellen
- Gemeinsam in Lernortkooperationen und Ausbildungsverbünden ausbilden
- Pflegeschulen bei der Umstellung auf die neuen Ausbildungen unterstützen
- Pflegefachpersonen hochschulisch ausbilden
- In der Ausbildungsoffensive zusammenarbeiten

Handlungsfeld II: Für eine Ausbildung in der Pflege werben

- Mehr Menschen für eine Ausbildung in der Pflege gewinnen
- Die Öffentlichkeit über die neuen Pflegeausbildungen informieren

Handlungsfeld III: Ausbildung und Qualifizierung stärken

- Ausbildungsqualität und Ausbildungserfolg sichern
- Bildungskarrieren in der Pflege eröffnen
- Umschulung fördern
- Das Tätigkeitsfeld Pflege in der neuen Ausbildung weiter entwickeln

- **Pflegekräfte aus dem Ausland (AG 4)**

Um den über den heimischen Markt hinausgehenden Bedarf an Pflegenden zu decken, ist die Anwerbung von Pflegepersonen aus Drittstaaten vorgesehen. Dabei hat sich die Bundesregierung verpflichtet, den Globalen Verhaltenskodex der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für die Internationale Anwerbung von Gesundheitskräften zu beachten. Der Kodex zielt darauf ab, die Anwerbung von Pflegepersonen aus Ländern zu verhindern, die selbst einen Mangel an Pflegepersonen aufweisen oder bei denen durch die Anwerbung ein Mangel entstehen würde (vgl. World Health Organization, 2010b). Zu den Maßnahmen gehören ein beschleunigtes administratives Verfahren im In- und Ausland (Visum, Anerkennung etc.) sowie Maßnahmen zur beruflichen, fachlichen und sozialen Integration von Pflegefachpersonen aus dem Ausland. Um eine hochwertige Anwerbung zu gewährleisten, wird in Zukunft ein Gütesiegel durch den Bund eingeführt. Um die Willkommenskultur zu fördern sowie Maßnahmen zum Integrationsmanagement zu entwickeln, wurden zwölf Anforderungsfelder für ein betriebliches Integrationsmanagement definiert (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2021): Integrationsmanagement, Vorbereitung der Einreise, Ankunft & Empfang durch den Arbeitgeber, Wohnen & Mobilität, Willkommensmentoring, Vorbereitung des Teams, Konfliktmanagement, gesellschaftspolitische Bildung bis zu Umgang mit Kündigung und Abwerbung. Für die soziale, fachliche und betriebliche Integration wurde ein »Werkzeugkoffer Willkommenskultur & Integration« entwickelt (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2021). Die vom Saarland als öffentliche Gesellschaft mit beschränkter Haftung betriebene Deutsche Fachkräfteagentur für Gesundheits- und Pflegeberufe (DeFa) kümmert sich bundesweit um die Abwicklung und Beschleunigung der aufwendigen Anerkennungsverfahren. Eine weitere Maßnahme ist die Erstellung von Mustergutachten durch die Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe (GfG), welche eine schnellere Prüfung der ausländischen Berufsabschlüsse, die Erhebung eines etwaigen Nachqualifizierungsbedarfs sowie die Weiterleitung in die integrierten Ausgleichsmaßnahmen für die Anerkennung von Berufsabschlüssen in der Pflege ermöglichen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2021). Länder, die im Rahmen der Potenzialanalyse für die Fachkräftegewinnung in Drittstaaten durch die Bundesagentur für Arbeit

identifiziert wurden, umfassen unter anderem Brasilien, Mexiko, die Philippinen, El Salvador und Vietnam. Maßnahmen zur Förderung des Spracherwerbs im Ausland und im Inland zielen darauf ab, die Integration ausländischer Fachkräfte zu fördern. Neben der Anwerbung von Pflegefachpersonen werden auch gezielt junge Menschen für den Eintritt in die Pflegeausbildung angeworben.

- **Personalmanagement, Arbeitsschutz, Gesundheitsförderung (AG 2)**

Im Rahmen der KAP wurde die Studie Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege und Ermittlung sowie modellhafte Implementierung von Indikatoren für gute Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege durchgeführt. Ein Aspekt, der betrachtet wurde, ist der Weg in die Pflegeberufe. Die Ergebnisse sind eindeutig: »Menschen finden über Berührungspunkte mit der Pflege ihren Weg in den Pflegeberuf und immer mehr Menschen beginnen eine Ausbildung in der Pflege« (IEGUS et al., 2023, S. 583). Praktika, Berufsorientierungsprogramme, Freiwilliges Soziales Jahr oder andere Maßnahmen auf der einen Seite, aber auch eigene Berührungspunkte als Pflegebedürftige oder Angehörige sind häufige Gründe, um in die Pflegeberufe einzumünden. Hierbei ist größtenteils die Arbeit mit und am Menschen entscheidend (vgl. IEGUS et al., 2023). Des Weiteren sind die Arbeitsplatzsicherheit und die Möglichkeit des Quereinstiegs mit der Aussicht auf einen höheren Lohn sowie der niedrigschwellige Zugang im Hilfs- oder Assistenzbereich ausschlaggebende Faktoren (vgl. IEGUS et al., 2023).

- **Innovative Versorgungsansätze und Digitalisierung (AG 3)**

Um die Versorgung effizienter zu gestalten und die Arbeitsverdichtung in der Pflege zu verringern, müssen innovative Wege beschritten werden. Das Ziel besteht darin, dass am Ende mehr Zeit verbleibt, um eine angemessene personenzentrierte Pflege und Betreuung sicherzustellen. Eine Steigerung der Selbständigkeit führt direkt zu einer Attraktivitätssteigerung des Berufs (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2021). In der Konsequenz soll das Pflegekompetenzgesetz verabschiedet werden (vgl. Kap. 1.1.4) und innovative Versorgungsansätze, wie Advanced Nursing Practice, werden zukünftig verstärkt auf den Weg gebracht (vgl. Kap. 6.2.3). Als weitere Maßnahme wird die Höherstufung der Pflegeberufe von DQR 4 auf DQR 5 geprüft. Für die Tätigkeit in der ambulanten Pflege ist die Einführung einer Zeitvergütung vorgesehen, um eine flexible, passgenaue und individuell bedarfsgerechte Versorgung zu ermöglichen, wie es in den meisten Bundesländern bereits möglich ist. Zudem werden innovative Ansätze zur (digitalen) interprofessionellen Zusammenarbeit gefördert. Die Digitalisierung und innovative Zukunftstechnologien sollen ebenfalls zur Attraktivitätssteigerung beitragen (vgl. Kap. 6.3). Zusätzlich ist die Erhöhung der Effizienz der pflegerischen Versorgung sowie die Optimierung der Schnittstellen zwischen den einzelnen Akteur*innen vorgesehen. Dieses Kompetenzerweiterungspaket soll insgesamt nicht nur die Attraktivität des Berufsfelds erhöhen,

sondern auch die gegenseitige Anerkennung und Akzeptanz der Berufsgruppen fördern.

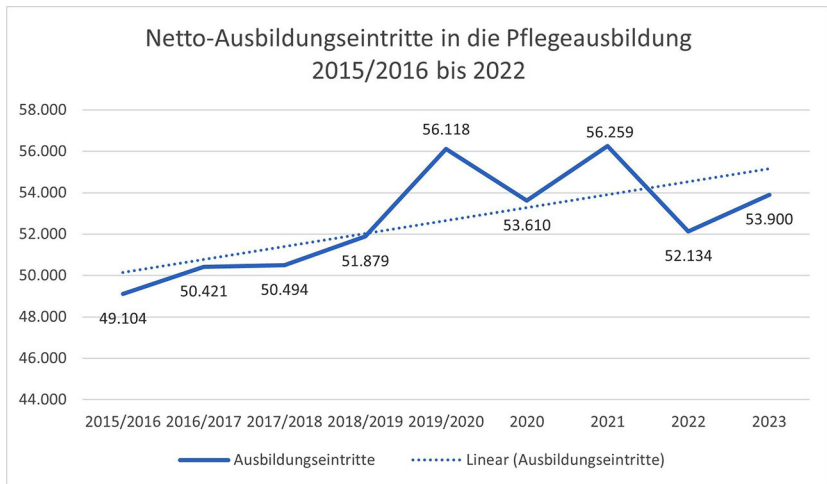
- **Entlohnungsbedingungen in der Pflege (AG 5)**

Die fünfte Arbeitsgruppe hat die Zielstellung, die Entlohnungsbedingungen in der Pflege zu verbessern. Als Ergebnis wurde im Oktober 2019 das Pflegelöhneverbesserungsgesetz (PflegeLohnVG) beschlossen. Das Ziel des Gesetzes war die Umsetzung der im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege vereinbarten Maßnahmen für verbesserte Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche. Zu diesem Zweck wurden branchenweite Tarifverträge oder höhere Pflegemindestlöhne durch Rechtsverordnungen festgelegt. Seit September 2022 dürfen gemäß dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) nur noch Pflegeeinrichtungen zur Versorgung zugelassen werden, die ihre Pflege- und Betreuungspersonen nach Tarif bezahlen. Dies geht mit einer Gehaltssteigerung von bis zu 30 Prozent einher (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2022). Die aktuelle Situation zeigt, dass das Einkommen in den Pflegeberufen insbesondere für Pflegehilfspersonen nach wie vor unzureichend ist. Das Einstiegsgehalt für Pflegefachpersonen liegt aktuell zwischen 3.000 und 4.000 Euro. In einigen Regionen auch darüber (vgl. Klie, 2024).

Im Kontext des Personalmangels erlangt die Pflegeausbildung eine besondere Bedeutung für vielversprechende Strategien der Fachkräftegewinnung. In der Ausbildung werden nicht nur die Grundlagen für berufliche Handlungskompetenzen gelegt, sondern auch die Grundlagen für die Berufsidentifikation und -bindung geschaffen (vgl. Reiber et al., 2023a). Die Entwicklungen der Ausbildungszahlen in den Pflegeberufen sind insgesamt positiv zu bewerten (vgl. Abb. 15). Allerdings ist bei der Interpretation der Zahlen zu berücksichtigen, dass mit der Einführung der generalistischen Ausbildung im Jahr 2020 auch die Pflegeausbildungsstatistik (PfleA) eingeführt wurde. Die Daten werden zum Stichpunkt 31.12. eines jeden Jahres erhoben. Die vorhergehenden Zahlen basieren auf den Berufsbildungsberichten und beinhalten Jahrgänge (von Oktober bis Oktober) (vgl. Isfort, 2024). Im Jahr 2022 haben 52.134 Personen eine Pflegeausbildung neu begonnen. Insgesamt befanden sich zum Stichtag 31.12.2022 143.091 Personen in einer Pflegeausbildung. Darunter waren 34.749 Männer (24,3 %) und 108.345 Frauen (75,7 %). Der Altersdurchschnitt der Auszubildenden lag im Jahr 2022 bei 21 Jahren und hat sich im Vergleich zu den Vorjahren kaum verändert (vgl. Statistisches Bundesamt, 2023f). Der aktuelle Berufsbildungsbericht 2024 des BIBB (2024) weist für das Jahr 2023 eine Steigerung von 5,1 Prozent Ausbildungseintritte in die neue Pflegeausbildung aus. Damit mündeten 2023 53.900 neue Auszubildende in die Pflegeberufe ein. Der Anteil der weiblichen Auszubildenden ist leicht zurückgegangen auf 72,2 Prozent und markiert damit den seit 2020 niedrigsten Wert (2020: 75,7 %) (vgl. BIBB, 2024). Es bleibt jedoch abzuwarten, wie sich die Ausbildungszahlen in den kommenden Jahren präsentie-

ren werden. Der erkennbare Rückgang von Ausbildungszahlen im Jahr 2020 ist kein Phänomen, das sich auf Pflegeberufe beschränkt, sondern wurde auch im Bereich der anerkannten BBiG- und HwO-Ausbildungsberufe im gesamten Bundesgebiet festgestellt.

Abb. 15: Netto-Ausbildungseintritte in die Pflegeausbildung 2015/2016 bis 2022 (Bundesministerium für Gesundheit, 2021, S. 19; Statistisches Bundesamt, 2023f, 21241-01; BIBB, 2024)



Die zukünftige Entwicklung der Zahlen ist derzeit noch nicht abzusehen. Allerdings sollten nach Isfort (2024) folgende Aspekte, die die Ausbildungskennzahlen beeinflussen, berücksichtigt werden, um die Kennzahlen richtig einschätzen zu können (vgl. Isfort, 2024):

- Bildungseinrichtungen befinden sich seit der Einführung der neuen Pflegeausbildung in einem Umstrukturierungsprozess; Curricula müssen erst entwickelt, erprobt und evaluiert werden, bevor sie als stabiles Ausbildungskonzept gelten
- Durch die Zusammenlegung der beiden Berufsgruppen Altenpfleger*in und Gesundheits-/Krankkrankenpfleger*in erhöht sich die Heterogenität bei den Auszubildenden
- Pandemiebedingt gab es 2020 und 2021 Unterrichtsausfall, temporäre Schulschließungen und Planungsänderungen von Ausbildungsabschnitten
- Digitalisierung der Lehre an Schulen musste pandemiebedingt adhoc erfolgen
- Kennzahlen benötigen einer längerfristigen Laufzeit, bevor sie valide in die Analyse einbezogen werden können

Eine Modellrechnung von Isfort (2024) verdeutlicht, dass bei einer unveränderten Entwicklung der Berufseinmündungen und Berufsaustritte ab dem Jahr 2027 kein Strukturaufbau der Pflege mehr möglich sein wird. Stattdessen werden lediglich Austritte kompensiert. Dies zeigt, dass zusätzliche Pflegepersonen gewonnen werden müssen, beispielsweise durch Anwerbung aus dem Ausland. Dies impliziert wiederum, dass eine substanzielle Arbeitsentlastung durch einen erheblichen Personalaufbau nicht realisierbar ist (vgl. Isfort, 2024). Eine weitere Strategie liegt in der Motivation von Pflegenden, die bereits aus den Pflegeberufen ausgeschieden sind zurückzugewinnen. Die Studie von Auffenberg et al. (2022) hat in diesem Bereich ein großes Potenzial nachgewiesen sowie Handlungserfordernisse und -empfehlungen herausgearbeitet, um bereits ausgestiegene beruflich Pflegenden zu einer Rückkehr in den Beruf zu motivieren (vgl. Auffenberg et al., 2022).

Die Zahl der Absolvent*innen allgemeinbildender Schulen hat sich um knapp 100.000 reduziert. Die nachweisbaren Verschiebungen innerhalb der Abschlüsse der allgemeinen Schulbildung führen dazu, dass die Pflegeausbildung mit vielen anderen Berufsfeldern und deren Berufen in Konkurrenz steht. Um die Pflegeberufe für Personen mit allgemeiner Hochschulreife attraktiver zu gestalten, muss dieser für sie attraktiver gemacht werden (vgl. Klie, 2024; Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege, 2024). Zur Gewinnung von Fachkräften für die Gesundheitsberufe in der jungen Bevölkerung, empfiehlt der Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege die Attraktivität des Freiwilligen Sozialen Jahres (FSJ) zu stärken (vgl. Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege, 2024). Auch wenn das BMFSFJ im Jahr 2023 noch angab, das FSJ stärken zu wollen und für ein FSJ mit älteren und kranken Menschen warb, werden für den Bundeshaushalt 2025 Kürzungen in Millionenhöhe erwartet, die diese Pläne konterkarieren würden (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2023b; Deutscher Bundestag, 2024).

Für eine Steigerung der Attraktivität der Pflegeausbildung/des Pflegestudiums können empirische Erkenntnisse zu Motiven für die Berufswahl hilfreich sein. Die Motive zur Berufswahl in der Pflege sind bei Auszubildenden überwiegend intrinsischer Natur. Neben sozialen Interessen ist der Wunsch nach einer sinnvollen, fachlich anspruchsvollen Tätigkeit, die sich an Pflegebedürftigen orientiert und von Handlungsautonomie geprägt ist, ausschlaggebend. Dies sind auch die Gründe, die für einen Verbleib im Beruf angeführt werden. Die Verdienstmöglichkeiten spielten für Jugendliche, die sich eine Tätigkeit in der Pflege vorstellen können, eine untergeordnete Rolle. Als Aversionsgrund wird von den Befragten das mangelnde Image der Pflegeberufe angeführt. Zudem äußern sie die Sorge, dass die Tätigkeit im eigenen Umfeld nicht positiv aufgenommen wird. Mehr als die Hälfte der Auszubildenden gibt die Pflegeberufe als ihren Wunschberuf an (vgl. Reiber et al., 2023a).

Bildungsmaßnahmen in den Pflegeberufen sollten das Ziel verfolgen, Pflegenden ein berufsbegleitendes, individuelles Karriereangebot im Kontext des Lebens-

langen Lernens zu ermöglichen. Dabei werden bereits vorhandene Fähigkeiten und Erfahrungen berücksichtigt und daran angeknüpft. Die Zuweisung einer entsprechenden Tätigkeit ist aus motivationalen Erwägungen ebenso von Bedeutung wie für die selbstorganisierte Bewältigung komplexer und dynamischer Berufssituationen. Bei der Kompetenzentwicklung steht die Skills-Entwicklung im Vordergrund. Die individuell erworbenen Kompetenzen führen schließlich zum gewünschten Abschluss. Von besonderer Bedeutung sind in diesem Kontext die erhöhte Durchlässigkeit (vgl. Kap. 6.2.2.) sowie die Anrechenbarkeit und Anerkennbarkeit von Bildungsleistungen (vgl. Drossel et al., 2022).

Mit Verabschiedung des Pflegestudiumstärkungsgesetzes (vgl. Kap. 1.1.2) wurde die Unterfinanzierung des primärqualifizierenden Hochschulstudiums in der Pflege abgeschafft und die Ausbildungsvergütung als ein wichtiges Kernelement ergänzt. Dies eröffnet die Möglichkeit, mehr primärqualifizierende Studierende zu gewinnen und die Primärqualifizierung der Pflege an Hochschulen als wichtiges Standbein zur Nachwuchssicherung und zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe zu etablieren (vgl. Isfort, 2024). Insbesondere wären flächendeckende Pflegestipendien eine Option, die derzeit nur vereinzelt wahrgenommen werden. Die Motivation der Pflegestudierenden in den Beruf einzumünden sind neben der eigenen Karriere gleichsam die Versorgungsqualität von Pflegebedürftigen, zu der sie beitragen können. Sie wollen einen »Empathieberuf« ausüben. Der soziale Aspekt findet sich hier wie bei den pflegeschulischen Auszubildenden wieder. Dazu sehen sie in dem Pflegestudium eine verbesserte internationale Anschlussfähigkeit. Dabei sehen sie das Bachelorstudium nicht als Schlusspunkt der eigenen beruflichen Entwicklung, sondern als Einstieg mit der Möglichkeit der Weiterentwicklung an (vgl. Zimmermann et al., 2022).

Das Handlungsfeld III der Ausbildungsoffensive (2019–2023) hat sich unter anderem zum Ziel gesetzt, Ausbildungsabbrüche zu vermeiden. Strukturelle Maßnahmen wie Schnuppertage, Praktika, Berufsberatung sowie die individuelle Begleitung von Auszubildenden in Form von Lernberatungsgesprächen, zusätzlichen Unterrichts- und Anleitungangeboten sowie dem Bilden von Lerntandems stellen präventive Maßnahmen zur Vermeidung von Ausbildungsabbrüchen dar (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2021). Die Berufsorientierung nimmt in diesem Kontext eine bedeutende Rolle ein, da sie dazu beiträgt, ein realistisches Bild des Berufs zu erlangen. In Anbetracht der Tatsache, dass der Pflegekräftemangel in der Berufsrealität eine herausragende Rolle einnimmt, erscheint es von besonderer Relevanz, Widersprüche zwischen Ideal und Realität zu reflektieren. Zudem ist es von essenzieller Bedeutung, die berufslaufbahnbezogenen Potenziale der Pflegeberufe aufzuzeigen. Berufsorientierung sollte als fester Bestandteil in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen implementiert werden. Dazu gehört auch die Sensibilisierung der Pflegenden für die Relevanz der Praktika (vgl. Reiber et al., 2023a). Zu den Abbruchquoten der Auszubildenden wurden verschiedene Projekte initiiert, die sich

mit dem Thema auseinandersetzen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2021). Eine Studie von García González und Peters (2021) weist eine Abbruchquote von 27 Prozent für alle dualen Ausbildungsberufe in Deutschland aus. Im Jahr 2022 haben insgesamt 4.572 Pflegeauszubildende ihren Ausbildungsvertrag vorzeitig aufgelöst, was einer Abbruchquote von rund 8 Prozent entspricht (vgl. Statistisches Bundesamt, 2024e). Allerdings weichen die Abbruchzahlen regional stark ab (vgl. Isfort, 2024). Gründe und weiterer Verbleib der Vertragsauflöser*innen ist nicht ausreichend bekannt. Hier kommen Wechsel der Träger/Schule in Frage, die somit weiterhin in der Pflegeausbildung verbleiben. Fuchs et al. (2024) weisen in ihrer Studie nach, dass der »Praxisschock« eine große Bedeutung im Kontext der Ausbildungsabbrüche in der ersten Kohorte der generalistischen Pflegeausbildung ausmachte. Sie konstatieren:

»Fast alle Auszubildenden stellen fest, dass ihre Erwartungen an die Ausbildung von der erlebten Praxis abweichen, und das in einem erheblichen Umfang und meist in negativer Weise. Gerade die körperlichen und psychischen Belastungen der Ausbildung werden von der Mehrheit der Auszubildenden unterschätzt. Zudem nimmt dieses Phänomen über die Zeit weiter zu, sodass es weniger der initiale Kontakt mit der Praxis ist, der Irritationen erzeugt. Vielmehr stellt sich im Verlauf der Ausbildung immer deutlicher heraus, dass deren Realität negativ von den ursprünglichen Erwartungen abweicht. Dass diese Erfahrung Abbruchgedanken befeuert, erscheint da als logische Konsequenz.« (Fuchs et al., 2024, S. 260)

Eine Möglichkeit diesem Praxisschock vorzubeugen, sehen sie in einer fundierten Berufsorientierung und praktischen Vorerfahrungen (vgl. Fuchs et al., 2024).

Ein weiteres Potenzial, um den Fachkräftebedarf besser zu decken, wird in Berufsrückkehrer*innen und Arbeitszeitaufstocker*innen gesehen. In der Studie von Auffenberg et al. (2022) wurde untersucht, wie hoch die Bereitschaft ausgestiegener und in Teilzeit beschäftigter Pflegepersonen ist, unter den für sie richtigen Arbeitsbedingungen in den Beruf zurückzukehren bzw. ihre Arbeitszeit aufzustocken. Die Studie von Auffenberg et al. (2022) kommt zu dem Ergebnis, dass 88,2 Prozent der ausgestiegenen Pflegepersonen sich eine Rückkehr unter den entsprechenden Arbeitsbedingungen vorstellen können. Bei den Teilzeitkräften können sich immerhin 70 Prozent eine Erhöhung der Arbeitszeit vorstellen. Zahlen zu den ausgestiegenen Pflegepersonen liegen nicht vor (vgl. Auffenberg et al., 2022). Allerdings ist zu berücksichtigen, dass rund 49 Prozent der Pflegenden in Teilzeit tätig sind (vgl. Bundesagentur für Arbeit, 2023). Somit ist das große Potenzial, das in dieser Gruppe liegt, nicht von der Hand zu weisen.

Die Gruppe der älteren Arbeitnehmer*innen zeichnet sich durch ein hohes Erfahrungswissen sowie implizites Organisationswissen aus. Die Frage des Wissenstransfers spielt in diesem Kontext eine große Rolle (vgl. Isfort, 2024). Die älteren

Arbeitnehmenden äußern den Wunsch, selbst entscheiden zu können, wie viel und wann sie arbeiten wollen. Dazu können sie sich einen längeren Verbleib in der Arbeitswelt vorstellen, sofern die Arbeit nicht so anstrengend ist. Daher ist es von entscheidender Bedeutung, insbesondere für ältere Beschäftigte, Bildungs- und Arbeitskonzepte zu implementieren, um deren Verbleib im Beruf zu verlängern (vgl. Garthe, 2023).

6.1.2 Diversität

Die Pflegeberufe werden auf drei Ebenen von Heterogenität berührt. Erstens ist das Berufsfeld der Gesundheitsberufe bereits heterogen und vielfältig. Gemeinsam mit den Therapie- und Rettungsberufen sowie den Hebammen gehören die Pflegeberufe zu den Heilberufen. Dazu ist zu berücksichtigen, dass die Pflegeberufe in Deutschland in sich heterogen sind und erst im Jahr 2020 aus den drei Berufen Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Altenpflege zu einem Pflegeberufegesetz zusammengeführt wurden, wobei die Unterschiede seit den letzten Berufsgesetzgebungen der Jahre 2003/2004 längst nicht mehr so stark sind wie noch davor. Dazu ist die Pflegeassistenz als weitere Differenzierung der Pflegeberufe zu nennen. Zweitens unterscheiden sich beruflich Pflegende und angehende Pflegende in den Differenzlinien sozioökonomischer Status, Gender, Migration, Alter, sexuelle Orientierung, Lernvoraussetzungen etc.

Drittens treffen sie in ihrem Beruf auf Pflegebedürftige sowie Zu- und Angehörige mit den unterschiedlichsten Differenzlinien (vgl. Heinemann et al., 2020). Als größte Gruppe im Gesundheitswesen können Pflegende immer auch potenziell Ausübende von Diskriminierung sein, bedingt durch unbewusste und fehlende kritische Reflexion von den eigenen stereotypen Vorannahmen, Überzeugungen und Haltungen sowie der gesellschaftlichen Diskurse, die diese Haltungen prägen. Daher ist es für Pflegende unerlässlich, ein grundlegendes Verständnis für die Mechanismen der diskursiven Konstruktion von Differenzordnungen zu entwickeln, um diese auch im alltäglichen Handeln erkennen und benennen zu können (vgl. Heinemann et al., 2020).

Die Pflegesituation und pflegerischen Bedürfnisse von Menschen mit unterschiedlichen Diversitätsmerkmalen sind bislang nur gering erforscht. Dies betrifft sowohl die pflegerische Versorgung als auch die pflegewissenschaftliche Forschung. Eine mögliche Ursache hierfür könnte in einer bislang fehlenden intersektionalen Perspektive in der pflegewissenschaftlichen Forschung liegen (vgl. Richter, 2024). Das Ziel muss es sein, den vielfältigen Bedürfnissen einer heterogenen Gesellschaft mit unterschiedlichen Diversitätsmerkmalen wie Alter, Herkunft, sexuellen Orientierungen und Geschlechtsidentitäten oder Bildungshintergründen gerecht zu werden und Pflege personenzentriert und diversitätssensibel zu gestalten. Dies kann durch die Modifikation bereits bestehender Strukturen der pflegerischen Ver-

sorgung sowie die Entwicklung innovativer Ansätze für diskriminierungssensible Pflegeprozesse erreicht werden (vgl. Tezcan-Güntekin, 2021).

Diversitätssensible Pflege zielt darauf ab, pflegebedürftigen Personen ein Leben entsprechend ihrer individuellen Werte, ihrer individuellen, familialen und auch religiösen Prägungen sowie ihrer individuellen Bedürfnisse zu ermöglichen. Diversitätssensible Kompetenz zeichnet sich dadurch aus, dass interindividuelle Unterschiede und intersektionale Differenzlinien (Zusammenhänge zwischen verschiedenen Diskriminierungsformen) differenziert wahrgenommen und respektiert werden. Die Anerkennung und Wertschätzung von Wertvorstellungen, Deutungs-, Bewertungs- und Kommunikationsmustern sowie Handlungsmustern verschiedener Religionen, Milieus, Altersgruppen, Geschlechter u.a. stellt einen wesentlichen Aspekt der diversitätssensiblen Pflege dar. Zudem beinhaltet sie die Fähigkeit, auf die individuellen, sozialen und religiösen sowie geschlechtlich und altersspezifischen Bedürfnisse des Gegenübers sensibel einzugehen (vgl. Tezcan-Güntekin, 2021). Mit dieser Diversität werden unterschiedliche Versorgungsbedarfe und Versorgungsformen erforderlich (vgl. Kap. 6.1.3).

Im Jahr 2023 lebten 24,9 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland, was einem Anteil von 29,7 Prozent der Gesamtbevölkerung entspricht. Somit hat fast jede dritte Person in Deutschland einen Migrationshintergrund. Von diesen 24,9 Millionen Menschen sind rund 2,7 Millionen 65 Jahre oder älter. Der Altersdurchschnitt beträgt 35,5 Jahre und ist damit geringer als der Bevölkerungsdurchschnitt ohne Migrationshintergrund (47,2 Jahre) (vgl. Statistisches Bundesamt, 2024d). Im Jahr 2022 lebten 12,3 Millionen Menschen oder 15 Prozent der Bevölkerung mit einer ausländischen Staatsangehörigkeit in Deutschland. Die meisten von ihnen hatten eine europäische (69 %) oder asiatische (21 %) Staatsangehörigkeit. Die größten Anteile bildeten türkische (12 %), ukrainische (10 %), syrische (8 %), rumänische (8 %) und polnische (7 %) Staatsangehörige (vgl. Statistisches Bundesamt, 2024c). Bei der Anwerbung von Fachkräften aus dem Ausland steht Deutschland in Konkurrenz zu einer Vielzahl anderer Länder, die ebenfalls von einem Fachkräftemangel betroffen sind. Dazu zählen beispielsweise die USA, die Schweiz, Schweden, Australien und arabischen Staaten wie Abu Dhabi oder Saudi-Arabien (vgl. Halletz, 2022).

Werden alle Dimensionen von Diversität auf die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund übertragen erscheint es nachvollziehbar, dass sie durch Heterogenität charakterisiert ist und demnach heterogene Bedürfnislagen aufweist. Der Wunsch, in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben, ist vergleichbar groß. Zugewanderte Menschen mit Migrationshintergrund nehmen professionelle pflegerische Unterstützung nur selten in Anspruch. Zu den Barrieren bei der Inanspruchnahme pflegerischer Unterstützung zählen beispielsweise mangelnde sprachliche Kompetenzen, eine unterschiedliche Wahrnehmung von Pflegebedürftigkeit, fehlendes Wissen zum Pflegesystem sowie Diskriminierungserfahrungen

und Angstvorbehalte vor Institutionen (vgl. Tezcan-Güntekin, 2021). Es ist auch bei dieser Gruppe davon auszugehen, dass sich mit dem demografischen Wandel hier der Pflegebedarf im formellen System deutlich erhöhen wird.

Eine weitere heterogene Gruppe im pflegerischen Kontext sind ältere lesbische, schwule, bisexuelle, trans-, inter- und queere (LSBTIQ*) Menschen, die bisher im gesellschaftlichen Leben kaum sichtbar sind. Quantitativ Daten zu pflegebedürftigen LSBTIQ* liegen nicht vor, da sie im Deutschen Alterssurvey oder der Pflegestatistik nicht erhoben werden. Insgesamt liegen zur pflegerischen Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe kaum gesicherte Erkenntnisse vor, da sie bislang wenig erforscht wurde. Ein nicht unerheblicher Anteil dieser Bevölkerungsgruppe verschweigt aus Angst vor Diskriminierung die eigene sexuelle Orientierung. Zudem sind sie häufig kinderlos und leben auch oft allein. Sie nehmen reguläre Versorgungsangebote aus Angst vor Diskriminierung seltener in Anspruch und bevorzugen ebenfalls die Versorgung in der Häuslichkeit. Ist die Versorgung in der Häuslichkeit nicht mehr möglich, werden Pflege-Wohngemeinschaften den herkömmlichen Pflegeheimen vorgezogen (vgl. Tezcan-Güntekin, 2021). Zu den Bedürfnissen zählen insbesondere die Akzeptanz der schwulen Lebensweise, der Austausch von Diskriminierungserfahrungen sowie der Wunsch nach rivalitätsarmen Räumen. Darüber hinaus wird der Wunsch nach einem offenen und akzeptierenden Umgang mit tabuisierten Themen, abweichenden Sexualpraktiken, dem verstärkten Verbalisieren von Sexualität sowie kultureller Diversität geäußert. Hinsichtlich der Versorgung lässt sich feststellen, dass die Relevanz von sexueller Identität und Orientierung im Kontext der Pflege von Pflegefachpersonen oftmals nicht ausreichend anerkannt wird. Dies ist auf eine fehlende Sensibilität für heterogene sexuelle Orientierungen und Identitäten zurückzuführen. Die Heteronormativität, von der die bundesdeutsche bürgerlich Gesellschaft insgesamt geprägt ist, manifestiert sich auch im Kontext pflegerischer Versorgung (vgl. Tezcan-Güntekin, 2021). Um Vorurteile abzubauen, Vielfalt sichtbar zu machen und Hilfestellung zu bieten, wurde beispielsweise von der Schwulenberatung Berlin (2024) ein Praxis-Leitfaden für stationäre und ambulante Dienste zum Thema Vielfalt in der Pflege herausgebracht (vgl. Schwulenberatung Berlin, 2024).

Eine weitere Gruppe, die in der öffentlichen Wahrnehmung wenig Beachtung findet, ist die Gruppe der Traumatisierten. Es ist davon auszugehen, dass 40–50 Prozent der älteren Bevölkerung betroffen sind (z.B. durch Isolationsmaßnahmen aufgrund politischer Verfolgung) (vgl. Tezcan-Güntekin, 2021). Kriegsbezogene traumatische Ereignisse stellen darin einen zentralen Aspekt dar. Die Erfahrungen dieser Gruppe (z.B. Flucht, Vertreibung aus der Heimat, Bombardierung, Beschuss, der Verlust von Angehörigen, Konfrontation mit Sterbenden und Schwerverletzten, Hungersnot, Vergewaltigungen) haben schwere Traumata verursacht. Dies betrifft mittlerweile weniger Menschen, die den Zweiten Weltkrieg miterlebt haben, sondern insbesondere Menschen mit Migrationshintergrund und anderen Konflikten

weltweit und demnach Menschen aller Altersklassen. Vor diesem Hintergrund ergibt sich für professionell Pflegende die Herausforderung, posttraumatische Belastungszustände wahrzunehmen und Re-Traumatisierungen zu vermeiden, denn traumatische Erlebnisse können im Kontext von pflegerischer Versorgung erneut ausgelöst werden. Die Konsequenzen der Erinnerung an traumatische Erlebnisse manifestieren sich in einer breiten Palette von Symptomen, die von Angstzuständen, Panikattacken und Albträumen bis hin zu depressiven Störungen und posttraumatischen Belastungsstörungen reichen (vgl. Tezcan-Güntekin, 2021).

Bezogen auf die Geschlechterverteilung als Dimension von Diversität sind die Pflegeberufe weiterhin ein typischer »Frauenberuf«. Es sind vor allem strukturelle Bedingungen, die Männer davon abhalten, als Pflegende in die Pflegeberufe einzumünden. Neben dem vergleichsweise niedrigen Lohnniveau und der Vielzahl an Teilzeitstellen sind es die schlechten Einflussmöglichkeiten und Karriereoptionen, die dies begründen (vgl. Stemmer, 2021).

In einer Studie von Schwier et al. (2024) wurde demgegenüber deutlich, dass Frauen im Sinne der Vereinbarkeit von Beruf und Familie und entsprechend tradierten Rollenbildern häufig immer noch die eigene Karriere zurückstellen und sich um die Carearbeit kümmern, damit die Karriere des Partners ermöglicht wird (vgl. Schwier et al., 2024). Von Interesse ist in diesem Kontext die Tatsache, dass Berufe, die nach Geschlecht segregiert sind, sowohl »typische« Männer- als auch Frauenberufe, Engpassberufe mit Fachkräftemangel sind (vgl. Hickmann & Koneberg, 2022). Innerhalb der Geschlechtergruppen besteht darüber hinaus eine signifikante Lohndifferenz, auch Gender Pay Gap genannt. Diese Differenz bedeutet, dass in Berufen, in denen überwiegend Frauen tätig sind, deutlich weniger Lohn gezahlt wird. In Europa liegt das geschlechtsspezifische Lohngefälle im Gesundheitssektor bei 20 Prozent. In Pflegeberufen sehen sich Frauen zudem mit weiteren Ungleichheiten konfrontiert, beispielsweise mit Schwierigkeiten bei der Vereinbarkeit von Kinderbetreuung und Arbeitspflichten, mit höheren Gesundheitsrisiken und einer geringen Sichtbarkeit weiblicher Führungskräfte (vgl. Racovič et al., 2023). Es ist daher von entscheidender Bedeutung, die gendercodierten Berufswahlmuster von Mädchen und Jungen zu überwinden, um die historisch tradierten Berufsstrukturen aufzubrechen (vgl. Friese, 2018b).

In den vergangenen fünf Jahren hat sich der Anteil der in Pflegeberufen beschäftigten Zugewanderten von 8 Prozent auf 14 Prozent nahezu verdoppelt. Dabei stammen die meisten von ihnen (35 %) aus Polen, Bosnien und Herzegowina, der Türkei, Rumänien und Kroatien. Die Hälfte der Zugewanderten sind Fachpersonen (vgl. Bundesagentur für Arbeit, 2023). So wurden in der letzten Dekade verschiedene Projekte initiiert, die sich mit der gezielten Anwerbung von Pflegefachpersonen aus Drittstaaten beschäftigen. Eines dieser Projekte ist Triple Win, das seit 2013 läuft und für alle drei Seiten einen Gewinn sieht: Die Arbeitgeber in Deutschland gewinnen sprachlich und fachlich gut ausgebildete Pflegepersonen,

ausländische Pflegepersonen erhalten eine berufliche und persönliche Perspektive und die Herkunftsländer profitieren durch die Entlastung ihres Arbeitsmarkts. Im Rahmen des Programms werden ausgebildete Pflegefachpersonen aus Bosnien-Herzegowina, von den Philippinen, aus Tunesien, Indonesien, Kerala in Indien und Jordanien vermittelt, die in Deutschland eine Anerkennungsqualifizierung durchlaufen. Dazu werden aus Vietnam junge Menschen mit Vorerfahrungen in der Pflege für eine dreijährige pflegeschulische Pflegeausbildung mit dem Ziel einer späteren Weiterbeschäftigung gewonnen (vgl. Bundesagentur für Arbeit, 2024). Die Anwerbungen aus dem Ausland sind trotz aller Bemühungen um eine objektive Darstellung nicht unumstritten (vgl. Sommer & Nussbaum Bitran, 2022). Die Zusammenarbeit in Teams mit hohen Diversitätsmerkmalen stellt alle Teammitglieder vor Herausforderungen. Neben sprachlichen Schwierigkeiten, die sich auf die Kommunikation mit Kolleg*innen und Pflegebedürftigen sowie auf die Pflegedokumentation auswirken sind es teilweise unterschiedliche Rollen- und Professionsverständnisse, die innerhalb der Pflegeteams für Spannungen sorgen können (vgl. Stagge, 2022). Inklusionspraktiken im Rahmen der pflegerischen Zusammenarbeit stellen somit eine zusätzliche unsichtbare Aufgabe dar, die von den Pflegenden in den Settings als Regelaufgabe zu erfüllen ist. Dies erfolgt sozusagen on top zu den ohnehin schon hohen Arbeitsbelastungen im Arbeitsalltag. Eine inklusiv orientierte Zusammenarbeit weist zudem eine hohe Komplexität auf, die über die »gewöhnliche Einarbeitung« hinausgeht (vgl. Noll & Bollinger, 2022) und eine positive Willkommenskultur zu etablieren ist mit großem Aufwand verbunden, der die Einbindung aller Mitarbeitenden erfordert. Auch für Auszubildende und andere neue Mitarbeitende können die Inklusions-/Diversitätsbeauftragten wichtige Ansprechpartner*innen im Unternehmen sein und die Zufriedenheit mit dem neuen Arbeitgeber sowie die Bindung zum Unternehmen erhöhen (vgl. Halletz, 2022).

Pflegeteams setzen sich heute häufig aus Angehörigen unterschiedlicher Generationen zusammen. Generation ist hierbei als soziokulturelles Konstrukt zu betrachten. Die Zuordnung zu einer bestimmten Generation ist nicht als absolut zu betrachten und beinhaltet häufig vorurteilsfördernde Aspekte (vgl. Urban & Ehlscheid, 2020). Innerhalb von Generationen besteht eine gewisse Heterogenität, die dennoch Unterschiede zwischen den einzelnen Generationen aufzeigt (vgl. Winter, 2024):

- **Die Babyboomer (Jahrgang 1950 – 1965)**

Die zahlenmäßig stärkste Gruppe in Pflegeberufen stellen derzeit die sogenannten »Babyboomer« dar. Sie zeichnen sich als Generationsmerkmal durch eine hohe körperliche und geistige Leistungsfähigkeit sowie umfangreiche Kenntnisse und Erfahrungen aus. Für diese Generation stellt Arbeit sowohl eine wichtige finanzielle Absicherung als auch eine Möglichkeit zur Sinnstiftung dar. Zu-

dem sind sie konkurrenz- und karriereorientiert – und finden sich somit auch nicht selten in Führungspositionen wieder.

- **Die Generation X (Jahrgang 1965 – 1980)**

Das zentrale Merkmal dieser Generation kann mit folgendem Motto beschrieben werden: »Arbeiten um zu leben«. Materielle Anreize werden von dieser Generation geschätzt und etablierte Auszeiten, wie beispielsweise Elternzeiten, werden von ihr genutzt.

- **Generation Y (Jahrgang 1980 – 1995)**

Das Y steht für »Why«. Diese Generation ist auf der Suche nach einem tieferen Sinn in ihrer Beschäftigung. Arbeit soll Spaß machen und muss gut mit dem Privatleben vereinbar sein. Sie zeichnen sich durch Leistungsbereitschaft und eine gute Ausbildung aus, sind jedoch oft unerfahren, aber neugierig. Sie sind sich des Fachkräftemangels bewusst und fordern Flexibilität und Work-Life-Balance selbstverständlich ein. Finanzielle Anreize stellen für diese Generation nur bedingt einen Anreiz dar. Trotz der permanenten Verfügbarkeit im Internet ist ihre Aufmerksamkeitsspanne reduziert, ebenso wie bei der Generation Z.

- **Generation Z (Jahrgang 1995 – 2010)**

Diese Generation gehört zu den Digital Natives, zeichnet sich durch Merkmale wie eine hohe Aufnahmegeschwindigkeit und Multitaskingfähigkeit, aber weniger durch eine hohe Durchdringung aus. Sie identifizieren sich mit ihrer Arbeit, sofern diese Freude bereitet und ein kollegiales Umfeld herrscht. Bevorzugt werden flexible oder verkürzte Arbeitszeiten sowie eine wertschätzende, idealerweise basisdemokratische Führung per Du. Auf ungünstige Arbeitsbedingungen reagieren sie mit Arbeitsplatzwechsel.

- **Die Generation Alpha (2010 – 2025) steht kurz vor dem Eintritt in das Berufsleben.**

Das Arbeitsklima sollte grundsätzlich so gestaltet sein, dass alle voneinander lernen können. Die Jüngeren können von dem Erfahrungswissen der älteren Generationen profitieren und die älteren von den Skills der Jüngeren. Die Motivation und das Engagement Pflegender hat deutliche Auswirkungen auf die Pflegequalität. Die Berücksichtigung der Bedürfnisse aller Altersgruppen in den Pflgeteams, die Anpassung der Arbeitsbedingungen daran sowie die Ausrichtung der Pflegearbeit an den Lebensphasen sind wesentliche Faktoren für einen langen Berufsverbleib (vgl. Winter, 2024).

Die Heterogenität der Auszubildenden stellt auch im Pflegebildungskontext eine Herausforderung dar. Dabei sind nicht nur Diversitätsmerkmale wie Generationszugehörigkeit, Geschlecht, sexuelle Orientierung und Migrationserfahrungen zu berücksichtigen, sondern auch die heterogenen Lernvoraussetzungen und Sprachkompetenzen (vgl. Heinemann et al., 2020). Aufgrund des Fachkräftemangels und der kleiner werdenden Alterskohorten für die Ausbildung werden

zunehmend Menschen in die Ausbildung integriert, die die fachlichen Voraussetzungen nicht mitbringen. Die daraus resultierende Heterogenität, die sich in der schulischen und praktischen Arbeit manifestiert, stellt das Bildungspersonal vor erhöhte Anforderungen (vgl. Reiber et al., 2023a).

Die Implementierung eines Diversitätsmanagements in Institutionen der Gesundheitsversorgung hat sich etabliert, um mit einer wachsenden heterogenen und vielfältigen Belegschaft der Gesundheitsfachberufe konstruktiv und diskriminierungssensibel umzugehen. Die Regelungen des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) unterstützen in diesem Prozess das Ziel, rassistische Benachteiligungen oder Benachteiligung wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität zu verhindern oder zu beseitigen. In beruflichen Kontexten wird das Thema zudem maßgeblich durch die sogenannte Charta der Vielfalt gefördert, welche sich erfolgreich für ein vorurteilsfreies Arbeitsumfeld ausspricht und engagiert (vgl. Marquardt, 2022).

6.1.3 Versorgungsbedarfe und Versorgungsformen

In Anbetracht des bevorstehenden Versorgungswandels ist ein Innovationsschub für die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte und Lösungsansätze in der Praxis dringend erforderlich. Die Verlagerung gesundheitsfachlicher, insbesondere pflegerischer, Aufgaben aus dem stationären in den ambulanten Sektor erfordert für komplexe und hochkomplexe Versorgungsfälle qualifiziertes und spezialisiertes Personal, vor allem auch im ambulanten Sektor (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2023).

Von den 5,0 Millionen Pflegebedürftigen im Jahr 2021 wurden 4,2 Millionen (84 %) in der eigenen Häuslichkeit versorgt, was einem Anstieg von 25,9 Prozent im Vergleich zu 2019 entspricht. Rund 2,5 Millionen von ihnen wurden ausschließlich durch An- und Zugehörige gepflegt und erhielten lediglich Pflegegeld, was einem Anstieg von 20,7 Prozent im Vergleich zu 2019 entspricht. Weitere rund eine Million Pflegebedürftige erhielten Unterstützung oder die Pflege wurde vollständig durch einen Pflegedienst in der Häuslichkeit übernommen. Zusätzlich erhielten rund 565.000 Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 Unterstützung in der Häuslichkeit. 793.000 der Pflegebedürftigen lebten in vollstationären Pflegeheimen und wurden dort versorgt (vgl. Statistisches Bundesamt, 2022).

Bei Betrachtung der Entwicklung der Zahlen wird ersichtlich, dass im Vergleich zu 2007 ein Anstieg der in vollstationären Pflegeeinrichtungen versorgten Pflegebedürftigen um 107.000 (ca. 15,7 %) zu verzeichnen ist. Bei den Pflegegeldempfänger*innen ist sogar ein Anstieg um 1,52 Millionen (ca. 147,2 %) zu beobachten. Die Zunahme der in der Häuslichkeit versorgten Pflegebedürftigen beläuft sich auf rund

2,71 Millionen, was einem Plus von 120,8 Prozent im Vergleichszeitraum 2007 entspricht (vgl. Statistisches Bundesamt, 2022).

Gemäß Vorausberechnungen wird die Anzahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Versorgung in den kommenden dreißig Jahren bis 2054 auf 1,2 Millionen steigen und dann relativ stabil auf diesem hohen Niveau stagnieren. Dies entspricht einer Steigerung um rund 51 Prozent im Vergleich zu 2021. Bei der Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst ist prognostisch bis zum Jahr 2054 ein Anstieg auf 1,64 Millionen zu verzeichnen, was einer Steigerung von rund 62 Prozent entspricht. Insgesamt ist künftig in allen Versorgungsformen ein starker Anstieg des Bedarfs zu beobachten (vgl. Statistisches Bundesamt, 2024e).

In der Bevölkerung gewinnen innovative Wohn- und Versorgungsformen wie Mehrgenerationenhäuser, Wohngruppen oder das Betreute Wohnen – »stambulante« Versorgungsformate an Bedeutung (Lauterbach). Diesbezüglich unterstreicht auch der DAK-Pflegereport 2024 einen dringenden Handlungsbedarf. Innerhalb der Bevölkerung sind Sorgen, um die Finanzierung der eigenen Pflege und im Pflegefall abgesichert zu sein weit verbreitet (43 %). Dabei verfügt die Gesellschaft über eine hohe Bereitschaft der Angehörigen und nachbarschaftlich organisierten Pflege (vgl. Klie, 2024).

Mit dem Anstieg der Anzahl pflegebedürftiger Personen ist auch ein Anstieg der Nachfrage nach sämtlichen Wohnformen zu erwarten. Dabei entwickeln sich die regionalen Strukturen sehr unterschiedlich. Das Spektrum der Wohnformen ist vielfältig und umfasst sowohl das altersgerecht gestaltete Eigenheim als auch ambulante Wohnformen in unterschiedlichen Ausprägungen. Die intensivste Form des Pflegewohnraums ist die stationäre Pflege in einer Pflegeeinrichtung. Die starren Wohnformen der ambulanten oder stationären Pflege wurden mittlerweile aufgeweicht. Im Allgemeinen werden aktuell folgende Wohnformen unterschieden (vgl. Christophers, 2023):

- **Das Pflegeheim**

Die intensivste Form der pflegerischen Versorgung wird insbesondere dann in Anspruch genommen, wenn eine Versorgung in der Häuslichkeit und/oder eine teilstationäre Versorgung nicht mehr für eine situationsgerechte Pflege ausreichen. In vollstationären Einrichtungen werden zudem Leistungen der Kurzzeitpflege erbracht, beispielsweise bei Verhinderung der Pflegeperson oder nach einem Krankenhausaufenthalt. Die pflegebedürftige Person hat ihren Lebensmittelpunkt in der Einrichtung, wird über 24 Stunden betreut und erhält ein umfassendes hauswirtschaftliches Angebot. Die Finanzierung erfolgt dabei über die Pflegekasse (Teilkasko) sowie die Pflegebedürftigen selbst. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind von den Pflegebedürftigen ebenfalls selbst zu tragen.

- **Die Tages- bzw. Nachtpflege**

Die teilstationäre Versorgungsform stellt eine Ergänzung zur ambulanten Versorgung dar. Die pflegebedürftige Person wird stundenweise von zuhause abgeholt und in einer stationären Einrichtung versorgt. Das Leistungsspektrum umfasst neben körperbezogenen Pflegemaßnahmen und notwendiger medizinischer Behandlungspflege auch Beschäftigungsangebote. Die Nachtpflege wird insbesondere für pflegebedürftige Personen angeboten, die Unterstützung beim Zubettgehen, beim Aufstehen sowie bei Maßnahmen der Körperpflege benötigen. Beide Formen zielen auf eine Ambulantisierung der Pflege ab, wobei insbesondere pflegende Angehörige stundenweise entlastet werden sollen.

- **Betreutes Wohnen**

Das Betreute Wohnen stellt ein Leistungsangebot für ältere Menschen dar, die in einer barrierefreien Wohnung oder Wohnanlage leben. Das Angebot umfasst allgemeine Unterstützungs- bzw. Betreuungsleistungen als Grund- bzw. Standardleistungen sowie allgemeine Unterstützungsleistungen als Wahlleistungen. Der Begriff des Betreuten Wohnens ist jedoch nicht geschützt. Das Angebot des Betreuten Wohnens für ältere Menschen umfasst zunächst die Miete einer barrierefreien Wohnung in einer entsprechenden Anlage. Der Mietvertrag ist jedoch an eine Grundversorgung von Pflegeleistungen sowie hauswirtschaftliche Versorgungsleistungen gekoppelt und in einem gewissen Rahmen an eine darüberhinausgehende Bindung von Betreuungs- bzw. Pflegeleistungen als Wahlleistungen.

- **Ambulante betreute Wohngemeinschaften**

Im Gegensatz zum Betreuten Wohnen handelt es sich bei einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft um einen von den Pflegebedürftigen gemeinschaftlich geführten Haushalt. Die Mieter*innen führen den Haushalt in der Wohnung gemeinsam und nutzen Gemeinschaftsräume zusammen. Bei Bedarf werden externe Leistungen eingekauft.

Betreute Wohngemeinschaften eignen sich insbesondere für Weiterentwicklungen wie Mehrgenerationen-Wohnprojekte, Clusterwohnmodelle, Verbundmodelle und Quartierskonzepte. Die Angebote zielen auf einen bestmöglichen Kompromiss zwischen den Faktoren des höchsten Grades an Selbstbestimmtheit bei guter Versorgungssicherheit und vielfältigen sozialen Teilhabemöglichkeiten ab. Die genannten Angebote werden vielfach durch ambulante bzw. lokale Angebote ergänzt, die schwerpunktmäßig auf die soziale Teilhabe abzielen. Der Gesetzgeber hat den Bedarf an einer Weiterentwicklung der Wohnformen erkannt und stellt auf Bundesebene Fördermöglichkeiten und Erleichterungen zur Entwicklung neuer Wohnformen über §§ 8 Abs. 3, 45c SGB XI und insbesondere § 45f SGB XI zur Verfügung (vgl. Christophers, 2023). Die Frage, ob die neuen Wohnformen tatsächlich einen Mehrwert generieren oder lediglich einen Mehraufwand an hö-

herer Organisation und Kosten bedeuten, ist umstritten (vgl. Kremer-Preiß et al., 2021). Die Erwartungen der Nutzer*innen sind vor allem die Wahrung der eigenen Autonomie (auch bei Pflegebedarf), Sicherung der personalen Identität und Gewährleistung der sozialen Integration. Das Innovative an den neuen Wohnformen ist, dass den Nutzer*innenbedürfnissen ganzheitlich Rechnung getragen wird, indem nicht nur Sicherheit, sondern auch gleichzeitig Freiheit gewährleistet wird. Die Ergänzung von Leistungen in der Häuslichkeit, Wohnungsanpassungen, die Einbeziehung des Quartiers, ergänzende Hilfeangebote im Bereich der Alltags-hilfen/Betreuungsleistungen, technische Unterstützungsleistungen (vgl. Kap. 6.3) sowie Versorgungssicherheit im Quartier durch Rund-um-die-Uhr-Versorgung stellen weitere Elemente dar. Die Personalausstattungen der neuen Wohnformen weisen eine hohe Diversität auf, wobei in allen Wohnformen Pflegendе die größte Gruppe des eingesetzten Personals darstellen (vgl. Kremer-Preiß et al., 2021). Die genaue Anzahl der Bewohner*innen in diesen neuen Wohnformen ist nicht bekannt. Schätzungen zufolge lebten im Jahr 2017 bereits zwischen 330.000 und 450.000 pflegebedürftige Menschen in solchen Wohnformen (vgl. Kremer-Preiß & Wolf-Ostermann, 2023).

In der Diskussion um Pflege und Pflegebedürftigkeit wird eine Gruppe häufig übersehen, die jedoch einen wesentlichen Bestandteil darstellt: die sogenannte Junge Pflege. Zum Stichtag 31.12.2021 waren in Deutschland rund 1 Million Menschen unter 65 Jahren pflegebedürftig. Dies entspricht rund 20 Prozent aller Pflegebedürftigen oder jeder fünften Person. Unter den 1 Million Menschen, die zum Stichtag 31.12.2021 unter 65 Jahren waren, befanden sich rund 214.000 Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren, die fast ausschließlich zu Hause versorgt wurden. Von den ca. 800.000 15 bis unter 65-Jährigen wurden ebenfalls rund 92 Prozent zu Hause versorgt und rund 60.000 von ihnen lebten in vollstationären Einrichtungen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2022). Die adäquate Versorgung jüngerer Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf stellt eine Herausforderung dar, insbesondere im Hinblick auf die Berücksichtigung spezifischer Anforderungen dieser Gruppe hinsichtlich geeigneter Angebote und Einrichtungen, die ein Leben in größtmöglicher Autonomie und Teilhabe und den Einbezug der Familie ermöglichen. Neue Wohnformen bieten in diesem Kontext eine vielversprechende Alternative zwischen der Unterbringung in einem Heim und der häuslichen Pflege. In der regelhaften vollstationären Versorgung kann den Bedürfnissen jüngerer Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf in einem Umfeld mit hochbetagten und oftmals kognitiv eingeschränkten Menschen nur unzureichend nachgekommen werden. Bisher geht die Versorgungslandschaft im Sinne eines Para-Livings, bis auf einige wenige Leuchtturmprojekte, noch nicht ausreichend auf die Bedürfnisse jüngerer Pflegebedürftiger ein (vgl. Wolf-Ostermann & Kremer-Preiß, 2022).

Im Kontext der Versorgung pflegebedürftiger Menschen in Deutschland muss der Blick auf entscheidende Veränderungen des familialen Lebens in den vergan-

genen Jahrzehnten in entscheidender Weise gelenkt werden. Die vorherrschenden Familienstrukturen sind zunehmend geprägt durch Klein- und Patchworkfamilien, eine steigende Zahl alleinlebender Personen, räumliche Distanzen zwischen verschiedenen Generationen einer Familie aufgrund berufsbedingter Mobilität und einer steigenden Erwerbsquote von Frauen. Dies führt zu einer Veränderung von Lebensverläufen und familiären Netzwerken, welche die Unterstützung im alltäglichen Leben für ältere und pflegebedürftige Angehörige sowie für Familien mit Kleinkindern erheblich erschweren. Der Bedarf an individualisierter und aufsuchender Versorgung in der Häuslichkeit durch Pflegefachpersonen und anderen Akteur*innen des Gesundheitswesens ist daher evident. Dazu werden technische Lösungen benötigt, die einen Zugang zu Versorgungs- und Beratungsleistungen sowie Notfallversorgung auch im ländlichen Raum gewährleisten (vgl. Wissenschaftsrat, 2023). Insbesondere Menschen mit einem niedrigen sozial-ökonomischen Status weisen eine niedrige Gesundheitskompetenz auf, wodurch ihnen entscheidende Informationen fehlen, um auf ihre Gesundheit bezogene Entscheidungen zu treffen. Dadurch wird eine angemessene Versorgung zusätzlich erschwert. Den Gesundheitsfachberufen kommt dabei eine entscheidende Rolle zu (vgl. Wissenschaftsrat, 2023).

Es lässt sich bereits gegenwärtig eine kontinuierliche Verlagerung von stationären diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in den ambulanten Sektor beobachten (Ambulantisierung). Dies führt zu einer Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer in den stationären Einrichtungen. Der Grundsatz »ambulant vor stationär« stellt einen wesentlichen Bestandteil der Pflegereform der Bundesregierung dar. Das Ziel besteht darin, Pflegebedürftigen auch langfristig die Möglichkeit zu bieten, in ihrem gewohnten häuslichen Umfeld versorgt zu werden. Die Pflege im häuslichen Bereich stellt dabei eine gesellschaftliche Notwendigkeit dar, um langfristig den Pflegebedarf in Deutschland decken zu können (vgl. Wissenschaftsrat, 2023).

Die Tendenz zur Ambulantisierung hat jedoch auch Folgen (vgl. Wissenschaftsrat, 2023):

- Die Anzahl der Pflegebedürftigen in der ambulanten Versorgung nimmt zu
- Kurze Verweildauern bei älteren und chronisch kranken Menschen können dazu führen, dass deren Fähigkeit ihren Lebensalltag selbstständig zu bewältigen nach einem komplexen stationären Aufenthalt eingeschränkt ist (Problem der Unterversorgung und Überforderung der Pflegebedürftigen und Angehörigen)
- Versorgungsabbrüche durch Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung
- Steigende Komplexität der Versorgungsfälle im ambulanten Bereich
- Ländliche und strukturschwache Regionen stehen vor besonders großen Herausforderungen

- Steigende ambulante Versorgungsbedarfe erfordern neue Versorgungslösungen (z.B. Telematik)
- Neue Konzepte werden benötigt, die medizinische, therapeutische und pflegerische Bestandteile, die ökonomisch erbracht und möglichst barrierearm genutzt werden können, in interprofessioneller Weise miteinander verbindet
- Die Angebote in der ambulanten Versorgung bedürfen einer deutlichen Differenzierung und Ergänzung durch ambulante Angebote von Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie (Sprachtherapie)

Die Beschäftigung ausländischer Personen in privaten Haushalten, in denen pflegebedürftige Menschen leben, stellt ein Versorgungsarrangement dar, das rechtlich, gesellschaftlich und ethisch als hochproblematisch gilt, dennoch in vielen Haushalten anzutreffen ist und pflegewissenschaftlich außerdem noch unterforscht ist. Schätzungen zufolge sind in über 250.000 deutschen Haushalten ausländische Betreuungskräfte ohne anerkannten Berufsabschluss tätig, die vor allem aus Mittel- und Osteuropa stammen. Ihre Tätigkeit umfasst die Unterstützung von Pflegebedürftigen in deren Haushalten, wobei die Arbeitsverhältnisse im Schattenbereich des Arbeitsrechts stattfinden und die Entlohnung oft sittenwidrig ist (vgl. Slotala et al., 2022b). In Anbetracht der vorherrschenden Umstände ist eine explizite berufsrechtliche Regulierung und Eindämmung rechtswidriger Praktiken im Kontext von Live-in-Care dringend erforderlich (vgl. Kocher & Potocka-Sionek, 2022).

Der SVR fordert in diesem Zusammenhang (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2023, S. XXX):

»Um die Kapazitäten pflegender Angehöriger zu stärken, sollten [...] finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten ausgeweitet und Regelungen von Arbeitszeit und -ort flexibilisiert werden. [...] Wohn- und Versorgungsformen sollten mit dem Ziel weiterentwickelt werden, die Selbstständigkeit von pflegebedürftigen Menschen zu erhalten und zugleich ihre Sicherheit zu gewährleisten. Damit würden nicht zuletzt die Alternativen zur Live-in-Pflege verbessert. Auch müssen die Arbeitsbedingungen der mehrheitlich migrantischen 24-Stunden-Betreuungspersonen dringend verbessert und Rechtssicherheit für alle Beteiligten gewährleistet werden.«

Das Eckpunktepapier zum Pflegekompetenzgesetz (vgl. Kap. 1.1.4) zielt darauf ab, die Kompetenzen der Pflegenden zu erweitern, insbesondere im Rahmen der häuslichen Krankenpflege. Dadurch soll das bereits vorhandene Potential der Pflegenden besser genutzt werden. Auf der Grundlage der pflegefachlichen Kompetenz für die Erhebung und Feststellung individueller Unterstützungsbedarfe sollen Pflegefachpersonen Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel verordnen und ggf. den Pflegebedarf feststellen dürfen. Dazu sind die Wahrnehmung erweiterter Versorgungsauf-

gaben in der Regelversorgung vorgesehen, zu denen insbesondere Befugnisse im Bereich der (komplexen) Wundversorgung, der Versorgung von Menschen mit diabetischer Stoffwechselerkrankung und von Menschen mit demenziellen Erkrankungen gehören (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023b). In Verbindung mit dem geplanten Gesetz zur Einführung von Advanced Nursing Practice (vgl. Kap. 6.2.3) ergeben sich neue und personen- oder familienzentrierte Versorgungsmöglichkeiten in den unterschiedlichen Wohnformen. Trotz der Tatsache, dass ein Großteil der Gesundheitsleistungen mittlerweile im ambulanten Setting erbracht wird, erfolgt die Ausbildung nach wie vor überwiegend für den (akut-)stationären Sektor (vgl. Ewers & Lehmann, 2021). Rd. 44.000 Pflegeauszubildende waren 2022 dem Träger einer (akut-)stationären Pflegeeinrichtung als praktische Ausbildungsstelle zugeordnet. Dahingegen waren es im ambulanten Bereich lediglich rd. 5.600 Auszubildende (vgl. Statistisches Bundesamt, 2023f). Dies muss verändert werden und die Aus- und Weiterbildung muss auch in gemeindenahen Settings verlagert werden. Dazu sind tragfähige Konzepte und stabile Lernortkooperationen erforderlich. Sich wandelnde Nutzerrollen in der Gesundheitsversorgung, die Etablierung partizipativer Konzepte der Entscheidungsfindung, eine gezielte Förderung von Gesundheitskompetenz durch Aktivitäten in Gesundheitsförderung und Prävention erfordern von Pflegefachpersonen wachsende edukative Kompetenzen, um Interventionen wie Information, Beratung, Schulung oder Anleitung professionell und personenzentriert vorzuhalten. Um diesen Herausforderungen gerecht zu werden, benötigen sie eine ethische und professionelle Orientierung, die es ihnen erlaubt, trotz zunehmend ökonomisierter Kontexte bedarfsgerecht und qualitativ hochwertig zu arbeiten (vgl. Ewers & Lehmann, 2021).

Der Fachkräftemangel ist nicht nur im Pflegebereich ein Problem, sondern betrifft auch andere Gesundheitsberufe. In strukturschwachen Regionen ist die Anzahl der Beschäftigten in diesen Berufen in der Regel gering. Dies führt dazu, dass Ärzt*innen und Pflegepersonen besonders häufig als Problem genannt werden. Daher ist es wenig überraschend, dass innovative Lösungen in ländlichen Gebieten auf hohe Zustimmung stoßen. Die Integration und Implementation neuer Versorgungskonzepte bergen in dieser Region ein großes Potenzial, das jedoch gleichzeitig auch eine Notwendigkeit darstellt. Die Bereitschaft, mit anderen Professionen zusammenzuarbeiten und Aufgaben berufs- und sektorenübergreifend neu zu verteilen, ist in dieser Region sehr hoch (vgl. Knorr et al., 2020). Bereits heute ist der Zugang zu benötigten und angemessenen Versorgungsleistungen für Patient*innen und Pflegebedürftige erschwert. In vielen Bereichen sind professionelle Pflegeleistungen nicht oder nicht ausreichend verfügbar. Den pflegenden Angehörigen fehlt häufig die professionelle Unterstützung (vgl. Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege, 2024).

6.1.4 Qualifikationsmix

Der Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege (2024) hat insbesondere für die Pflegeberufe Empfehlungen verfasst, wie die Produktivität und Einsatzfähigkeit gesteigert werden könnte und gleichzeitig die Attraktivität und die Arbeitsbedingungen verbessert werden könnten (vgl. Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege, 2024):

- Weiterentwicklung von Personalplanungs- und -einsatzmodellen
- Stärkung professioneller Autonomie und Selbstorganisation in der Pflege
- Modernisierung von pflegerischen Aufgaben- und Verantwortungsprofilen
- Maßnahmen zur Professionalisierung und Akademisierung der Pflege

Mit der Einführung der Fachkraftquote in den 1990er Jahren wurde auch das Prinzip des Skill- und Grade-Mix im Bereich des SGB XI eingeführt (vgl. Stemmer, 2021). Der Skill- und Grade-Mix ermöglicht es, Pflegepersonen unterschiedlicher Qualifikationsniveaus aufgaben- und kompetenzgerecht in der direkten und indirekten Versorgung von Pflegebedürftigen einzusetzen. Der Facettenreichtum der Anforderungen an eine professionelle Pflege sowie die weiterhin steigenden Ansprüche machen die Bildung eines Teams mit unterschiedlichen Qualifikationen und Spezialisierungen erforderlich. Allerdings birgt dieser Anspruch an den Skill- und Grade-Mix auch Herausforderungen. Die Gruppe der Pflegenden stellt mit rund 1,7 Millionen Beschäftigten die größte Gruppe im Gesundheitswesen dar und übernimmt die professionelle Verantwortung für berufliche Pflege von Millionen Menschen in unterschiedlichen Settings, unterschiedlichen Altersgruppen und Problemlagen (vgl. Robert Bosch Stiftung, 2018). Der Begriff »erweiterter Qualifikationsmix« bezeichnet eine Situation, in der verschiedene Qualifikationen und Kompetenzen in der direkten Versorgung von kranken und pflegebedürftigen Menschen zum Einsatz kommen. Dabei kann es sich um bereits bestehende Qualifikationsmischungen handeln, die um unterschiedliche Qualifikationsniveaus und -bereiche ergänzt werden. Die Qualifikationsniveaus und Berufserfahrungen werden durch die Helfer*innen- oder Assistenz Ausbildung, Pflegefachpersonen mit unterschiedlichen Aus-, Fort- und Weiterbildungen sowie akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen (AQP) mit Bachelor- und Masterabschluss ergänzt (vgl. Robert Bosch Stiftung, 2018).

In Deutschland lassen sich bereits Ausdifferenzierungen unterschiedlicher Qualifikationsniveaus feststellen. Dabei ist eine Abstimmung der Qualifizierungen untereinander häufig nicht gegeben (beispielsweise uneinheitliche Anforderungen in Helfer*innen- und Assistent*innenqualifikationen). Zudem ist die hochschulische Höherqualifizierung noch kaum angebahnt. Die Ausweitung von Helfer*innen- und Assistenzqualifikationen wird befürwortet, während einer Höherqualifizierung der Pflege- und Therapieberufe in Deutschland noch immer mit

Skepsis und (gesellschafts-)politischem Widerstand begegnet wird. Die Gegenargumente sind vielfältig. So wird der Nutzen einer durchgängig hochschulischen Qualifizierung für die Gesundheits- und Sozialversorgung angezweifelt. Zudem wird die Gefahr eines mangelnden Nachwuchses bei Anhebung des Qualifikationsniveaus vermutet. Des Weiteren werden in diesem Kontext Abgrenzungs- und Steuerungsprobleme in dem strukturell auf die dominante Rolle von Ärzt*innen ausgerichteten deutschen Gesundheitssystem (z.B. im Rahmen von Verordnungs- und Abrechnungsprozessen) befürchtet. Die Frage, wie auf unterschiedlichen Niveaus qualifizierte Pflegefachpersonen künftig mit geringer qualifizierten Assistenz- und Betreuungskräften arbeitsteilig tätig werden können, erforderte in ausländischen Pflege- und Gesundheitssystemen einen gewissen Transitionsprozess, der in Deutschland noch vollzogen werden muss (vgl. Ewers & Lehmann, 2021).

Das Pflegekompetenzgesetz, in seiner derzeitigen Fassung, unterstützt die Etablierung des Qualifikationsmixes in vollstationären Pflegeeinrichtungen über geltende Personalanhaltszahlen, die über Pflegefachpersonen hinaus Pflegefachpersonen mit hochschulischer Qualifikation einbeziehen, sofern diese mindestens 50 Prozent ihrer Arbeitszeit in der direkten Pflege tätig sind. Zur konkreten Entlastung und Unterstützung des Pflege- und Betreuungspersonals sollen unter bestimmten Bedingungen und abhängig von der Qualifikation Stationsassistent*innen und weitere pflegerelevante Fachpersonen eingesetzt werden können. Dafür ist eine kompetenzorientierte Aufgabenverteilung erforderlich (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023b).

Der Qualifikationsmix, der eine Trennung von Planung und Durchführung von Pflege vorsieht, bedingt eine nicht mehr abweisbare Notwendigkeit für hochschulisch qualifiziertes Pflegefachpersonal (vgl. Kap. 6.2.6), um die damit geschaffene Komplexität der Teamsituation zu beherrschen. Dieses muss folglich in der Lage sein, ein nun gestuft zusammengesetztes Pflegeteam mit verschiedenen Graden an (fehlenden) Kompetenzen und (begrenzten) Eigenständigkeiten auf die Aufgaben zu verteilen, ohne die Qualität der Versorgung zu gefährden. Dieses Modell unterstellt daher hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen ebenso, wie es sie nötig macht. Dies impliziert eine neue Hierarchie innerhalb der Pflegeteams, da die Weisungsbefugnis gegenüber den Hilfspersonen nun bei den hochschulisch ausgebildeten Pflegepersonen liegt (vgl. Benedix & Kathmann, 2019). Das vom Bundesinstitut für Berufliche Bildung (BIBB) beauftragte Projekt Hochschulische Pflegeausbildung und Berufseinstieg (HPABE) hat es sich zum Ziel gesetzt, Konzepte zu entwickeln, die Gesundheitseinrichtungen nutzen können, um hochschulqualifizierte Pflegefachpersonen in den Qualifikationsmix der Einrichtungen einzubinden (vgl. Hecker et al., n. d.).

Die konsequente und nachhaltige Implementierung des erweiterten Qualifikationsmixes stellt einen wesentlichen Faktor für die Förderung von Partizipation,

Transparenz und Akzeptanz in der intra- und interprofessionellen Versorgung dar (vgl. Kap. 6.2.4). Dies geht mit positiven Effekten auf die Teamentwicklung und das Teamworking einher. In Anbetracht der zunehmenden Komplexität der Versorgung wird die Ressource bestehender Fachkompetenzen hinsichtlich einer Zusammenarbeit in der direkten Versorgung nun systematischer genutzt. Die angestrebten Veränderungen in der intraprofessionellen Kooperation setzen nicht nur die Bereitschaft zum gemeinsamen Lernen und Verändern voraus, sondern auch die Akzeptanz von Kontinuität in den Veränderungsprozessen und -beteiligungen. Letztere werden dadurch zwar verstärkt, jedoch auch gleichzeitig verändert (vgl. Robert Bosch Stiftung, 2018).

6.1.5 Belastungsfaktoren

Einen wichtigen Indikator für die Belastungen in den Pflegeberufen stellt die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) dar. Pflegeberufe weisen deutlich höhere AU-Tage auf als alle anderen Berufe. Hier stiegen die AU-Tage von knapp über 30 (2017) auf 35 (2022) (vgl. Lewin et al., 2024). Im gleichen Zeitraum ist ein Anstieg der AU-Tage in der Gesundheits- und Krankenpflege von 40 auf 50 Tage und in der Altenpflege sogar von 47 auf 54 Tage zu verzeichnen. Dies entspricht etwa drei Arbeitsmonaten. Als Gründe für den Anstieg können sowohl die gestiegenen Belastungen als auch der schlechter werdende Gesundheitszustand einer älter werdenden Belegschaft angeführt werden (vgl. Klie, 2024). Dabei stellen Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie psychische und Verhaltensstörungen die häufigsten Ursachen für eine Arbeitsunfähigkeit dar. Trotz dieser Umstände verbleibt ein Großteil der Pflegenden (86,3 %) bis zum Renteneintritt in der Berufstätigkeit. Im Anteil der Frühverrentungen unterscheiden sich Pflegeberufe auch von anderen Berufen, denn nach einer Differenzierung innerhalb der Pflegeberufe konnte gezeigt werden, dass lediglich 65,3 Prozent der Altenpfleger*innen regulär in Rente gehen. Bei den anderen Berufen liegt dieser Anteil bei 81,4 Prozent (vgl. Klie, 2024).

Der Personalmangel resultiert u.a. in einer Zunahme der psychischen und physischen Belastungen des verbleibenden Personals. Dabei sind die individuelle Wahrnehmung und Bewertung von Belastungen abhängig von den verfügbaren Ressourcen. Zu Belastungsfaktoren zählen insbesondere bestehender Arbeits- und Zeitdruck, spontane Arbeitsschichten oder Überstunden sowie die Notwendigkeit, kontinuierlich Aufmerksamkeit bereitzustellen. Daneben zählen der Bedarf umfangreicher Kenntnisse und das wiederholte Auftreten psychischer und emotionaler Belastungssituationen dazu, wie beispielsweise die Pflege Schwererkrankter oder Sterbender, Pflichten zur emotionalen Selbstkontrolle, Konflikte mit Pflegebedürftigen, Angehörigen, Kolleg*innen und Vorgesetzten sowie Sinnlosigkeitserleben im bestehenden Gesundheitswesen (u.a. bei Verlegungen, Kommunikation mit anderen Gesundheitsberufen). Mögliche Ressourcen in diesem Zusammenhang sind die

eigenen physischen und psychischen Fähigkeiten und Fertigkeiten, inhaltliche und zeitliche Handlungsspielräume, (schnelle) Unterstützungsleistungen durch Dritte wie zur Verfügung gestelltes Wissen und Informationsbestände, Beteiligung an der Schichtplanung, körperliche Leistungsfähigkeit und emotionale Unterstützung durch Kolleg*innen oder Vorgesetzte. Es handelt sich folglich um Flexibilitätspotenziale, die in Organisationen oder Individuen erst aufgebaut werden müssen und deren Erhaltung und Regeneration Zeit, Geld und soziale Kompetenzen erfordert. Sind die Belastungsfaktoren durch die vorhandenen Ressourcen bewältigbar, können Gefühle positiver Bewältigung und Arbeitszufriedenheit auftreten. Reichen die Ressourcen nicht aus, kommt es zu negativem Stresserleben und Unzufriedenheit. Dies ist ebenfalls der Fall, wenn die wahrgenommene soziale, emotionale oder finanzielle Unterstützung als unzureichend empfunden wird (vgl. Senghaas & Struck, 2023). Berberich (2022) identifiziert nach der Habermasschen Logik in der zunehmenden »ökonomischen Kolonialisierung der (Handlungs-)Wirklichkeit der Pflege« durch Privatisierung des Gesundheitssektors ein weiteres Problem, das mit Qualitätseinbußen in der pflegerischen Arbeit und damit wieder einer verstärkten Unzufriedenheit einhergeht. Pflege, die als Baukastensystem im Minutentakt abgerechnet wird, führt zu hohem Leistungs- und Termindruck. Im Jahr 2019 wurden in der vollstationären Langzeitpflege allein 14,8 Millionen Überstunden geleistet. Davon waren 5,8 Millionen unbezahlt, was einem Arbeitswert von 61 Millionen Euro oder rund 3.180 Vollzeitstellen entspricht (vgl. Berberich, 2022).

In der Literatur wird häufig über Belastungsfaktoren berichtet, die aus Rollenkonflikten resultieren. Diese treten auf, wenn Arbeitsverdichtung und Zeitdruck zu Einbußen in der Pflegequalität führen und die Arbeit den eigenen Ansprüchen nicht mehr gerecht wird (vgl. Senghaas & Struck, 2023). Befragte Pflegende geben an, dass sie sich mit den körperlichen und psychischen Belastungen häufig allein gelassen fühlen und sich mehr Unterstützung in diesem Bereich in Form von ausreichenden Hilfsmitteln und Möglichkeiten der externen Begleitung und Supervision wünschen (vgl. IEGUS et al., 2023). Das Spannungsfeld zwischen ökonomischen Vorgaben und dem eigenen Verantwortungsgefühl wird von Pflegenden häufig zu deren Nachteil aufgelöst, sodass sie trotz ungünstiger Arbeitsbedingungen im Beruf verbleiben. Dies ist auf die Treue und Verbundenheit zu den Pflegebedürftigen und Kolleg*innen zurückzuführen (vgl. Senghaas & Struck, 2023).

Dennoch ist das Phänomen des Burnouts in der beruflichen Pflege weit verbreitet. Seit dem Jahr 2012 hat sich der Anteil der Pflegenden, die aufgrund eines Burnouts arbeitsunfähig sind, um 15 Prozent erhöht. Damit sind Pflegende doppelt so oft von einem Burnout betroffen wie andere Berufsgruppen. Fast zwei Drittel (62,3 %) der Pflegepersonen sind oft oder immer körperlich erschöpft. Burnout stellt eine der häufigsten gesundheitlichen Folgen von tätigkeitsspezifischen Belastungen in der beruflichen Pflege dar, zu denen beispielsweise Arbeitslast, fehlender Handlungsspielraum, Schichtarbeit und allgemeiner Stress zählen. Während der Corona-

Pandemie hat sich dieses Problem noch verschärft. Als Risikofaktoren gelten junges Alter, niedrige soziale Unterstützung und hohe Arbeitslast (vgl. IFBG & Barmer, 2023).

Das Phänomen des Coolout, welches zu einer Desensibilisierung von Pflegepersonen führt, wird durch den Widerspruch zwischen der erlebten Praxisrealität und dem eigenen Anspruch an normative, patientenorientierte Pflege ausgelöst. Der Coolout-Prozess stellt demnach eine Schutzfunktion dar, welche vor dem »Ausbrennen« (Burnout) schützen soll. Im Gegensatz zum Burnout bleibt die Handlungsfähigkeit der Pflegepersonen erhalten. Rund zwei Drittel (64,5 %) der Befragten geben an, einen Konflikt zwischen den individuellen Bedürfnissen und den Stationsabläufen zu erleben. Rund 42 Prozent der Befragten können diesen Konflikt akzeptieren (vgl. IFBG & Barmer, 2023; Kersting, 2024).

Die Ausbildung zum Pflegefachmann/zur Pflegefachfrau soll gemäß der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung Absolventen*innen dazu befähigen, »drohende Über- oder Unterforderungen frühzeitig wahrzunehmen«, aber auch in der Lage zu sein, »Unterstützungsangebote frühzeitig wahr[zuh]nehmen« und Strategien zum Umgang mit beruflichen Belastungen gezielt einsetzen zu lernen (PflAPVO, Anlage 2). Aufgrund des Zeitdrucks und der verdichteten Arbeitsanforderungen können dennoch bereits in der Pflegeausbildung Praxisanleitungszeiten ausfallen und viele alltägliche Handlungssituationen werden nicht im Rahmen von Lernsituationen genutzt. Wenngleich alle beruflich Pflegenden, nicht nur die Praxisanleitenden, einen Orientierungsrahmen zur beruflichen Identitätsbildung für Auszubildende/Studierende in der Pflege bieten sollen, fehlen häufig Vorbildmodelle. Im schlimmsten Fall führen wahrgenommene Diskrepanzen zwischen Berufsrealität und individuellen Vorstellungen bereits in der Ausbildung zu einem Abbruch (vgl. Reiber et al., 2023a).

Digitale Transformationsprozesse (vgl. Kap. 6.3) können das Pflegepersonal entlasten, sodass es sich wieder seinem genuine Pflege- und Versorgungsauftrag widmen kann (vgl. Schmailzl, 2019). Darüber hinaus sollte der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention grundsätzlich eine größere Aufmerksamkeit gewidmet werden, insbesondere bei Strukturvorgaben für Einrichtungen im Gesundheitswesen (vgl. Klie, 2024).

6.1.6 Ergebnisse aus dem Sounding Board und den Expert*inneninterviews

Bei der Einschätzung der Bedeutung des demografischen Wandels für die Pflege(ausbildung) gab es in beiden Sounding Board-Gruppen eine hohe Zustimmung (vgl. Tab. 18).

*Tab. 18: Ergebnisse Sounding Board »Demografischer Wandel allgemein« Expert*innenbeirat links/Fachbeirat des DPR rechts*

Relevanz zum Berufsbildungskonzept	CVI*	
Demografischer Wandel	1,0	0,93
*ab einem CVI-Wert von > 0,78 gilt ein Item als angenommen		

Die Relevanz der Thematik wird ebenso durch eine Freitextantwort aus den Sounding Board Ergebnissen des Expert*innenbeirats deutlich erkennbar:

»Das deutsche Gesundheitssystem ist kaum auf die Entwicklung hin zu mehr Carearbeit vorbereitet. Die Dominanz der Versorgung auf Medizin, Pharma & Krankenhaus muss dringend gebrochen werden. Dies geht nur mit einer deutlichen Aufwertung und Weiterentwicklung pflegerischer Rollen und Aufgaben.«

Die Auswertung der Expert*inneninterviews legt nahe, dass der demografische Wandel einen Einfluss auf die Pflegebildung ausübt und somit auch auf den Pflege(bildungs)raum. Dazu wird in dem Interview ausgeführt, dass dies nicht allein ein Problem für die Pflegeberufe darstellt, sondern ein gesamtgesellschaftliches Problem ist:

»Diese Frage, was braucht die Bevölkerung, die sich weiterentwickelt und Pflegebedarfe entwickelt, die mit denen der heutigen Bevölkerung nicht vergleichbar sind [...] und gleichzeitig bei einer Gesellschaft, die auch in dieses System zunehmend weniger Geld reintut. Und diese Gesellschaft braucht aber Fachpflege, ganz besonders im Alter. Die größte Gruppe, die nun mal von uns abhängig ist, ist der ältere Mensch. Und selbst wenn sie im Krankenhaus sind, es sind die älteren Menschen, die die Hilfe brauchen und nur punktuell die Jüngeren. Und wir müssen uns ja überlegen, dass bei dieser Entwicklung es zunehmend weniger Pflegekräfte geben wird. Die weniger Pflegekräfte, die müssen besser qualifiziert sein, weil das liegt auf der Hand, wenn sie schon weniger haben, dann müssen wenigstens die wenigen richtig gut sein. Das ist halt die Herausforderung, vor der wir auch gesellschaftlich stehen. Wir müssen in die Gesellschaft Impulse geben, dass diese Berufsgruppe höher qualifiziert werden muss.« (EXP02, Abs. 44)

Die Interviewdaten deuten darauf hin, dass das Thema Pflege und Pflegebedürftigkeit in Familie und Gesellschaft eher Relevanz erfährt, wenn persönliche Betroffenheit erlebt wird. Die mangelnde Aufmerksamkeit äußert sich beispielsweise noch

immer in fehlender Anerkennung (z.B. finanzieller Entlohnung) in den unterschiedlichen Pflegesettings wie in der stationären oder in der ambulante Langzeitpflege:

»Pflege ist total, ja wenn ich da mal mit unserem ehemaligen Regierenden Bürgermeister zitieren darf, unsexy, ne, so, dass, damit setzt sich niemand auseinander. Ja, Pflege betrifft immer nur Andere und keiner macht sich Gedanken, wo will ich denn mal oder wie will ich denn mal später versorgt werden? Das ist natürlich eine große Herausforderung für das Pflegesystem allgemein und für den Pflegeberuf. Eben weil wir im Grunde genommen diese sektorale Trennung haben, also was natürlich auch im Ansehen sich widerspiegelt in der Entlohnung. Also wenn man sich jetzt anguckt, was Menschen im Krankenhaus verdienen und was dann sozusagen die Kolleginnen in der Alten- und ambulanten Pflege verdienen. Es sind einfach Unterschiede vorhanden.« (EXP03, Abs. 40)

Die interviewten Expert*innen äußern ihre Besorgnis darüber, dass die rückläufigen Zahlen in der Pflegeausbildung auf die Einführung der neuen generalistischen Pflegeausbildung zurückgeführt werden könnten. Ihrer Meinung nach sind die Ursachen hierfür in der gesellschaftlichen Entwicklung insgesamt und den zurückgehenden geburtenstarken Jahrgängen zu finden. Auch andere Branchen klagten über rückläufige Ausbildungszahlen. Als mögliche Gründe für gering ausgeprägte rückläufige Zahlen nennen sie das Image der Pflegeberufe sowie dessen Attraktivität. Die Profession Pflege tritt in ihrer Wahrnehmung eher weniger selbstbewusst auf, anstatt innerhalb ihrer Profession vielfältige Chancen zu nutzen und mutige Visionen weiterzuentwickeln.

»Und wenn man sich mal so ein bisschen die aktuellen Berufsausbildungszahlen anguckt. Zum einen stagnieren die Zahlen oder sind sogar wieder rückläufig, die Anfängerzahlen. Zum anderen haben wir auch in der beruflichen Ausbildung eine hohe Abbruchquote. Warum? Jetzt kommen die Spötter und sagen, das liegt an der Generalistik. Ja, das glaube ich nicht. Ich glaube, dass es sozusagen einfach am fehlenden Willen liegt und einfach an dem Image des Pflegeberufes. Aber vielleicht ist es einfach auch manchmal, es passt nicht in meinen Lebensstil-Problem.« (EXP03, Abs. 16)

»Wenn ich daran denke, dass das die generalistische Pflegeausbildung jetzt für alles verantwortlich gemacht wird, sogar dafür verantwortlich gemacht, dass in Deutschland überall Ausbildungsplätze zurückgehen und es wird alles durcheinander geworfen, wir einfach anerkennen müssen, dass der demografische Wandel jetzt da ist und wir in den nächsten zwei bis vier Jahren die Leute in die Ausbildung oder ins Studium bekommen sollten, die aber die geburten schwächsten Jahrgänge sind, die kommen ja jetzt gerade so und wir können am Ende des Tages uns in der Konkurrenzsituation, in der wir uns jetzt befinden, nur durchsetzen, indem wir nicht ständig im Jammertal verharren und uns selber

bemitleiden. Wie schlimm dieser Beruf ist, was leider viele Berufsangehörigen tun, sondern so schwer das auch ist, im Moment mit klaren Visionen und mit klaren Ideen den Blick nach vorne zu richten. Nicht, nicht im Sinne von einer Utopie, sozusagen irgendwelche Elfenbeinturmgedanken, sondern ganz konkret zu sagen das ist, das ist Pflege, so wie es eigentlich sein soll.« (EXPO5, Abs. 17)

Die Befragten äußern zudem, dass bei Angehörigen der Pflegeberufe die Tendenz des »Downsizing« beobachtbar ist. Von entscheidender Bedeutung sei deshalb, dass beruflich Pflegende eine klare professionelle Abgrenzung vornehmen und sich auf die originären Aufgaben und Belange konzentrieren, um ihre zentrale Bedeutung im Rahmen der interprofessionellen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung hervorzuheben:

»Also die Pflege fühlt sich ja manchmal bedroht aus unterschiedlichen Richtungen. Also sie fühlt sich bedroht von dem Physician Assistant. Die Pflege fühlt sich bedroht von den Mediziner*innen. Gleichzeitig passiert so ein Downsizing, denke ich mir manchmal, was die Qualitätsanforderungen angeht, dass man das noch einfacher macht. Es gibt doch eine assistierte Helferausbildung. Also insgesamt ist es, glaube ich, wichtig, dass wir uns dort auf der einen Seite abgrenzen und auf der anderen Seite auf uns selber konzentrieren, weil wir werden in den nächsten Jahren nicht mehr werden. Das heißt, die Ausbildungszahlen werden nicht steigen, die Zahl der Fachkräfte wird nicht steigen. Gleichzeitig wird der Druck aus dem Gesundheitswesen größer. Wir werden weniger Geld haben und wenn wir da nicht aufpassen, werden wir da einfach sehr, sehr an Bedeutung verlieren. Und das darf nicht passieren.« (EXPO5, Abs. 43)

Den größten Mangel erwarten die Expert*innen im ambulanten Bereich und erachten edukativ pflegerische Interventionen (Information, Beratung, Anleitung und Schulung) sowie das Empowerment von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen als geeignete Maßnahmen, um den Verbleib in der Häuslichkeit langfristig zu ermöglichen:

»Also zentrales Thema wird sein und ist es jetzt schon, wie kann ich bei Mangel an Pflegepersonal, den wir vor allen Dingen im ambulanten Bereich haben, Patienten und deren Angehörige und ihr Hilfe-Netzwerk so weit stärken, dass sie Aufgaben, die heute möglicherweise noch von Pflegenden gemacht werden, möglicherweise zu einem größeren Teil auch selbst leisten können, um ihren Verbleib in der Häuslichkeit zu ermöglichen.« (EXPO7, Abs. 6)

Der Themenkomplex Rekrutierung ausländischer Fachkräfte wird von den Befragten als wichtiger Baustein zur Deckung des Fachkräftebedarfs eingeschätzt. Allerdings birgt diese Strategie gewisse Herausforderungen, insbesondere wenn

ausgebildete Pflegefachpersonen aus dem Ausland mit ihre im Heimatland erworbenen zumeist akademischen Berufsabschlüsse und dem damit verbundenen Anspruch an die Qualität der pflegerischen Versorgung in die deutsche Pflege einmünden sollen, in der bislang kein transparentes international anschlussfähiges akademisches Pflegesystem etabliert ist und demzufolge unterschiedliche Pflegeverständnisse aufeinandertreffen. Die daraus resultierenden Divergenzen können zu erheblichen Schwierigkeiten führen und fraglich bleibt, ob sogenannte »Anpassungen« zu gelingenden Pflegeprozessen führen können:

»Und was die an Pflege Verständnis mitbringen, das unterscheidet sich doch sehr von dem, was wir unter Pflege verstehen. Auch das, was sie in Ihren Ländern getan haben, unterscheidet sich wesentlich von dem, was sie hier tun. Und da hilft auch ein Anpassungskurs nicht, der sie da vorsichtig darauf vorbereitet, dass sie plötzlich viele Dinge nicht mehr tun, vor allen Dingen medizinisch pflegerische Dinge. Dass sie anders an das, was wir Grundpflege nennen, herangeführt werden. Das haben sie wohl schon mal gehört. Das wird den meisten schon mitgeteilt. Aber sie glauben es nicht wirklich, bis sie sie das erste Mal dann erleben. Also von daher ist unsere Pflege und unsere Pflegeausbildung schon deutlich anders, wie das, was man von Pflege außerhalb der EU, was man dort entsprechend lernt und ob das tatsächlich Anpassung ist. Allein der Begriff Anpassung ist schwierig.« (EXP07, Abs. 18)

Die mit heterogenen Ausgangslagen verbundenen weiteren Herausforderungen des demografischen Wandels für ein Bildungskonzept werden mit Blick auf die Ausbildung nicht auf Personen mit Migrationshintergrund und Sprachschwierigkeiten beschränkt, sondern betreffen auch Menschen ohne Migrationshintergrund, die gezielte Förderung benötigen:

»Selbst bei guter Lernförderung bei kleinen Klassen glaube ich, dass man das in vielen Fällen nicht hinbekommt. Das hat nicht nur was damit zu tun, dass ein großer Teil der Lernenden Migrationshintergrund und Sprachschwierigkeiten hat, sondern dass auch das Lernpotenzial der Auszubildenden, die ursprünglich deutsch sind, das darf man bestimmt so nicht sagen. Aber das auch die da großen Förderbedarf haben. Und wenn wir ehrlich sind, müsste man eigentlich sagen: Wir können nicht nur Pflegefachpersonen auf Ebene 4 haben und auf 6. Wo müsste eigentlich der Bachelor sein? Und das, was im Moment in den beruflichen Schulen stattfindet. Es müsste eigentlich eine Pflegefachassistenz sein, die wir im Moment auf anderthalb bis zwei Jahre diskutieren, wo sich der Bund auch nicht einig wird. Aber eigentlich ist das, was wir im Moment auf der Ebene der beruflichen Schulen erreichen, so wie ich es erlebe, für die meisten Auszubildenden eigentlich nicht das, was man von einer Pflegefachperson laut Ausbildungsziel und Kompetenzbeschreibung erreichen kann.« (EXP07, Abs. 28)

In der Subkategorie *Fachkräftebedarf* wurden im Sounding Board alle Items bis auf das Item *Anwerbung aus dem Ausland* für das BAPID-Bildungskonzept bestätigt. Es bleibt jedoch anhand der Datenlage unklar, warum der Expert*innenbeirat des Sounding-Boards das Item ablehnt und auch durch den Fachbeirats des DPR das Item nur knapp angenommen wird (vgl. Tab. 19). Mögliche Ursachen für dieses Antwortverhalten könnten die interpretationsoffene Charakteristik der quantitativen Fragestellungen im Sounding-Board und die fehlende Abstufung der Relevanz dieser Fragestellungen im Sinne von »Wie relevant finden Sie ...« sein.

*Tab. 19: Ergebnisse Sounding Board »Fachkräftebedarf« Expert*innenbeirat links/ Fachbeirat des DPR rechts*

Relevanz zum Berufsbildungskonzept	CVI*	
Fachkräftemangel allgemein	0,86	1,0
Anwerbung aus dem Ausland	0,67	0,79
Anwerbungen im Inland	0,95	0,95
Verbleib im Beruf	1,0	1,0
Bildungs-/Arbeitskonzepte für ältere Arbeitnehmer*innen	0,86	0,93
Attraktivitätssteigerung	0,95	1,0
*ab einem CVI-Wert von > 0,78 gilt ein Item als angenommen		

Die Items zur *Diversität* wurden bis auf das Item *Gender* alle deutlich für das Bildungskonzept BAPID angenommen (vgl. Tab. 20). Warum das Item *Gender* von Fachbeirat des DPRs abgelehnt wurde, konnte auch in der anschließenden Diskussion nicht geklärt werden. Die Ergebnisse der Dokumentenanalyse legen nahe, dass *Gender* in den gegenwärtigen Publikationen der deutschsprachigen Pflegebildung ein relevantes Thema ist und Auszubildende selbst eine hohe Affinität zu diesem Thema ausgebildet haben.

Tab. 20: Ergebnisse Sounding Board »Diversität« Expert*innenbeirat links/Fachbeirat des DPR rechts

Relevanz zum Berufsbildungskonzept	CVI*	
Gender	0,81	0,71
Migration	0,90	1,0
Generationenvielfalt	0,86	1,0
Transkulturalität	0,86	1,0
*ab einem CVI-Wert von > 0,78 gilt ein Item als angenommen		

Wie bereits im vorangestellten Kapitel deutlich wurde, spielt das Thema Heterogenität und Diversität eine signifikante Rolle in den Expert*inneninterviews. Dies betrifft zum einen die unterschiedlichen Altersgruppen, die im Setting aufeinandertreffen, zum anderen wird eine ausgeprägte Heterogenität innerhalb der Auszubildenden/Studierenden wahrgenommen, die sich sowohl auf Migrations- und Zuwanderungserfahrungen, individuelle Kontextfaktoren als auch auf die allgemeinen Lernvoraussetzungen erstreckt.

»Also wir bekommen Menschen, die eben nicht so bildungsfertig sind. Wir bekommen Menschen, die Migrationskultur-Hintergründe haben, die von unseren Kollegen nicht gekannt werden. Das Thema Diversität ist ein Riesenthema, das Thema Jugendkultur ist ein, das Verständnis sozusagen der Gruppe der Lernenden zu erhalten, das gegenseitige Verständnis zu erhalten. Das ist ein riesiges Thema.« (EXPO5, Abs. 55)

Die Ergebnisse verdeutlichen darüber hinaus, dass zu den drängenden Themen eines Bildungskonzeptes auch die Entwicklung pädagogischer Konzepte zum Umgang mit Heterogenität von Auszubildenden gehört, um den Lernerfolg von Auszubildenden durch gelingende Angebote fördern zu können.

»Ich glaube, das sind auch dann am Ende schulinterne Schulentwicklungsthemen. Wie gehe ich mit diesen Fragestellungen und Herausforderungen um? Was biete ich an? Was mache ich mit Lerncoaching? Wie mache ich mit Sprach- und Kulturintegration? Ich habe keine anderen als die, die ich bekomme. Ich bekomme auch keine andere mehr. Das heißt, es geht am Ende des Tages darum, wie kriege ich diese Menschen so abgeholt und ausgebildet, so dass sie am Ende zufrieden sind

in dem, was sie tun. Selbstwirksamkeit erfahren, keine Überforderung haben usw. Und das sind so Themen, alles Pflegebildungsthemen.« (EXPO5, Abs. 45)

Die Implementierung von diversitätssensiblen Konzepten in Bildungs- und Versorgungseinrichtungen des Gesundheitswesens erfordert die aktive Mitwirkung aller Beteiligten. Die Benennung eines Diversitätsbeauftragten wird als nicht hinreichend bewertet. Vielmehr muss ein gemeinsames inklusives Konzept gelebt werden, in dem Migration als mögliche Ressource betrachtet wird, die bislang nicht systematisch erfasst und somit auch nicht sichtbar wird. Die einfließenden Kompetenzen der zugewanderten Pflegenden verstehen sich dabei als Aspekt menschlicher Ressource.

»[...] Was heißt sprach- und kultursensible Schule. Das reicht ja nicht, dass sie einen Beauftragten haben, der sich um Sprache und Kultur kümmert, sondern sie müssen ein Bewusstsein dafür schaffen, in der Lehrerschaft, in der Einrichtung, dass das ein Thema ist und dass es Lernen beeinflusst, vielleicht behindert manchmal sogar fördert. Wie auch immer. Und dann auch Voraussetzungen schaffen, dass man sozusagen gemeinsam auch einem bestimmten Ziel folgt. Und das ist ein Gruppenprozess. Das ist eine Aufgabe für ein gesamtes Team. Das klingt jetzt viel, aber ist es auch, [...] wir haben 37 Nationen hier. Wir haben zwei riesige Gruppen mit indischen und marokkanischen Auszubildenden. Und das ist ja nicht nur für die Auszubildenden eine Herausforderung, sondern auch für uns als Lehrer, aber auch für die Praktiker in den Praxisfeldern.« (EXPO5, Abs. 57)

»Es betrifft ja nicht nur die Patienten selbst, es betrifft ja auch diese Bunttheit des Pflegepersonals nicht nur in Bezug auf Qualifikationsstufen, sondern auch wie sind Pflegeteams heute zusammengesetzt. [...] Aber letztlich braucht es trotzdem eine Teamkultur, [...] ein gemeinsames Verständnis wie Patienten versorgt werden. Möglicherweise bringen viele migrierte Pflegefachpersonen Kompetenzen mit, die wir im Moment gar nicht abrufen, weil wir sie gar nicht systematisch erfassen und sie gar nicht hören wollen. Weil wir immer das Bild haben. Wir integrieren sie und sie sollen so pflegen, wie wir das hier wollen. Aber vielleicht sollten wir da auch noch mal genauer hinhören, genauer hingucken. Wie würden ›Die‹ bestimmte Probleme lösen? Und dass wir ... noch ein Stück lernen?« (EXPO7, Abs. 6)

Im Kontext des Lebenslangen Lernens wird von einer interviewten Person der Vorschlag gemacht, in einem zu entwickelnden Bildungskonzept die Berufspraxis Pflegender anzuerkennen und insbesondere Altersdiskriminierung zu vermeiden, indem älteren Beschäftigten eine Berufsperspektive bis zum Renteneintritt aufgezeigt wird. In diesem Konzept die Bildungswege für jüngere beruflich Pflegende

begrenzend zu regeln, wird eher als kritisch angesehen, wie das nachfolgende Zitat verdeutlicht:

»[...] ich eigentlich spannend fände, wenn man das in ein Lebenslaufbahnrahmenkonzept packen würde für also wo man auch wirklich sagen würde, wir schaffen Abschlüsse für Pflegekräfte, die schon lange unterwegs sind und die vielleicht mit 60 nicht mehr am Bett pflegen können. [...] Dafür biete ich Angebote an und setz nicht das schon als Ziel für 25-jährige nach dem Pflegestudium aufs Tablett. Also das finde ich kritisch. Da muss man vielleicht auch die Zielgruppe ein bisschen mitdenken und muss gucken, wann brauche ich eigentlich bestimmte Schutzräume auch für die Pflege, also auch diesen Aspekt von Bildung, auch um lebenslang arbeiten zu können, noch viel stärker mit reinzunehmen in diese Qualifizierungsdiskussion.« (EXPO6, Abs. 28)

Die Subkategorie *Versorgungsformen* wurde sowohl vom Expert*innenbeirat als auch des Fachbeirats des DPR mit allen zugehörigen Items deutlich angenommen (vgl. Tab. 21):

Tab. 21: Ergebnisse Sounding Board »Versorgungsformen« Expert*innenbeirat links/
Fachbeirat des DPR rechts

Relevanz zum Berufsbildungskonzept	CVI*	
Ambulantisierung	0,86	1,0
Gesellschaftlicher und regionaler Strukturwandel	0,90	0,93
Spezifische Bildung (z.B. erweiterte heilkundliche Kompetenzen)	1,0	0,93
Empowerment von Patient*innen und Angehörigen	0,95	1,0
Beratung und Edukation	1,0	0,93
*ab einem CVI-Wert von > 0,78 gilt ein Item als angenommen		

Nach Meinung der Expert*innen besteht Konsens darüber, dass sich gesundheitliche Versorgungsformen ändern müssen und demnach auch Bildungsanforderungen in der Pflege anzupassen sein werden. Dabei sind sowohl Zukunftsszenarien zu entwickeln als auch Best-Practice-Beispiele heranzuziehen, wie beispielsweise die (ambulante) gesundheitlich-pflegerische Versorgung der Bevölkerung nach dem Modell der Medizinischen Versorgungszentren in der ehemaligen DDR. Es wird

aber auch die Sorge zum Ausdruck gebracht, dass das deutsche Gesundheitssystem kollabieren könne:

»Die Systeme, in denen gepflegt wird, verändern sich und damit, damit müssen sich natürlich auch die Bildungsmaßnahmen verändern. Also wir haben zum Beispiel in der Langzeitpflege eine starke Ambulantisierung, die weiter voranschreiten wird. Ob wir vielleicht in fünf oder zehn Jahren eigentlich nur noch Pflegehotels haben und zum Beispiel die Pflegenden vollambulant, wie die Hausärzte, dann dorthin gehen und Fachpflege anbieten und auch wieder weggehen. Solche Modelle, ich glaube, dass die kommen werden.« (EXPo2, Abs. 80)

»Na, wenn ich jetzt in die DDR gucke, wo, wo Pflege ja schon immer auch ein Studium (an Fachschulen) war und dann entsprechend der Berufsbilder auch in der gemeindenahen Versorgung, die selbstverantwortlich durch den Pflegeberuf durchgeführt wurde. Ich glaube, man hat in der jüngsten Vergangenheit im deutschsprachigen Raum gute Best-Practice-Modelle, die man nutzen kann.« (EXPo3, Abs. 6)

Im Rahmen der Befragung wird zudem der gesellschaftliche Wandel und seine Auswirkungen adressiert, indem die Bedeutung der informellen Pflege durch Angehörige für die Aufrechterhaltung der Pflegeversorgung erörtert wird, denn mit der erhöhten Mobilität innerhalb der Familien wird die Zahl der informell Pflegenden sinken:

»Bei einer Gesellschaft ist einfach eine ganz große Herausforderung, dass wir die pflegerische Versorgung überhaupt sicherstellen müssen. Ne, das, was sozusagen früher der Klassiker war, die familiäre Unterstützung bei einer Pflegebedürftigkeit, das wird ja immer geringer, weil wir die Mobilität halt innerhalb der Familie haben. Ne, also ich selber wohne auch nicht mehr da, wo meine Mutter wohnt. Wenn die irgendwann pflegebedürftig wird, haben wir ein Problem. Das ist das gesellschaftliche Problem.« (EXPo3, Abs. 12)

Das Pflegende mit der Übernahme von mehr Verantwortung sowie dem Erwerb erweiterter Kompetenzen sollen Pflegende als »großes Zahnrad in Gesamtgetriebe« eine verbesserte patientenorientierte Versorgung ermöglichen, unnötige Schnittstellen (z.B. im Rahmen der Heilmittelversorgung) verhindern und damit insgesamt selbstbewusster im Versorgungssystem auftreten, wird in folgendem Zitat thematisiert:

»Die Pflege als solches, sie ist ja letztlich ein großes Zahnrad in einem Gesamtgetriebe des Gesundheitssystems. Und wir haben ja nicht nur Probleme an Fach-

personal, Kompetenzgerangel oder Defiziten im Bereich der Pflege, sondern eben auch im Bereich der Heilmittelabgänge, im Bereich der ärztlichen Dienste. Und von daher muss Pflege, es muss uns gelingen, dass Pflegende »Blickigere« sind, die Verantwortung übernehmen wollen und nicht stets nur auf Anweisung handeln oder im Zweifelsfall Dinge wegdelegieren und nach dem Arzt oder dem Notdienst rufen.« (EXP07, Abs. 6)

Die Befragten verweisen auch auf die essenzielle Bedeutung zunehmender Verantwortungsübernahme Pflegender. Pflegende sollten demnach nicht nur die Verantwortung in ihrem Bereich einfordern, sondern sich ihrer vielfältigen und spezifisch pflegerischen Kompetenzen bewusst sein und diese gewinnbringend und gleichberechtigt im interprofessionellen Setting einer personenzentrierten Pflege einsetzen. Dies sei die Grundlage dafür, dass sie »pflegegeleitet und pflegezentriert« agieren können:

»Und natürlich, wenn wir dann auch noch über spezielle Versorgungsformen, ob man die jetzt Level-1-Krankenhäuser oder Gesundheitskioske oder wie auch immer nennt, ja auch das, da, da verschwimmen so ein bisschen die Grenzen zwischen Primärversorgung und Langzeitversorgung und Langzeitpflege. [...] Also es muss eben auch wenn wir über einen, ich würde jetzt gar nicht sagen, dass das weniger interprofessionell sein muss, es ist nur pflegegeleitet und pflegezentriert. Ja, das ist eben der Unterschied zum Krankenhaus und umso mehr braucht es natürlich Konzepte zur interprofessionellen Zusammenarbeit. Und auch dazu brauche ich Menschen, die das können und die ausgebildet sind und die auf, ja die auch auf Augenhöhe diskutieren können. [...] Die Strukturen sind eben schwer aufzubrechen. Die ärztlichen Kolleg*innen sind ja also einigermaßen veränderungsimmun, würde ich sagen. Häufig ja, und deswegen braucht es aus meiner Sicht auch dafür Spezialist*innen für meinerwegen personenzentrierte Altenpflege, die auch solche Rollen übernehmen können und die auch dann einfordern können, was es braucht im Sinne ihrer Klient*innen, gegenüber den anderen Berufsgruppen und gucken können, was für Medikamente bekommen, denn jetzt meine, meine Klient*innen und das dann auch angemessen beurteilen können.« (EXP01, Abs. 6)

Die Relevanz eines Qualifikationsmixes wird betont, ebenso wie die Überwindung sektoraler Hürden. In diesem Zusammenhang wird pflegerische Kompetenzerweiterung notwendig, um aufsuchende Hilfen und damit verbundene präventive und gesundheitsfördernde Angebote vorzuhalten, die das Gesundheits- und Pflegesystem entlasten. Ziel sollte es sein, durch einen präventiven und edukativen Versorgungs- und Begleitungsansatz die Einmündung von Menschen in das Gesundheits- oder Pflegesystem zu verhindern.

»Na ja, im Grunde genommen ist die große Herausforderung ja, dass wir Pflege neu denken müssen, ne. [...] Wir müssen über die Kompetenzerweiterung sprechen, wie wir das umsetzen. Wir müssen über die Hürden, die sektoralen Hürden reden, wie wir die ausgleichen oder abschaffen. [...] Und wir brauchen im Grunde genommen, also wann wird denn Pflege aktiv? Die Pflege wird immer erst dann aktiv, wenn ein Mensch, der Pflegebedarf hat, im System aufschlägt. Aber im Grunde dieses Aufsuchende und dieses frühzeitige Erkennen hier ist ein Problem. Wir beraten Dich jetzt mal! Das, das findet ja nicht statt, sondern wir warten im Grunde genommen immer in unserem System, bis irgendwer zu uns hineinkommt und sagt, so, hier bin ich, ich brauche jetzt Hilfe.« (EXP03, Abs. 40)

Die Subkategorie *Qualifikationsmix* wurde mit allen Items von den befragten Gruppen deutlich zustimmend bewertet (vgl. Tab. 22).

Tab. 22: Ergebnisse Sounding Board »Qualifikationsmix« Expert*innenbeirat links/
Fachbeirat des DPR rechts

Relevanz zum Berufsbildungskonzept	CVI*	
Neue Kompetenzanforderungen	0,95	0,93
Kompetenzmatrizen	0,90	0,86
Interprofessionalität	1,0	1,0
Skill- und Grade-Mix	0,81	0,93
Heterogene Karrierepfade	0,90	1,0
*ab einem CVI-Wert von > 0,78 gilt ein Item als angenommen		

»Nicht nur neue Kompetenzanforderungen, sondern auch Fokus auf pflegerische (Kern-)Kompetenzen! Keine Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten, sondern Fokus auf Pflege!« Auch in diesem Statement aus den Freitextantworten des Sounding Boards wird deutlich, dass die Pflege sich der Relevanz der pflegerischen Kernkompetenzen und Vorbehaltsaufgaben stärker bewusstwerden muss.

Diese Thematik wird auch in einem der Interviews aufgegriffen. Es wird die Wahrnehmung beschrieben, dass Pflegende in der Vergangenheit häufig nicht entsprechend ihrer Kompetenzen und nicht gleichberechtigt auf Augenhöhe in der interprofessionellen Zusammenarbeit agieren konnten. Jedoch werden in der Zusammenarbeit zahlreiche Schnittmengen mit vielen Professionen deutlich

und diese entscheiden über Erfolg und Misserfolg von Maßnahmen in der Gesundheitsversorgung. Im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit als wichtige Säule im gegenwärtigen Versorgungsprozess sollte die Profession Pflege selbstbewusst die interprofessionelle Zusammenarbeit mitgestalten.

»Und diese Dynamiken, die müssen wir natürlich immer auch realisieren in der Bildung, genauso wie wir eine, im Gesundheitswesen, eine zunehmend starke interprofessionelle Bildung forcieren müssen, weil wir nicht nur auf dem Papier in Teams arbeiten. Wir tun es ja faktisch. Und wir merken eigentlich, dass viele Themen immer tiefer eigentlich in die interprofessionelle Bildung vordringen müssten und wir auch viel mehr gemeinsame Bildungsmaßnahmen bräuchten. [...] Also auch und das ist jetzt nur allein die Berufsgruppe Pflege und Medizin. Wenn man jetzt mal sieht, welche Überschneidungen wir auch mit den Physiotherapeuten haben, Ergotherapeuten, Soziale Arbeit haben wir starke Überschneidungsmengen. Also. Und auch da hoffe ich, dass die Gesellschaft das auch mehr einfordern wird, denn für viele Betreuungssituationen ist es eigentlich entscheidend, wie die Professionen zusammenarbeiten, nicht nur notwendig, sondern entscheidend über Erfolg oder Misserfolg der Maßnahmen. Also solche Impulse, glaube ich, kommen und werden auch stärker. Da müssen wir natürlich auch als Berufsgruppe aufpassen, dass wir uns nicht verschließen, weil wir so viel in unserem Eigenen zu tun haben und auch die Erfahrung gemacht haben, interprofessionell heißt, hieß ja in der Vergangenheit, dass Pflege verloren hatte und alle anderen gewonnen. Das war ja nicht auf Augenhöhe, muss man ja auch mal klar sagen. Und die Berufsgruppe hat so eine vitale Angst vor der Zusammenarbeit mit anderen, weil ihnen praktisch entweder etwas weggenommen wird oder ihre Arbeit nicht geschätzt wird in dem Umfang. Aber das kann sich ändern und muss sich auch ändern.« (EXPo2, Abs. 80)

Die Expert*innen stimmen überein, dass die Zusammensetzung von Pflegeteams im Skill- und Grademix bereits lange diskutiert wird, aber in der Praxis dieser Ansatz kaum vorhanden ist und im Ergebnis wird in der Pflegepraxis lediglich »hinterher zusammen Kaffee ausgeteilt«. Pflegende arbeiten aktuell mit unterschiedlichen Abschlüssen zusammen, aber es fehlen bislang zumeist klar abgrenzbare Kompetenzprofile und eine angemessene intraprofessionelle Diversität mit abgestuften Verantwortungsbereichen.

»Genau. Wir reden seit, ich glaube gefühlt 20 Jahren, über einen Skill- und Grademix, den Grademix kriegen wir überhaupt nicht hin, weil wir alle sagen, nur 3-jährig Ausgebildete dürfen arbeiten. Ja, die paar KPHs oder Pflegeassistent*innen, wie sie heute genannt werden, die, die fallen ja überhaupt nicht ins Gewicht, weil es einfach viel zu wenige davon gibt. Also diesen Grademix, der immer wieder postuliert wird, der wird doch überhaupt nicht gelebt. [...] Ne, vielleicht ist es dann eben, man hält die Leute mal in der zweijährigen Ausbildung und später

qualifizieren sie sich weiter, eben auf Bachelor-Niveau oder wie auch immer. Also ich glaube, dass wir diese Individualisierung, weil wir reden immer von diversitysensibler Pflege, aber wir selber sind doch in unserem Beruf überhaupt nicht divers. Ja, also was die Abschlüsse angeht, was die Kompetenzen angeht, wir machen alle das Gleiche. Und jetzt, überspitzt gesagt, teilt man dann hinterher zusammen Kaffee aus.« (EXP03, Abs. 16)

»Also auf jeden Fall soll es ja auch dahin gehen, mehr zu delegieren innerhalb der Pflege. Und da wäre aus meiner Sicht auch noch mal eine Runde zu drehen über das Niveau und über die generalistische Ausrichtung dieser, diese Assistenzberufe bzw. wie kann ich da wirklich auch eine gute Qualität sicherstellen.« (EXP06, Abs. 2)

Im internationalen Vergleich werden vielfach Skill- und Grademixe in der Pflegepraxis umgesetzt, in denen vor allem zweijährig ausgebildete Pflegenden pflegepraktische Tätigkeiten innerhalb des systematisch geplanten und umgesetzten Pflegeprozesses übernehmen, der von einer Pflegefachperson gesteuert wird.

»Wenn man international schaut, haben wir mitunter in Pflegeheimen nicht mal eine Pflegefachperson, sondern man wirbt damit zum Teil in Kanada, wenn eine Person eine Pflegefachausbildung hat. Das ist nun mal so, also dort ist es in der Regel so eine Diploma Ausbildung, die würde bei uns ungefähr einer 2-jährigen Ausbildung entsprechen und möglicherweise kann man auch mit Assistenzpersonal eine gute Versorgung erbringen, aber dann nur im Qualifikationsmix, supervidiert im Prozess steuernd kompetent Pflegefachpersonen da sind die Entgleisungen üblich, Entgleisungen frühzeitig erkennen, die eine Art Kompass darstellen, für Pflege, für Versorgungsqualität und diesen Kompass auch immer wieder neu ausrichten können.« (EXP07, Abs. 10)

Die Implementierung, Erprobung und Evaluation entsprechender Konzepte für eine angemessene Verteilung der Skills- und Gradeniveaus von Pflegefachpersonen in der Praxis erfordern u.a. die Präsenz von Pflegefachpersonen auf einem erweiterten akademischen Kompetenzniveau auf der Basis zielgerichteter Erhebungen der pflegerischen Versorgungsbedarfe.

»[...] wenn wir jetzt die Entwicklung sehen, was jetzt diesen Skill- and Grade-Mix jetzt auch mit dem Rothgang-Gutachten oder Ansatz vielleicht besser gesagt, was es da für Veränderungen gibt. Eben noch mehr wenig, ich weiß nicht, ob man das Deprofessionalisierung nennen soll, aber zumindest wenig bis gar nicht Ausgebildete. Dann müssen wir eben auch so einen Mix hinbekommen. Dann kann es eben nicht heißen, dass wir mehr Assistenzpersonal einstellen und die Pflegefachpersonen dann aber tatsächlich nur noch die Dokumentationen machen oder nur noch die sind, die sich mit den Medikamenten beschäftigen, sondern dann brau-

chen sie auch unbedingt Menschen, die die auf einem erweiterten Niveau dann solche Konzepte dort einführen.« (EXPO1, Abs. 4)

Entgegen den quantitativen Ergebnissen des Fachbeirates, lehnen die Expert*innen des Sounding Boards die Items *Fachkräftemangel* und *Coolout* für die Subkategorie Belastungsfaktoren als nicht relevant für das Berufsbildungskonzept ab (vgl. Tab. 23). Hier muss gefragt werden, inwieweit die Expert*innen mit dem Phänomen *Coolout* vertraut waren.

Tab. 23: Ergebnisse Sounding Board »Belastungsfaktoren« Expert*innenbeirat links/
Fachbeirat des DPR rechts

Relevanz zum Berufsbildungskonzept	CVI*	
Psychische und physische Belastungen	0,90	1,0
Fachkräftemangel	0,76	1,0
Coolout	0,57	0,86
Burnout	0,86	0,86
*ab einem CVI-Wert von > 0,78 gilt ein Item als angenommen		

Aus den Freitextantworten der Expert*innen lässt sich hingegen ein gegensätzliches Bild nachzeichnen:

»Ein Kernproblem in der Pflege, welches Phänomene wie Coolout und Burnout unterstützt ist der Fachkräftemangel, hier müssen alle Möglichkeiten der Fachkräftegewinnung ausgeschöpft und durch Qualifizierungsmaßnahmen begleitet werden.«

Darüber hinaus wird die Verantwortung für Burnout adressiert: »[...] nicht der Arbeitnehmer mit Burnout muss entsprechend ausgebildet sein, um Burnout zu vermeiden/bewältigen, sondern die Unternehmensführung hat dafür zu sorgen, dass so etwas nicht stattfindet«.

6.1.7 Implikationen für das Bildungskonzept

Die gesellschaftlichen Transformationsvollzüge, die aus dem sicher prognostizierten demografischen Wandel resultieren, haben erhebliche Auswirkungen auf die Zukunft der Pflegeberufe und die (Pflege-)Bildungslandschaft in Deutschland. Es wird maßgeblich sein, wie Deutschland durch Transformationen des Pflegesystems auf die etlichen Gesundheitsfolgen aus dem demografischen Wandel reagiert. Zumindest wird der Pflegesektor hier eine Schlüsselrolle einnehmen, denn beruflich Pflegenden stehen in der Verantwortung für die Qualität der gesellschaftliche Daseinsvorsorge der Bevölkerung. Es wird in diesem Kontext darauf ankommen, dass Pflegenden selbst, als größte Berufsgruppe des Gesundheitswesens, in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration kreativer werden und Versorgungsmodelle von morgen in interprofessioneller Zusammenarbeit entwickeln, gestalten und ihre eigenen Kompetenzen und erweiterten Rollen produktiv für eine gute pflegerische und gesundheitliche Versorgungsqualität einbringen.

Zwei Dinge zeigen sich als besonders relevant: Zum einen die Identifikation der Pflegenden mit einem neuen gestuften Bildungskonzept und zum anderen eine international anschlussfähige Lesbarkeit des deutschen Pflegebildungssystems durch die derzeitigen heterogenen Ausbildungszielgruppen: »Menschen finden über Berührungspunkte mit der Pflege ihren Weg in den Pflegeberuf, und immer mehr Menschen beginnen eine Ausbildung in der Pflege«. (IEGUS et al., 2023, S. 583) Der Beruf wird durch ein transparentes Bildungskonzept sichtbarer in der Gesellschaft werden, vor allem bei jungen Menschen stehen klare Kompetenzprofile mit einem guten Wording hoch im Kurs: Gesundheitsedukation, Community Health Nurse, School Nurse. Auch die Anerkennung und die Einmündung ausländischer Pflegefachpersonen wird durch ein klares Bildungskonzept mit geeigneten Qualifikationsstufen wesentlich erleichtert. Förderung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung wird einen hohen Stellenwert einnehmen müssen. Dabei ist der Qualifikationsmix und die Überwindung sektoraler Hürden von elementarer Bedeutung, um je nach Kompetenzstufe in der Versorgung zu partizipieren.

Auf pflegedidaktischer Ebene ist es erforderlich, die Reflexion des Umgangs mit Heterogenität und Diversität im Kontext der Pflege von Pflegebedürftigen, Angehörigen sowie Kolleg*innen in die Ausbildung bzw. das Studium von Pflegefachpersonen explizit und longitudinal über mehrere Ausbildungs- bzw. Studienjahre hinweg sowohl in die Lehrer*innenbildung Pflege als auch in die Fortbildung für Pflegelehrende zu integrieren. Dies ist erforderlich, da die Entwicklung einer diversitäts-sensiblen und rassismuskritischen Haltung ein Prozess ist, der über einen längeren Zeitraum hinweg entwickelt werden sollte (vgl. Tezcan-Güntekin, 2021). Pflegenden auf höheren Niveaustufen haben aber auch eine Leadership-Rolle in heterogenen Qualifikations-Mixed-Teams einzunehmen und sollen auch Leadership-Kompetenzen entwickeln, um künftig handlungsfähig zu sein. Insbesondere Kompetenzbe-

reiche im Umfeld von Information, Beratung, Anleitung sowie edukative Aufgaben insgesamt und die Notwendigkeit zur gezielten Förderung von Gesundheitskompetenz stellen Gesundheitsberufe vor neue Herausforderungen und gewinnen in künftigen Versorgungssettings mit großer Sicherheit eine noch stärkere Bedeutung.

Aus einer Freitextantwort des Expert*innen-Sounding Boards wird die Notwendigkeit für das neue Bildungskonzept besonders ersichtlich: »[...] in einem qualitätsgesicherten Konzept alle Bildungsniveaus auf die generalistische Pflegeausbildung auszurichten und Angebote für unterschiedliche Zielgruppen zu entwickeln, um das Fachkräftepotential optimal auszuschöpfen.« Hier ist auch die weitere Entwicklung der pflegeschulischen Ausbildung auf DQR Stufe 4 und die hochschulische Pflegeausbildung auf DQR 6 zu hinterfragen, um z.B. die Pflegefachassistentenausbildung auf DQR 4 einzuführen und lediglich die hochschulische Pflegeausbildung zu implementieren.

Die Belastungsfaktoren, mit denen Pflegende konfrontiert sind, ergeben sich zum Teil aus anderen Faktoren wie dem Fachkräftemangel oder fehlenden Unterstützungsangeboten (z.B. Supervision nach belastenden Ereignissen). Hier ist es neben der Ursachenbekämpfung wichtig, dass Pflegende lernen, sich selbst zu empowern, Gesundheitskompetenzen für die eigene Gesundheit und Strategien zum Umgang mit Belastungsfaktoren zu erlernen. Diese Kompetenzen sollten bereits in der Pflegeausbildung verankert werden und sich auch in der Fort- und Weiterbildung widerspiegeln. Dazu sollten Pflegende verstärkt Hilfsmittel einfordern und sich aktiv an der Entwicklung neuer Technologien beteiligen (vgl. Kap. 6.3).

6.2 Professionalisierung

Die Zunahme von chronisch Kranken und Pflegebedürftigen sowie der demografische Wandel sollten auch in Deutschland zu einer Ausdifferenzierung und Erweiterung pflegerischer Kompetenzen und demnach zur Professionalisierung der Pflegeberufe führen (vgl. Kap. 6.1). Den vorgenannten Herausforderungen kann im Rahmen der multiprofessionellen Entwicklung neuer Versorgungskonzepte nur durch gestärkte Rollen der beruflichen Pflege begegnet werden. In diesem Kontext ist festzuhalten, dass die Professionalisierung der Pflege in Deutschland im internationalen Vergleich über einen Zeitraum von über 15 Jahren zurückliegt (vgl. Schaeffer, 2011). Es ist überfällig, dass sich die Pflegeberufe als Heilhilfsberufe zu einem modernen, attraktiven und professionellen Dienstleistungsberuf entwickelt und sich dem Schattendasein der Ärzt*innen entsagt (vgl. Schaeffer, 2011). Die damit verbundenen Strategien und Forderungen haben bislang nichts an Aktualität eingebüßt (vgl. Kälble, 2024):

- eine Aufwertung der Pflegeberufe
- Herstellung einer Kooperation auf Augenhöhe mit dem ärztlichen Berufsstand und anderen akademisierten Gesundheitsberufen
- Schaffung einer eigenständigen, wissenschaftlich fundierten Wissensbasis und Handlungskompetenz
- Verbesserung der pflegerischen Versorgung
- größere berufliche Autonomie
- Steigerung von Macht, Einfluss, Prestige und Attraktivität des Berufsstandes
- Anschlussfähigkeit an internationale Entwicklungen im Berufsfeld
- konkrete Problemlösungen der Berufsgruppe (z.B. Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Entlohnung)

Obgleich ein dynamischer Beginn beobachtet wurde, bewertete Schaeffer (2011) die Bemühungen um die Professionalisierung der Pflege zu diesem Zeitpunkt lediglich als halbherzige Vorgehensweisen.

Unter Professionen werden »Dienstleistungsberufe besonderer Art verstanden, die sich von Arbeit und Beruf dadurch unterscheiden, dass sie praktisches Handeln unter dem Anspruch von Erklärungen betreiben.« (Schaeffer, 2011, S. 31). Dabei werden Professionen nach Schaeffer (2011) primär von drei Merkmalen gekennzeichnet:

- Professionen sind akademische Berufe, die ein hohes Ansehen in der Gesellschaft genießen und ihr Handeln basiert auf hoher Fachkompetenz und evidenzbasiertem Wissen.
- Professionen haben eine hohe Bedeutung für das Wertesystem der Gesellschaft, indem ihnen die Verantwortung für die Bestimmung und Bewahrung hoher Werte übertragen wird (Recht, Moral, Wahrheit, Konsens, Gesundheit) und ihr professionelles Handeln zentralwertbezogen und gemeinwohlorientiert (nicht profitorientiert) ausgerichtet ist.
- Professionen verfügen über ein hohes Maß an Autonomie und die eigene berufsständische Vertretung bestimmt über die (Weiter-)Entwicklung der Profession.

Der Begriff der Professionalisierung bezeichnet den vielschichtigen »Prozess der Weiterentwicklung eines Berufes oder einer in Richtung autonome Profession« (Kälble, 2024, S. 37). In diesem Kontext ist zu berücksichtigen, dass der Professionalisierungsprozess sowohl durch Fortschritt als auch durch Deprofessionalisierungstendenzen gekennzeichnet sein kann (vgl. Kälble, 2024).

Professionalisierung kann sowohl als ein gesellschaftlich-kollektiver Prozess einer Berufsgruppe (äußere Professionalisierung) als auch als die individuelle Professionsentwicklung der eigenen Handlungskompetenz der Mitglieder einer Berufsgruppe (innere Professionalisierung) definiert werden (vgl. Mohr, 2022).

Die Profession Pflege in Deutschland befindet sich seit nunmehr drei Jahrzehnten in einer Veränderungsphase und erfährt permanente Neuorientierung.

»Seitdem werden in der Pflege Professionalisierungsbedarfe konstatiert, Professionalisierungshindernisse erläutert, Professionalisierungsforderungen formuliert und Professionalisierungsfortschritte verkündet, auch wenn weiterhin mit guten Argumenten die Meinung vertreten wird und werden kann, dass selbst der Verberuflichungsprozess der Pflege nicht wirklich abgeschlossen sei.« (Kälble, 2024, S. 29)

Auch Kälble (2024) beurteilt den aktuellen Stand der Professionalisierung der beruflichen Pflege in Deutschland als nicht zufriedenstellend und weist auf eine Weiterentwicklung auf verschiedenen Strukturebenen hin: Die Professionalisierung der Pflege ist weiterhin vor allem durch Prozesse der Akademisierung und beginnender Verwissenschaftlichung gekennzeichnet, die jedoch ihren Weg bisher nur unzureichend hinein in die Pflegepraxis gefunden haben. Dennoch werden der Pflege in Zukunft vielversprechende Entwicklungspotenziale prognostiziert, da sie mit dem demografischen und epidemiologischen Wandel ein gesellschaftlich relevantes Thema geworden ist. Dafür ist jedoch eine zukunftstaugliche Architektur, Qualität und Qualifikation sowie Forschungs- und Professionsentwicklung erforderlich (vgl. Kälble, 2024).

Die Entwicklung einer beruflichen Identität setzt voraus, dass alle Akteur*innen über eine einheitliche Fachsprache verfügen und ein einheitliches Verständnis von Wissen und reflektierten Verständnissen von Pflege entwickeln. Berufsangehörige benötigen Vorstellungen von sozialen Ordnungen und Vorstellungen von Wünschenswertem, um sich zu orientieren. Die Differenzierung gegenüber anderen Berufsgruppen erfordert exklusives Wissen, eine fachspezifische Sprache sowie gemeinsame Berufserfahrungen. Darüber hinaus müssen sie in der Lage sein, diese zu entwickeln und neu zu kombinieren (vgl. Eylmann, 2024).

Die aus der Dokumentenanalyse gewonnene Hauptkategorie *Professionalisierung* unterteilt sich nachfolgend in die Subkategorien *Sonderweg*, *Durchlässigkeit*, *Rollenprofile*, *Theorie-Praxis-Transfer*, *Berufspolitik* und *Akademisierung*.

6.2.1 Sonderweg

Im nationalen und internationalen Vergleich beschreitet Deutschland im Kontext der beruflichen Pflege verschiedene Sonderwege in Bildungs- und Berufsstrukturen.

Die Ausbildung in der Pflege erfolgt zum einen an Berufsfachschulen und den sogenannten Schulen der Gesundheitsberufe, wodurch sie sich dem dualen System entzieht. In der Konsequenz unterliegt deshalb die Ausbildung nicht den Regeln-

gen des Berufsbildungsgesetz (BBiG) (Standard für Fachkräfteausbildung), sondern wird durch Bundesgesetze bzw. sogenannte Berufsgesetze geregelt (vgl. Benedix & Kathmann, 2019). Den praktischen Teil der Ausbildung übernehmen »quasi-duale« Gesundheitsbetriebe. Die Verzahnung von theoretischen und praktischen Ausbildungsanteilen in praktischen Ausbildungsstätten in Form von Praxisbegleitung lässt durchaus die Bezeichnung »quasi-duale Ausbildungsstruktur« zu. Trotz des höheren Praxisanteils liegt die gesetzliche Gesamtverantwortung der Pflegeausbildung bei den Schulen, weshalb diese Ausbildungsform aus juristischer Sicht zu den schulischen Ausbildungsgängen zählt (vgl. Weiss et al., 2022).

Eine weitere Besonderheit stellt die derzeit noch mögliche Differenzierung der spezialisierten Ausbildungswege in der generalistischen Pflegeausbildung (Pflegefachmann/Pflegefachfrau, Altenpfleger*in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*in) dar, welche sich damit außerhalb des internationalen und des europäischen Standards befindet. Diese aus professioneller Sicht fragliche Differenzierung findet sich jedoch auch in den noch geltenden Sozialgesetzbüchern in Deutschland, wo zwischen Krankenpflege und Altenpflege unterschieden wird (vgl. Benedix & Kathmann, 2019).

Ein dritter Sonderweg wird durch den im internationalen Vergleich sehr niedrigschwelligen Zugang mit einem mittleren allgemeinbildenden Abschluss zur Ausbildung zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann ermöglicht (vgl. Kälble, 2024). In den Vergleichsländern Niederlande, Schweden, Großbritannien und Kanada wird der Zugang zur Pflegeausbildung generell mit einem mindestens 12-jährigen allgemeinbildenden Abschluss ermöglicht (vgl. Lehmann et al., 2023).

Die Ausbildung der Assistenz- und Hilfsberufe unterliegt derzeit noch der Ländershoheit (vgl. Benedix & Kathmann, 2019). Diese Situation soll sich jedoch mit dem geplanten Pflegefachassistenzgesetz ändern (vgl. Kap. 1).

Im internationalen Vergleich hat sich Deutschland mit der bisherigen Teilverwissenschaftlichung einen Sonderweg eröffnet, da bisher nur ein geringer Teil der beruflich Pflegenden über eine akademische Primärqualifizierung verfügt (vgl. Kap. 6.2.6) (vgl. Berberich, 2022). Die historisch gewachsene Fokussierung auf die Akademisierung von Pflegenden, die in patientenferne Pflegebereiche einmündeten (Pflegepädagogik, Management und Pflegewissenschaft) führte dazu, dass die Vorteile und der persönliche sowie gesellschaftliche Mehrwert der Akademisierung für Zielgruppen und Versorgungsstrukturen (Pflegebedürftigen, Angehörige, Qualität der Pflege etc.) nicht adäquat aufgezeigt werden konnten. Die akademisierte »Elite« war teilweise nicht in der Lage, eine Weiterentwicklung der Fachlichkeit, des Wissen- und Kompetenzkanons, der die Pflege von anderen Disziplinen unterscheidet, zu erkennen (vgl. Grewe & Stegmüller, 2022).

Die im 19. Jahrhundert etablierten berufspädagogischen Ansätze zur geschlechtlichen Trennung des deutschen Berufsbildungssystems führten bereits zu dieser Zeit zu einer Minderbewertung der Sorgearbeit. Im Gegensatz zur Vorbe-

reitung auf gewerblich männlich konnotierte Berufe innerhalb des dualen Systems wurde mit der weiblichen Berufsschule ein Sonderweg in Form vollzeitschulischer Bildungsgänge eingeschlagen. Dies förderte die Verfestigung der Genderstruktur sowie die Aufrechterhaltung eines konstruierten weiblichen Leitbildes, das den Frauen besondere Eigenschaften (»natürlich weiblich«) und die Verantwortung für Erziehungs- und Pflegeaufgaben zuschrieb (vgl. Friese, 2018b; Bischoff, 2008). Der Anteil weiblicher Pflegenden in Deutschland liegt bei rund 80 Prozent und unterscheidet sich im Vergleich zu den Niederlanden (78 %), Schweden (82 %) und Großbritannien (78 %) kaum (vgl. Ewers & Lehmann, 2021).

Auch die wissenschaftliche Disziplin der Pflegepädagogik weist in Deutschland in ihren Ausbildungsstrukturen eine Besonderheit auf, da sie die üblicherweise zweiphasige Lehramtsausbildung an Universitäten durch ein einphasiges Studium an einer Fachhochschule/HAW/Universität ersetzt. Diese einphasigen Pflegepädagogikstudiengänge stellen deutschlandweit zwei Drittel aller Pflegepädagogikstudiengänge dar. Im Gegensatz zur beruflichen Lehrendenbildung ist für ein Studium der Pflegepädagogik eine abgeschlossene Berufsausbildung in der Pflege oder ein Pflegestudium erforderlich. Obgleich auch praktische Phasen während des Studiums stattfinden, führen diese nicht in die zweite Ausbildungsphase des Vorbereitungsdienstes, wie bei anderen Lehramtsstudiengängen der Pflegepädagogik an Universitäten (vgl. Reiber, 2018). Arens und Brinker-Meyendriesch (2018) sprechen in dem Zusammenhang auch von einem System der »Parallelwelten«. In Deutschland können Lehrende nach KMK Typ V in manchen Bundesländern an beruflichen Schulen in der Pflegeausbildung arbeiten und in anderen Bundesländern an Schulen des Gesundheitswesens das studierte Zweitfach nicht ausüben. Auf der einen Seite werden sie auch wie andere Lehrende verbeamtet und auf der anderen Seite angestellt. Aufgrund der vielen Sonderstellungen wird die Disziplinentwicklung in der Pflegepädagogik und in der Pflegedidaktik ebenso erschwert wie die Anerkennung und Weiterentwicklung der Disziplin der Pflege insgesamt (vgl. Arens & Brinker-Meyendriesch, 2018). Grewe und Stegmüller (2022) werfen vor dem Hintergrund der späteren Berufsausübung der Lehrenden darüber hinaus die Frage auf, wie die Lehramtsausrichtung an den besonderen Schulen des Gesundheitswesens aussehen soll, wenn diese Ausbildungsstätten nicht dem Schulrecht der Länder unterstehen.

Zu Errungenschaften und Herausforderungen dieses Sonderwegs der Lehrendenbildung äußert sich Reiber (2018) wie folgt:

»Für die Pflegepädagogik als Begriff für eine Form der Lehrer:innenbildung ist festzuhalten, dass Sonderwege nur dann beibehalten werden, wenn sie sich nachweislich bewähren und nicht zu Status-Unterschieden im Vergleich mit anderen Lehrer:innen führen. In der Zusammenschau lässt sich konstatieren, dass Pflegepädagogik einerseits für eine Erfolgsgeschichte der Disziplin- und Professions-

entwicklung sowie der Lehrer:innenbildung steht und zugleich noch ein ebenso breites wie ambitioniertes Arbeitsprogramm im oben beschriebenen Sinne vor ihr liegt.« (Reiber, 2018, S. 71f.)

Die heterogene Verbandslandschaft in Deutschland, die sich aus verschiedenen Wohlfahrtsverbänden, kirchlichen sowie gewerkschaftlichen Organisationen zusammensetzt, hat eine Vereinheitlichung der berufsständischen Vertretung bislang verhindert. Dazu führt ein extrem niedriger Organisationsgrad der Pflege dazu, dass Pflege unfähig ist als kollektiver gesellschaftlicher Akteur aufzutreten. Dies hat zur Folge, dass die Pflege in Deutschland bis heute keine einheitliche berufliche Selbstverwaltung aufbauen konnte, wie es im internationalen Kontext üblich ist (vgl. Kap. 6.2.7).

Im Hinblick auf die Professionalisierung der Pflegeberufe mangelt es in Deutschland an zwei strukturellen Elementen, die als konstitutiv für eine Profession im angelsächsischen Sinne gelten: es fehlen die organisatorische Autonomie sowie eine wissenschaftliche Infrastruktur. Pflegerische Expertise basiert zu häufig noch auf institutionsspezifischem Erfahrungswissen oder auf Forschungsergebnissen, die aus anderen Ländern importiert wurden (vgl. Slotala et al., 2022a). Die internationale Anschlussfähigkeit der Pflegeberufe war bis in die 1980er Jahre nicht gegeben. Neben der beruflichen Dreiteilung lagen Ursachen hierfür, bei geringen Zugangsvoraussetzungen, in einem geringen theoretischen Ausbildungsumfang und in der wenig heterogen ausgerichteten Ausbildungspraxis in einem Ausbildungsbetrieb. Des Weiteren waren die Anforderungen an die schulischen Ausbildungsstätten sowie insbesondere an die Qualifikation der Lehrenden (fehlende akademische Qualifizierung) eher niedrig (vgl. Slotala et al., 2022a). Nach maßgeblichem Veränderungsdruck von Seiten der Europäischen Union war ein Handeln der deutschen Gesundheitspolitik erforderlich (vgl. Kap. 3). Der europäische Integrationsprozess resultierte aus der formalen rechtlichen Verpflichtung der deutschen Gesundheitspolitik, die Richtlinie zur gegenseitigen Anerkennung von Pflegeabschlüssen zwischen den Mitgliedsstaaten der EWG umzusetzen (Richtlinie 2005/36/EG).

Im Professionsverständnis wird der sogenannten »Grundpflege« in Deutschland hohe Bedeutung beigemessen, wodurch sie sich vom internationalen Diskurs unterscheidet. Dieser hohe Stellenwert zeigt sich sowohl in der Debatte um die Akademisierung (institutionelle Internationalisierung) als auch in der betrieblichen Diskussion um die Integration internationaler Pflegefachpersonen (personenbezogene Internationalisierung) (vgl. Slotala et al., 2022a). Die Pflege in Deutschland ist im internationalen Vergleich durch eine ungewöhnlich hohe Abhängigkeit von einem anderen Beruf (Arztzentriertheit) gekennzeichnet, was zu eingeschränkten Handlungsspielräumen führt. In der Konsequenz obliegt der Pflege die Ausführung aller verbleibenden Tätigkeiten, für die sich keine andere Disziplin zuständig fühlt

(vgl. Slotala et al., 2022a). Durch den Sonderweg wird das Berufsbildungssystem im Gesundheitswesen durch Länder- und Bundesministerien reguliert und nicht durch den Ordnungsrahmen des dualen Systems.

In der Bundesrepublik Deutschland konnte zu keinem Zeitpunkt eine breite Unterstützer*innenfront ausgemacht werden, die deutsche Sonderwege zu Gunsten höherwertiger Ausbildungsstandards befürwortet hätte. Die Kritik an den Sonderwegen kommt insbesondere vonseiten der jungen Pflegewissenschaft, aus den Reihen der Berufsverbände sowie von Vertreter*innen der Pflegebildung. Die für die Ausbildung zuständigen Bundesgesetzgeber, Arbeitgeber*innen und Gewerkschaften hingegen halten an der Idee fest, dass Deutschland im Großen und Ganzen den richtigen Weg einschlägt (vgl. Slotala et al., 2022a).

6.2.2 Durchlässigkeit

Bildungsübergänge stellen bedeutsame Ereignisse dar, die das Qualifikationsprofil sowie in der Regel eine vertikale Karriere umfassen. Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass Deutschland in Bezug auf die Ausdifferenzierung der Qualifikationsniveaus weniger systematisiert ist (vgl. Mittelstätt et al., 2024).

Die Durchlässigkeit des deutschen Bildungssystems wurde bereits in den 1960er Jahren einer kritischen Bewertung unterzogen und seitens der Kritiker insbesondere die fehlende Durchlässigkeit und Gleichwertigkeit bemängelt. Der 1965 gegründete Deutsche Bildungsrat entwickelte Vorschläge für eine langfristige Perspektive des Bildungswesens, wobei der Hochschulbereich ausgeklammert blieb. Die Aufhebung des Verbots der Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern in Bildungsfragen im Rahmen einer Grundgesetzänderung im Jahr 1970 ermöglichte die Gründung einer Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (BLK) im darauffolgenden Jahr. Im Jahr 1973 wurde ein Bildungsgesamtplan vorgelegt, der alle Bildungsbereiche umfasste. Die Überlegungen zur Reform der Sekundarstufe II waren dabei politisch brisant, da sie weitgehende Veränderungen in der Institutionalisierung der Bildungseinrichtungen mit sich brachten. Das zentrale Anliegen bestand in der Förderung von Durchlässigkeit im Bildungssystem sowie der Aufwertung des gesamten Berufsbildungssystems (vgl. Frank, 2019). Bereits im Jahr 1975 wurde der Deutsche Bildungsrat wieder aufgelöst, da nicht alle Bundesländer seine bildungspolitischen Empfehlungen mittrugen und dem DBR das Mandat entzogen wurde. Der im gleichen Jahr von der BLK vorgelegte »Stufenplan zu Schwerpunkten der beruflichen Bildung« umfasste insbesondere drei Maßnahmenbündel (Frank, 2019, S. 118):

- die Einführung eines vollzeitschulischen oder kooperativen Berufsgrundbildungsjahres
- die Einrichtung bzw. der Ausbau von überbetrieblichen Ausbildungsstätten und

- den Ausbau berufsqualifizierender Bildungsgänge im tertiären Bereich außerhalb der Hochschulen

Die Fortschreibung des Bildungsgesamtplanes scheiterte im Jahr 1982 am Widerstand der Kultusminister einiger Bundesländer sowie der Finanzminister von Bund und Ländern (vgl. Frank, 2019). Das BIBB (Bundesinstitut für Berufsbildung) thematisierte die Durchlässigkeit und Gleichwertigkeit in verschiedenen Empfehlungen. In einer Stellungnahme aus dem Jahr 1984 postuliert das BIBB die Einführung einer Gleichstellungsregelung für Absolvent*innen beruflicher Fortbildungsprüfungen nach Berufsbildungsgesetz und Handwerksordnung, um ihnen den Zugang zum Fachhochschulbereich zu eröffnen. In der Folgezeit intensivierte das BIBB seine Bemühungen um die Gleichwertigkeit und Durchlässigkeit (vgl. Frank, 2019).

Die professionelle Pflege ist durch eine formal gesetzlich geregelte Durchlässigkeit auf europäischer Ebene gekennzeichnet (vgl. Kap. 3). Für Hemkes und Wilbers (2019) bedeutet Durchlässigkeit, die Möglichkeit der Teilnahme an Bildungsangeboten sowie der Wechsel zwischen verschiedenen Bildungsbereichen. Dies impliziert die Notwendigkeit einer Gestaltung der Bildungsangebote, welche die Teilnahme sowie die Ablegung von Prüfungen ermöglicht. Die bloße Existenz der erforderlichen rechtlichen Grundlagen stellt jedoch keinen hinreichenden Indikator für die tatsächliche Durchlässigkeit eines Bildungssystems dar. Vielmehr muss sich diese auch anhand einer tatsächlichen Mobilität der Lernenden im Bildungssystem messen lassen (vgl. Hemkes & Wilbers, 2019).

Als eine der größten Aufgaben der Pflegeberufereform identifizierten Benedix und Kathmann (2019) die Verbesserung der Durchlässigkeit und Anschlussfähigkeit. Das betrifft einerseits die Länderkompetenz in der Regelung für die Assistenz- und Helferausbildung in der Pflege sowie andererseits die Gewährleistung von unterschiedlichen Zugangsformen für die Fort- und Weiterbildung (berufliche und akademische) (vgl. Benedix & Kathmann, 2019). Obgleich die Assistenzausbildung zukünftig auf Bundesebene durch das Pflegefachassistenzgesetz reguliert werden wird, verbleibt die Pflegehilfeausbildung weiterhin auf Länderebene, wodurch die Durchlässigkeit auf dieser Ebene erschwert wird. Im Rahmen der Ausbildungs-offensive 2019–2023 wurde in Arbeitsgruppe 1 vereinbart, die Durchlässigkeit zwischen den einzelnen Bildungsgängen sowie zwischen Weiterbildung und Studium zu verbessern (vgl. Kap. 6.1) (vgl. Mohr, 2022).

Die Gewährleistung von Transparenz und Durchlässigkeit von Bildungswegen und Bildungsleistungen setzt voraus, dass Planende und Entscheider*innen zukünftig in Qualifikationsstufen denken, unabhängig von ihrer Zugehörigkeit zu (Bildungs-)Institutionen (vgl. Grewe & Stegmüller, 2022).

Durchlässigkeit bietet in der Nachwuchsgewinnung die Chance, interessierte Jugendliche mit nachteiligen Startchancen, Menschen aus bildungsbenachteiligten

Kontexten sowie Menschen mit Migrations- und Fluchtgeschichte für die Pflegeberufe zu gewinnen. Die Pflegeberufe bieten aufgrund ihrer vielfältigen Einsatzmöglichkeiten ein großes Potenzial zur persönlichen Weiterentwicklung (vgl. Reiber et al., 2023a). Auch der aktuelle Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege (2024) fordert die Einführung eines durchlässigen Qualifikationsstufenmodells zur Fachkräftesicherung und für eine flexiblere Einsatzfähigkeit von Pflegenden (vgl. Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege, 2024).

Mangelnde Durchlässigkeit und Anschlussfähigkeit innerhalb eines Berufsfeldes fördert nachweislich die Berufsunzufriedenheit (vgl. IEGUS et al., 2023; Benedix & Kathmann, 2019). Die Inanspruchnahme und Durchführung individueller Weiterbildungsmaßnahmen in der Pflege werden jedoch von hemmenden Faktoren begleitet, wie zum einen der Fachkräftemangel, der durch den gesteigerten Arbeitsdruck bedingt ist, und zum anderen finanzielle Gründe, die durch fehlende Kompensationsmöglichkeiten bedingt sind (vgl. IEGUS et al., 2023).

Weiterbildungen sind nicht nur für den individuellen Karriereverlauf von Interesse, sondern sie tragen maßgeblich zu einer Steigerung der Kompetenzen der Pflegenden sowie zu einer Erhöhung des Gehalts bei. Vor dem Hintergrund der steigenden Ansprüche an die Pflegenden sind kontinuierliche Weiterbildungen daher unerlässlich (vgl. IEGUS et al., 2023). Die Durchlässigkeit im Weiterbildungskontext stellt einen Beitrag zur Sicherstellung der Versorgung von Pflegebedürftigen dar. Dies erfolgt durch eine Kompetenzsteigerung, die sich in einer erweiterten Versorgungspraxis niederschlägt (vgl. Mittelstät et al., 2024). Der Wissenschaftsrat (2023) postuliert daher den Ausbau und das Vorhalten von (Teilzeit-)Studienangeboten an öffentlichen Hochschulen und Universitäten, um bereits beruflich qualifizierten Personen den Erwerb eines pflegewissenschaftlichen Abschlusses zu erleichtern und die Durchlässigkeit zu erhöhen. Dazu ist es erforderlich, den Zugang zu Hochschulangeboten auch ohne formale Hochschulzugangsberechtigung sowie die Anrechnung beruflich erworbener Kompetenzen auf das Hochschulstudium zu ermöglichen. Die Studienbedingungen sollten so ausgestaltet werden, dass die Vereinbarkeit von Studium, Familie und Beruf gewährleistet ist (vgl. Wissenschaftsrat, 2023).

Die derzeit beobachtete Folge der Weiterbildung mit anschließender Kompetenzsteigerung manifestiert sich in der Abkehr vom Schichtdienst und der Verknappung des Personals in pflegenahen Tätigkeiten. In diesem Kontext zeigt sich, dass akademisierte Pflegende häufig auch in Leitungspositionen wechseln (vgl. IEGUS et al., 2023). Diese Entwicklung lässt sich möglicherweise damit erklären, dass derzeit nicht ausreichend akademisierte Pflegende bzw. Pflegende mit hohen Kompetenzstufen auf dem Arbeitsmarkt verfügbar sind und diese daher verstärkt für Leitungsfunktionen ausgewählt werden. Es ist anzunehmen, dass sich dieser Effekt umkehrt, sobald eine gewisse Sättigung erreicht ist. Auf der anderen Seite ergab die VAMOS-Verbleibstudie, dass rd. 75 Prozent der Absolvent*innen in klient*innen-

nahen Tätigkeiten beschäftigt sind (vgl. Dieterich et al., 2019). Die derzeitige Unübersichtlichkeit der Weiterbildungslandschaft in der Pflege erschwert jedoch die Wahl des richtigen Bildungspfad für das erwünschte Qualifizierungsniveau und unterstreicht die dringende Notwendigkeit einer umfassenden Vereinheitlichung für Deutschland (vgl. Mittelstätt et al., 2024).

Die Notwendigkeit der Weiterbildungsordnungsarbeit wird von Bergmann und Seltrecht (2023) bestätigt und mit konzeptionellen Ideen angereichert, die eine adäquate Berücksichtigung in der neuen Weiterbildungslandschaft finden sollten (vgl. Bergmann & Seltrecht, 2023):

- **Kompetenzorientierung**
Anschlussfähigkeit an berufliche und akademische Pflegebildung sowie Querschnittskompetenzen (z.B. kommunikative Kompetenz); Differenzierung in Kern- und Spezifikationsmodule
- **Modularisierung**
Kernmodule mit der Zielstellung Kompetenzentwicklung, die Berufsfeldübergreifend relevant sind; aufbauende Spezifikationsmodule zum Erwerb pflegespezifischer Kompetenzen (ausdifferenziert in Spezifikationsmodule I und II)
- **Durchlässigkeit**
Durchlässigkeit durch bundesweite Anerkennung; Notwendigkeit der horizontalen und vertikalen Durchlässigkeit; Trainee-Programme und Auflagen bei Wechsel in andere Pflegebereiche
- **Eingruppierung von pflegerischer Aus- und Weiterbildung**
Forderung der Eingruppierung von Weiterbildungen in den Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR)

Eine Modularisierung von Fort- und Weiterbildungen erhöht die Flexibilität und Durchlässigkeit und sollte sich sinnvollerweise auf alle Lernformen (formale, informale und nonformale) erstrecken (vgl. Bensch & Greening, 2023).

Eine Institutionelle Durchlässigkeit wird insgesamt durch vier Dimensionen charakterisiert (vgl. Mittelstätt et al., 2024):

- Zugang durch formale Voraussetzungen (z.B. Anerkennung von Abschlüssen, Eignungsprüfung)
- Anrechnung erworbener Kompetenzen durch den Bildungsträger (pauschal oder individuell nach Prüfung)
- Organisationale Verbindung zwischen verschiedenen Bildungsgängen
- Umgang mit der Heterogenität der Lernenden (z.B. durch Unterstützung und Beratung oder Lern-Lehrkultur)

In den Weiterbildungsordnungen, beispielsweise der Pflegeberufekammern in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz, ist in der Regel die Anerkennung bereits abgeschlossener Module auf andere Weiterbildungen innerhalb der jeweiligen Weiterbildungsordnung geregelt. Die Anerkennung von Modulen aus anderen Bundesländern kann jedoch im Rahmen einer Einzelfallprüfung erfolgen (vgl. WBO NRW § 6, Abs. 5; WBO Rheinland-Pfalz § 7, Abs. 3). Auch in den DKG-Empfehlungen zur pflegerischen Fachweiterbildung werden Anrechnungsmöglichkeiten innerhalb der DKG-Fachweiterbildungen im Rahmen der Module sowie eine Einzelfallprüfung zur Anrechnung von Inhalten aus außerhalb der DKG-Fachweiterbildungen erworbenen Inhalten ermöglicht (vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2022). Allerdings erschwert die nicht bundeseinheitliche automatisierte Anerkennungspraxis die Durchlässigkeit und die Orientierung der Pflegenden.

In Bezug auf die erschwerte Durchlässigkeit im Weiterbildungsbereich fassen Mittelstätt et al. (2024) vor allem folgende Probleme zusammen:

- fehlende oder unzureichende Unterstützung von Weiterbildung durch den Arbeitgeber
- Intransparenz des Weiterbildungssystems
- fehlende bundeseinheitliche Vereinheitlichung des Weiterbildungssystems
- Passungsprobleme zwischen vermittelten Qualifikationen und beruflicher Praxis
- häufigere Verwendung von Weiterbildungen im Blended-Learning-Konzept

Seit 2016 ist es jedoch in Deutschland möglich, die Hochschulzugangsberechtigung auch über berufliche Weiterbildungen im Mindestumfang von 400 Stunden zu erwerben. Dieser Hochschulzugang ist dabei nicht fachgebunden (vgl. Buschfeld & Schumacher, 2019). Mit dem Beschluss der KMK vom 28.06.2002 wurde die Anrechnung außerhalb des Hochschulwesens erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten auf ein Hochschulstudium ermöglicht und erleichtert die Durchlässigkeit von der beruflichen Pflegebildung in die akademische Pflegebildung. Dabei gilt Folgendes (vgl. Kultusministerkonferenz, 2002):

- Angerechnet werden kann nur, wenn die Person die Hochschulzugangsberechtigung besitzt
- Inhalt und Niveau der Leistungen, die anerkannt werden wollen, müssen gleichwertig sein
- Die qualitativ-inhaltlichen Kriterien werden im Rahmen der Akkreditierung überprüft
- Es können maximal 50 Prozent anerkannt und ersetzt werden

In diesem Kontext ist eine Durchlässigkeit in beide Richtungen zu denken, wobei eine Einmündung in die berufliche Ausbildung entsprechend ermöglicht werden sollte. Bislang fehlt es dennoch an Verfahren, kompetenzorientierte Anrechnungen von Vorleistungen vorzunehmen (vgl. Hemkes & Wilbers, 2019). Die Anerkennung von erworbenen Erfahrungen und Kompetenzen aus der Berufspraxis ist beispielsweise mit signifikanten Herausforderungen verbunden und stellt den erwünschten Übergang von der beruflichen in die hochschulische Bildung vor beträchtliche Hindernisse. Es fehlt an einheitlichen und nachvollziehbaren Verfahren, die eine Anrechnung von Kompetenzen ermöglichen würden. Eine formale Öffnung der Hochschule allein ist nicht ausreichend, um die Durchlässigkeit zu fördern. Die Studienangebote und -bedingungen müssen folglich an die Lebenssituation und Interessen der beruflich Qualifizierten angepasst werden. Die Kooperation zwischen einer beruflichen Bildungseinrichtung und einer Hochschule hat sich dabei als vielversprechend erwiesen (vgl. Hemkes & Wilbers, 2019).

In der Zusammenschau kann festgestellt werden, dass veränderte Qualifikations- und Tätigkeitsprofile zwischen einzelnen Berufsfeldern eine Notwendigkeit der Durchlässigkeit zwischen Aus-, Fort- und Weiterbildung deutlich machen (vgl. Friese, 2018b). Im Kontext des lebenslangen Lernens und der Akademisierung der beruflichen Pflege ist eine Neuausrichtung der Weiterbildungslandschaft auch auf akademischem Niveau erforderlich (vgl. Friese, 2018a).

6.2.3 Akademisierung

Der Begriff der Akademisierung bezeichnet die Überführung von beruflichen Ausbildungen in den tertiären bzw. hochschulischen Bildungsbereich (vgl. Eylmann, 2024). Der Beginn der Akademisierung in der Pflege bezog sich in Deutschland zunächst vor allem auf den Aufbau pflegepädagogischer, pflegewissenschaftlicher und managementorientierter Studiengänge, die eine erweiterte Perspektive auf die Pflegeberufe einnahmen bzw. für einen zweiten Beruf nach der Pflegeausbildung vorbereiten sollten (vgl. Eylmann, 2024).

Bis heute kann nach Auffassung der Wissenschaftlerin Bartholomeyczik (2017) die Pflegewissenschaft in Deutschland nicht als etablierte Wissenschaftsdisziplin bezeichnet werden. Obgleich die Pflegewissenschaft seit den 1980er Jahren beachtliche Fortschritte verzeichnet, ist die Anerkennung dieses besonderen Wissensgebietes mit den ihm eigenen Fragestellungen, Erkenntnisinteressen, Theorien und Methodologie keineswegs selbstverständlich (vgl. Bartholomeyczik, 2017).

»Als Besonderheit haben wir es hier mit einer Wissenschaft zu tun, die eine schon immer ausgeübte Praxis fundieren, weiterentwickeln und erweitern soll. Pflege als Praxis wurde jahrhundertlang ohne formulierten Bezug zur Wissenschaft ausgeübt, ab Mitte des 19. Jahrhunderts dann allenfalls mit Bezug zu der sich

zunehmend naturwissenschaftlich entwickelnden medizinischen Wissenschaft. Damit verbunden ist die oftmals vorzufindende Zweiteilung in Pflege(praxis) und Pflegewissenschaft, so als wären es völlig unterschiedliche Bereiche. Eine nach wie vor bestehende Aufgabe ist, Praxis und Wissenschaft sich gegenseitig bereichernd zusammen zu führen.« (Bartholomeyczik, 2017, S. 101)

Chronologisch betrachtet vollzog sich die Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland nach Bartholomeyczik damit ähnlich wie in den USA in vier Phasen (vgl. Bartholomeyczik, 2017):

- **Vorphase – Phase der verpassten Gelegenheiten**
Hierzu zählen verschiedene Versuche der Akademisierung in Deutschland wie z.B. im Zusammenhang mit der Frauenbewegung vor dem Ersten Weltkrieg, nach dem Zweiten Weltkrieg und bis in die 1980er.
- **Phase 1 – Pionier*innen mit konkreten Projekten und ungewöhnlichen Wegen (1980er bis Anfang 1990 Jahre)**
Es fanden verstärkte Aktivitäten einzelner Pionier*innen zumeist unter dem Dach des DBfK statt mit besonderer Bedeutung von Einzelaktivitäten, die sich trotz fehlender Anbindung an Wissenschaftsstrukturen gegen Widerstände unterschiedlicher Art behaupteten.
- **Phase 2 – Selbstvergewisserung, Themenfindung und Aufbau akademischer Strukturen (1990er Jahre)**
Während erste akademische Strukturen aufgebaut und erste Präzisierungen von Inhalten vorgenommen wurden, zeigten sich Anfänge kollektiver, aber sehr heterogener und unübersichtlicher Forschungsaktivitäten.
- **Phase 3 – Konsolidierungsphase (seit dem Jahr 2000)**
Die Forschung mit Drittmittelfinanzierung und Forschungsstrategien entwickeln sich und es entstehen erste Diskurse und Publikationen zu Methodologien und Methoden der Pflegewissenschaft.

Ein wesentlicher Impuls ging im Jahr 1992 in der von der Robert Bosch Stiftung (RBS) veröffentlichten Denkschrift »Pflege braucht Eliten« aus. Eine Kommission, bestehend aus Vertreter*innen der Pflegewissenschaft, des Managements und der Lehre, entwickelte in dieser Publikation konkrete Vorschläge und Forderungen für die Akademisierung der Pflege. In der Folge initiierte die RBS erste Stipendien- und Forschungsprogramme zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses, die durch pflegewissenschaftliche Kollegs begleitet wurden. Zudem wurden Auslandsaufenthalte für die Wissenschaftler*innen ermöglicht (vgl. Bartholomeyczik, 2017).

Allerdings traf die Denkschrift der RBS bei Gewerkschaften und auch innerhalb der eigenen Berufsgruppe zunehmend auf Widerstand. »Die Professionalisierungs-

strategien der Pflegeverbände wurden als eine Fortsetzung der bürgerlichen Aufstiegsprojekte des 19. und 20. Jahrhunderts und in der Folge auch als Machtstrategie betrachtet.« (Kellner, 2022, S. 101)

Bereits in den 1990er Jahren wurde die Integration der Pflegeausbildung in das Regelbildungssystem der Länder angestrebt. Verschiedene Vertreter*innen befürworteten die Anwendung des Berufsbildungsgesetzes für die Gesundheitsberufe und Etablierung der Pflegeberufe in das duale System (vgl. Kellner, 2022). Zehn Jahre später zeigte sich, dass die angekündigte Reform der Ausbildung in der Pflege (vgl. Kap. 5) nicht umgesetzt worden war. Im Jahr 2000 veröffentlichte das RBS eine weitere Publikation (explizit keine Denkschrift), die den Titel »Pflege neu Denken – Zur Zukunft der Pflegeausbildung« trug. Die Herausgeber*innen setzten sich aus zehn unabhängigen Fachleuten aus dem Pflegekontext zusammen. Die Intention der Publikation bestand in der Formulierung zukunftsgerichteter Empfehlungen für das Ausbildungsgeschehen in der Pflege bis zum Jahr 2020 (vgl. Robert Bosch Stiftung, 2001), die nachfolgend aufgegriffen werden (Robert Bosch Stiftung, 2001, S. 11f.):

»Die heutige Ausbildung entspricht häufig nicht den derzeitigen Anforderungen an Fachlichkeit und Qualität. Noch fließen Erkenntnisse der Pflegeforschung in nur geringem Maße in die Ausbildung ein. Sie nimmt zukünftige Aufgaben und Strukturen kaum in den Blick. Dazu gehören:

- die steigende Zahl langfristig Pflegebedürftiger und Kranker,
- die längere Lebensdauer der Menschen,
- die stark wachsende Zahl demenziell erkrankter Menschen,
- die Zunahme ambulanter Behandlungen,
- die sich stetig ausweitende Medizintechnik sowie
- die wachsenden Ansprüche an die Kompetenzen der Pflegenden.«

Es wurde ein hohes Veränderungspotenzial wahrgenommen und zehn Empfehlungen ausgesprochen (vgl. Robert Bosch Stiftung, 2001):

1. Pflege als menschliche Begegnung und gesellschaftlichen Auftrag begreifen
2. Pflegesituation aktiv gestalten
3. Ausbildungsinhalte neu ordnen und geeignete Lernwelten schaffen
4. Theorie und Praxis neu denken und verändern
5. Ausbildung zum Lebens- und Erfahrungsraum werden lassen
6. Schulen durch mehr Selbständigkeit handlungsfähiger machen
7. Durch Professionalität zur Qualität gelangen
8. Berufliche Autonomie stärken

9. Pflege internationalisieren: Europa als Ausbildungsort und Arbeitsmarkt wahrnehmen
10. Strukturen verändern: Ausbildung neu gestalten

In Reaktion auf die Denkschrift der RBS verfasste die Berufspädagogin Barbara Meifort eine Entgegnung mit dem Titel »Eliten brauchen Heloten. Heiteres Berufsbasteln in der Krankenpflege«, in der sie die Denkschrift der RBS einer sehr kritischen Betrachtung unterzog. Meifort übte dabei insbesondere Kritik an den Autor*innen, denen sie elitäres Denken und die Trennung zwischen den Berufsqualifikationen vorwarf (vgl. Meifort, 2001). Auch Dielmann (2001) kritisierte, dass die Autor*innen der RBS Publikation »die Pflegeberufe wiederum in einem Sondersystem der beruflichen Bildung ansiedeln bzw. belassen und insgesamt von einer Absenkung der vorhandenen Niveaus das Wort reden, mögen sie auch andere hehre Absichten verfolgen.« (Dielmann, 2001, S. 92)

Mit dem Manifest »Mit Eliten Pflegen« (2018) und dem Positionspapier »Pflege kann mehr« (2020) zeigt die RBS deutlich auf, welche Rahmenbedingungen für eine Spitzenpflege in Deutschland gegeben sein müssen (vgl. Weidner & Schubert, 2022). Zu diesem Zweck stellt das Positionspapier »Pflege kann mehr« die nachfolgenden fünf Thesen zur Diskussion (Stiftungsallianz, 2020, S. 78f.):

1. Die Potenziale in der Pflege liegen in ihrer Professionalisierung
2. Neue Aufgaben für die Pflege – Substitution ärztlicher Aufgaben
3. Expertise in der Pflege – Zigtausende Studienplätze nötig
4. Selbstverwaltung – nicht mehr an der Pflege vorbei!
5. Spitzenmedizin – Spitzenpflege

Die seit über drei Jahrzehnten andauernde Diskussion über die Professionalisierung und Akademisierung der Pflege wird von Befürwortenden und Ablehnenden aus unterschiedlichen Perspektiven geführt. Die Befürwortenden argumentieren mit einer verbesserten Versorgungsqualität, zukunftsweisenden Qualifikationen und Interdisziplinarität, besseren Karrierechancen sowie einer Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe. Die Gruppe der Ablehnenden erachtet eine generelle Notwendigkeit akademisch ausgebildeter Pflegenden nicht als gegeben und geht davon aus, dass die zukünftigen Versorgungsanforderungen mit der beruflichen Pflege allein bewältigt werden können (vgl. Weidner, 2022). Im Bezug auf den akut wahrgenommenen Pflegenotstand wird in Gesellschaft und Politik nach einer möglichst einfachen und niedrigschwelligen Lösung gesucht, die nicht selten in Deprofessionalisierungstendenzen mündet. Ein Beispiel hierfür ist die Absenkung von Zugangsvoraussetzungen für Bildungsangebote der Pflege (vgl. Weidner,

2022). Dabei identifiziert Weidner (2022) vier Diskursgemeinschaften und die sie prägenden Kräfteverhältnisse und Argumentationslinien:

- **Pflegewissenschaft**

Pflegewissenschaftler*innen, akademisierte Pflegefachpersonen, Vertreter*innen der meisten Pflegeverbände und Pflegekammerbewegung: Sie fordern eine auf wissenschaftlicher Grundlage wirksame Verwissenschaftlichung der Pflege, die sich am internationalen Kontext orientiert. Dadurch soll ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung in der Versorgung geleistet werden. Zudem werden neue Karrierewege für beruflich Pflegende sowie eine Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe erwartet. Aufgrund fehlender Ressourcen ist die politische Wirkmächtigkeit jedoch begrenzt.

- **Gesundheits- und Sozialpolitik**

Politiker*innen aller demokratischen Parteien, Vertreter*innen von Gewerkschaften, Verbänden und Kostenträgern: Die politisch mächtigen Vertreter*innen dieser Gruppe befürworten die Sicherung und Weiterentwicklung der Sozialsysteme insgesamt, in denen Pflege nur ein Teil von vielen ist. Ziel sollte sein, die Fachkräftesicherung und Weiterentwicklung der Solidargemeinschaft unter gerechten Bedingungen aufzuteilen. Sie betrachten die berufliche Pflege in Deutschland im internationalen Vergleich auch ohne Akademisierung als konkurrenzfähig, denn die Professionalisierung der Pflege wird nicht als gelingende Lösungsmöglichkeit des Problems bewertet. Zur Sicherung der Versorgung wird Deprofessionalisierung in Kauf genommen (z.B. Absenkung der Zugangsvoraussetzungen, Kriminalisierung der Versorgungspraxis). Sie sind politisch mächtig durch Vertreter*innen auf höchster Ebene.

- **Pflegepraxis**

Diese Gruppe bildet den Großteil der Angehörigen der Berufsgruppe Pflegender ab: Sie ist gekennzeichnet durch einen geringen Organisationsgrad und wenig ausgeprägtes Zusammengehörigkeitsgefühl und Selbstlosigkeit. Verbreitet sind Tendenzen zu Abgrenzung und Ängsten gegenüber Wissenschaft und Akademisierung. Problematische Arbeitsbedingungen werden häufig individuell gelöst (z.B. Reduzierung der Arbeitszeit). Diese Gruppe bewegt sich eher diffus im Akademisierungs- und Professionalisierungsdiskurs.

- **Private Gesundheitswirtschaft**

In dieser Gruppe versammeln sich Vertreter*innen privatisierter Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen: Seit den 1990er Jahren stehen für die immer stärker werdende Gruppe vor allem unternehmerische Ziele im Vordergrund (z.B. Ertrags- und Renditebemühungen). Im Diskurs zur Professionalisierung und Akademisierung hält sich diese Gruppe auffallend zurück, da sie regelhaft in der Pflegepraxis akademisierte Pflegende eher als unnötig und v.a. als zu teuer ansehen (im Vergleich zu beruflich qualifizierten Pflegenden). Sie haben aufgrund

des Wirtschaftlichkeitsgebotes in der Gesundheitsversorgung großen Einfluss und nutzen diesen, um die Akademisierung möglichst aufzuhalten bzw. zu verhindern.

Zusammenfassend beschreibt Weidner (2022) die aktuelle Diskursentwicklung in Bezug auf Akademisierungsstrategien in Deutschland wie folgt:

»Konsens herrscht aber in der Einsicht, dass zur Sicherung der pflegerischen Versorgung in Zukunft angesichts des demografischen Wandels mehr getan werden muss, will man eine sich manifestierende, dramatische Unterversorgung verhindern. Nur, welcher Strategie und Maßnahmen es dazu bedarf, wie teuer es werden darf und ob die Akademisierung der Pflege dabei eine Rolle spielen soll, daran scheiden sich die Geister.« (Weidner, 2022, S. 23f.)

Der Einsatz akademisierter Pflegender zielt jedoch darauf ab, die sich wandelnden Anforderungen an die pflegerische Versorgungspraxis aufgrund der gravierenden Auswirkungen des demografischen Wandels (z.B. Zunahme der Pflegebedürftigkeit sowie hochkomplexe Pflegeprozesse etc.) zu beantworten (vgl. Kap. 6.1). Reuschenbach und Darmann-Finck (2018) führen dazu aus:

»Diese Komplexität ergibt sich durch eine hohe Dynamik am ›point of care‹ (z.B. kurze Liegezeiten), die notwendige interprofessionelle Vernetzung von Dienstleistungen und Behandlungswegen über Sektoren hinweg, neue technische Möglichkeiten in Therapie und Diagnostik, ein verändertes Krankheits- und Gesundheitsverständnis sowie die beschleunigte Zunahme wissenschaftlicher Ergebnisse und die Notwendigkeit, diese in die Praxis zu implementieren.« (Reuschenbach & Darmann-Finck, 2018, S. 65)

Aus der politischen Perspektive wird eine zunehmende Akademisierungsquote mit der Hoffnung verbunden, dass die Absolvent*innen in der Lage sein werden, forschungsgestützte Lösungsansätze und innovative Konzepte in die Pflege zu integrieren. Die Förderung der Weiterentwicklung der Pflege sowie die Förderung von Forschung in diesem Bereich stellen weitere übergeordnete Ziele dar (vgl. Reuschenbach & Darmann-Finck, 2018). Als Ergebnis ihrer qualitativen Untersuchung stellen Reuschenbach und Darmann-Finck (2018) heraus, dass Kolleg*innen der entsprechenden pflegerischen Fachgebiete einen Mehrwert des Studiums in folgenden Punkten erkennen: Sie erhoffen sich eine Integration wissenschaftlicher Ergebnisse in der Versorgungspraxis, ein genaueres und strukturierter geplantes diagnostisches Vorgehen beruflich Pflegender sowie eine verbesserte Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. Im Vergleich zu beruflich Ausgebildeten werden Studierende von den befragten Fachpersonen als selbständiger und mit erkennbar stärkeren wissenschaftlichen Kompetenzen wahrgenommen. Die Studierenden

könnten demnach neue und wissenschaftlich fundierte Lösungen entwickeln und schwierige und herausfordernde Anforderungen sicher bewältigen. Sie sind darüber hinaus in der Lage, Maßnahmen, Prozesse, Strukturen in der Pflege sowie das eigene Handeln umfassender zu reflektieren. An die Stelle starrer pflegerischer Konzepte tritt bei ihnen eine an den Pflegebedürftigen orientierte und ganzheitliche Perspektive (vgl. Reuschenbach & Darmann-Finck, 2018). Akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen (AQP) erwarben im Studium die Kompetenz Studien aufgrund von aktuellen Problemstellungen zu recherchieren, systematisch zu erfassen und in die praktische Arbeit zu übertragen und sind folglich in der Lage, die Ergebnisse nach den Kriterien der Wissenschaftlichkeit zu beurteilen sowie für die praktische Tätigkeit zielführend anzuwenden. Sie planen und steuern Pflegeprozesse wissenschaftsbasiert und tragen somit zur innovativen Weiterentwicklung der Einrichtung bei. Zudem beraten sie neben den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen auch Kolleg*innen und wirken aktiv an Forschungsprojekten mit (vgl. Weidner & Schubert, 2022).

Meng et al. (2023) fassen in ihrem Review den Mehrwert akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen in der Patient*innenversorgung zusammen und konstatieren: Wird der Anteil akademisch Pflegenden erhöht, so

- sinkt die Mortalität der Pflegebedürftigen
- sinkt die Failure-to-Rescue-Rate
- steigt die Patient*innensicherheit
- verkürzt sich die Verweildauer signifikant
- verringert sich die Wiederaufnahmeerquote
- steigt die Patient*innenzufriedenheit
- verringert sich die Anzahl gemeldeter Stürze

Neben der Verbesserung der Gesundheitsversorgung wird die hochschulische Qualifizierung als Möglichkeit wahrgenommen, die Attraktivität der Pflegeberufe zu steigern und ermöglicht eine Umverteilung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten, wodurch Versorgungslücken geschlossen und andere Berufsgruppen entlastet werden können (z.B. CHN vgl. Kap. 6.2.3) (vgl. Wissenschaftsrat, 2023). Die hochschulische Qualifizierung wirkt sich zudem indirekt auf berufspolitische Aspekte aus, da hochschulisch Qualifizierte in der Lage sind, ihr eigenes Verhalten zu reflektieren sowie Rahmenbedingungen kritisch zu hinterfragen (vgl. Fischer et al., 2022).

Ein Blick in die Datenbank »Hochschulkompass« der Hochschulrektorenkonferenz lässt die Anzahl von 33 primärqualifizierenden Studienangeboten in Deutschland erkennen (Stand: 02.05.2024), wobei die Datenbank insgesamt 283 Studienangebote für die Pflegeberufe verzeichnet, die sich hinsichtlich ihrer Ausrichtung und ihres Niveaus unterscheiden (vgl. Hochschulrektorenkonferenz, 2024).

Obgleich sich die hochschulische Pflegebildungslandschaft in den vergangenen Jahren verdreifacht hat (vgl. Kap. 5), liegt die Akademisierungsquote mit 2,5 Prozent deutlich hinter der vom Wissenschaftsrat (2023) empfohlenen Akademisierungsquote von 20 Prozent zurück. Im primärqualifizierenden Bereich liegt die derzeitige Akademisierungsquote bei lediglich 0,43 Prozent. Mit dem Pflegeberufegesetz wurde die Primärqualifizierung parallel zur pflegeschulischen Ausbildung implementiert, was zu einer Konkurrenzsituation geführt hat (vgl. Wissenschaftsrat, 2023). Die vormals bestehende Ungleichheit hinsichtlich der Zahlung einer Ausbildungsvergütung wurde durch das Pflegestudiumstärkungsgesetz korrigiert, da die unzureichende Auslastung der Pflegestudiengänge u.a. auf die fehlende Vergütung zurückgeführt wurde (vgl. Kap. 5). In einem offenen Brief formulierten Studierende ihre Kritik an den hohen Studienbelastungen sowie an prekären finanziellen Studienbedingungen, welche ihrer Ansicht nach die hohe Abbruchquote von 50 Prozent begründete (vgl. Wissenschaftsrat, 2023).

Im Sinne einer konsequenten Steigerung der Akademisierung in der beruflichen Pflege postulierte der Wissenschaftsrat in seinen Empfehlungen aus dem Jahr 2012, dass mit dem Aufbau von Bachelorstudiengängen die Akademisierung nicht abgeschlossen sein dürfe und entsprechende weiterführende Angebote auf Master-, Promotions- und Habilitationsebene sowie entsprechende Forschungsaktivitäten ausgebaut werden müssten. Allerdings sind

»ein kohärenter Aufbau genuiner Forschungsaktivitäten und Strukturbildungsmaßnahmen zur systematischen Förderung der wissenschaftlichen Disziplinenbildung auf dem Gebiet der Gesundheitsfachberufe – unbeschadet der verschiedenen Fördermaßnahmen des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) – bis heute Desiderate geblieben.« (Wissenschaftsrat, 2023, S. 38)

Auch die Ergebnisse der HQGplus-Studie weisen auf gravierende strukturelle Defizite hin, die für die Entwicklung der Disziplin Pflegewissenschaft mit erheblichen Konsequenzen verbunden sind. Deutlich wird, dass die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses als essenziell erachtet wird, flächendeckende Nachwuchsförderprogramme jedoch weiterhin fehlen. Im Zeitraum zwischen 2017 und 2019 wurden im Durchschnitt lediglich 0,3 bis 1,8 Promotionen pro Jahr verliehen (vgl. Wissenschaftsrat, 2022). Die Forschungsaktivitäten sowie die Etablierung angemessener Forschungsprofile stellen folglich entscheidende Faktoren für die Professionsentwicklung dar. Dazu ist jedoch die Präsenz von Wissenschaftler*innen in den frühen Karrierephasen erforderlich, um Forschungsleistungen voranzutreiben und Studiengänge anzubieten. Stattdessen wurden für zwei pflegewissenschaftliche Studiengänge in verschiedenen Bundesländern innerhalb von drei Jahren die notwendige Finanzierung gestrichen. Da Pflegestudiengänge

traditionell eher an Fachhochschulen/HAW angesiedelt sind und dort kaum strukturierte Graduiertenprogramme etabliert sind, besteht zudem eine strukturelle Ungleichheit zwischen Fachhochschulen/HAW und Universitäten (vgl. Wissenschaftsrat, 2022).

Die Etablierung der akademischen Pflegeausbildung wirkt sich nicht nur auf die Qualität der Versorgung aus, sondern strahlt auch auf die Beschäftigungssituation und die Erwerbsbiografie von beruflich Pflegenden aus. Sie ist insbesondere für Personen attraktiv, die bereits über eine formale Hochschulzugangsberechtigung verfügen. Allerdings fehlen bislang klar definierte Rollen und Aufgaben von Hochschulabsolvent*innen in der Pflege (vgl. Kap. 6.2.3), mit der sich die Akademisierung auch nachhaltig in der Qualität der pflegerischen Versorgung widerspiegeln werden (vgl. IEGUS et al., 2023). Die Akademisierung von Berufsbildern erscheint nur dann sinnvoll, wenn Absolvent*innen ihre Kompetenzen in der Praxis entsprechend ihrer Qualifikation einsetzen können. Dazu sind entsprechende rechtliche Rahmenbedingungen, Aufgaben- und Stellenprofile sowie Vergütungsstrukturen erforderlich (vgl. Wissenschaftsrat, 2023). Der Anteil der in der Berufspraxis eingemündeten hochschulisch qualifizierten Pflegenden ist bislang jedoch sehr gering. Hierfür schätzt der Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands (VPU) den Anteil hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen an Universitätskliniken auf ca. 3 Prozent ein, wovon 2,1 Prozent der direkten Patient*innenversorgung zur Verfügung stehen. In der ambulanten und stationären Langzeitversorgung fällt diese Quote deutlich geringer aus (vgl. Wissenschaftsrat, 2023). Die VAMOS-Verbleibstudie von Absolvent*innen der Modellstudiengänge in NRW von Dieterich et al. (2019) identifiziert ebenfalls begrenzte Möglichkeiten, die im Studium erworbenen Kompetenzen anschließend in der Praxis anzuwenden und hebt das verlorene Potenzial hervor, die in der hochschulischen Ausbildung erworbenen erweiterten Kompetenzen in der Praxis einzusetzen (vgl. 6.2.3). Mit Blick auf die durchlässigen Bildungsstrukturen muss zudem festgestellt werden, dass derzeit ein Mangel an weiterführenden Masterprogrammen im Bereich der klinischen Pflege besteht. Diese Weiterentwicklung erfordert auch neue Vergütungsregelungen, die sich an den erworbenen Kompetenzen orientieren (vgl. Dieterich et al., 2019). Daneben müssen für die Absolvent*innen in der Berufspraxis attraktive Karrierewege und Verweiloptionen eröffnet werden (vgl. Wissenschaftsrat, 2023). Der flächendeckende Einsatz von Akademisch qualifiziertes Pflegepersonal (AQP) in die Praxis macht eine Akzeptanzförderung dringend erforderlich, da er bei dem vorhandenen, nicht akademisch qualifizierten, Personal zu Sorgen und Ängsten führen kann (vgl. Weidner & Schubert, 2022).

Derzeit sind Gesetzesvorstöße (Pflegekompetenzgesetz, APN-Gesetz) des Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in der Ausarbeitung, die umfassende Veränderungen und eine verstärkte Akademisierung der Pflege in Deutschland unterstüt-

zen können und noch im Jahr 2024 verabschiedet werden sollen. Denn um die vom Wissenschaftsrat empfohlene Akademisierungsquote in der Pflegepraxis zu erreichen, müssten bis spätestens zum Jahr 2027 jährlich 10.000 Menschen ein primärqualifizierendes Pflegestudium in Deutschland aufnehmen. Unter der Voraussetzung, dass ein Drittel der Absolventen anschließend ein Masterstudium aufnimmt, könnten im Jahr 2035 etwa 50.000 AQP und im Jahr 2045 rund 150.000 erforderliche AQPs in die entsprechenden Einsatzfelder der Pflege einmünden und die Qualität der pflegerischen Versorgung nachhaltig verbessern (vgl. Weidner & Schubert, 2022).

6.2.4 Interprofessionalität

Bereits im 18. Jahrhundert hat Florence Nightingale auf die Bedeutung der interprofessionellen Zusammenarbeit hingewiesen und betont, dass die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen einen wesentlichen Faktor für das Wohl der Pflegebedürftigen darstellt. Dabei hat sie auch darauf verwiesen, dass eine einseitig geprägte Dominanz eines Berufsstandes negative Konsequenzen für die Therapieergebnisse hat. Erst in der wechselseitigen Reibung verschiedener Berufsgruppen entstehen tragfähige Lösungen, die den Pflegebedürftigen zugutekommen. In ihrem fortdauernden Ringen haben die Berufsgruppen eine vielschichtige Historie des Konflikts sowie des Respekts mit- und füreinander entwickelt (vgl. Welz-Spiegel & Spiegel, 2023).

Die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen und Pflegepersonen wurde auch in den 1970er Jahren als zentrales Problem der innerbetrieblichen Organisation im Krankenhaus identifiziert. Die anschließenden Diskurse waren zunächst erkenntnistheoretischer Natur und es standen in den 1990er Jahren berufspraktische Aspekte (z.B. Interdisziplinarität, Kommunikation und Kooperation) im Vordergrund der Diskussionen. Erst das Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aus dem Jahr 2007 verlieh dem Thema in Deutschland die bis dahin nicht gekannte Prominenz, die für den bundesdeutschen interdisziplinären und interprofessionellen Diskurs wegweisend wurde (vgl. Partecke et al., 2017; World Health Organization, 1988; Welz-Spiegel & Spiegel, 2023).

Nach der Definition der WHO findet interprofessionelle Zusammenarbeit statt, »wenn zwei oder mehr Personen mit unterschiedlichem Hintergrund und sich ergänzenden Fähigkeiten interagieren, um ein gemeinsames Verständnis zu schaffen, das keiner von ihnen zuvor besessen hat oder im Alleingang hätte erreichen können.« (World Health Organization, 2010a, S. 36; vgl. auch Barr, 2002; Barr et al., 2017). Der Begriff »interprofessionell« bezeichnet die Zusammenarbeit von zwei unterschiedlichen Professionen, beispielsweise von Pflegefachmännern bzw. -fachfrauen und Ärzt*innen. Der Begriff »interdisziplinär« hingegen beschreibt die

Zusammenarbeit von zwei Disziplinen aus der gleichen Profession, beispielsweise von ambulanten Pflegepersonen und stationären Pflegepersonen (vgl. Mahler et al., 2014). Die Voraussetzung für eine reibungslose Kooperation in der Versorgungspraxis ist jedoch die lückenlose Verzahnung des unter hohem Handlungsdruck zusammenarbeitenden Teams sowie dessen Ausrichtung auf ein gemeinsames Behandlungsziel (vgl. Partecke et al., 2017).

Die Robert Bosch Stiftung forderte 2018:

»Um die Versorgung von Menschen, die krank oder pflegebedürftig sind, auch zukünftig flächendeckend und sektorenübergreifend sicherzustellen, braucht es neue Strukturen, Konzepte und Qualifikationen sowie innovative Formen der interdisziplinären Kooperation. Die Pflegeberufe müssen und können dazu neue und erweiterte Aufgaben übernehmen. Ihre weitere Professionalisierung trägt zur steigenden Attraktivität des Berufsfeldes bei und geht mit zukunftsweisenden, praxisorientierten Karrierechancen einher, die bisher noch stark vernachlässigt sind. Dazu bieten sich Konzepte erweiterter Qualifikationsmixe an, mit deren Hilfe es auch in Zukunft gelingen kann, komplexe gesundheitsbezogene Versorgungslagen wissenschaftsfundiert und sicher zu steuern und zu bewältigen.« (Robert Bosch Stiftung, 2018, S. 69)

Interprofessionelle Zusammenarbeit ist nach Welz-Spiegel und Spiegel (2023) vor allem in nachfolgenden Situationen dienlich:

- bei der Beratung und der Unterstützung zur Gesunderhaltung,
- bei Handlungsbedarf außerhalb von Routineprozessen,
- für Pflegebedürftige mit chronischer Erkrankung,
- für Pflegebedürftige mit psychosozialen Hilfebedarf,
- in der berufsgruppenübergreifenden Fallberatung,
- bei der Begleitung und Beratung von Angehörigen,
- im Innovationsmanagement zur Neuentwicklung von Leistungen/Angeboten,
- in der sektorenübergreifenden Expert*innenberatung.

Die Steigerung der Versorgungsqualität und der Sicherheit von Pflegebedürftigen in der Pflege erfordert eine verstärkte interprofessionelle Zusammenarbeit. Dies ergibt sich bereits aus der Tatsache, dass die Pflegebedürftigen häufig komplex und langfristig erkrankt sind. Zudem führt der Wissenschaftszuwachs zu einer Notwendigkeit des Austausches und der Abstimmung innerhalb der Gesundheitsberufe. Eine interprofessionelle Zusammenarbeit führt zu einer höheren Zufriedenheit der Pflegebedürftigen (vgl. Behrend & Scheel, 2023). Darüber hinaus führt eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit zu einer höheren Mitarbeiter*innenzufriedenheit (vgl. Song et al., 2017).

Die Kompetenzen für die interprofessionelle Zusammenarbeit werden bereits in der Ausbildung angelegt und sind für alle Gesundheitsberufe relevant. Jedoch fehlt bisher eine konsequente Verankerung der Vermittlung interprofessioneller Kompetenzen in den Curricula von Aus-, Fort- und Weiterbildung (vgl. Behrend & Scheel, 2023), weshalb das vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) beauftragte Projekt interEdu hier inzwischen ein longitudinales kompetenzorientiertes Curriculum für die hochschulische und pflegeschulische Pflegeausbildung forschungsbasiert entwickelt hat (vgl. Püschel et al., 2024). In den Rahmenplänen der Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz (2020) findet sich Interprofessionalität als Querschnittsthema im Kompetenzbereich III »Intra- und interprofessionelles Handeln in unterschiedlichen systemischen Kontexten verantwortlich gestalten und mitgestalten« (vgl. Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz, 2020).

Der Begriff *interprofessionelles Lernen* bezeichnet ein Konzept, bei dem zwei oder mehr Professionen gemeinsam lernen, um die Zusammenarbeit und die Versorgungsqualität zu verbessern. In diesem Kontext lässt sich ein gegenseitiger Lernprozess beobachten, in dessen Verlauf die verschiedenen Professionen voneinander, miteinander und übereinander lernen (vgl. Behrend & Scheel, 2023). Im Kontext des interprofessionellen Lehrens und Lernens wird davon ausgegangen, dass interprofessionelle Erfahrungen, beispielsweise aus Studium oder Ausbildung, einen Einfluss auf die eigene Haltung haben, mit anderen zusammenzuarbeiten. Die Übernahme von Werten, Haltungen und Einstellungen stellt einen zentralen Bestandteil beruflicher Sozialisation dar. Damit ist die Entwicklung einer beruflichen Identität, die die interprofessionelle Identitätsbildung enthält, daher frühzeitig und umfassend in Lehr-Lernkontexten anzubahnen (vgl. Kunze, 2024). Die Ergebnisse der VAMOS-Verbleibstudie zeigen auf, dass Studierende in der Dimension »interprofessionell Zusammenarbeiten« hohe Werte für ihre berufliche Handlungssicherheit angeben, was auch durch die Arbeitgeberperspektive bestätigt wird (vgl. Dieterich et al., 2019).

Der Wissenschaftsrat empfiehlt seit 2012 eine stärkere Koordinierung und Verzahnung der interprofessionellen Ausbildung. Dort, wo bereits interprofessionell ausgerichtete Lehrveranstaltungen und/oder Module an den Universitäten stattfinden, beschränkt sich das Angebot leider auf die eigene Einrichtung (62 Prozent). Lediglich 15 Prozent der Fachhochschulen/HAW kooperieren mit interprofessionellen Angeboten der Medizin (vgl. Wissenschaftsrat, 2022). Der Wissenschaftsrat (2023) stellt fest, dass die Interprofessionalität in der Lehre von Gesundheitsberufen weiterhin ein Desiderat darstellt (vgl. Wissenschaftsrat, 2023).

Die interprofessionelle Zusammenarbeit erfordert die sinnvolle Gestaltung des Informationsaustausches, die Fähigkeit zur Interaktion sowie die Festlegung prozessbezogener Entscheidungskompetenzen. Die fortschreitende Digitalisierung kann dazu beitragen, Schnittstellenprobleme zu reduzieren und einen schnelleren

Informationsaustausch zu ermöglichen (vgl. Kap. 6.3.) (vgl. Welz-Spiegel & Spiegel, 2023).

Die einzelnen Akteur*innen müssen über persönliche Voraussetzungen und Fähigkeiten verfügen, die für die erfolgreiche Bewältigung der Aufgaben erforderlich sind. Dazu zählen beispielsweise Respekt, Veränderungsfähigkeit, Lösungsorientierung, Selbstverständnis/Selbstvertrauen, Offenheit, Wertschätzung, Fachkompetenz, gemeinsames Lernen, Absprachefähigkeit und gemeinsame Strukturen und Sozialisation (vgl. Abb. 16) (vgl. Welz-Spiegel & Spiegel, 2023).

Abb. 16: Übersicht der Voraussetzungen und persönliche Fähigkeiten zur interprofessionellen Zusammenarbeit (vgl. Welz-Spiegel & Spiegel, 2023) (eigene Darstellung).



Auch informelle Begegnungen tragen zur Entwicklung interprofessioneller Kompetenzen bei und fördern das gegenseitige Verständnis. Daher sind gemeinsame Pausen oder Aktivitäten förderlich, deren Planung und Implementierung entsprechend zu gestalten ist (vgl. Behrend et al., 2023).

6.2.5 Rollenprofile

Erstmalig wurden mit der Einführung des Pflegeberufgesetzes (PflBG) »Vorbehaltenen Aufgaben für beruflich Pflegende definiert und festgelegt (§ 4 PflBG):

- »(1) Pflegerische Aufgaben nach Absatz 2 dürfen beruflich nur von Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 durchgeführt werden. Ruht die Erlaubnis nach § 3 Absatz 3 Satz 1, dürfen pflegerische Aufgaben nach Absatz 2 nicht durchgeführt werden.
- (2) Die pflegerischen Aufgaben im Sinne des Absatzes 1 umfassen die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs nach § 5 Absatz 3 Nummer 1

Buchstabe a, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe b sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe d.

(3) Wer als Arbeitgeber Personen ohne eine Erlaubnis nach § 1 oder Personen, deren Erlaubnis nach § 3 Absatz 3 Satz 1 ruht, in der Pflege beschäftigt, darf diesen Personen Aufgaben nach Absatz 2 weder übertragen noch die Durchführung von Aufgaben nach Absatz 2 durch diese Personen dulden.«

Entsprechend der einschlägigen juristischen und fachlichen Auffassung wird die Planung ebenfalls in den Anwendungsbereich der pflegerischen Vorbehaltsaufgaben einbezogen, da dem Pflegeprozess ein vollständiger Handlungszyklus zugrunde liegt (vgl. Weidner et al., 2024).

Die im Pflegeberufegesetz festgelegten Vorbehaltsaufgaben stellen absolute Vorbehaltsaufgaben dar. Demnach sind ausschließlich Pflegefachpersonen befugt, die Pflegeprozessverantwortung zu tragen und entsprechende Aufgaben durchzuführen. Anderen Berufsgruppen hingegen, auch Ärzt*innen, bleibt dies untersagt. Der informelle Pflegebereich (Lai*innenpflege) bleibt zunächst von dieser Regelung unberührt, solange es nicht um die Beteiligung beruflicher Pflege geht (vgl. Weidner et al., 2024). Primäre Intention dieser Neuregelung ist die Gewährleistung des Schutzes der Pflegebedürftigen sowie die Sicherung der Pflegequalität. Darüber hinaus wird sie als Anerkennung professionell pflegerischer Arbeit und als aufwertender Faktor für das pflegerische Handeln im Rahmen des Pflegeprozesses betrachtet. Es ist ein dringend notwendiger Schritt für eine zukünftig qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung (vgl. Weidner et al., 2024).

Obschon die rechtlichen Grundlagen der Vorbehaltsaufgaben durch das PflBG bereits im Jahre 2020 festgelegt wurden, lassen sich vier Jahre nach deren Inkrafttreten des Gesetzes in der Praxis eine geringe Kenntnis über und die zurückhaltende Etablierung dieser Aufgabenbereiche erkennen. Als Ursache hierfür werden Unklarheiten und Unsicherheiten hinsichtlich des Vorbehaltsrechts innerhalb der Berufsgruppe sowie innerhalb der Einrichtungen angenommen (vgl. Weidner et al., 2024).

In der VAPIK-Studie von Weidner et al. (2024) wurde die Umsetzung des pflegerischen Vorbehaltsrechts im Krankenhaus untersucht. Die Auseinandersetzung mit Vorbehaltsaufgaben beeinflusst das Berufsverständnis der Pflege sowie die inter- und intraprofessionelle Zusammenarbeit im Versorgungsalltag. Die neu geregelten Vorbehaltsaufgaben führen zu Klärungsprozessen innerhalb der Pflege, mit Ärzt*innen, anderen Berufsgruppen sowie sektorübergreifend, um die Sicherheit und das Wohl der Pflegebedürftigen zu fördern. Die qualitative Forschungsarbeit zeigt, dass das pflegerische Vorbehaltsrecht in der Praxis größtenteils ignoriert wird. Lediglich einige wegweisende Regelwerke, wie die DNQP-Expertenstandards oder einige einrichtungsinterne Stellenbeschreibungen, werden als Orientierungs-

rahmen herangezogen. Es besteht ein Mangel an hinreichenden Informationen bezüglich der erfolgten gesetzlichen Änderungen. Die Ergebnisse der VAPIK-Studie liefern Empfehlungen zur zukünftigen Umsetzung pflegerischer Vorbehaltsaufgaben im Krankenhaus. Der vorgeschlagene Handlungsrahmen wurde auf Grundlage der Anerkennung und konsequenten Umsetzung der pflegerischen Verantwortung für individuelle Pflegebedarfe, der Organisation und Gestaltung von Pflegeprozessen, der Evaluation von Pflegequalität sowie einer handlungsorientierten Professionalität der Pflegepersonen entwickelt (vgl. Weidner et al., 2024).

Die Etablierung von erweiterten und neuen Rollenprofilen ist eine unumgängliche Konsequenz der vielfältigen Herausforderungen, denen Deutschland und das deutsche Gesundheitswesen gegenüberstehen. Exemplarisch sei hier der demografische Wandel genannt (vgl. Kap. 6.1) (vgl. DBfK, 2019). Die Implementierung der veränderten Rollenprofile birgt das Potenzial, die Professionalisierung der Pflege zu fördern. In der Konsequenz wird ein erweitertes Qualifikationsprofil mit angepassten Befugnissen zur eigenständigen Ausübung von Heilkunde die Berufsbilder innerhalb der Pflege verändern. Beruflich Pflegende übernehmen seit der Neuregelung eine eigenständige, gestaltende Rolle in der Gesundheitsversorgung, deren Kern die ganzheitliche, gesundheitsbezogene pflegerische Begleitung von Personen und die Ermittlung der individuellen Unterstützungsbedarfe darstellt (PflBG §5 Abs. 2). Diese neuen Rollen und Aufgaben tragen zur Steigerung der Attraktivität und Reputation bei, nutzen das bereits vorhandene Potenzial professionell Pfleger und eröffnen Zukunftsaussichten sowie individuelle Karrieremöglichkeiten (vgl. DBfK, 2022, 2019). Die OECD hat bereits im Jahr 2016 festgestellt, dass rund 80 Prozent der Pflegenden überqualifiziert sind und künstliche Barrieren sie am Ausschöpfen ihres Potenzials hindern (vgl. OECD, 2016). Erweiterte Kompetenzen zur Übernahme erweiterter heilkundlicher Aufgaben, die Pflegefachpersonen beispielsweise zur eigenständigen Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen Befähigen sollen, werden heute bereits in primärqualifizierenden Studiengängen erworben (vgl. Wissenschaftsrat, 2023).

Die in das SGB V eingefügte »Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V« (»Heilkunderichtlinie«) definiert den Katalog an Aufgaben, die von Pflegefachpersonen wahrgenommen werden können. Des Weiteren werden die dafür erforderlichen Qualifikationen dargelegt. Zur Umsetzung des § 14 Absatz 4 PflBG hat die Fachkommission nach § 53 PflBG im Auftrag der beiden Bundesministerien BMG und Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) acht standardisierte Module entwickelt, die den Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Übernahme heilkundlicher Aufgaben ermöglichen (vgl. Weidner & Schubert, 2022). Zu den Modulen der Fachkommission (2022) gehören das Grundlagenmodul

»Ein professionelles Berufs- und Rollenverständnis mit erweiterter heilkundlicher Verantwortung entwickeln« und acht Vertiefungsmodule zur erweiterten heilkundlichen Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen mit/bei (vgl. Fachkommission, 2022):

- Diabetischer Stoffwechsellaage
- Chronischen Wunden
- Demenz
- Hypertonie
- Schmerzen
- Ernährung und Ausscheidung
- Tracheostoma
- Akuten und chronischen Atemwegserkrankungen

Gemäß § 14 PflBG können die erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten sowohl von beruflich als auch von hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen mit entsprechender Zusatzqualifikation übernommen werden. Ab 2025 sind die primärqualifizierenden Studiengängen dazu verpflichtet, die durch die Fachkommission nach § 53 PflBG festgelegten erforderlichen Qualifikationen zu vermitteln. Dazu stellen Übergangsvorschriften sicher, dass Studierende, die sich vor 2025 immatrikulieren, diese Qualifikationen zusätzlich erwerben können (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2023a).

Bisher sind diese Tätigkeitsbereiche im Status quo ante nur im Rahmen ärztlicher Delegation möglich. Die derzeitige Bundesregierung hat es sich in ihrem Koalitionsvertrag zur Aufgabe gemacht, neue Rollenprofile in der Pflege zu implementieren und entsprechend gesetzlich zu verankern. So heißt es im Koalitionsvertrag: »Professionelle Pflege ergänzen wir durch heilkundliche Tätigkeiten und schaffen u.a. das neue Berufsbild der ›Community Health Nurse‹« (SPD et al., 2021, S. 64). Diese spezialisierten Rollen werden auch vom Wissenschaftsrat (2023) eingefordert. Es wird bemängelt, dass die erweiterten Kompetenzprofile, die akademisch qualifiziertes Pflegepersonal erworben hat, nicht in entsprechenden Stellenprofilen abgebildet werden. Der Wissenschaftsrat identifiziert in diesem Kontext Rollenprofile der Advanced Practice Nurse mit besonderem Expert*innenwissen als wichtigen Baustein für die Beantwortung spezialisierter Versorgungsbedarfe in Deutschland (vgl. Wissenschaftsrat, 2023). Entsprechend internationalen Entwicklungen, soll das erweiterte Verantwortungs- und Aufgabenprofil auf Masterebene die direkte Versorgung von Patient*innen sowie Klient*innen in spezialisierten Bereichen auf Basis verschiedener Kriterien ermöglichen. Dazu zählen beispielsweise die zu behandelnde Bevölkerungsgruppe (z.B. Pädiatrie), das klinische Umfeld (z.B. häusliche und gemeindenähe Versorgung), die zu behandelnde Krankheit bzw. das medizinische Teilgebiet (z.B. Diabetes, Demenz), das Pflege- und Therapiekonzept so-

wie die Hebammenhilfe (z.B. Psychiatrie, Rehabilitation etc.), das zu behandelnde Problem (z.B. Schmerzen) und der Zeitpunkt der Intervention (z.B. Gesundheitsförderung) (vgl. Wissenschaftsrat, 2023). In Settings, die durch eine Arztferne gekennzeichnet sind, sind Pflegeexpert*innen zudem gefordert, selbstständig pflegerisch relevante Probleme zu lösen und eine sektorenübergreifende Pflege sicherzustellen (vgl. DBfK, 2019).

Das Konzept der Pflegeexpert*innen (Advanced Practice Nurses) ist bereits seit den 1960er Jahren in Kanada und den USA etabliert. Auch in zahlreichen weiteren Ländern, darunter in den Niederlanden, in Irland, in Neuseeland und in Finnland, bestehen seit über 20 Jahren Erfahrungen mit der Anwendung erweiterter Pflegekompetenzen in der Gesundheitsversorgung. Die Begriffe »Advanced Practice Nursing« (APN) bzw. »Advanced Practice Nurse« (APN) werden in der Regel erweiterten Praxisrollen zugeordnet (vgl. DBfK, 2019). Die Ausgestaltung der Rollen und Kompetenzen sowie die Regelung der Handlungsautonomie weisen in den Ländern jedoch erhebliche Unterschiede auf (vgl. DBfK, 2019). Die Canadian Nurses Association (CNA) benennt fünf Kernkompetenzen einer APN (vgl. DBfK, 2019):

- klinische Pflegeerfahrung
- Forschung
- Führungsaufgaben/Leadership
- interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Aktivitäten zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens

Des Weiteren wird die Fähigkeit zur ethisch begründeten Entscheidung in komplexen Problemlagen sowie die Einführung, Erprobung, Evaluation und Leitung einer evidenzbasierten Pflegepraxis vorausgesetzt (vgl. DBfK, 2019).

Kompetenzen, die eine APN in Deutschland benötigt, werden derzeit in der Phase des kommenden APN-Gesetzes durch die aktuelle Bundesregierung erneut kontrovers diskutiert.

Eine spezialisierte Form der Advanced Practice Nurses sind Community Health Nurses (CHN). Sie leisten einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der Primärversorgung in Deutschland. Dabei werden CHN definiert als

»Ein spezieller Bereich der Krankenpflege, der die Kompetenzen der Krankenpflege, des öffentlichen Gesundheitswesens und einiger Phasen der Sozialhilfe vereint und als Teil des gesamten öffentlichen Gesundheitsprogramms zur Förderung der Gesundheit, zur Verbesserung der Bedingungen im sozialen und physischen Umfeld und zur Rehabilitation von Krankheiten und Behinderungen fungiert.« (World Health Organization, 2017, S. 5)

Innerhalb von multiprofessionellen Teams werden CHNs im Bereich der öffentlichen Gesundheit oder im öffentlichen Gesundheitswesen tätig. Insbesondere für Menschen mit chronischen Erkrankungen stellen CHNs eine hilfreiche Perspektive und Unterstützung dar (vgl. Burgi & Igl, 2021). Die pflegerische Versorgung der CHNs erfolgt durch akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen, die eigenverantwortlich, bedarfsorientiert, evidenzbasiert und lebensweltbezogen handeln (vgl. Nock et al., 2022).

Im Mittelpunkt der pflegerischen Handlungen von CHNs stehen (DBfK, 2022, S. 8):

- die Gesundheitsförderung, die Prävention und der Gesundheitsschutz einschließlich der Arbeit an einer gesundheitsunterstützenden Umwelt bzw. Umfeldern (»Settings«),
- die Begleitung und Unterstützung von Einzelnen und Familien im Krankheitsfall und in Pflegesituationen,
- die Erfassung des spezifischen Bedarfs der in einer Kommune oder Region lebenden Bevölkerung sowie konsequente Ausrichtung der Versorgung darauf. Dabei erfahren Personengruppen mit besonderen Gesundheitsrisiken und -bedarfen wie zum Beispiel ältere und hochaltrige Menschen, Menschen mit (mehreren) chronischen Erkrankungen, Kinder aus sozial benachteiligten Familien und/oder solche mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geflüchtete, ethnische Gruppen u.a. besondere Beachtung.

Zu ihren Arbeitsbereichen gehören u.a. das häusliche Umfeld, (kommunale) Gesundheitszentren, Streetwork (z.B. Obdachlosigkeit) und weitere Kontexte (vgl. DBfK, 2022). Zu den konkreten pflegerischen Aufgaben der CHNs gehören (Burgi & Igl, 2021, S. 10):

- Primärversorgung und Sicherung von Versorgungskontinuität im ambulanten Sektor
- erweiterte Gesundheitsförderung sowie Primär- und Sekundärpräventionsprogramme (z.B. Sturz, Unfall, Tabakentwöhnung)
- Wiederholungs- und Kontrolluntersuchungen sowie Screenings auf Krebserkrankungen oder andere Vorsorgeuntersuchungen/Check-ups
- eigenverantwortliche Behandlung von z.B. Erkältungskrankheiten
- Monitoring und Management chronischer Krankheiten sowie die Beteiligung an strukturierten Behandlungsprogrammen (z.B. Disease Management für Diabetes, Arthritis, Asthma)
- Selbstmanagement der Patienten durch Schulung, Information, Beratung und Anleitung

- Versorgungskoordination und Navigation durch das Gesundheitssystem sowie integrierte Versorgung durch Kooperation im ambulanten und stationären Sektor

Die Qualifikation zum/zur CHN basiert auf einer profunden beruflichen oder akademischen Ausbildung sowie Berufserfahrungen und wird in Form eines Masterstudiums erworben. Die Zusatzqualifikation soll mit zusätzlichen Befugnissen, einer erweiterten Heilkundeausübung sowie einer höheren professionellen Eigenständigkeit einhergehen (vgl. DBfK, 2022).

Schulgesundheitspflege wird international bereits als eine weitere Spezialisierung der APN angesehen und stellt einen integralen Bestandteil des Gesundheitssystems dar (vgl. Romberg et al., 2022). Die WHO wies bereits im Jahr 1997 auf den engen Zusammenhang zwischen Gesundheit und Bildung hin und benannte das Setting Schule als Anwendungsbereich für Gesundheitsedukation und -förderung. Die Schulgesundheitspflege ist

»ein Spezialgebiet der Krankenpflege, sie schützt und fördert die Gesundheit der Schüler, ermöglicht eine optimale Entwicklung und fördert den schulischen Erfolg. Schulkrankenpflegende, die sich auf eine ethische und evidenzbasierte Praxis stützen, sind die Führungskräfte, die eine Brücke zwischen Gesundheits- und Bildungswesen schlagen, die Versorgung koordinieren, sich für eine qualitativ hochwertige, schülerzentrierte Versorgung einsetzen und an der Gestaltung von Systemen mitwirken, die es dem Einzelnen und der Gemeinschaft ermöglichen, ihr volles Potenzial zu entfalten.« (National Association of School Nurses, 2017)

Auch in Deutschland lässt sich eine Zunahme sozialpolitischer Empfehlungen beobachten, die die Implementierung von Schulgesundheitspflege neben Schulpsycholog*innen und Schulsozialarbeiter*innen an allgemeinbildenden Schulen fordern. In Deutschland wurde bislang Schulgesundheitspflege lediglich punktuell etabliert, wobei sie insbesondere an internationalen Schulen sowie Privat- und Förderschulen zum Einsatz kommt (vgl. Romberg et al., 2022). Die Erweiterung des pflegerischen Aufgabenbereichs der Schulgesundheitspflege ermöglicht eine ganzheitliche Betrachtung von Gesundheitsproblemen und deren Prävention und Förderung mit Blick auf den gesamten Lebensverlauf. Durch den Einsatz von Schulgesundheitspflegenden (SHN) kann ein niedrigschwelliger Zugang zum Gesundheitssystem gewährleistet werden. Dieser Zugang ist insbesondere für Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status von Vorteil, da deren gesundheitlicher Zustand im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen aus höheren Statusgruppen signifikant schlechter ist. Die Schulgesundheitspflege begegnet somit der Zunahme gesundheitlicher Risiken im Kindes- und Jugendalter sowie der Zunah-

me chronischer und psychischer Gesundheitsprobleme und schließt eine bestehende Versorgungslücke (vgl. Romberg et al., 2022). Schulgesundheitspflege bietet Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit, sich mit Gesundheitsrisiken auseinanderzusetzen und sich zu deren Bewältigung zu befähigen. Dabei wird der Fokus auf die Förderung der Gesundheit in einem gemeinsamen Lebens-, Lern- und Arbeitsraum gelegt, wobei die Umgebungsfaktoren, wie beispielsweise der Schulsport, eine wesentliche Rolle spielen (vgl. Ewers, 2023).

Bereits im Jahr 2016 wurde in der Shanghai-Deklaration der WHO die Forderung aufgestellt, Gesundheitskompetenz verpflichtend in den Lehrplänen und Curricula als integralen Bestandteil zu implementieren (vgl. Ewers, 2023). Im internationalen Kontext wird für die Schulgesundheitspflege ein primärqualifizierender Bachelorabschluss, mehrere Jahre klinischer Erfahrung sowie spezifische Weiterbildungen auf Masterniveau vorausgesetzt. Zu den Aufgaben der Schulgesundheitskrankenpflege gehören (vgl. Ewers, 2023):

- Gesundheitsförderung und (un-)spezifische Gesundheitsedukation
- Krankheitsprävention und Risiko-Assessment (inkl. Vorsorgeuntersuchung)
- Krankheitsmanagement
- Direkte Versorgung und Versorgungsmonitoring
- Strategische Entwicklung, Planung und Evaluation von Programmen in Übereinstimmung mit lokalen Bedarfslagen und internationalen Konzepten

Schulgesundheitspflegende verfügen über verschiedene Zugangswege zu ihrem Klientel. Zum einen über den persönlichen Kontakt, aber auch durch edukative Aktivitäten oder Mitwirkung an umfassenden Programmen zur Gesundheitsförderung (vgl. Ewers, 2023).

6.2.6 Theorie-Praxis-Transfer (Transferlernen)

Die Pflegeforschung in Deutschland hat im internationalen Vergleich relativ spät begonnen. Pflegeforschung wird dabei definiert als Versuch, pflegerisches Fachwissen durch systematische wissenschaftliche Methoden zu vermehren. Dabei sind die Ziele der Pflegeforschung (vgl. Mayer, 2022):

- die Schaffung von Wissensgrundlagen zur Verbesserung der Pflege und damit der Situation der Pflegebedürftigen, Schaffung von Grundlagen zur Theorieentwicklung,
- Anpassung und Weiterentwicklung des Methodenrepertoires der Forschung, speziell zu pflegewissenschaftlichen Fragestellungen,

- Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung und Messung pflegerelevanter Phänomene und
- Professionalisierung und berufliche Emanzipation der Pflege.

In der DDR bestand bereits seit 1963 die Möglichkeit, eine akademische Ausbildung zu absolvieren. Insgesamt 35 Personen schlossen eine Promotion ab, wobei ein Teil der Dissertationen pflegespezifische Inhalte behandelte. In der Bundesrepublik Deutschland hingegen begann die Pflegeforschung sich erst in den 1980er Jahren zu etablieren. In dieser Dekade lassen sich zwei Meilensteine hervorheben: die Einrichtung des ersten Lehrstuhls für Pflege- und Sozialwissenschaften an der Fachhochschule Osnabrück im Jahr 1987 (vgl. Kap. 5) sowie das erste öffentlich geförderte pflegewissenschaftliche Projekt, das von 1988 bis 1991 durchgeführt wurde (vgl. Teubner & Suhr, 2017). Auf der Ersten Internationalen Konferenz der Krankenpflegeforschenden im September 1978 in Utrecht wurde bereits festgestellt:

»In einigen Ländern werden Krankenpflegeschüler noch immer als Arbeitskräfte mißbraucht, sie lernen fast ausschließlich funktionell pflegen, üben Pflegetechniken, erlernen selten Pflegemethoden. Sie haben kaum Gelegenheit, die Pflege des Patienten zu analysieren, zu reflektieren und auszuwerten. In diesen Ländern gibt es in der Regel weder eine Universitätsausbildung noch eine gleichwertige Weiterbildung für Krankenpflegepersonal. Forschung ist hier kein Bestandteil der Aus- und Weiterbildung in der Krankenpflege.« (Moses, 2015, S. 46)

Die in diesem Zitat dargelegten Umstände lassen den Schluss zu, dass eine Reform der Aus-, Fort- und Weiterbildung in Deutschland, welche die Pflegeforschung miteinbezieht, erforderlich war. Forschungserkenntnisse stammten zu dieser Zeit ausschließlich von anderen Professionen in der Gesundheitsversorgung. Im Jahr 1984 wurde die Agnes-Karll-Stiftung für Pflegeforschung gegründet. Der Forschungsetat belief sich anfänglich auf lediglich 2.000 DM. Dennoch konnten wichtige Erkenntnisse für die Pflegepraxis in kleineren Forschungsprojekten gewonnen werden, die zu einer Steigerung der Bekanntheit der Pflegeforschung führten (vgl. Moses, 2015). Erst im Jahr 1991 wurde eine eigenständige Institution für die Pflegeforschung etabliert. Die im Jahr 1984 erfolgte Gründung des Archivs zur Geschichte der Pflege in Frankfurt hatte ebenfalls einen Einfluss auf die Entwicklung der Pflegeforschung. Im Rahmen dessen wurde eine umfangreiche Sammlung zur Geschichte der Pflege zusammengetragen, die interessierten Personen zugänglich gemacht wurde. Ein Jahr später wurde die Möglichkeit geschaffen, Pflegeforschungsberichte zu veröffentlichen. Seitdem gibt die »Deutsche Krankenpflegezeitschrift« regelmäßig eine Beilage zur »Pflegeforschung« heraus. Im Jahr 1988 wurde mit der Zeitschrift »Pflege« erstmals eine wissenschaftliche Fachzeitschrift in Deutschland etabliert. Auf Initiative der »Ständigen Konferenz der

Weiterbildungsinstitute für leitende und lehrende Pflegepersonen« wurde schließlich im Mai 1989 der Deutsche Verein zur Förderung der Pflegewissenschaft und -forschung (DV Pflegewissenschaft) gegründet. In der Folge organisierte der Verein ab dem Jahr 1990 jährlich Forschungskongresse. Bereits zuvor leisteten eine Vielzahl von Tagungen und Kongressen einen Beitrag zur Etablierung der Pflegeforschung im öffentlichen Bewusstsein. Die allmähliche Entwicklung der Pflegeforschung hatte einen signifikanten Einfluss auf die Professionalisierung der Krankenpflege in Deutschland. Jedes Pflegeforschungsprojekt leistete seinen eigenen Beitrag und die Existenz der Pflegeforschung erwies sich als unabdingbarer Bestandteil im Professionalisierungsprozess (vgl. Moses, 2015). Ein weiterer Meilenstein in der deutschen Pflegeforschung war ein von Monika Krohwinkel geleitetes und vom Bundesministerium für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit finanziertes Forschungsprojekt, das zum Pflegeprozess bei Schlaganfallpatient*innen in den Jahren von 1988 bis 1991 forschte. Ursprünglich sollte auf Wunsch des Ministeriums eine ärztliche Projektleitung eingesetzt werden. Nach längeren Verhandlungen konnte das Forschungsprojekt dennoch ohne ärztliche Leitung genehmigt werden, da Monika Krohwinkel ihre wissenschaftliche Qualifikation durch einen Master-Abschluss in England nachweisen konnte. Krohwinkels Forschungsergebnisse zeigten deutlich, wie wichtig Pflegeforschung für die Professionalisierung ist und wies die Bedeutung einer Pflegepraxis mit rehabilitativem Ansatz nach (vgl. Moses, 2015).

In den Jahren 2004 bis 2011 förderte das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) zunächst vier, dann drei Pflegeforschungsverbünde in Deutschland (vgl. Teubner & Suhr, 2017). Im Jahr 2012 wurde mit der Agenda Pflegeforschung von Behrens et al. das Ziel verfolgt, thematische Prioritäten zu setzen, die den aktuellen und vordringlichen Herausforderungen der Pflege entsprechen (vgl. Schaeffer & Ewers, 2014). Das Fazit des Ausschusses Medizin des Wissenschaftsrates, welches sich parallel zur Entwicklung der Pflegeforschungsagenda mit den hochschulischen Qualifizierungen in den Gesundheitsberufen befasste, kam 2012 zu dem Ergebnis:

»Soll den gewandelten gesellschaftlichen Herausforderungen und den drängenderen Forderungen nach Evidenzbasierung in der Gesundheitsversorgung entsprochen werden und soll Deutschland nicht den Anschluss an internationale Entwicklungen verpassen, müssen forschungsförderliche Strukturen geschaffen und kontinuierliche Fördermittel für Forschung in den Gesundheitsfachberufen bereitgestellt werden. Voraussetzung dafür ist, dass die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe – so auch der Pflege – vorangetrieben wird, denn auch in diesem Bereich besteht erheblicher Nachholbedarf«. (Schaeffer & Ewers, 2014, S. 424)

Für die Pflegeforschungsagenda wurden zehn Themen benannt, die in der nächsten Dekade prioritär bearbeitet werden sollten und die heute – ein Jahrzehnt später – nichts von ihrer Bedeutung für die Pflegeforschung verloren haben (vgl. Schaeffer & Ewers, 2014):

- Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege
- Pflegebedürftigkeit alter Menschen
- Leben mit chronischer Erkrankung
- Pflege von Menschen mit Behinderung
- Pflege von Kindern und Jugendlichen
- Pflege in akuten Krankheitssituationen
- Umgang mit Vulnerabilität
- neue technologische Entwicklungen
- Pflegesysteme im Umbruch
- Bildung in der Pflege

Um die Studienergebnisse für die Praxis und Forschung nutzbar zu machen, wurde seit 2009 die altersbezogene Pflegeforschung vom Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) in einer frei zugänglichen Forschungsdatenbank erfasst (vgl. Stiftung ZQP, 2023).

Ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung und zum Theorie-Praxis-Transfer in der Pflege wurde durch die pflegebezogenen Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) etabliert. Expertenstandards werden in einem mehrstufigen Verfahren entwickelt, konsentiert, modellhaft implementiert und evaluiert. Die Verpflichtung zur Implementierung ist gesetzlich verankert in § 113a SGB XI (vgl. Büscher & Blumenberg, 2018). Mittlerweile hat das DNQP zehn Expertenstandards für die Pflege entwickelt und veröffentlicht (vgl. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege [DNQP], 2024):

- Dekubitusprophylaxe in der Pflege (2. aktual. 2017)
- Entlassungsmanagement in der Pflege (2. aktual. 2019)
- Schmerzmanagement in der Pflege (aktual. 2020)
- Sturzprophylaxe in der Pflege (2. aktual. 2022)
- Kontinenzförderung in der Pflege (aktual. 2024)
- Pflege von Menschen mit chronischen Wunden (2015)
- Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege (2017)
- Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz (2019)
- Förderung der Mundgesundheit in der Pflege (2023)
- Erhalt und Förderung der Hautintegrität in der Pflege (2024)

Für die strukturelle Absicherung des Theorie-Praxis-Transfers wurden darüber hinaus mit dem neuen Pflegeberufegesetz und der Pflegeberufe Ausbildungs- und Prüfungsverordnung Regelungen getroffen, die eine engere Verzahnung des theoretischen und praktischen Unterrichts am Lernort Schule mit den Einrichtungen als Träger der praktischen Ausbildung fördern sollen (vgl. Tab. 24). Die Festlegung einer bestimmten Reihenfolge der Ausbildungseinsätze dient dem Zweck, die praktische Ausbildung und den theoretische Unterricht gut aufeinander aufzubauen (vgl. Jürgensen & Dauer, 2021). Die Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG empfehlen zudem verschiedene didaktische Mittel zur Verknüpfung der theoretischen und praktischen Lerngegenstände, wie z.B. den verstärkten Einsatz von Simulationsunterricht in den Lerneinheiten (vgl. Jürgensen & Dauer, 2021).

Tab. 24: Theorie-Praxis-Transfer (Saul & Jürgensen, 2021, S. 25)

Theorie-Praxis-Transfer	
§ 5 PflAPrV	Praxisbegleitung
§ 4 PflAPrV	Praxisanleitung
§ 6 Abs. 3, 8, Abs. 3 Satz 2, § 10, Abs. 1 PflBG	Ausbildungsplan
§ 10 Abs. 2 PflBG, § 3 Abs. 5 PflAPrV	Ausbildungsnachweis
§ 8 PflAPrV	Kooperationsverträge
§ 53 PflBG	Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG

Der sogenannte dritte Lernort, als Lernwerkstatt oder Skillslab bezeichnet, trat erst in den 1960er Jahren als überbetriebliches Bildungsformat neben die klassischen Lernorte Betrieb (Praxis) und Berufsschule (Theorie). Lernortkooperation stellt dabei einen entscheidenden Faktor für eine erfolgreiche Verzahnung der theoretischen und praktischen Lernphasen in der Pflegeausbildung dar (vgl. Löwenstein, 2022). Ging man lange Zeit davon aus, dass die Reihenfolge der theoretischen Lerninhalte die Lernangebote in der Pflegepraxis bestimmt (Theorie-Praxis-Transfer), so ist heute bekannt, dass diese These sich mit zunehmender Selbstständigkeit der Auszubildenden umkehrt (vgl. Löwenstein, 2022).

Der Dritte Lernort fördert Lernprozesse sowohl für die Auszubildenden aber auch für die Praxisanleitenden und Lehrenden, die sich für Theorie und Praxis positiv auswirken (Löwenstein, 2022, S. 206):

- Auszubildende können Handlungen ohne Handlungs- und Zeitdruck in simulierten bzw. realitätsnahen Pflegesituationen einüben,
- sichere Handlungsabläufe können mit variablen Kontextfaktoren in der Pflegepraxis besser verknüpft werden,
- Unsicherheiten in der Pflegepraxis können von einzelnen Lernenden oder in Lerngruppen thematisiert und mit Lehrenden geklärt werden,
- kompetenz- und reflexions-förderliche Gruppenprozesse unter Berücksichtigung unterschiedlicher Erfahrungen und Ansichten können unterstützt werden
- Praxisanleiter:innen wenden pflegewissenschaftliche Theorien und Ansätze in einem abgegrenzten Bereich an,
- Pflegelehr:innen können aktuelle Informationen aus der Pflegepraxis in den theoretischen Unterricht integrieren,
- kompetenzförderliche Strategien können erfahrbar und abgestimmt werden, indem Lernprozessbegleitungen zum selbstgesteuerten und reflexiven Lernen von allen Akteuren gemeinsam durchgeführt und eingeübt werden,
- Erfahrungen aus unterschiedlichen Handlungsfeldern der Pflege können zum Transfergewinn von Auszubildenden, Praxisanleiter:innen und Praxisbegleiter:innen ausgetauscht werden,
- Kommunikations- und Organisationsstrukturen können abgestimmt und verbessert werden.

Für den Theorie-Praxis-Transfer in der dreijährigen Pflegeausbildung eignen sich Skillslabtrainings, die im Anschluss an den theoretischen Unterricht stattfinden und auf diesem aufbauen (vgl. Engelhardt, 2021). Die Vermittlung praktischer Fertigkeiten im Rahmen der Ausbildung in den Pflegeberufen zielt darauf ab, den Auszubildenden die Fähigkeit zu vermitteln, auf pflegerische Herausforderungen situationsgerecht und angemessen zu reagieren. Dies erfordert eine kritische Reflexion und Diskussion der erlernten Handlungsmuster. Die Berücksichtigung der drei zentralen Strukturierungsschritte – praktische Übung, kritische Analyse und Diskussion – bei der Unterrichtsplanung und -gestaltung kann zu einer Verbesserung des Theorie-Praxis-Transfers beitragen (vgl. Engelhardt, 2021).

Insbesondere das Debriefing als gezieltes Feedback im Anschluss an die Skillslab-Einheit stellt einen wichtigen Teil des Trainings dar, ohne den ein gelingender Theorie-Praxis-Transfer nicht möglich ist (vgl. Engelhardt, 2021). Herausforderungen im Skillslab-Training können demgegenüber die Heterogenität der Lernenden sein, die es zu berücksichtigen gilt, auch wenn praktische Übungen von den Lernenden oft mit mehr Motivation aufgenommen werden. Daher sollte die praktische

Einheit zeitnah nach der theoretischen Einführung erfolgen, damit nicht unnötig viel Zeit für die Rekapitulation des theoretischen Wissens aufgewendet werden muss (vgl. Engelhardt, 2021). Für die Sicherstellung des Theorie-Praxis-Transfers tragen Praxisanleiter*innen der praktischen Ausbildung eine Mitverantwortung. Dabei sind sie auch Vermittler*innen zwischen dem theoretischen und praktischen Unterricht sowie den praktischen Ausbildungsinhalten. Zu den Aufgaben der Praxisanleitung gehört die Pflegeauszubildenden »schrittweise an die Wahrnehmung der beruflichen Aufgaben als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann heranzuführen, zum Führen des Ausbildungsnachweises nach § 3 Absatz 5 anzuhalten und die Verbindung mit der Pflegeschule zu halten« (PflBG § 4 Abs. 1). So können vermeintliche Widersprüche zwischen Theorie und Praxis aufgedeckt und geklärt werden. Auszubildenden sollte ausreichend Zeit zur Verfügung gestellt werden, um das erworbene Wissen in der Praxis zu erproben, zu hinterfragen, zu vertiefen, sich selbst zu reflektieren und die Anwendung von Maßnahmen in den unterschiedlichsten Settings zu erproben (vgl. Jürgensen & Dauer, 2021).

Die Verzahnung von Theorie und Praxis kann aus pflegedidaktischer Sicht beispielsweise durch differenzierte Lernformen gewährleistet werden. Bei diesen Lernformen erfolgt in aller Regel eine gezielte und methodische Verknüpfung von formellen und informellen Lernprozessen, wobei die einzelnen Lernprozessschritte entsprechend geplant, aufbereitet und miteinander verknüpft werden. Die Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG enthalten Hinweise für Arbeits- und Lernaufgaben, die an die Lehrinhalte des Curriculums anknüpfen und in der Praxis bearbeitet werden sollen. Die Entwicklung und Begleitung der Aufgaben erfolgt vor Ort durch berufspädagogisch qualifizierte Praxisanleiter*innen, die die Auszubildenden unterstützen und beraten (vgl. Jürgensen & Dauer, 2021). Außerdem stellen Pflegelehrende auch eine kontinuierliche Begleitung der Arbeits- und Lernaufgaben von Seiten der Pflegeschule sicher.

Im Rahmen hochschulischer und hochschuldidaktischer Pflegeausbildungen spielt das Forschende Lernen für den Theorie-Praxis-Transfer eine bedeutende Rolle und soll deshalb eine kurze Ausführung erfahren. Forschendes Lernen bezeichnet einen hochschuldidaktischen Ansatz, der eine Haltung und Arbeitsweise vermittelt, die auf eine kritisch-reflexive und forschungsbasierte Auseinandersetzung mit Praxisproblemen und den damit verbundenen Fragestellungen abzielt. Wesentliche Merkmale dieses Lernverständnisses sind (Reiber, 2023, S. 353):

1. dass Problem, Fragestellung und ggf. auch die Bearbeitungsmethode von den Lernenden selbst gewählt und reflektiert werden,
2. die Orientierung des Ablaufs und Vorgehens an den grundlegenden wissenschaftlichen Arbeitsprinzipien einschließlich der kritischen Reflexion, sowohl von Prozess als auch von Ergebnis und

3. die Rückbindung und Überprüfung von Prozess und Ergebnis im Kontext des jeweiligen Fachbezugs.

Hochschullehrende sollten im Kontext Forschenden Lernens Vorbild und Modell zugleich sein. Idealerweise verfügen sie über genuine eigene Arbeits- und Forschungsschwerpunkte und repräsentieren eine Disziplin wie die Pflegewissenschaft, die sich forschend in differenzierter Weise ihr Fachgebiet erschließt und auf diese Weise auch ständig erweitert. Im Rahmen eines forschenden Lernprozesses müssen Lernende zunächst ein gewisses Maß an Unsicherheit und Unklarheit aushalten, die mit einem forschenden Lernprozess zwangsläufig verbunden sind. Darüber hinaus müssen sie in der Lage sein, Eigenverantwortung zu übernehmen und den eigenen Lernprozess längerfristig und entwicklungsorientiert zu denken (vgl. Reiber, 2023). Die aktuelle Reform der hochschulischen Pflegeausbildung bietet die Chance, Forschendes Lernen als Instrument der Professionalisierung und Disziplinenentwicklung zu etablieren. Dabei ist zu berücksichtigen, welche unterstützenden bzw. flankierenden Maßnahmen erforderlich sind, um den mit Forschendem Lernen verbundenen Anforderungen an die beteiligten Akteur*innen und deren Lehr-Lernsettings mit ihren Rahmenbedingungen adäquat begegnen zu können (vgl. Reiber, 2023). Forschendes und praxisorientiertes Lernen in kollaborativen Lernsettings zwischen Lernenden und Lehrenden kann maßgeblich zur Förderung der Theorie-Praxis-Kompetenz beitragen (vgl. Frieze, 2018b). Beim kollaborativen Lernen stehen der gemeinsame Lernprozess, die Kommunikation untereinander und die Erarbeitung eines gemeinsamen Wissenskorpus im Vordergrund. Kollaboratives Lernen zeichnet sich berufspädagogisch betrachtet durch die Bereitschaft aus, Wissen in einer vertrauensvollen Umgebung zu teilen, um ein gemeinsames Ziel zu erreichen. Vertrauen, Atmosphäre und gegenseitige Abhängigkeit beeinflussen die Intensität der Zusammenarbeit (vgl. Walkenhorst & Hollweg, 2023).

Ein weiteres Beispiel einer Möglichkeit des gelingenden Theorie-Praxistransfers sind Serious Games in der Pflege. Dabei werden Serious Games »als neuartige pädagogische Ansätze zu Förderung von spielerischen Lernprozessen in virtuellen, komplexen beruflichen Situationen in Pflege und Gesundheit verstanden.« (Hülksen-Giesler & Dütthorn, 2021, S. 364) Serious Games verbinden Bildungsinhalte mit spielerischen Elementen und fördern so die Motivation und den Spaß am Lernen bei den Anwender*innen. Der Begriff Serious Games entstand bereits in den 1970er Jahren und sollte die für Bildungskontexte relevanten Potenziale von digital simulierten Rollenspielen aufzeigen. Der Ernstcharakter wird durch die pädagogische Zielsetzung erzeugt (vgl. Dütthorn, 2023). Um diese neue Form der Wissensvermittlung für die Pflegebildung nutzbar zu machen, müssen die Besonderheiten pflegerischen Handelns und pflegerischer Bildungsprozesse bereits bei der Spielentwicklung berücksichtigt und die technische und didaktische

Spielstruktur sowie die inhaltliche Spielidee bereitgestellt werden. Dies setzt eine kooperative Zusammenarbeit von Pflegewissenschaft, Pflegepädagogik, Medien-didaktik und technischer Entwicklung voraus (vgl. 6.3.3) (vgl. Hülksen-Giesler & Dütthorn, 2021). Serious Games ermöglichen auch kollaboratives Lernen, indem Serious Games von Einzelpersonen oder auch Gruppen genutzt werden können. Dabei kann der Spielspaß ggf. durch kompetitive Aspekte gesteigert werden (vgl. Hülksen-Giesler & Dütthorn, 2021).

Um den Theorie-Praxis- und Praxis-Theorie-Transfer zu gewährleisten, ist es sinnvoll, wirksame Kooperationsformate der Lernorte Pflegeschule, Pflegepraxis und Dritter Lernort bereits im schulinternen Curriculum über konkrete Kompetenzziele zu verankern (vgl. Löwenstein, 2022). Dies würde die beständigen Erfahrungen Studierender im Rahmen des Theorie-Praxis-Transfers abmildern, dass der Alltagsempirie ein höherer Stellenwert beigemessen wird als pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen und Wissensbeständen. Das bedeutet, dass in der Theorie am Lernort Schule evidenzbasiertes Handeln vermittelt, dies aber in der Praxis nicht umgesetzt wird. Dieser wahrgenommene Widerspruch führt häufig dazu, dass die in der Praxis vermittelten Arbeitsweisen übernommen werden. Hier schlagen die befragten Expert*innen die Möglichkeit des E-Learning vor, um die Lernortkooperation und die Kontinuität der Lehre am Lernort Praxis zu verbessern. So kann die Theorie-Praxis-Lücke geschlossen werden, indem die Kommunikation zwischen Lehrenden, Praxisanleitenden und Studierenden in der Praxis verbessert und ein orts- und zeitunabhängiger Zugriff auf Lernmaterialien ermöglicht wird. Der Transfer von theoretischen Inhalten in die Praxis ist ein wesentlicher Faktor in der hochschulischen Pflegeausbildung. Dabei spielt die Interaktion zwischen Lehrenden und Studierenden eine entscheidende Rolle (vgl. Koch et al., 2019).

6.2.7 Berufspolitik

Das Image einer Berufsgruppe ist eng mit den Begriffen Autonomie und Identität verbunden. Image wird in diesem Zusammenhang definiert als ein zugeschriebener positiver sozialer Wert, der durch bestimmte Verhaltensstrategien in der Interaktion erworben wird. Das Konzept des Images umfasst zwei zentrale Komponenten. Die erste Komponente ist die Selbstdarstellung. Diese erfolgt mit der Absicht, sich positiv zu bestätigen. Die zweite Komponente ist die Bewertung durch die Umwelt. Die von der Umwelt interpretierte und Selbstdarstellung spielt somit ebenfalls eine entscheidende Rolle für die Bewertung des Images. Diese externe Beurteilung manifestiert das Image und macht es damit zur Realität oder stellt es in Frage (vgl. Eylmann, 2024). Das Berufsimage bezeichnet die gesellschaftliche Anerkennung, die eine bestimmte Berufsgruppe genießt. Es wird sowohl verliehen als auch erworben. Es konstituiert Handlungserwartungen und Handlungsverpflichtungen (vgl. Eylmann, 2024). Nach Eylmann (2024) geht ein hohes Image »mit der gesellschaft-

lichen Erwartung einher, sensible Aufgaben vorbehaltlich und erfolgreich lösen zu können. Zur Wahrung des Images muss die Erfüllung der Erwartungen retrospektiv konstatiert werden.« (Eylmann, 2024, S. 61)

Professionell Pflegende beklagen häufig die mangelnde gesellschaftliche Anerkennung ihres Berufes. Trotz überwiegend hoher gesellschaftlicher Wertschätzung, die auf die Erfüllung gesellschaftlicher Erwartungen zurückzuführen sein kann, wird der Beruf als unattraktiv wahrgenommen. Anerkennung ist jedoch ein wichtiger Faktor für Motivation und die Attraktivität eines Berufes sowie ein wesentlicher Baustein für die Nachwuchsförderung (vgl. IEGUS et al., 2023). Hinzu kommen Verdienstmöglichkeiten einer Berufsgruppe, die in der Pflege sowohl vom Standort (Region) des Arbeitsplatzes als auch vom Pflegesetting oder Tätigkeitsbereich (Altenpflege vs. Krankenpflege) abhängig sind, jedoch in den letzten Jahren durch gesundheitspolitische Entscheidungen deutlich verbessert wurden. Das schlechte Image der Pflege kann darüber hinaus auf weitere Faktoren zurückgeführt werden. Dazu gehören der Fachkräftemangel, die wahrgenommene Arbeitsverdichtung und steigende Arbeitsbelastung sowie eine steigende Teilzeitquote (vgl. IEGUS et al., 2023).

Die Entwicklung von Autonomie ist wesentlich geprägt von Selbstvertrauen und von der Überzeugung der Selbstwirksamkeit einer Person. Berufliche Expert*innen sind nur dann in der Lage, in ihrem Aufgaben- und Verantwortungsbereich autonom/selbstbestimmt zu entscheiden, wenn sie Vertrauen in ihre Fähigkeiten und ihr Wissen haben. Aus individuellen biografischen Lernerfahrungen entwickelt sich eine positive Einstellung und die Erwartung, dass das eigene Handeln zu positiven Konsequenzen führt. Dazu gehört auch das Meistern schwieriger Situationen und das Lösen von Problemen. Erfolgserlebnisse oder Erfolge in der Gruppe, Vertrauen und Ermutigung, verbunden mit positiven emotionalen Erlebnissen, stärken das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten. Dies ist notwendig, um Eigenverantwortung zu übernehmen und eigenständige Entscheidungen zu treffen. Umgekehrt führt die Übernahme von Verantwortung und das damit verbundene Erleben von Stärke und Sicherheit zu selbstbestimmtem Handeln der Fachkräfte (vgl. Eylmann, 2024). Berufliche Autonomie kann eine Berufsgruppe erst dann etablieren, wenn sie die Definition ihrer eigenen Aufgaben selbst in die Hand nimmt. Die Berufsgruppe benötigt dazu Vertrauen in ihre berufsspezifischen Fähigkeiten und das genuine Wissen, um autonome Entscheidungen über ihre Aufgaben und Verantwortungsbereiche treffen zu können (vgl. Eylmann, 2024).

Pflegende nehmen sich als schwache arbeitspolitische Akteur*innen wahr. Zudem wird die Autonomie, große Veränderungen herbeizuführen, innerhalb der Berufsgruppe als nicht gegeben angesehen (vgl. IEGUS et al., 2023). Beruflich Pflegende äußern den Wunsch nach einer stärkeren Berufsvertretung gegenüber Politik, Arbeitgebern und anderen Berufsgruppen sowie nach der Umsetzung eigener Berufs- und Qualifikationsstandards, die sie in der Berufsgruppe selbst ent-

wickeln. Demgegenüber steht das Informationsdefizit über verschiedene Möglichkeiten der Interessenvertretung und Einflussnahme sowie eine mangelnde Bereitschaft zu freiwilligem oder verpflichtendem Engagement (vgl. IEGUS et al., 2023). Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass die meisten europäischen Nachbarländer bereits Pflegekammern etabliert haben. Dort, wo die Pflegenden nicht verkammert sind, wie z.B. in Schweden, ist der gewerkschaftliche Organisationsgrad Pflegender sehr hoch. In Großbritannien sind Pflegende bereits seit 100 Jahren landesweit organisiert (vgl. Wehrstedt von Nessen-Lapp & Wiedermann, 2023).

Rund 120 Jahre nach der Gründung des ersten Berufsverbandes (B.O.K.D.) in Deutschland durch Agnes Karll liegt der Organisationsgrad beruflichen Pflegender derzeit bei unter 10 Prozent. Dabei weisen die Altenpfleger*innen mit rund 5 Prozent den niedrigsten Organisationsgrad innerhalb der Pflegeberufe auf. Ein deutlicher Unterschied zeigt sich zwischen den Auszubildenden in der beruflichen Pflegeausbildung mit einem Organisationsgrad von 3,8 Prozent und einem Organisationsgrad von 44,5 Prozent bei den Pflegestudierenden (vgl. Berberich, 2022). Ein Grund dafür, dass beruflich Pflegende auch heute noch keine einheitliche Berufsvertretung vorweisen, liegt in der historisch gewachsenen Vielzahl von Partikularinteressen organisierter Verbände (vgl. Kap. 6.2.3). Ein Beispiel hierfür ist die auf Länderebene zwischen Gewerkschaften und Berufsverbänden geführte Diskussion um die Einrichtung bzw. Abschaffung von Pflegeberufekammern (vgl. Berberich, 2022).

Darüber hinaus fehlen generell (berufs-)politische Lehr-Lerninhalte in der Pflegebildung. In der Diskussion um die Berufsvertretung durch eine Landes- oder Bundespflegekammer zeigt sich zudem nicht selten ein ernstzunehmendes Bild von Bildungsabstinenz, das sich in der Zurückhaltung gegenüber lebenslanger Qualifizierungswegen und Bildungsprozessen niederschlägt (vgl. Bensch & Greening, 2023). Notwendig hingegen ist die aktive Auseinandersetzung beruflich Pflegender mit ihrem politischen und berufspolitischen Selbstverständnis. Nach Berberich (2022) ist die pflegerische Handlungswelt durch die Wirtschaft beeinflusst. Dies unterstreicht umso deutlicher die Notwendigkeit einer aktiven Auseinandersetzung der Pflegenden mit ihrem politischen sowie ihrem berufspolitischen Selbstverständnis als Pflegende. Ausgehend von einem Verständnis professionellen (Pflege-)Handelns werden jedoch Anforderungen an Pflegende abgeleitet, sich politisch zu konstituieren. Die berufspolitische und standesrechtliche Institutionalisierung stellt dabei eine wesentliche Voraussetzung für professionelles Handeln im Sinne professioneller Autonomie dar (vgl. Berberich, 2022).

Das Gesundheitswesen in Deutschland ist traditionell auf dem Prinzip der Selbstverwaltung aufgebaut (Ärztzekammer, Psychotherapeutenkammer und Versicherungswesen (gesetzliche und private Krankenversicherung als Körperschaften des öffentlichen Rechts)) und nimmt staatliche Aufgaben wahr (vgl. Wehrstedt von Nessen-Lapp & Wiedermann, 2023). Deshalb sollten auch Pflegende mit ei-

nem Mandat stimm- und entscheidungsberechtigt an der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens beteiligt werden. Die Etablierung einer mandatierten, mehrheitsfähigen und berufspolitischen Interessenvertretung im Kontext der Professionalisierung der Pflege in Deutschland kann maßgeblich durch die berufsständische Selbstverwaltung in Form einer Pflegekammer vorangetrieben werden. Als Körperschaft des öffentlichen Rechts übernimmt sie die Vertretung der Interessen der Bevölkerung, insbesondere im Hinblick auf deren (pflegerische) Versorgung und Wohl. Dies geschieht im Rahmen der jeweiligen Kammergesetze durch die Wahrnehmung der folgenden hoheitlichen Aufgaben (vgl. Berberich, 2022):

- Führung eines Berufsregisters (aussagekräftige Berufsstatistik)
- Interessensvertretung der Pflegenden durch Lobbyarbeit in allen Gremien (Einflussnahme auf politische Entwicklungen)
- Erlass einer Berufsordnung mit Berufsrechten und -pflichten inkl. Standesüberwachung der Berufspflichten
- Einführung von Fort- und Weiterbildungsordnung sowie Fachaufsicht bei der Kammer
- Beteiligung an pflegebezogenen Gesetzgebungsverfahren
- Beratung der Pflichtmitglieder
- Erstellung pflegerischer Gutachten
- Erarbeitung von ethischen und verbindlichen Standards

Zu den Merkmalen einer Kammer als Körperschaft des öffentlichen Rechts gehört neben der Pflichtmitgliedschaft die unabhängige Finanzierung der Mitgliedsbeiträge (vgl. Wehrstedt von Nessen-Lapp & Wiedermann, 2023).

Die erste Pflegekammer in Deutschland wurde 2016 in Rheinland-Pfalz gegründet und vertritt rund 42.000 Pflegefachpersonen. In ihren Gremien arbeiten Pflegefachpersonen aus Praxis, Management, Wissenschaft und Ausbildung zusammen. Ihr Ziel ist es, den Beruf selbstbewusst und zu einer international anerkannten Profession weiterzuentwickeln (vgl. Bundespflegekammer, 2024; Landespflegekammer Rheinland-Pfalz, 2023).

Die zweite bestehende Pflegekammer vertritt seit 2022 die mehr als 220.000 Pflegenden in Nordrhein-Westfalen (vgl. Pflegekammer Nordrhein-Westfalen, 2024). Das nächste Bundesland, das sich derzeit auf den Weg zur einer eigenständigen Pflegeberufekammer macht, ist Baden-Württemberg, wo die Kammergründung derzeit vom Landessozialministerium geprüft wird (vgl. Landespflegekammer Baden-Württemberg, n. d.). Die Pflegekammern Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein haben gemeinsam mit dem DPR als Dachverband die Bundespflegekammer gegründet. Der DPR vertritt dabei die Pflegenden aus den Bundesländern ohne Kammer (vgl. Wehrstedt von Nessen-Lapp & Wiedermann, 2023).

Trotz der seit über 30 Jahren andauernden Bemühungen, Pflegekammern in Deutschland zu etablieren, gibt es auch innerhalb der Pflege Destruktionsbestrebungen, die sich beispielsweise in der historisch einmaligen Auflösung der beiden Pflegekammern in Schleswig-Holstein und Niedersachsen manifestiert haben (vgl. Berberich, 2022).

In Bayern wurde anstelle einer Pflegekammer eine Körperschaft des öffentlichen Rechts geschaffen, die eine Sonderstellung einnimmt, da sie im Vergleich zu einer Heilberufekammer über folgende Sondermerkmale verfügt (vgl. Berberich, 2022):

- keine Verankerung/Verortung im Heilberufe-Kammergesetz (HKaG), dadurch keine Gleichberechtigung gegenüber anderen Heilberufen
- dem Bayerischen Staatsministerium obliegt die Rechts- und Fachaufsicht und die dazugehörige Zweckmäßigkeitskontrolle des Handelns
- keine autonome Entscheidungsbefugnis über essenzielle Themen
- keine Haushaltssouveränität
- Beirat der aus Mitgliedern der Delegiertenversammlung und Vertreter*innen der Verbände der Krankenkassen (besitzt Votumsrecht)
- keine Pflichtmitgliedschaft

Weidner (2015) sieht in der Etablierung der Vereinigung der Pflegenden in Bayern einen »bayerischen Verneblungsversuch«. Er geht davon aus, dass die Verantwortlichen um die Wirksamkeit von Pflegekammern wissen und um ihren Einfluss und ihre Meinungsführerschaft fürchten, da eine organisierte Pflege als größte Gruppe im Gesundheitswesen ein großes Machtpotenzial innehatte (vgl. Weidner, 2015).

Deutlich wird aber auch: Je besser die Pflegenden über eine Pflegeberufekammer informiert sind, desto höher ist ihre Zustimmung. Damit wird auch sichtbar, dass (berufs-)politische Bildung ein wichtiges Instrument für die Etablierung der Autonomie einer Berufsgruppe darstellt (vgl. Weidner, 2015; Berberich, 2022). Bisher entscheiden überwiegend Verbandsvertreter*innen und Pflegefremde für die Pflege die vermeintlich wissen, was wichtig und gut für die Entwicklung der Profession Pflege in Deutschland sei. Die bisherigen Entscheidungen und Maßnahmen zur Aufwertung der Pflegeberufe, zur Behebung des Fachkräftemangels und zur Stärkung der professionellen Pflege sind bisher wirkungslos geblieben (vgl. Wehrstedt von Nessen-Lapp & Wiedermann, 2023).

Im Rahmen der Professionalisierung spielen die drei Dimensionen Ethik, (berufs-)politische Bildung und pflegehistorische Bildung eine wichtige und bisher nur wenig reflektierte Bedeutung.

Das pflegerische ethische Handeln wurde bereits 1953 erstmalig als internationaler Ethikkodex von International Council of Nurses (ICN) verabschiedet und nach mehrmaliger Überarbeitung letztmalig im Jahr 2021 verabschiedet. Der Ethikkodex

dient als Rahmen für die Pflegepraxis und Entscheidungsfindung. Dabei gelten die in dem Ethikkodex zum Ausdruck gebrachten Werte und Verpflichtungen für alle Pflegefachpersonen in allen Arbeitsfeldern, Rollen und Settings:

»Der Pflege inhärent ist die Achtung der Menschenrechte, einschließlich der kulturellen Rechte, des Rechts auf Leben und Wahlfreiheit, das Recht auf Würde und respektvolle Behandlung. Die Pflege ist respektvoll und uneingeschränkt in Bezug auf die Merkmale Alter, Hautfarbe, Kultur, kulturelle Zugehörigkeit, Behinderung oder Krankheit, Geschlecht, sexuelle Orientierung, Nationalität, Politik, Sprache, ethnische Zugehörigkeit, religiöse oder spirituelle Überzeugungen, rechtlicher, wirtschaftlicher oder sozialer Status.« (ICN, 2021, S. 4)

Die Bedeutung politischer Bildung in der Pflegebildung ergibt sich neben dem Ethikkodex aus unterschiedlichen Aspekten: Zum einen werden in der Pflege(bildungs)landschaft immer häufiger Rassismen und Formen der Diskriminierung sichtbar. Zum anderen müssen sich Pflegende auch im Kontext der Klimakrise und Planetary Health mit klimapolitischen Themen (vgl. Kap. 6.4.1) auseinandersetzen. Dabei geht es nach Hänel (2024) nicht darum »das Fach ›Politik‹ oder ›Gemeinschaftskunde‹ im Pflegeunterricht zu integrieren, sondern geht es darum, verstärkt Politik oder politische Bildung als übergreifendes *Querschnittsthema* bzw. *Reflexionsdimension* in der beruflichen Pflegebildung, im Kontext der Vermittlung des pflegerischen Handelns, anzubinden.« (Hänel, 2024, S. 9) Dabei verdeutlicht Hänel (2024) die unterschiedlichen politischen Dimensionen, die die Pflege(bildungs)landschaft betreffen:

- Menschenrechte als normativer Horizont
- Spannung von Selbst- und Fremdbestimmung als politische Dimension des Pflegehandelns
- (Politische) Bildung/Emanzipatorische Potenziale bestärken
- Reflexion der makropolitischen Strukturen der Pflegearbeit
- Einflussnahme auf Professionsentwicklung
- Bezug zu globalen Problemlagen

Im Professionalisierungsdiskurs wird darüber hinaus neben der notwendigen (berufs-)politischen Bildung die Notwendigkeit einer pflegehistorischen Bildung vernachlässigt. Die Ergebnisse und Probleme, mit denen sich die Pflegeberufe heute auseinandersetzen müssen, haben weit zurückliegende Ursprünge. So wurden die wachsenden Professionalisierungsbemühungen innerhalb der beruflichen Pflege während der Zeit der Weimarer Republik durch den Einfluss des Nationalsozialismus (NS) in Deutschland unterbrochen. Es erfolgte eine Gleichschaltung und Einbindung in die NS-Ideologie, die von der Mehrheit der Pflegenden aus Überzeugung

übernommen wurde (vgl. Genz, 2024). Eine reflexive und kritische Auseinandersetzung mit der Vergangenheit (nicht nur in Bezug auf den Nationalsozialismus) fehlt nach wie vor in der Berufs- und Hochschulausbildung. Die eigene Berufsgeschichte ist insofern wichtig, als nur durch fundiertes Wissen über die Vergangenheit Situationen in der Gegenwart verstanden und eingeordnet, ein kritisches Berufsverständnis entwickelt und eine Veränderung gegebener Situationen erreicht werden kann. Zudem ist Lernen nur durch die Reflexion der Vergangenheit möglich und die Auseinandersetzung mit der Vergangenheit fördert die Persönlichkeit und das kritische Denken (vgl. Sektion Historische Pflegeforschung der DGP e. V., 2019).

Pflegehistorische Bildung hat dabei immer auch eine politikbildende Komponente. Als größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen kommt der Pflege auch die Verantwortung zu, als Multiplikator*innen für eine demokratische und antirassistische Gesellschaft einzustehen. Denn politische Bildung beinhaltet auch ethisches Verhalten, moralische Entwicklung und die Herausbildung einer auf Mitgefühl basierenden Berufsidentität, die nicht im luftleeren Raum stattfindet. Ziel muss es sein, die Entwicklung von moralisch bewussten und selbstkritischen, aber auch mutigen und belastbaren Gesundheitsfachpersonen zu unterstützen – unabhängige Denker*innen, die ihre professionellen Werte auch unter Druck aufrechterhalten können und die, wenn nötig, als Akteur*innen des Wandels agieren (vgl. Czech et al., 2023). The Lancet Commission unter der Leitung von Czech et al. (2023) formuliert es ganz deutlich:

»Heutige Gesundheitsfachkräfte und Gesellschaften auf der ganzen Welt sind mit mehreren Krisen konfrontiert: der COVID-19-Pandemie; einem Anstieg von offenem Antisemitismus, einwanderungsfeindlichen Gefühlen und anderen Formen von Rassismus und Diskriminierung, dem Klimawandel, dem Völkermord an den Rohingya; und Kriegen wie in Israel, Gaza, Syrien, der Ukraine und im Jemen. Wir sind davon überzeugt, dass das Studium der Medizin, des Nationalsozialismus und des Holocaust dazu beitragen kann, medizinische Fachkräfte darauf vorzubereiten, sich gegen Antisemitismus, Rassismus und andere Formen der Diskriminierung zu wehren und unsere gemeinsame Menschlichkeit in ihren beruflichen Rollen und als globaler Mensch anzunehmen und zu verteidigen. Nur wenn wir die Geschichte verstehen und reflektieren, können wir die Gegenwart vollständig verstehen und eine bessere Zukunft gestalten.« (Czech et al., 2023, S. 1867)

6.2.8 Ergebnisse aus dem Sounding Board und den Expert*inneninterviews

Die *Professionalisierung* wird ohne Ausnahme von allen Expert*innen und Fachbeiratsmitgliedern als relevant für das Berufsbildungskonzept der Pflege betrachtet (vgl. Tab. 25).

*Tab. 25: Ergebnisse Sounding Board »Professionalisierung allgemein« Expert*innenbeirat links/Fachbeirat des DPR rechts*

Relevanz zum Berufsbildungskonzept	CVI*	
Professionalisierung	1,0	1,0
*ab einem CVI-Wert von > 0,78 gilt ein Item als angenommen		

In einer Freitextantwort aus dem Expert*innen-Sounding Board werden »Sprache, Status und Habitus als Medien von Professionalisierung« angesehen. Dabei fehle es in der Praxis häufig an sogenannten Role-Models (Vorbildern) sowie an Selbstbewusstsein und dem Selbstverständnis von Pflege:

»Also ich glaube unsere Profession hat da schon das Interesse, gegenseitig sich die Wege zu erklären und voneinander zu lernen. Aber diese tatsächliche Sichtbarkeit von Role-Models, die fehlt aus meiner Perspektive.« (EXPO4, Abs. 32)

»[...] dass man eben ein Selbstbewusstsein, Selbstverständnis entwickelt. So, was ist denn eigentlich der Pflegeberuf? Wofür stehen wir eigentlich?« (EXPO3, Abs. 52)

Eine große Herausforderung wird von Experten*innen darin gesehen, die Pflegeberufe wieder attraktiver zu machen und eigene Negativsichten auf den Beruf produktiv zu überwinden.

»Ich würde sagen die Herausforderung ist wie es uns gelingt den Beruf wieder attraktiver machen. [...] Das heißt, ich habe so das Gefühl, wir haben durch die vielen Jahre des vielleicht auch zurecht Jammerns, wie schlecht es uns geht, ja haben wir wirklich so eine Jammerkultur entwickelt in vielen Bereichen. Das kann man sicherlich nicht verallgemeinern, aber da müssen wir irgendwie von wegkommen. [...] Und es gab ja mal dieses schöne Wort von der »Selbstverzweigung der Pflegenden« und das ist, glaube ich, eine Riesenherausforderung, dass wir aus diesem Zwergenstatus rauskommen und es schaffen zu sehen, dass wir eigentlich ein Riese sind.« (EXPO1, Abs. 26)

Interprofessionelle Zusammenarbeit bedeutete in der Vergangenheit häufig, dass die Pflegeprofession verloren und die Zusammenarbeit nicht auf Augenhöhe stattgefunden hat:

»Da müssen wir natürlich auch als Berufsgruppe aufpassen, dass wir uns nicht verschließen, weil wir so viel in unserem Eigenen zu tun haben und auch die Erfahrung gemacht haben, interprofessionell heißt, hieß ja in der Vergangenheit, dass Pflege verloren hatte und alle anderen gewonnen. Das war ja nicht auf Augenhöhe, muss man ja auch mal klar sagen. Und die Berufsgruppe hat so eine vitale Angst vor der Zusammenarbeit mit anderen, weil ihnen praktisch entweder etwas weggenommen wird oder ihre Arbeit nicht geschätzt wird in dem Umfang. Aber das kann sich ändern und muss sich auch ändern.« (EXPo2, Abs. 80)

Es wird jedoch auch deutlich, dass Pflege ein attraktiver und abwechslungsreicher Beruf ist, wenn man sich selbst und seine Kompetenzen in den Vordergrund stellt.

»Aber dass Pflegende, wenn wir uns auf die Kompetenzbeschreibung etwa des ICN beziehen oder auch unser Pflegeberufegesetz, dann haben wir eigentlich eine solide Grundlage, an der man ansetzen könnte und entsprechend eine Struktur schaffen könnte. Weil, wenn man das ernst nimmt, was da drinsteht, auch etwa in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, dann ist Pflege ein super toller Beruf und bedarf ganz viel Bildung, ganz viel Wissen, ganz viel Fähigkeiten, Fertigkeiten, Werte, Haltung, Einstellung.« (EXPo7, Abs. 2)

Tab. 26: Ergebnisse Sounding Board »Sonderweg« Expert*innenbeirat links/Fachbeirat des DPR rechts

Relevanz zum Berufsbildungskonzept	CVI*	
Internationale Anerkennung/Anschlussfähigkeit	1,0	0,93
Sonderabschlüsse in der generalistischen Ausbildung	0,30	0,36
Arztzentrierte Gesundheitsversorgung	0,40	0,43
Ausbildung an Fachschulen ohne Anbindung an das duale Berufsbildungssystem	0,40	0,57
Föderalistische Strukturen in der Berufsbildung	0,65	0,86
*ab einem CVI-Wert von > 0,78 gilt ein Item als angenommen		

Im Votum des Expert*innen-Sounding Boards und des DPR-Fachbeirats wurden die Items *Sonderabschlüsse in der generalistischen Ausbildung*, *Arztzentrierte Gesundheitsversorgung* und *Ausbildung an Fachschulen ohne Anbindung an das duale Berufsbil-*

dungssystem deutlich abgelehnt. Das Item *Föderalistische Strukturen in der Berufsbildung* wurde durch das Expert*innen-Sounding Board in seiner Relevanz abgelehnt. Dabei wird einmal mehr deutlich, wie kontrovers diese Items im Gegensatz zur *Internationalen Anerkennung/Anschlussfähigkeit* beispielsweise von Pflegeexpert*innen gesehen werden (vgl. Tab. 26).

In den Freitextantworten des Expert*innen-Sounding Boards wird der Föderalismus bei einer Nennung ebenfalls als Problem bezeichnet. In einem Expert*innen-Interview wird der Föderalismus jedoch auch als sinnvolle Notwendigkeit und als fest verankertes Prinzip in der Pflegebildung bezeichnet.

»Föderalismus ist ja jetzt auch eine sinnvolle Sache prinzipiell und ist jetzt so gerade im Bildungsbereich und im Ausbildungsbereich, ist ja so tief in unserer DNA, habe ich das Gefühl, dass es da ganz schwer ist, daran zu drehen.« (EXP01, Abs. 10)

Ein weiterer Wunsch, der in den Freitextantworten des Sounding Boards geäußert wurde, ist es »Sonderabschlüsse unbedingt [zu] vermeiden«.

Tab. 27: Ergebnisse Sounding Board »Durchlässigkeit« Expert*innenbeirat links/Fachbeirat des DPR rechts

Relevanz zum Berufsbildungskonzept	CVI*	
Anerkennung von akademischen Vorleistungen	0,95	0,86
Anerkennung von Vorleistungen aus Fachweiterbildungen	0,90	0,93
Anerkennung von Berufspraxis	0,65	0,93
Integration von Weiterbildungen ins Bildungssystem	0,95	0,93
Bundeseinheitliche Weiterbildungsstruktur	0,80	1,0
Konzeptualisierung von Pflegekompetenzzuschreibungen	0,90	1,0
*ab einem CVI-Wert von > 0,78 gilt ein Item als angenommen		

Interessanterweise wurden im Sounding Board alle Items bis auf das Item *Anerkennung von Berufspraxis* durch das Expert*innen-Sounding Board angenommen (vgl. Tab. 27).

In den Expert*inneninterviews wird das summative Sammeln von Weiterbildungen über einen gewissen Zeitraum als Möglichkeit identifiziert, um beispiels-

weise hier über die Zertifizierung von Erfahrungslernen das eigene Qualifikationsniveau anzuheben.

»Und ich glaube auch, dass man da vielleicht auch noch mal gucken könnte, inwieweit man in verschiedenen Einsatzbereichen, wenn jetzt jemand fünf Jahre auf der Inneren war usw., wie man da auch noch mal modulare Zertifikate, die man so im Laufe des Lebens in einer kontinuierlichen Weiterbildung ansammelt, dann zu einem zu einer Fachweiterbildung oder so dann auch zusammenfasst. Also Anrechnungsmöglichkeiten über das, was man gelernt hat, indem man sich zertifizieren lässt, indem man auch mal eine Weiterbildung [...] die jetzt nicht über dreieinhalb Jahre geht oder was auch immer, sondern kürzere Dinge, die dann summativ aufeinander aufbauen. Ja zu gestalten. Das ist natürlich nur möglich in Bereichen, wo ich auch eine gewisse Breitenwirksamkeit habe, meinetwegen Innere, Chirurgie oder was auch immer, Kinderkrankenpflege, die denke ich, würden da ganz viel Potential bieten, um Erfahrungslernen dann auch zertifizieren zu können, um auch dann wirklich einen ganz guten Nachweis auf der Habenseite zu haben von beruflich Qualifizierten, was sie alles schon gemacht haben. Das hat man natürlich auch übers Arbeitszeugnis. Aber es wäre natürlich auch schön, wenn man auch bestimmte Weiterbildungen usw. so massiv zu irgendwelchen Weiterbildungspunkte sammeln könnte, um dann am Ende auch ein etwas höheres Niveau zu erreichen.« (EXPo6, Abs. 22)

Um eine echte Durchlässigkeit zu gestalten, sehen die Expert*innen gute Konzepte als elementar an, die alle Bereiche des Lernens inkludieren. Dazu muss die monetäre Förderung der Weiterbildung deutlich erhöht werden.

»Und da müsste man wirklich ein gutes durchlässiges Konzept schaffen und dieses Konzept im besten Fall auch noch so gestalten, dass es dann auch die wichtigsten Laufbahnstationen in Form von staatlicher Anerkennung gibt, im Bereich der Weiterbildung, die dann optimalerweise so gestaltet sind, dass sie auch auf das Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetz einzahlen und dort auch die finanzielle Unterstützung, für die sich Fortbildungswilligen mit abrufen.« (EXPo6, Abs. 2)

Dabei wurde auch deutlich, dass ein durchlässiges System nur dann funktioniert, wenn klar ist, wie die Menschen sich durch dieses System bewegen können. Durchlässigkeit darf kein rhetorisches Angebot sein, sondern muss gelebt werden. Der finanzielle und zeitliche Aufwand spielt dabei ebenso eine Rolle wie das eigene Bildungsverständnis und die eigene Bildungsbiografie.

»Ich glaube, das hängt damit zusammen, dass Durchlässigkeit eben nicht nur eine Frage ist, ob Bildungssysteme durchlässig sind, sondern auch die Frage stellt, wie können Menschen durch diese Bildungssysteme durchlässig durchgehen? Und das heißt, sie, diese Durchlässigkeiten, müssen dann ja gelebt und realisiert

werden. Und wir haben es ja mit einer Berufsgruppe zu tun, die nicht stinkreich ist, um es mal so profan auszudrücken. Das heißt, die Durchlässigkeit, die muss ich mir auch erarbeiten und muss dafür Zeit und Geld investieren. Das ist ungefähr das Gleiche. Und muss sie mir dann auch hartnäckig erkämpfen. Und das von einer Berufsgruppe, die sowieso im akademischen Bildungsraum ja nie zu Hause war. Bis zum heutigen Tag sehen wir das auch an unseren Studierenden. Wir haben viele, viele, viele Studierende aus bildungsfernen Schichten, für die das gar nicht selbstverständlich ist, sich die ›Lücken im System‹ in Anführungsstrichen, das könnte man, so könnte man Durchlässigkeit auch bezeichnen. Es sind ja Lücken im System, die sozusagen Solllücken sind. Und das ist für die, die sowieso im akademischen Milieu groß geworden sind, viel leichter zu realisieren als die, die das nicht sind. Mal abgesehen davon, dass ich auch immer dafür investieren muss. Und so gesehen, würde ich sagen, sind diese Lücken im System für die Pflege noch schwieriger als auch für andere. Sind für andere auch nicht einfach. Aber für die Pflege, glaube ich, sind sie noch ungleich schwieriger zu überwinden.« (EXPO2, Abs. 4)

Ein weiterer wichtiger Aspekt im Zusammenhang mit der Durchlässigkeit sind die Zugangsvoraussetzungen und der heterogene Verlauf von Bildungsbiografien. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Bildungswege individuell sind und bleiben. Neben den Leuchtturmbeispielen gilt es auch andere Gruppen im Blick zu behalten und entsprechend ihren individuellen Fähigkeiten und Lebensentwürfen zu fördern. Der Einstieg muss nicht immer direkt in die generalistische Ausbildung erfolgen, sondern kann sich innerhalb eines durchlässigen Systems flexibel entwickeln.

»Und dann die Durchlässigkeit auch über die Ausbildung herstellen müssen, zum Beispiel Pflegehelfer-, HelferIn-Ausbildung machen, also diesen, diese längeren Wege gehen. Und ich glaube, man kann so paradigmatische Fälle sehen, die gibt es. Es gibt die, die ich sage mal Long Runner, die wirklich mit ganz wenig Schulbildung sich dann stufenweise aufbauen bis möglicherweise, da gibt es dann irgendwie Promillezahl im Studium landen oder gar sogar in einer Promotion. Wir haben in [Stadt] eine Absolventin, die ist über eine Eignungsprüfung mit dem Realschulabschluss ins Studium gekommen und dann hat die bei uns sehr gut studiert, ist dann in eine Promotion gegangen, ist heute Professorin. (EXPO2, Abs. 7)

»Wenn ich akzeptieren würde, dass Menschen, die ich in die Pflege bringe, nicht in einem Jahr oder anderthalb Jahren ausgebildet werden können, sondern vielleicht mehr Zeit brauchen und auch eine andere Art von Lernförderung, dann käme ich ja vielleicht auf tragfähigere Ideen, die den Menschen nicht überfordert, die ihnen aber Freude an der Pflege vermittelt, die vielleicht auch zulässt, dass wir nicht alles generalistisch denken. Ich muss jetzt vorsichtig sein, was ich sage. Ich bin absolut Verfechter der Generalistik, aber wir müssen, glaube ich, über

den Tellerrand schauen. Wie kann schon eine gewisse Anbahnung an einzelnen Schwerpunkt erfolgen, ohne die Generalistik in Frage zu stellen?« (EXPO7, Abs. 8)

»Der eine braucht länger oder will auch länger in der Praxis arbeiten, der andere will den Durchmarsch. Und das haben wir auch in allen Berufen so. Es gibt Leute, die wahnsinnig schnell gerne durch diese Sachen durchgehen, [...] weil sie vielleicht dann danach eine Familienphase machen wollen, also darauf angewiesen sind, Bildungszeiten schneller zu machen. Und es gibt Leute, die, die wollen erst mal sechs Jahre arbeiten, die finden das total klasse und es gibt Leute, die wollen berufsbegleitend sich bilden. Es gibt Leute, die wollen das exklusiv machen. Ich glaube, da ist Vielfalt das beste Motto. Alles müsste gehen. Also von kurz bis lang, von quer bis kreuz. Also ich glaube, wir müssen da Bildungskonzepte machen, die wirklich der Individualität des Lebens auch Rechnung tragen. Und das ist, glaube ich, überhaupt nicht weiter schwer. Wir sind eine Riesenberufsgruppe. [...]. [W]enn Sie da in Großbritannien gucken, wenn Sie einen Master machen wollen, in Betreuung von Demenzkranken, dann können Sie das in jeder erdenklichen Form machen, von Long Distance bis ›Ich mache das direkt da vor Ort in der Schule.« (EXPO2, Abs. 66)

In den Aussagen der Befragten wird noch einmal deutlich, dass nach der generalistischen Pflegeausbildung sinnvolle Vertiefungsmöglichkeiten angeboten werden müssen, um auf die pflegerischen Anforderungen in spezialisierten Bereichen vorzubereiten und Verantwortungs- und Rollenprofile auszubilden.

»Ich glaube, dass wir da nicht drum herumkommen.« (EXPO6, Abs. 24)«

Auch das Weiterbildungssystem muss zwingend reformiert werden, um den Absolvent*innen eine Weiterentwicklungsperspektive zu ermöglichen. In den Augen der befragten Personen, wäre ein Reformvorschlag, dass den einzelnen Weiterbildungsanbietern ein gewisser Freiraum gelassen wird, die staatlichen Prüfungen und Anerkennungen aber durchlässig und bundesweit einheitlich geregelt werden sollten.

»Wenn ich jetzt an Primärqualifizierte Studierende denke, die brauchen natürlich dann auch den Übertritt, sage ich mal zu bestimmten Weiterbildungen, Fachweiterbildung, Psychiatrie oder Intensivpflege oder so was. Und da ist für mich die Frage, muss ich da unbedingt in zwei Welten denken oder sollte ich? Das ist ja natürlich eine Entwicklungsfrage und eine Frage, die auch ein Aushandlungsprozess ist. Wie gestalte ich das so, dass die Leute wirklich nach ihren Bedarfen das lernen können und dann zu ihrem Bildungsziel hin finden? So was, das wäre, denke ich, eine gute Sache, dieses Thema Berufslaufbahn wirklich breit zu denken und so außerhalb von irgendwelchen versäulten Systemen.« (EXPO6, Abs. 8)

»Wir haben ja in BBiG die Fortbildung und die Weiterbildung nicht im Bildungsgang geregelt, sondern wir haben sie geregelt in der Prüfungsverordnung. Und das wäre, glaube ich, auch eine gute Lösung, um diese verschiedenen Welten miteinander zu verheiraten. Also dass meinerwegen die Diakonie, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, Caritas ihre eigenen Vorbereitungskurse da durchaus auch durchführt, dafür auch Gebühren von ihren Partnerorganisationen erheben kann usw., aber das Ganze dann in einer staatlich anerkannten Prüfung mündet, also zumindest für Bildungsgänge in der Pflege [...]. Und die sollten dann auch in einer innerstaatlichen Prüfungsordnung geregelt werden und optimalerweise, wie man das dann macht, entweder mit einer Bundesregelung. Da sehe ich eine Schwierigkeit in Bezug auf die Zuständigkeitsbefindlichkeit der Ministerien oder aber über eine ASMK [Arbeits- und Sozialministerkonferenz] verbindliche ASMK-Einigung. Das wollen wir als Standard Prüfungsstandard haben und wir geben jetzt hierzu eine klare gemeinsame Richtlinie und eine gemeinsame Prüfungsordnung raus. Das wäre ganz, ganz hilfreich. Und damit würde man eigentlich niemandem was wegnehmen, weil Vorbereitungskurse ja immer noch in der Hand der einzelnen Träger lägen. Aber man hätte einen ganz klaren Maßstab für eine einheitliche, für einen einheitlichen Abschluss, einen Mindeststandard, den man da erreichen kann.« (EXPO6, Abs. 16)

»Durchlässigkeit auch mal sichtbar machen, weil es gibt ja eine ganze Reihe an Sachen, die schon da sind und die auch wichtig sind und die man auch bundesweit braucht. Und da wäre eine bundesweite Rahmenvereinbarung ein wichtiges Mittel, um auch Durchlässigkeit herstellen zu können, auch außerhalb von Regionen. Und das Thema einheitliche Bezeichnung, staatliche Anerkennung. Das wären so Dinge, wo ich denke, das wäre schon eine ganz wichtige Geschichte.« (EXPO6, Abs. 8)

Um die Pflegenden in die neuen Settings zu integrieren, sind Trainee- oder Mentoringkonzepte erforderlich, die deutlich über das Maß der regulären Einarbeitung hinausgehen. Idealerweise bereiten sie auf eine spätere Spezialisierung und Weiterbildung vor.

»Das eine ist ganz sicher das Thema, was wir schon angesprochen haben, gute bis sehr gute Einarbeitung des Mentoring. Konzepte, um die Leute in die neuen Settings auch zu integrieren. Und das zweite Thema ist natürlich das Thema der Spezialisierung und auch der Weiterbildungen im Anschluss daran. Auch hier gilt das gleiche. Wenn man sich selber ernst nimmt und auch den generalistischen Gedanken ernst nimmt, dann darf man natürlich nicht jetzt hingehen und sagen okay, jetzt mache ich eine pädiatrische Weiterbildung oder ich mach jetzt eine Langzeitweiterbildung. Das ist natürlich Unsinn, sondern ich glaube, hier muss es genau darum gehen, dass man phänomenologisch schaut, was ist typisch für bestimmte Settings oder auch vielleicht settingübergreifend, aber wo ich eben

genau diese Qualifikation weiterentwickeln muss, weil ich sie nicht habe oder nicht der Ausbildung nicht so entwickeln konnte oder nicht gebraucht habe, wie auch immer.« (EXPo5, Abs. 33)

»Es bräuchte eben unbedingt so was wie Traineeprogramme, die den Kolleg*innen erlauben, erst mal, also einerseits Berufserfahrung zu sammeln, andererseits sich vielleicht in verschiedene Bereiche auch einzudenken und einzuarbeiten. Also auch mal verschiedene Bereiche, verschiedene Settings, vielleicht auch zu sehen. Ja, das ist ja in der Regel kein Problem, bei Trägern auch verschiedene Settings abzudecken und damit sozusagen, also mit, immer mit Schwerpunkt auf der praktischen Tätigkeit, dann die Kompetenzen, die hoffentlich im Rahmen eines Studiums erworben worden sind, dann ja erst mal zu überprüfen, ja also was kann ich davon eigentlich brauchen. Es sind ja auch nicht alle Studiengänge gleich und auch nicht gleich sinnvoll. Und dann zu gucken, was gibt es schon. Wie kann ich mich hier einbringen? Und dann sollte es aus meiner Sicht auch relativ schnell zumindest eine gewisse Spezialisierung geben. Damit das nicht zerfasert. Also jetzt meinethwegen auf das Thema Gewalt, nur so als ein Beispiel, und dann brauchen aus meiner Sicht diese Kolleg*innen dann Freiräume. Ja, also sowas wie einen Tag oder einen Nachmittag in der Woche, wo sie sich auch wirklich mal dann Gedanken machen können und Konzepte recherchieren, arbeiten können, ohne gleich wieder einspringen zu müssen. Also das ist ganz wichtig, dann Freiräume zu liefern und dann müssten sie natürlich mit erfahrenen Kolleg*innen zusammenkommen, ja also auch da. Und das ist eben jetzt im Moment ganz schwierig, solange wir jetzt praktisch keine Master oder promovierte Kolleg*innen, zumindest nicht in der Langzeitpflege, haben. Aber die braucht es eben unbedingt. Ja, es muss irgendwie so Zirkel geben, man muss sich irgendwie austauschen und weiterentwickeln können:« (EXPo1, Abs. 8)

Tab. 28: Ergebnisse Sounding Board »Akademisierung« Expert*innenbeirat links/
Fachbeirat des DPR rechts

Relevanz zum Berufsbildungskonzept	CVI*	
Akademisierungsquote	0,71	0,93
Versorgungsqualität	1,0	0,93
Wissenschaftsbasierung	1,0	1,0
Akademisierung in der Praxis	1,0	0,79

Primärqualifizierende Studiengänge	0,95	0,86
Berufsbegleitende Studiengänge	1,0	0,93
*ab einem CVI-Wert von > 0,78 gilt ein Item als angenommen		

Das Item *Akademisierungsquote* wurde von den Expert*innen knapp abgelehnt (0,07 unter 0,78), während alle anderen Items Zustimmung fanden. Befürwortet wurde es von den Befragten des Fachbeirates (vgl. Tab. 28).

Das Thema Akademisierung wird in den Expert*inneninterviews kontrovers dargestellt. Zum einen wird sich die Frage gestellt, ob jetzt wirklich alle beruflich Pflegenden akademisiert werden müssen. Hierbei wird die Gefahr beschrieben, dass die Qualität der beruflichen Pflegebildung unterschätzt und diskreditiert werden könne. Zum anderen wird aber wiederum auf die mangelnde Anschlussfähigkeit und die fehlende Wissenschaftlichkeit der beruflichen Ausbildung von der*m Expert*in hingewiesen.

»Klar kann man sich dann noch diese Frage stellen: Muss jetzt alles akademisiert werden? Diese Diskussion kenne ich natürlich auch. Aber es ist eine sehr, ja einseitige Diskussion in Bezug auf die Qualität akademischer Bildung. Und die misskreditiert meiner Meinung die berufliche Bildung, die jetzt auch oder auch einen sehr hohen Standard eigentlich schon setzt und das ist kein europäisches Problem, weil wir damit ja durch sind wir haben ja diese Richtlinie erfüllt. Von daher ist auch Mobilität gegeben und das ist, das ist ja die Zielstellung gewesen. Ich weiß nicht, warum man jetzt Generationen von Pflegekräften diskreditieren will, indem man sagt, berufliche Ausbildung ist minderwertig, weil das stimmt definitiv nicht. Na ja, vieles was im europäischen Ausland akademisch qualifiziert wird, ist meiner Meinung nach auch, ich hab beruflich, ich habe viele Kontakte, auch innerhalb der EU, gerade im Bereich über familiäre Geschichten, wo ich dann sehe, [...] was kommt denn am Ende dabei raus? Natürlich ist es klar, wenn ich einen Bachelor bezeichne, dann habe ich so einen allgemeinen europäischen Standard. Aber die Unterschiedlichkeit dessen, wie ein Bachelor dann organisiert ist, die wird bei dieser ganzen Diskussion ja komplett ausgeblendet. Und ob damit die Qualität von Pflege wirklich besser wird. (EXP06, Abs. 20)

»Dafür brauchen wir beruflich Qualifizierte im Pflegeberuf, dafür brauchen wir beruflich Qualifizierte, die in den verschiedenen Weiterbildungen aktiv sind. Dafür brauchen wir Laufbahnkonzept für die Pflege, die auch Attraktivität auch für beruflich Qualifizierte darstellt. Dafür brauchen wir aber auch, um auch den Anspruch an Wissenschaftlichkeit und Anschlussfähigkeit international sicherzustellen eine wissenschaftliche Laufbahn, sage ich mal. Und diese wis-

senschaftliche Laufbahn sollte auch Möglichkeiten und Übergänge haben für beruflich qualifizierte, sprich berufsbegleitende Studiengänge in bestimmten Bereichen, um auch dort über diesen Anker, auch den, den die Anzahl an Akademikern in der Pflege zu heben. (EXPo6, Abs. 2)

»Und ja, also ich, ich weiß nicht, aber ich bin weiterhin der Meinung an der, an der vollständigen Akademisierung. Alles andere ist wirklich Stückwerk und wir versuchen hier zu flicken und da zu flicken. Ja, also die, die grundständige Ausbildung muss aus meiner Sicht akademisch sein und es muss eben auch mehr als diese Handvoll Masterstudiengänge geben, die dann auch für klinische Tätigkeiten und klinische Expertise dann qualifizieren. Naja, da hängt ja ganz viel dran. Dazu braucht es natürlich auch neue Gesetze, ganz klar, also wenn wir über Heilkundeübertragung reden und so was, ja, das ist ja, das ist ja nirgendwo in Stein gemeißelt, dass, dass Pflegenden, die die Expertise haben, das nicht übernehmen können.« (EXPo1, Abs. 26)

»Pflege ist gesellschaftlich relevant und demnach ist auch die Gesellschaft in der Pflicht, Akademisierung in der Pflege zu unterstützen. Deutlich wird auch, dass in Deutschland mit der Dualität von beruflicher und hochschulischer Ausbildung eine Konkurrenz geschaffen wurde, der dem hochschulischen Weg weniger Durchsetzungskraft verschaffen wird.

Und die Gesellschaft muss dafür Bildungswege kreieren und Geld rausrücken. Und der Zweig der Akademisierung, glaube ich, der wird wichtig sein, aber der wird immer der kleinere Zweig sein. Wenn wir uns in 20 Jahren wieder sprechen und wir werden dann bei 20 Prozent akademisierte Pflegenden, wäre ich total zufrieden und gut. Mehr Hoffnung habe ich nicht. (EXPo2, Abs. 46)

»Mit der Akademisierung wird die Hoffnung verbunden, in Bezug auf Interprofessionalität eine bessere Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen zu erreichen, da diese Kompetenzen in der hochschulischen Bildung bereits angebahnt werden.

Da wird natürlich die Akademisierung auch helfen. Akademische Berufe haben per se aus meiner Sicht geringere Hürden in der Zusammenarbeit, weil die sich nicht ganz so stark abgrenzen, weil die Studiengänge insgesamt ja fast alle generalistischer sind als die Fachschul-Ausbildung. Das ist auch die Generalistik. In den Hochschulen ist es kein Problem. Generalistik ist Hochschule, aber in Fachschulen ist es ein Problem. Die, die tun sich schwer, weil die noch nie generalistisch waren.« (EXPo2, Abs. 80)

Als Haupthinderungsgrund für die Emanzipation in der Pflege wird in einer Freitextantwort aus dem Expert*innen-Sounding Board »das berufliche Selbstverständnis und die hierarchischen Strukturen in deutschen Kliniken« genannt.

Tab. 29: Ergebnisse Sounding Board »Rollenprofile« Expert*innenbeirat links/Fachbeirat des DPR rechts

Relevanz zum Berufsbildungskonzept	CVI*	
Advanced Nursing Practice/Nurse Practitioner	0,95	0,79
Health Community Nursing	0,90	0,86
School Nursing	0,80	0,86
Erweiterte Kompetenzen	0,90	1,0
Heilkundliche Tätigkeiten	0,95	0,86
Vorbehaltene Tätigkeiten	0,95	1,0
*ab einem CVI-Wert von > 0,78 gilt ein Item als angenommen		

Die Relevanz der Rollenprofile für das Berufsbildungskonzept wird von beiden Sounding Board Gruppen unterstrichen (vgl. Tab. 29).

In den Expert*inneninterviews wird im Hinblick auf die Heilkundeübertragung das Problem geschildert, dass diese zwar mittlerweile innerhalb der akademischen Ausbildung durch entsprechende Module vorbereitet wird. Unklar aber bleiben die konkreten Anforderungen bezüglich der zeitlichen und inhaltlichen curricularen Einbindung an den einzelnen Hochschulen, wodurch erneute Anerkennungs- und Durchlässigkeitsprobleme produziert werden.

»Genau, die Entwicklung, ich spreche jetzt mal ausschließlich für, für das Pflegestudium, ist, dass wir im Moment Pflegestudiengänge haben zwischen sechs und acht Semestern. Also von der Dauer her. Wir haben jetzt mit dem Pflegestudiumstärkungsgesetz erstmalig die Heilkunde-Übertragung gesetzlich geregelt, also zumindest für die drei ersten Module zuzüglich des Grundlagenmoduls. So, ne und auch hier gibt es keinerlei Richtlinie, wie das umzusetzen ist. Auch hier, das ist jetzt nur, das ist nichts Repräsentatives, ne, das ist einfach nur, was ich so in Gesprächen mitgekriegt habe, ne, andere sagen, ich presse das in diese sechs Semester noch rein. Andere Hochschulen sagen, wir bleiben bei den sieben Semestern. Wir in [Stadt] werden von sieben auf acht Semester ansteigen, weil wir sagen, diese zusätzlichen Kompetenzen kriegen wir nicht noch, so. Das heißt, wir haben sozusagen völlig unterschiedliche Zeiten, die da hinterlegt werden. Und ich glaube, dass das früher oder später zu Anerkennungsproblemen kommen wird. Ja, also wenn wir jetzt uns mal die, die Richtlinie angucken mit diesen, also die EU-Richtlinie zur Pflegeausbildung. Ja, wenn man da die Mindeststundenzahl mal sich an-

guckt und dann jetzt noch die Heilkunde da mit reinnimmt, das, weiß ich nicht, wie das andere Hochschulen hinkriegen. Also ich glaube, wir brauchen eine bundeseinheitliche Regelung. Wir brauchen einen bundeseinheitlichen Rahmenlehrplan. Ich weiß, damit meine ich nicht unbedingt an den Hochschulen, weil Freiheit der Forschung und Lehre, das vertrete ich auch in großen Zügen. Aber wir haben zum Beispiel jetzt große Probleme mit, ich ziehe um und gehe von einer Hochschule an die andere, weil wir im Grunde genommen, also wir haben konkret den Fall, ne, dass jemand aus einem anderen Bundesland kam und der war dort im vierten Semester und der kann, konnte hier nur ins zweite Semester einsteigen, weil wir das andere nicht anerkennen konnten, weil wir keine adäquaten Module hatten.« (EXPO3, Abs. 28)

Bei der Entwicklung der neuen Rollenprofile erhoffen sich die Expert*innen, dass Deutschland sich an anderen (europäischen) Ländern orientiert und die Anschlussfähigkeit im Auge behält, wie eine Freitextantwort aus dem Sounding Board zeigt.

»[...] Die Rollenprofile sollten vor diesem Hintergrund entwickelt und mit Bezeichnungen versehen werden, die im deutschen (gerne auch im europäischen) Bildungskontext anschlussfähig sind. Die derzeitige Situation ist mit ›heiterem Berufebasteln bei freier Assoziation‹ noch positiv beschrieben.«

Neue Rollenprofile bieten die Chance, verschiedene Versorgungssettings der beruflichen Pflege sichtbarer und attraktiver zu machen und spezialisierte Rollen und Profile ausüben und stärken zu können, statt durch den vermehrten Einsatz von Assistenzberufen die Qualität der pflegerischen Versorgung abzusinken und Deprofessionalisierungstendenzen zu unterstützen.

»[W]ie kann es gelingen, Pflegende für die naja für die Nicht-Krankenhauspflege zu begeistern. Und auch da würde ich sagen, braucht es unbedingt dort auch Angebote an Möglichkeiten zur erweiterten Pflegepraxis, die ja in der Langzeitpflege aus meiner Sicht eigentlich viel einfacher zu realisieren ist als im Krankenhaus. Ja, wo Pflege ja tatsächlich im Vordergrund steht und vielleicht nicht medizinische Versorgung. [...] Dann kann es eben nicht heißen, dass wir mehr, mehr Assistenzpersonal einstellen und die, die Pflegefachpersonen dann aber tatsächlich nur noch die Dokumentationen machen oder sich nur noch mit den Medikamenten beschäftigen, sondern dann brauchen sie auch unbedingt Menschen, die die auf einem erweiterten Niveau dann solche, solche Konzepte dann dort einführen. Und also ich sehe sicherlich in der, in der Langzeitpflege, ja also die jetzt Demenz, kognitive Einschränkungen bietet sich an, Gewalt aus meiner Sicht auch, aber natürlich gibt es, gibt es noch jede Menge andere Rollen. Also wenn wir uns, wenn wir uns mit Mobilität befassen, mit Kommunikation, Ernährung, Wunden. Ja, das sind alles Rollen, die naja diese spezifische Expertise brauchen und ja man kann das vielleicht auch zusammenfassen in gewisser Weise. Aber all diese, diese

Aspekte braucht es und das kann aus meiner Sicht jetzt auch kein, kein Manager oder noch mehr QM irgendwie erreichen. Dafür brauchen wir wirklich irgendwie tatsächlich klinische Pflegeexpertise.« (EXPO1, Abs. 2–4)

Im Rahmen pflegefachlicher Anforderungen und der Befähigung zur Ausübung erweiterter heilkundlicher Aufgaben werden in den Expert*inneninterviews vor allem die arztfernen Settings als die Bereiche mit den größten Effekten identifiziert. Dabei werden auch Settings und Handlungsfelder der Pflege berücksichtigt, die nicht im unmittelbaren Fokus der aktuellen Diskussion stehen. Sie bieten ebenfalls ein großes Potenzial für den Einsatz von Pflegeexpert*innen, erweitern die Reichweite der Handlungsfelder auf Prävention und Gesundheitsförderung und können somit die Sichtbarkeit der beruflichen Pflege in der Gesellschaft verändern.

»Was mir im Bereich des Public Health noch so ein bisschen fehlt, ist dieses Pflegefachperson in Betriebe hineinzubringen. Also tatsächlich als occupational health nurse. Was ja so oft der Betriebsarzt nur ist. Wo ich aber tatsächlich die Pflegefachpersonen dort vor Ort noch stärker in die Prävention sehen, in der Prävention sehen würde und auch tatsächlich ja der Vermeidung von Arbeitserkrankungen und auch Kontrolle von Arbeitsplätzen oder ähnliches. Also ich sehe das tatsächlich, dass Pflegefachpersonen eine große und wichtige Rolle übernehmen können und ich sehe es halt auch, dass es im Ausland möglich ist. Und gerade betriebliches Gesundheitsmanagement oder ähnliches, glaube ich, können Pflegefachpersonen da viel Expertise mit reinbringen. Was wir aber noch sehr wenig als Berufsfeld wahrnehmen.« (EXPO4, Abs. 42)

Auch in Institutionen der Allgemeinbildung wird ein wichtiges Handlungsfeld der beruflichen Pflege beispielsweise im Rahmen von School Nursing oder anderen Bildungsangeboten identifiziert und die Notwendigkeit von lebenslangem Gesundheitslernen hervorgehoben.

»Ja, in der Allgemeinbildung, denke ich, sind ja viele Ansatzpunkte über Ernährung, Gesundheit usw. durchaus gegeben. Biologie, Ernährungslehre, das sind jetzt nicht unbedingt die Fächer, die einen unmittelbaren Pflegebezug haben, aber ich finde, das braucht es auch nicht unbedingt. Was ich in der Allgemeinbildung insgesamt gut fände, um auch stärker auf berufliche Bildung hinzuführen, wären lebenspraktische Sachen. Zum Beispiel, dass man Erste-Hilfe-Kurs verpflichtend an einer Schule auch mal anbietet oder als Projektwoche oder so, dass man wirklich Jugendliche auch stärker mit ja mitnimmt in diese, in diese Welt, die eigentlich ja nachher auch jeden betrifft. Also jeder der einen Führerschein macht, muss einen Erste-Hilfe-Kurs machen. Warum kann man nicht auch an einer Schule sein? Ich kenne so ein paar Modellversuche, wo das gemacht wird und wo die Jugendlichen auch durchaus positive Feedbacks geben zu diesem Thema.« (EXPO6, Abs. 24)

Es wird wichtig sein, die Sichtbarkeit der Pflegeberufe zu erhöhen, neue Karrierewege aufzuzeigen und Auszubildende sowie Studierende frühzeitig mit möglichen Spezialisierungsmöglichkeiten vertraut zu machen, um ihnen langfristige berufliche Optionen aufzuzeigen. Darüber hinaus muss die Sichtbarkeit der Pflege in der Gesellschaft erhöht werden.

»Also zum einen könnte man halt in der Ausbildung schon ansetzen. Also ich meine, in allgemeinbildenden Schulen wird es ja auch gemacht, dass man dann irgendwann sagt, so wir haben hier heute unseren Berufe-Tag und dann kommen verschiedene Berufe. In Pflegeschulen könnte man das genauso machen, dass man sagt, heute kommt verschiedene Expert*innen, dann kommt halt eine psychiatrisch ausgebildete Pflegefachperson, dann kommt halt ja oder, oder dann erzählt die Pflegepädagogin auch selber mal über ihren Werdegang, dann hat man noch jemand aus einem onkologischen Bereich mit drinnen, dann hat man vielleicht ja auch mal so verrückte Sachen, wie jemand, der in einer Justizanstalt arbeitet oder ähnliches. Also, da gäbe es ja eigentlich viele Möglichkeiten und unser Beruf ist ja wahnsinnig vielfältig, wo es um durchaus spannende Wege geht, um das einfach mal vorzustellen. Das Ganze könnte man dann natürlich auch in Messen einbauen. Und natürlich, für, für Arbeitgeber ist es natürlich schwierig, so was einzurichten, weil das natürlich dann auch dazu führen könnte dann, dass man die Pflegefachpersonen verliert. Andererseits habe ich das tatsächlich auch im Ausland erlebt, dass es da tatsächlich eine sehr große Vielfalt gibt an Pflegefachpersonen, die sehr unterschiedliche Masterstudiengänge machen und trotzdem noch alle praktisch in der Versorgung von Pflegebedürftigen tätig sind. Und auch das ist ja trotzdem was, was man mal mit heranziehen könnte. Diese Frage, welche Expertise braucht man alles in der Praxis, dass man sagt, ist es vielleicht sinnvoll, wenn jeder auf einer Station oder wenn es auf jeder Station eine Person gibt, die eine Palliativweiterbildung hat? Weil auf jeder Station wird jemand sterben. Welche Fachweiterbildungen sind sinnvoll und das vielleicht viel stärker vorzustellen? Und ich glaube schon, dass da Arbeitgeber auch was machen könnten, auch wenn sie natürlich das in ihrem Rahmen machen, so dass dann im Endeffekt nicht alle irgendwie den Arbeitgeber plötzlich wechseln. (EXPO4, Abs. 34)

Eduktion, Beratung und Empowerment werden im Tätigkeitsprofil der neuen Rollen eine wichtige Rolle spielen. Dabei sind nicht nur Pflegeexpert*innen in der Pflicht, sondern auch alle anderen Berufsangehörigen. Aufgrund der thematischen Vielfalt werden aber auch hier Spezialisierungen notwendig sein.

»Ich glaube, das würde die Sache zu sehr verschachteln, weil wir ja eigentlich, das können wir eigentlich schon, so. Also ich würde tatsächlich sagen, wir, wir lernen anleiten und beraten bei Patienten. Das ist bei Angehörigen genauso. Also, würde ich, da sind wir jetzt auch wieder bei dem Thema, ob man nicht sagen würde,

dass jede Pflegefachperson, die in diesem Bereich lehren, überhaupt regelmäßig weiterbilden und sich weiterqualifizieren sollte. Aber definitiv würde ich es schwierig finden, wenn man sagt, man schafft da nochmal erneute Spezialisten, weil es ja einfach viele Pflegetätigkeiten gibt, wo es schon mit eingebunden ist, sei es jetzt die Diabetesberatung, sei es die Rolle der Community Health Nurse oder auch die Rolle der Schulgesundheitspflege, wo ja schon ganz klar mit einbezogen wird, dass man auch nicht-pflegerische Personen anleiten, beraten, schulen muss.« (EXPO4, Abs. 40)

Tab. 30: Ergebnisse Sounding Board »Theorie-Praxis-Transfer« Expert*innenbeirat links/
Fachbeirat des DPR rechts

Relevanz zum Berufsbildungskonzept	CVI*	
Neue Lehr-/Lernformate	0,90	0,86
Akademisierung in der Praxis	0,95	0,93
Pflegeforschung	1,0	0,93
Kooperation Lernort Schule und Praxiseinrichtung	1,0	1,0
Forschendes und praxisbezogenes Lernen in kollaborativen Lernsettings	1,0	1,0
Praxisbezüge im Hochschulstudium	1,0	1,0
Pflegebildung/Pflegedidaktik	1,0	0,93
*ab einem CVI-Wert von > 0,78 gilt ein Item als angenommen		

Dem Theorie-Praxis-Transfer wird in beiden Sounding Boards eine sehr große Rolle beigemessen (vgl. Tab. 30).

In den Expert*inneninterviews wird erneut eine Forschungsagenda zum Thema Pflege- und Gesundheitsberufsbildungsforschung gewünscht, um die Professionalisierung der Pflege auch hier ein Stück voranzubringen.

»Eigentlich bräuchten wir ein regelrechtes Forschungsprogramm, eine Agenda, Pflege Bildungsforschung oder am besten Pflege- und Gesundheits-Berufsbildungsforschung. Wenn da tatsächlich eine offene Ausschreibung ist oder zunächst eine Art Agenda Setting, was müssen wir wirklich? Welche Themenfelder müssen wir bearbeiten und daraufhin dann ermöglichen, dass Forschung

betrieben wird, bei der auch Nachwuchskräfte herangeführt werden können und nicht der, der das billigste Angebot macht.« (EXPO7, Abs. 12)

Um den Theorie-Praxis-Transfer sinnvoll, attraktiv und mit guten pädagogisch-didaktischen Konzepten durchführen zu können, werden gute Skillslabkonzepte und deutlich mehr praktische Übungen am dritten Lernort gewünscht, bevor die angehenden Pflegefachpersonen erste pflegerische Erfahrungen mit realen Pflegebedürftigen machen dürfen.

»Wir brauchen sehr gute Skillslabs, wir brauchen sehr gute pädagogisch didaktische Konzepte dafür, wir brauchen wesentlich mehr praktischen Unterricht, der nicht in der Praxis stattfindet. Wenn Sie sich mal angucken, wie Handwerker, ich sag mal Tischler, was lernen die und wie wir? Also wir haben viel zu viel, lernen die am Patienten das, also die armen Patienten, die wissen das ja zum Glück nicht. Aber eigentlich darf man das, das schreibe ich jedenfalls überall rein, darf nichts am Patienten gemacht werden, was nicht im Skillslab trainiert würde, mit 5 Prozent Skillslab, das ist so dermaßen deplatziert. Ich wäre dafür, dass man die, die praktische Ausbildung auf 1.000 Stunden kürzt und oder weniger 800 von mir aus in der Praxis und den Rest in Skillslabs. Und da ordentliche Konzepte entwickelt und richtig gute didaktisch hinterlegte Handlungskonzepte. Wir versuchen das im Studiengang auch. Wir haben ja primär qualifizierende mit [Stadt] und das ist der Bereich, der uns fast am meisten beschäftigt, weil der eigentlich am allerschwierigsten zu gestalten ist. Und hier muss was rausgeholt werden.« (EXPO2, Abs. 16)

Die Befragten betonen auch, dass die Skillslab-Konzepte für den dritten Lernort anspruchsvoll sein müssen und dass die Umsetzung in anderen Ländern durchaus als Vorbild dienen kann.

»Ich glaube, warum ich da noch mal drauf anspringe ist, wir müssen den halt auch besser konzipieren. Im Moment sehe ich da echt so lahme Skillslabs, wo irgendwie eine tote Puppe drinliegt und das war es. Das meine ich alles nicht. Und das, da können wir auch aus anderen Berufen lernen. Wir brauchen richtige. Wenn Sie mal nach Großbritannien gehen und sich die Skillslabs, sie sind ein, eine Abteilung des Krankenhauses ist eine Skillslab-Abteilung. Das ist eine ganze Abteilung. Die sieht genauso aus wie der Rest des Krankenhauses. Da liegen schon lauter Schauspieler*innen drin. Und ich hab's mir ja angeguckt. Und ich muss sagen, was die aus dem dritten Lernort machen. Das hat mit dem, was wir hier diskutieren, überhaupt nichts zu tun. So weit weg und so hoch professionalisiert ist das. Natürlich können die dann mit Patienten arbeiten, nämlich viel besser, weil sie es viel konzentrierter gelernt haben. Also, wenn, wenn sie das richtig mal mit Videoüberwachung lernen, wie kommuniziere ich mit jemandem, der eine starke Demenz hat? Ja, das lernen sie dann, während sie das in der Praxis hundertmal falsch machen und noch nicht mal einer nur korrigiert. Sie lernen es einfach weiter so, also

das, also das muss man auch politisch erklären. Es geht nicht darum, die Praxis runterzufahren, sondern die Praxis konzentriert an einem anderen Ort zu lernen.« (EXPO2, Abs. 66)

Am Lernort Praxis liegt die Hauptverantwortung für die Anleitung bei den Praxisanleiter*innen, jedoch sollten alle Pflegefachpersonen in der Lage sein, neben der edukativen Begleitung von Pflegebedürftigen und Angehörigen auch Studierende und Auszubildende in der Praxis zu unterstützen. Alle Mitglieder des pflegerischen Teams benötigen ein gewisses Maß an pädagogischen Kompetenzen und Wissen über edukative Interventionsformen (Information, Beratung, Anleitung, Schulung) im Pflegeprozess sowie über Lehr-Lernprozesse und aktuelle Ausbildungsstrukturen und -anforderungen. Der Erwerb dieser Kompetenzen könnte die Attraktivität der Pflegeberufe erhöhen.

»Naja, gut, ich meine, es ist ja, also natürlich, wenn man, wenn man das Idealbild sieht, ist es natürlich die größte Herausforderung für die Praxisanleiter. Aber ich meine, wenn man es natürlich realistisch betrachtet, sind natürlich auch ganz viele Auszubildende nicht nur mit Praxisanleitenden unterwegs, sondern halt auch mit ja examiniertem Pflegepersonal, was ja auch okay ist, solange diese 10 Prozent Praxisanleiter-Zeit zusammenkommen. Und natürlich auch die müssen ja darauf vorbereitet werden. Also ich finde ja im Prinzip Auszubildende auf der Station zu haben, ist ja im Prinzip eigentlich immer eine Teamarbeit, so da spielt eine Stationsleitung genauso rein wie jeder Einzelne. Die Praxisanleiter, die da halt auch mal einen genaueren Blick draufhaben. Also da, da müsste schon das ganze Team informiert sein. Und im Prinzip ist es daher auch notwendig, dass die komplette Berufsgruppe weiß, wie werden denn meine zukünftigen Kolleginnen aktuell ausgebildet.« (EXPO4, Abs. 8)

»Ich denke, was helfen würde, wäre das Verständnis, dass jede Pflegefachperson einen Lehrauftrag hat, dass das eigentlich mit unserer Tätigkeit an sich verknüpft ist. Also im Prinzip ist es das ja. In Bezug auf den Patienten mag man das vielleicht verstehen, dass ich sage, ich muss den Patienten dazu anleiten und dazu lehren, sich selber gesund zu verhalten oder sein, keine Ahnung, ein gebrochenes Bein jetzt gerade entsprechend zu schonen und ähnliches. Aber das ist uns noch nicht so bewusst, wenn es um andere Kollegen geht, dass wir da im Prinzip den gleichen Auftrag haben, sei es jetzt jemand, der neu im Unternehmen ist, sei es der Auszubildende, sei es der Studierende oder sei es vielleicht auch die stellvertretende Stationsleitung, die jetzt von der Stationsleitung angelernt werden muss, weil sie halt einfach neu in dieser Rolle ist. Und das ist halt, denke ich, einfach was, was wir alle als Pflegefachpersonen begreifen müssen, dass Pflege automatisch auch Lehrauftrag hat. Und das wäre vielleicht tatsächlich auch mal eine Option, um den Beruf ja auch mit attraktiver zu machen, wenn

man sagt, ja Pflege heißt übrigens auch Lehren und andere Leute schulen und das in ganz unterschiedlichen Bereichen.« (EXPO4, Abs. 14)

Tab. 31: Ergebnisse Sounding Board »Berufspolitik« Expert*innenbeirat links/Fachbeirat des DPR rechts

Relevanz zum Berufsbildungskonzept	CVI*	
(Berufs-)Politische Bildung	0,95	1,0
Interessenvertretung	0,95	1,0
Politische Partizipation	1,0	1,0
Pflegehistorische Bildung	0,80	0,71
Gesellschaftliche Anerkennung/Berufsimago	0,75	1,0
Berufsautonomie	0,90	1,0
Emanzipation, Mündigkeit und Professionalisierung	0,95	1,0
*ab einem CVI-Wert von > 0,78 gilt ein Item als angenommen		

Das Item *Gesellschaftliche Anerkennung/Berufsimago* wurde durch das Expert*innen Sounding Board und das Item *Pflegehistorische Bildung* durch den Fachbeirat des DPR abgelehnt. Die anderen Items wurden klar angenommen (vgl. Tab. 31). Hier ist zu vermuten, dass die Hintergrundinformationen zum Berufsbildungskonzept fehlten oder die Zusammenhänge mit dem Item *Berufspolitische Bildung* und *Berufsautonomie* anders interpretiert wurden.

Es wird ersichtlich, dass der Pflegeprofession nicht nur eine angemessene gesellschaftliche Anerkennung fehlt, sondern dass sie im interprofessionellen Diskurs der Gesundheitsberufe wiederholt ins Abseits gerät. Der nachfolgende Auszug aus einem Expert*inneninterview verdeutlicht die Rolle der Pflegeprofession im Vergleich zur ärztlichen Profession und beschreibt ein Zukunftsszenario mit charakteristischer Aufgabenverteilung:

»Ich sehe damit, dass wir eine Berufsgruppe sind, die sehr stark gebraucht werden wird und in Zukunft noch stärker gebraucht werden wird. Und ich finde das sehr faszinierend. [...] Und nicht nur, dass die Pflege-Profession oft vergessen wird, sondern das Pflegeproblem wird auch vergessen, also tatsächlich das Problem der Pflegebedürftigkeit, was der demografische Wandel viel stärker mit sich bringt als

die medizinischen Probleme, die auftreten werden. Also für mich ist es ganz klar, dass wir viel größere und stärkere Probleme damit haben, dass wir noch mehr Menschen haben werden, die pflegebedürftig sein werden und selbstverständlich so lange, wie man das irgendwie mit Gesundheitsförderung und Prävention aufschieben kann. Irgendwann wird es jeder von uns werden und da sehe ich die medizinischen Herausforderungen gar nicht so stark, weil eine Tablette kann man immer nehmen, man kann auch mal für eine Woche ins Krankenhaus, da kann man was operieren und dann ist wieder gut. Aber danach ist vielleicht die Pflegebedürftigkeit auch wieder stärker. Und das ist halt einfach was, wo wir als Pflegefachpersonen gebraucht werden, auch in Bezug auf pflegende Angehörige. Dass ich halt einfach sagen muss, die brauchen eine kompetente Anleitung, weil sie sich selber sonst auch nur zunehmend in die Pflegebedürftigkeit bewegen, weil sie nicht die Pflege für sich selber so schonend verrichten können. Und da braucht es uns einfach.« (EXPo4, Abs. 38)

Schwierige Rahmenbedingungen, mit denen die Berufsgruppe der Pflege in den Versorgungsinstitutionen konfrontiert wird, wie mangelnde Lobby und minimales Mitspracherecht werden auf den mangelnden Organisationsgrad der Pflegenden zurückgeführt und sind verbunden mit einer Stagnation in Professionalisierungs- und Akademisierungsbestrebungen.

»Die Bedingungen sind schwierig, ja die, also wenn wir jetzt ins Krankenhaus, wenn ich ans Krankenhaus denke, diese wahnsinnige Krankenhausorientierung und des Systems, dass, da fließen so viel Ressourcen rein und eben auch Pflegeressourcen, die ganz woanders zur Verfügung stehen könnten. Das, das scheint mir ein ganz, ganz wichtiger Punkt zu sein, gerade wenn wir erweiterte Pflegepraxis denken. Sicherlich ist das Ganze, ist jetzt auch unser Solidarsystem mit den, mit den Kassen, die jetzt auch ihre eigene Agenda fahren, auch nicht hilfreich. Pflegende haben wenig Lobby, wenig Mitspracherecht. Das ist natürlich auch selbstgemacht, ja wenn man sieht, wie viele tatsächlich organisiert sind. Und wenn man sieht, was, haben Sie ja selber erlebt, was mit den Pflegekammern dann passiert. Ja es ist ja Wahnsinn und überhaupt nicht nachvollziehbar. Ja, aus meiner Sicht ist eben auch diese berufliche, dieser Fokus auf die berufliche Ausbildung, die ja natürlich auch mit Klauen oder wie sagt man mit Zähnen und Klauen verteidigt wird. Das ist ja eben, das ist natürlich, denn wenn wir es nicht schaffen, nicht mal 5 Prozent akademisch auszubilden, dann liegt das natürlich auch daran, dass diejenigen, die beruflich ausbilden, naja auch nicht immer großes Interesse daran haben, dass es jetzt aufhört.« (EXPo1, Abs. 32)

Solange die Pflege keine bundeseinheitliche Berufsvertretung hat, ist jede einzelne Pflegeperson in der Pflicht, die eigene Berufsgruppe nach außen zu vertreten.

»Solange wir die politischen Vertretungen nicht haben, ist jeder und jeder von uns verantwortlich. Natürlich die, die die Berufsgruppe nach außen vertreten, mehr. Also zum Beispiel eine Professorin für Pflegewissenschaft muss ran. Ich würde mir auch wünschen, dass das alle meine Kollegen tun und sich nicht nur in irgendwelchen Forschungsprojekten, ich sage es etwas despektierlich, verziehen. Das können wir uns eigentlich nicht leisten. Wir brauchen uns auch gesellschaftlich in einer extrem hohen Präsenz.« (EXPO2, Abs. 50)

In einer organisierten Pflege läge ein großes Machtpotential, das von den Pflegenden zum Teil unterschätzt oder wenig genutzt wird, aber das Selbstbewusstsein beruflich Pflegender stärken könnte.

»Also die Pflegekammer wäre natürlich immer das optimale, der optimale Vorschlag. Ansonsten muss ich ja auch immer sagen, ich meine, wir sind als Pflegefachpersonen ja auch einfach in so einer Machtposition in gewisser Weise, die leider noch nicht alle Pflegefachpersonen sehen, aber wo man dann vielleicht auch sagen kann, so ein bisschen der Markt regelt das. Also wenn ich sage, der Arbeitgeber gewährleistet mir nicht meine Fortbildung, die ich brauche und die ich haben möchte, dann gehe ich woanders hin. Das Problem ist halt, dass dieses Selbstbewusstsein uns als Pflegefachpersonen oft noch fehlt.« (EXPO4, Abs. 36)

Eine eigenständige Berufsvertretung wird daher, neben dem Kompetenzerwerb zur Ausübung vorbehaltener pflegerischer Aufgaben, auch als ein wichtiges Merkmal der Professionalisierung gekennzeichnet. Denn beruflich Pflegende können nicht erwarten, dass die Probleme der eigenen Berufsgruppe von außen gelöst werden.

»Na ja, professionalisieren ist der Weg, professionalisieren auf zwei verschiedenen Ebenen. Einmal Bildung mit anschließender Kompetenzerweiterung. Ja, dass man einfach klar sagt, was, was macht denn Pflege eigentlich? Dass wir eine eigene Diagnostik machen, eine eigene Intervention, dass man sich da auch von den Begrifflichkeiten her so aufstellt, dass es eben nicht so diesen Touch von, das kann ja eh jeder, hat, ne. Und der zweite Punkt ist einfach eine berufspolitische Organisation. Ne, also wir haben Organisationsgrad, der verschwindend gering ist in den Berufsverbänden, gegen die Pflegekammern. [...] Also da ist innerhalb des Pflegeberufes einfach so wenig Bereitschaft da, sich zu entwickeln oder sich zu engagieren. Das, das muss sich ändern. Und das, das ist eben das, was ich vorhin sagte, ne. Für viele passt es vielleicht gerade nicht, weil Beruf, weil Familie oder so im Vordergrund steht. Das ist alles nachvollziehbar. Aber zu warten, dass jemand von außen kommt und etwas für uns tut, das ist ein Irrtum. Das wird nicht passieren« (EXPO3, Abs. 48)

Die politische Fremdbestimmung durch Behörden oder Institutionen, die nicht originär von beruflich Pflegenden geleitet werden, kann nur durch eine eigene berufsständische Vertretung aufgelöst werden.

»Aber wäre ja prinzipiell aus meiner Sicht, solange wir jetzt keine Kammern haben, solange es keine Bundespflegekammer gibt. Das wäre natürlich eine Struktur, wo man sagen kann, da werden solche Abschlüsse koordiniert und ich mein, so wie das ja im Ausland auch ist. Ja, in Großbritannien ist es ja so und aber ich, also ich sehe jetzt nicht, dass das über die Gesundheits- oder Sozial- oder Bildungsministerien in den Ländern geht, sondern das geht aus meiner Sicht nur über eine starke berufliche Selbstverwaltung und oder Selbstorganisation oder Professionsvertretung, wie auch immer man das denn nennen mag. [...] Wenn es gelingt, jetzt eine, eine Bundespflegekammer mit, mit einheitlichen Zertifizierungen und Registrierungsprinzipien zu haben und dann kann man das natürlich machen aus meiner Sicht, dann sticht es hoffentlich die Ministerien aus.« (EXP01, Abs. 10)

Dafür bedarf es einer verstärkten Etablierung (berufs-)politischer Bildung innerhalb der Berufsgruppe und mehr Informationskampagnen, um die Pflegenden mitzunehmen.

»Also ich kann die Diskussion um Pflegekammern und warum ich da einen Beitrag leisten soll, war ja hier in [Bundesland] relativ hoch und da merkt man auch das viele Diskussionen, die so geführt werden, an den eigentlichen, an der Mehrheit der Beschäftigten sehr stark vorbeigeführt werden und die sich nicht mitgenommen fühlen. Das finde ich kritisch. (EXP06, Abs. 28)

6.2.9 Implikationen für das Bildungskonzept

Professionalisierung ist eines der zentralen Anliegen des BAPID-Bildungskonzeptes. Herausgearbeitet und betont wurde die Rolle der durchlässigen Bildungspfade und der an Lebenswegen und individuellen Berufsbiografien ausgerichteten Laufbahnkonzepte im neuen Pflegebildungskonzept, aber auch die bisher lokal-provinzielle Tendenz zu deprofessionalisierenden Sonderregelungen in der bisherigen deutschen Pflegebildung. Internationale Konkurrenz- und Leistungsfähigkeit wäre die professionelle Vision für eine Pflegebildung und Pflegepraxis im kommenden 21. Jahrhundert.

Mit Blick auf die Diskursarten sollte auch die künftig akademisch geführte Pflege Landschaft in Deutschland eine professionelle Eigenvertretung erhalten, ähnlich wie Medizin, Zahnmedizin und Psychotherapie.

Professionelle Anliegen bilden die Wirksamkeit von Pflegenden mit erweiterten Kompetenzen an Allgemeinbildenden Schulen/an Förderschulen/an Kindertagesstätten und Krippen. Das sogenannte School Nursing wird nach seiner Implementie-

rung in Deutschland sehr schnell Familien bzw. familienähnliche Gemeinschaften und soziale Einrichtungen ohne Gesundheitspersonalkompetenzen erheblich entlasten und lebenslange Lernprozesse zur Ausprägung von angemessener Gesundheitskompetenz anstoßen. Insgesamt wird die Pflege durch das School Nursing als professionelle Berufsgruppe gesellschaftlich sichtbarer, nahbarer und auch kompetenter. Unmittelbare Auswirkungen haben die Befunde auf die weitere Spezialisierung von Pflege, die nicht in eine beliebige »Berufe-Bastelei« einmünden darf. Durch einen klaren Rahmen in Form eines Bundesgesetzes wird die Profilbildung der APN im Bereich der Speziellen Bildung als zusätzlich erwerbbarer Kompetenzen liegen und damit den Gestaltungsbedingungen im Gesundheitswesen zu entsprechen wissen.

Die systematische Förderung bundesweiter Pflegeforschungsstrategien sollte im Hinblick auf die Relevanz für das pflegerische Handlungsfeld möglichst auch zum Ausbau von universitären und hochschulischen Standorten mit speziellen Forschungsthemen führen, aber auch in der Anbindung an die Professionsausbildung Pflege bestehen. Solche Pflegeforschungszentren sind an den akademischen Aus- und Weiterbildungsstandorten der Pflege bisher kaum vorhanden. Eine wirksame Theorie-Praxis-Verzahnung bildet die zentrale Klammer und sorgt für einen effektiven Transfer der wissenschaftlich gewonnenen Erkenntnisse.

Professionalisierung wird als Teil einer kontinuierlichen Qualifizierung verstanden und die Teilhabe daran setzt eine fundierte pflegepolitische und pflegeliterarische Bildung voraus, die weder bei Hochschullehrenden noch bei Lehrenden und Pflegenden ausreichend entwickelt ist.

Um im interprofessionellen Diskurs nicht ins Abseits zu geraten, ist es wichtig die interprofessionelle Kompetenz nicht nur zu fördern, sondern die interprofessionelle Zusammenarbeit aktiv einzufordern und zu gestalten. Dabei wird die Akademisierung als Schlüssel zur Interprofessionalität gesehen, um eine bessere Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen zu erreichen, da diese Kompetenzen bereits in der Hochschulausbildung angebahnt werden.

Pflege wird ihre Wirksamkeit maßgeblich im Bereich der Edukation finden und in der Schulung, Beratung und dem Empowerment zentrale Handlungsverständnisse hervorbringen, die das professionelle Pflegeverständnis von morgen maßgeblich prägen werden.

BAPID sieht sich eng verbunden mit der globalen internationalen Pflegeprofession und der globalen Pflegebildungslandschaft.

6.3 Digitalisierung

Digitalisierung kann auf zwei verschiedene Arten definiert werden. Aus technischer Sicht versteht man unter Digitalisierung die Umwandlung analoger Größen in di-

gitale Werte. Die allgemeinere und gesellschaftlich gebräuchlichere Definition beschreibt den aktuellen, fortschrittsinduzierten Wandel in der Wirtschaft und in allen Lebensbereichen (vgl. Zeyer-GlioZZo, 2022).

Der heute weit verbreitete Begriff digital stammt bereits aus den späten 1930er/frühen 1940er Jahren, als die ersten Computer digital, d.h. mit dem Binärsystem 1 und 0 rechneten. Kurze Zeit später entstand durch Konrad Suse aus Sachsen der erste Computer, welcher im Inneren den heutigen schon sehr ähnlich waren. Äußerlich waren die ersten Computer so groß, dass zum Beispiel der amerikanische ENIAC 1944 eine Halle von 10 mal 17 Metern einnahm. In den 1950er Jahren begann der unaufhaltsame Siegeszug des Digitalrechners, der nach dem berühmten Mooreschen Gesetz seine Geschwindigkeit alle zwei Jahre verdoppelte. Auch die künstliche Intelligenz nahm Anfang der 1960er Jahre ihren Anfang. Die damaligen technischen Möglichkeiten reichten jedoch nicht aus (vgl. Raveling, 2022). Die Erfindung des Mikroprozessors im Jahr 1969 markierte den Beginn des Siegeszugs der Automatisierung durch Computer, Sensoren, Roboter und Schaltkreise. Im Jahr 1991 erfolgte der öffentliche Start des World Wide Webs, gegen Ende der 1990er-Jahre gab es erste Cloud-Lösungen und im Jahr 2014 war die Hälfte der deutschen Bevölkerung mit Smartphones ausgestattet.

Die Digitalisierung beginnt bereits mit der Umwandlung analoger Medien (z.B. Fotos, Tonaufnahmen, Filme, Dokumente) in digitale Signale sowie der Codierung der Informationen. Das Ergebnis sind Dateien oder Datenströme, die aus Bits und Bytes bestehen. Inzwischen erfolgt die Erzeugung, Speicherung, Verteilung und Verarbeitung digitaler Daten direkt durch moderne Informationstechnologien (z.B. Computer, Smartphones, Internetanwendungen, Datenbanken etc.) (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2020a).

Der Begriff »Informationsrevolution« verdeutlicht die Auswirkungen des technischen Fortschritts und der Digitalisierung auf die Gesellschaft. Ein Alltag ohne technische Hilfsmittel ist kaum mehr vorstellbar und »smarte« Lösungen ermöglichen Entlastung. Die Digitalisierung birgt aber auch Risiken, wie zunehmende Kontrolle und Überwachung, die einen Zwang zur Anpassung an technische Vorgaben ausüben. Insbesondere ältere Menschen laufen Gefahr, mit der dynamischen Entwicklung digitaler Technologien nicht mehr Schritt halten zu können (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2020a).

Die Automatisierung geht insgesamt auch mit einem Wegfall von Arbeitsplätzen und der Umstrukturierung ganzer Wirtschaftszweige einher. Für die Bundesländer Niedersachsen und Bremen wurde im Jahr 2021 ein Substituierbarkeitspotenzial von mehr als 70 Prozent berechnet. Dabei sind es vor allem Hilfsarbeiten, die künftig automatisiert ablaufen können (vgl. Raveling, 2022). Pflegeberufe weisen mit einem Anteil von lediglich 22 Prozent, wie die meisten Sozial- und Gesundheitsberufe, ein vergleichsweise geringes Substituierbarkeitspotenzial auf (vgl. Pfahl & Unrau, 2023).

Vor allem politische Akteur*innen aus einem konservativen und wirtschaftsnahen Parteienspektrum haben seit Ende der 2000er Jahre die Entwicklung und Implementierung von technischen Pflegeinnovationen gefordert. Dies geschah mit der Erwartung, dass sich dadurch die Versorgungsprobleme in der Pflege technisch lösen lassen. In der Folge kam es zu vermehrter Forschungsförderung und Werbung für digitale Informations- und Kommunikationstechniken, allerdings ganz ohne fachwissenschaftliche Beteiligung der Disziplin Pflegewissenschaft. Obgleich die Diskussion um technische Assistenzsysteme und vergleichbare Techniken in den letzten Jahren an Intensität gewonnen haben, ist deren Verbreitung nach wie vor geringer als angenommen. Dies liegt unter anderem daran, dass die zugeschriebenen Eigenschaften und die tatsächlichen handlungspraktischen Effekte der Pflegetechnik nicht übereinstimmen. Um die Digitalisierung für die Pflege nutzbar zu machen, ist es von entscheidender Bedeutung, dass bei der Konzeption, Entwicklung und Durchsetzung der Pflegeinnovationen das genuine pflegerische Wissen Berücksichtigung findet und nicht vorrangig die Wünsche politisch-administrativer Akteur*innen und Technikentwickler*innen (vgl. Hergesell, 2021).

Die Digitalisierung kann einen Beitrag zur Bewältigung des Fachkräftemangels leisten, indem sie die allgemeine medizinische und pflegerische Versorgungsqualität durch den gezielten Einsatz von Technologien und die Schaffung neuer Perspektiven (z.B. durch Nursing Informatics) in den Pflegeberufen steigert. Dadurch wäre es möglich, eine größere Anzahl an Pflegebedürftigen zu versorgen, indem bestimmte Abläufe automatisiert werden (vgl. IEGUS et al., 2023).

Die Digitalisierung im Gesundheits- und Pflegewesen wirft jedoch auch ethische Fragen auf, die vor allem die Würde, Autonomie und Mündigkeit der Bürger*innen betreffen. Diesbezüglich ist ein gesellschaftlicher Diskurs über den Umgang mit digitalen Innovationen erforderlich. Hierbei sollten jedoch nicht nur die Risiken in den Blick genommen werden, sondern auch die potenziellen Vorteile digitaler Anwendungen, die kurz- oder mittelfristig die Gesundheit der Bürger*innen schützen könnten (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023a).

Das Bundesministerium für Gesundheit (2023a) hat eine Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege entwickelt. Für das BMG ist die Digitalisierung ein wichtiger Baustein, um

»unter den richtigen Rahmenbedingungen eine bessere Qualität in Prävention, Diagnostik, medizinisch-pflegerischer Versorgung sowie Therapie und Betreuung [zu ermöglichen]. Sie erlaubt eine zeitlich flexiblere und geografisch unabhängige und flächendeckende Gesundheits- und Pflegeversorgung und entlastet das medizinisch-pflegerische Personal in der täglichen Arbeit.« (Bundesministerium für Gesundheit, 2023a, S. 11)

Die Vision der Digitalisierungsstrategie umfasst folgende Kernaspekte (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023a):

- eine enge Vernetzung und Interaktion aller Akteur*innen über nutzenstiftende digitale Technologien und Anwendungen
- die Weiterentwicklung des Gesundheits- und Pflegesystems, dass die Potenziale der Digitalisierung optimal genutzt werden können. Im Vordergrund steht dabei präventive Erhaltung von Gesundheit und Vermeidung von Pflegebedürftigkeit
- das Versicherte auf verständliche Gesundheitsinformationen zurückgreifen können sollen, um selbst präventiv zu agieren und informierte Entscheidungen treffen zu können
- dass die Gesundheits- und Pflegedaten von Versicherten für die Forschung nutzbar gemacht werden
- dass innovative und sichere Technologien flächendeckend Potenzial entfalten sollen
- ein nahtloser Versorgungsprozess für die Versicherten und die Gesundheits- und Sozialberufe

Dabei könnten vor allem die konsequente Ausrichtung auf Menschen, die Souveränität der Pflegebedürftigen und ihre Begeisterung, die Verbesserung der Versorgungsqualität sowie die Steigerung von Wirtschaftlichkeit und Effizienz im Mittelpunkt der Ziele stehen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023a).

Eine wesentliche Komponente stellt die Förderung digitaler Kompetenz und Souveränität der Bürger*innen dar. In diesem Kontext ist die Weiterentwicklung des Portals gesund.bund.de zu einer Gesundheits- und Pflegeplattform mit Lotsenfunktion vorgesehen. Diese soll den Bürger*innen intuitiv aufbereitete und validierte Fachinformationen zu verschiedenen Gesundheitsthemen bereitstellen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023a).

Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass Deutschland hinsichtlich der Digitalisierung im Gesundheitswesen einen deutlichen Rückstand aufweist. In einem Benchmarking-Vergleich aus dem Jahr 2018 erreichte Deutschland lediglich einen Digital-Health-Index von 30,0 und lag damit auf dem vorletzten Platz weltweit. Die politischen Bemühungen in diesem Kontext erlangten bisher nur mäßigen Erfolg. Als wesentliche Herausforderungen für die Gesundheitsbranche werden das Fehlen einer übergeordneten Strategie, die unzureichende Bereitstellung finanzieller Anreize sowie die restriktiven Datenschutzbestimmungen angeführt (vgl. Daum & Kolb, 2022).

Die Ergebnisse der Studie »Pflegearbeitsplatz mit Zukunft« legen nahe, dass beruflich Pflegende der Digitalisierung ihres Arbeitsplatzes grundsätzlich aufgeschlossen gegenüberstehen und in ihr die Chance für Entlastungen im Arbeitsall-

tag sehen. Die Befragten äußerten den Wunsch nach einem stabilen Internetzugang, einer elektronischen Patientenakte und Dokumentation, einem Desktop-PC/Workstation/Laptop/Notebook/Tablet sowie einer vernetzten Leistungsabrechnung bzw. Tourenplanung. Um die Digitalisierung zu beschleunigen, hat die Bundesregierung ein Förderprogramm initiiert, welches Pflegeeinrichtungen bis zu 40 Prozent (bis zu 12.000 Euro) der Kosten für digitale und technische Ausstattung erstattet (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023c).

Zu der Hauptkategorie *Digitalisierung* werden nachfolgend die nach der Dokumentenanalyse von BAPID zugehörigen Subkategorien *Technisierung*, *Digitale Kompetenzen*, *E-Learning*, *Assistenzsysteme*, *Autonome Systeme – Robotik und Künstliche Intelligenz*, *Telematik* und *E-Health* erläutert und dargestellt.

6.3.1 Technisierung

Technische Innovationen bergen das Potenzial, den Alltag der Pflegenden in sämtlichen Settings erheblich zu erleichtern und die Lebensqualität von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen zu verbessern. Es ist zu erwarten, dass der Einsatz innovativer Pflegetechnologien in naher Zukunft eine feste Größe in der Gesundheitsversorgung darstellen wird (vgl. Cluster Zukunft der Pflege & Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2020).

Gerade im höheren Lebensalter sind die Möglichkeiten, ein weitgehend selbstständiges, selbstbestimmtes und mitverantwortliches Leben zu führen, zunehmend von den Gegebenheiten der sozialen, räumlichen, infrastrukturellen und institutionellen Umwelt abhängig. Technik kann nicht nur die Selbständigkeit, Kommunikation und Mobilität unterstützen, sondern auch beginnende Fähigkeitsdefizite kompensieren, zu neuen Aktivitäten anregen und neue Möglichkeiten der Alltagsgestaltung eröffnen (vgl. Kruse & Schmitt, 2021). Der verstärkte Einsatz von Technik kann jedoch auch negative Folgen haben. Ein verstärkter Technikeinsatz kann zu einer Reduktion zwischenmenschlicher Kontakte, zu unangemessenen Anforderungen an ältere Menschen im Dienste der Funktionalität der Technik sowie zu einem Verlust an Privatsphäre führen. Dies verdeutlicht die ethische Dimension von Technik und die Notwendigkeit, ältere Menschen in die Entwicklung und Anwendung von Technik einzubeziehen (vgl. Kruse & Schmitt, 2021).

Betrachtet man die Gruppe der über 80-Jährigen, so lässt sich feststellen, dass die Technik in unterschiedlichem Maße in deren Alltag Einzug gehalten hat. Rund 80 Prozent der über 80-Jährigen verfügen über einen Flachbildschirm, 57 Prozent über einen Computer, 33 Prozent über einen Laptop, ein Notebook oder ein Netbook und immerhin 17 Prozent nutzen ein Tablet. Über einen Internetanschluss verfügen mittlerweile rund 60 Prozent der über 80-Jährigen. Der Anteil der über 80-Jährigen, die über ein Handy oder Smartphone verfügen, liegt bei rund 83 Prozent (vgl. Doh, 2020). Für einen niedrigschwelligen Zugang zu technischen Anwendungsfor-

maten ist es von essenzieller Bedeutung, dass der Erwerb nicht vom Einkommen abhängig ist, da insbesondere ältere Frauen in technikfernen und geringer bezahlten Berufen gearbeitet haben. Die Anschaffungs- und Betriebskosten digitaler Technologien sowie die Kosten für Schulungen können eine Zugangsbarriere darstellen. Gleiches gilt für Sprachbarrieren bei Menschen mit Migrationshintergrund. Dies verdeutlicht, dass digitale Ausgrenzung von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst wird, darunter Alter, Geschlecht, Bildungsstand, kultureller Hintergrund und geografische Lage (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2020a).

Die Art und Weise, wie der Mensch mit der Technik interagiert, hat sich in mehreren Schritten verändert. Zu Beginn stand die Interaktion mit Tastatur und Textausgabe über einen Bildschirm im Vordergrund. Im weiteren Verlauf wurden die optische Maus und grafische Benutzeroberflächen eingeführt. Inzwischen hat sich die Interaktion über einen Touchscreen etabliert. Es ist anzunehmen, dass die Interaktion der Zukunft über sprachliche Äußerungen, Gesten oder mentale Repräsentationen möglich sein wird (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2020a).

Die Technisierung im Kontext der pflegerischen Versorgung kann nur vorgebracht werden, wenn die Technik den Bedingungen und den praktischen Anforderungen der Pflegeprozesse entspricht. Beruflich Pflegende müssen auf verschiedenen Niveaustufen von der Sinnhaftigkeit überzeugt sein und einen praktischen Nutzen erkennen. Dazu sollten beruflich Pflegende, Pflegebedürftige und Pflegeforschende aktiv in den Entwicklungsprozess einbezogen werden. Die Kompetenzentwicklung sollte systematisch und zielgerichtet erfolgen. In diesem Kontext kann es von Vorteil sein, die Technik in vertrauten Formaten, wie beispielsweise einem digitalen Stift und Papier einzusetzen, um die Akzeptanz zu erhöhen. Um den Technikeinsatz beispielsweise in der Häuslichkeit der Pflegebedürftige zu optimieren, ist es essenziell, dass eine gute Passung zwischen Anwender*in, Technologie und Anwendungssituation gegeben ist. Ein wesentlicher Aspekt ist dabei die Sensibilisierung der Pflegenden für die Themen Datenschutz und Schutz vor Datenmissbrauch bei hochsensiblen Daten (vgl. IEGUS et al., 2023). Das Cluster »Zukunft der Pflege« des BMBF zielt darauf ab, passgenaue Lösungen für den Alltag zu entwickeln, indem soziale und technische Innovationen zusammengebracht werden. In diesem Kontext ist eine Zusammenarbeit von Forschung, Wirtschaft, Pflegepraxis und Anwender*innen zu beobachten, die sich der Entwicklung neuer Produkte widmet, welche einen positiven Einfluss auf den Pflegealltag in Deutschland nehmen sollen. Die neuen Pflegetechnologien werden in der Praxis erprobt (Implementierung & Pilotierung) und auf ihre Praxistauglichkeit getestet (Evaluation) (vgl. Cluster Zukunft der Pflege & Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2020).

6.3.2 Digitale Kompetenzen

Ein kompetenter Umgang mit digitalen Medien stellt eine wesentliche Voraussetzung für gesellschaftliche Teilhabe in der Europäischen Union dar. Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese Voraussetzung eine neue Determinante darstellt und dass sie innerhalb der Gesellschaft ungleich vorhanden ist. Dies zeigt sich vor allem bei Älteren und ist stark abhängig von früheren Berufs- und Bildungsunterschieden, Technikbiografien und Einkommen (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2020a).

Kompetenzen, die auf Einsatz und Nutzung digitaler Technik im Arbeitsprozess gerichtet sind, werden auch als Digitale Kompetenzen bezeichnet. Die Vertreter*innen der Pflegeberufe müssen berufliche Kompetenzanforderung anlässlich des technischen Fortschritts zusätzlich auch reflektieren können (vgl. Becka et al., 2020).

Digitale Anwendungen stellen in der Pflege mittlerweile einen wichtigen Lösungsansatz dar, um den Herausforderungen in der Pflegebranche zu begegnen. Pflegenden müssen als weniger technikaffine Berufsgruppe dazu befähigt werden, fundiertes, evidenzbasiertes Wissen über innovative Pflegetechnologien anzuwenden. Darüber hinaus ist es erforderlich, dass sie eine aktive, antizipierende Haltung gegenüber zukünftigen technologischen Entwicklungen einnehmen, um eine pflegerische Perspektive gleichberechtigt in Veränderungsprozesse einbringen zu können (vgl. Cluster Zukunft der Pflege & Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2020). Obgleich die Relevanz digitaler Kompetenzen unbestritten ist, wurden diese bisher eher randständig in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Pflegenden und in der Lehrendenbildung Pflege wie beispielsweise von Pflegepädagog*innen implementiert. Dies wurde ersichtlich, wenn man einen Blick in die Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) wirft, in der die Vermittlung digitaler Kompetenzen lediglich im Bereich der Pflegedokumentation vorgesehen ist. Durch das Pflegestudiumstärkungsgesetz wurde die Digitalisierung als wichtiger Aspekt beschrieben und muss zukünftig eine stärkere Berücksichtigung in der Pflegeausbildung finden (vgl. Kap. 1.1.3). Des Weiteren sieht auch die aktualisierte Fassung der EG-Richtlinie 2005/36/EG von 2024 »Kenntnis der technischen Innovationen in den Bereichen Gesundheitsversorgung und Pflegemethoden« vor (vgl. Kap. 1.1.1). Die erfolgreiche Implementation digitaler Anwendungen in der Pflege erfordert einen einschlägigen und nachhaltigen Kompetenzaufbau. Dabei ist sowohl die Bedienung konkreter Tools, Anwendungen und Geräte von Bedeutung, als auch grundlegende Zusammenhänge zwischen Daten, Kontext, Interpretation und Reflexion (vgl. IEGUS et al., 2023). Die Pflege stellt die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen dar und ihr kommt in Hinblick auf digitale Kompetenzen folglich eine Multiplikator*innenfunktion zu. Ohne eine entsprechende Qualifizierung der Pflegenden können innovative Technologien ihr Potenzial in der Pflegepraxis nicht

entfalten (vgl. Cluster Zukunft der Pflege & Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2020).

Insgesamt werden vor allem nachfolgende Kompetenzbereiche unterschieden (vgl. Becka et al., 2020):

- **Kernkompetenzen**

Dazu gehören Digital Literacy (das Wissen zu digitalen Themen) sowie Bedienungs- und Anwendungskompetenz. Diese Kompetenz sollte zur Kompetenz aller derzeitigen und zukünftigen Pflegenden gehören

- **Spezialisierte Kompetenzen**

Darunter fallen Datenmanagement, Informatik-Kompetenzen, analytische Kompetenzen, Wissensgenerierung

- **Reflexive Kompetenzen**

Hierunter zählen ethisch-reflexive sowie sozialkommunikative Kompetenzen (z.B. Beziehungsgestaltung, Gestaltung der indirekten Interaktion, Technikvermittlungskompetenz sowie Begründungs- und Artikulationskompetenz sowie Widersprüche in der Anwendung)

Die Erweiterung pflegfachlicher Kompetenzen um digitale Kompetenzen, wird neue Aufgaben und Handlungsspielräume eröffnen und damit zur Professionalisierung der Pflege beitragen und die Berufsrolle wesentlich erweitern (vgl. Becka et al., 2020). Die Vermittlung von Wissen und Kompetenzen zu digitalen Themen (z.B. Telecare, digitale Assistenzsysteme, Videosprechstunde) trägt zu einer Optimierung des Zusammenspiels zwischen beruflich Pflegenden, Pflegebedürftigen und den informell Pflegenden bei (vgl. Becka et al., 2021).

Die Kompetenzentwicklung in den Pflegeberufen kann jedoch nur gelingen, wenn zunächst die Pflegepädagog*innen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung für den Einsatz digitaler Lehr- und Lernmethoden sowie zur praxisorientierten Vermittlung befähigt werden. Des Weiteren ist die Entwicklung niedrigschwelliger Schulungs- und Seminarangebote für ältere Menschen sowie deren Angehörige erforderlich.

In dem European Framework for the Digital Competence of Educators (DigCompEdu) wurden sechs Schwerpunkte mit insgesamt 22 elementaren Kompetenzen für die Entwicklung digitaler Kompetenzen des Bildungspersonals vorgeschlagen (vgl. Punie, 2017):

- **Schwerpunkt 1: Professionelles Engagement**

Nutzung digitaler Technologien für die Kommunikation, Zusammenarbeit und berufliche Weiterentwicklung

- **Schwerpunkt 2: Digitale Ressourcen**

Beschaffung, Erstellung und Weitergabe digitaler Ressourcen

- **Schwerpunkt 3: Lehren und Lernen**
Verwaltung und Orchestrierung des Einsatzes von digitaler Technologie beim Lehren und Lernen
- **Schwerpunkt 4: Evaluation**
Einsatz digitaler Technologien zur Förderung von Integration, Personalisierung und aktivem Engagement der Lernenden
- **Schwerpunkt 5: Stärkung der Lernenden**
Nutzung digitaler Technologien zur Verbesserung der Inklusion, Personalisierung und des aktiven Engagements der Lernenden
- **Schwerpunkt 6: Förderung der digitalen Kompetenzen der Lernenden**
Den Lernenden ermöglichen, digitale Technologien für Information, Kommunikation, Inhaltserstellung, Wohlbefinden und Problemlösung kreativ und verantwortungsvoll zu nutzen

Die Schwerpunkte 2 bis 5 bilden den Kern des Rahmens und definieren die digitale pädagogische Kompetenz von Pädagog*innen allgemein. Diese umfasst die digitalen Kompetenzen, die Pädagog*innen benötigen, um effektive, integrative und innovative Lehr- und Lernstrategien zu fördern. Pädagog*innen, die sich beispielsweise im Schwerpunkt 5 auskennen, werden mit Sicherheit digitale Ressourcen auswählen, erstellen und anpassen, die die Lernenden stärken. Im Rahmen des zweiten Schwerpunkts wählen und erstellen Pädagog*innen digitale Ressourcen, die sie an das Lernziel und das bestehende Kompetenzniveau der Lernenden anpassen (vgl. Punie, 2017).

In der beruflichen Pflegeausbildung werden die Kompetenzen für die Digitalisierung im Kontext von Pflegedokumentationssystemen in Anlage 1 und 2 der PflAPrV erwähnt. In weiterführenden Aspekten werden lediglich Verweise gegeben. Dies lässt den Schluss zu, dass digitale Kompetenzen nicht als eigenständiges Kompetenzfeld in der Ausbildung und Prüfung der angehenden Pflegefachfrauen und -männer mitgedacht werden. Es ist unwahrscheinlich, dass sich die Lernenden die Kompetenzen beiläufig innerhalb der bestehenden Kompetenzbereiche und Lernprozesse aneignen (vgl. Telieps et al., 2022). Nach Telieps et al. (2022) ist jedoch gerade »in einem beruflichen Umfeld wie der Pflege sowie den damit verbundenen sozialen Interaktionen und Arbeitsprozessen mit Kolleg*innen, Pflegebedürftigen, Angehörigen etc. eine intensive Auseinandersetzung mit digitalen Prozessen erforderlich, die über das Schnittstellenmanagement und die Pflegedokumentation hinausgehen.« (Telieps et al., 2022, S. 39) Der selbstverständliche Umgang mit digitalen Technologien befähigt die Auszubildenden und Studierenden dazu, ihre Lernprozesse eigenverantwortlich zu gestalten und ihre berufliche und persönliche Entwicklung in selbstorganisierten Lernprozessen zu steuern. Digitale Technologien fungieren dabei einerseits als Vermittler für den Kompetenzerwerb, andererseits gewinnen sie zunehmend an inhaltlicher Relevanz (vgl. Telieps et

al., 2022). Im Rahmenlehrplan der Fachkommission nach § 53 PflBG sind digitale Kompetenzen als Querschnittsthema angelegt und finden sich beispielsweise in der CE 01 Ausbildungsstart – Pflegefachfrau/Pflegefachmann, der CE 02A Mobilität interaktiv, gesundheitsfördernd und präventiv gestalten sowie in der CE 02B Menschen in der Selbstversorgung unterstützen (vgl. Telieps et al., 2022). Die Curricula der Hochschulen zeigen auf der Ebene der Pflege-Bachelor-Ausbildung einen deutlichen Bezug zu digitalen Kompetenzen sowie deren Erwerb auf (vgl. Telieps et al., 2022).

6.3.3 E-Learning

Die Nutzung digitaler Lernformate, auch als E-Learning bezeichnet, stellt einen Zukunftsfaktor dar, der insbesondere auf die jüngeren Generationen eine attraktive Wirkung ausüben kann. Bisher werden diese Formate vor allem ergänzend in der hochschulischen Pflegeausbildung genutzt, während sie in der pflegeschulischen Ausbildung noch zu wenig präsent sind (vgl. IEGUS et al., 2023). Um dieses zu verbessern, wurde durch das PflStudStG die angemessene Berücksichtigung von »Lehrformaten, die selbstgesteuertes Lernen oder E-Learning beinhalten« festgeschrieben (§ 4 PflStudStG).

Die Entwicklung des E-Learning lässt sich in zwei Phasen unterteilen. Die erste Phase erstreckte sich bis Anfang der 2000er Jahre und wies den Lernenden eine eher passive Rolle zu. Neue Lerninhalte wurden instruktiv über Medien präsentiert. Seit etwa 2010 lässt sich eine neue, stärker marktgetriebene Phase beobachten, die sich beispielsweise in kostenpflichtigen Angeboten wie beispielsweise das multimediale Fortbildungskonzept »Certified Nursing Education (CNE)« von Thieme manifestiert. Die Intensivierung der Debatte wird auf den »explodierenden« Wissensbestand zur Begründung einer fachgerechten Pflege zurückgeführt. Die Halbwertszeit pflegerelevanten Wissens verkürzt sich demnach durch dynamische Innovationszyklen, beispielsweise im Bereich der Pflegewissenschaft, der Bezugsdisziplinen und der Technikentwicklung. Darüber hinaus lässt sich anhand internationaler Entwicklungen feststellen, dass neue Technologien in der Gesundheits- und Pflegebildung vielfältig nutzbar sind. Als exemplarisches Beispiel sei hier die Ausbildung und das Training einer reflektierten klinischen Entscheidungsfindung in der Pflege genannt (vgl. Peters et al., 2018).

E-Learning umfasst eine breite Palette von Bildungsaktivitäten und -methoden (vgl. Sieger & Rustemeier-Holtwick, 2021):

- **Virtuelle Seminare:** Strukturierte Lernprogramme, die über das Internet zugänglich sind. Diese können in Form von Videokursen, interaktiven Modulen, Podcasts, Webinaren oder virtuellen Klassenzimmern vorliegen.

- **Lernmanagement-Systeme (LMS):** Plattformen, die es Bildungseinrichtungen und Unternehmen ermöglichen, Lerninhalte zu verwalten, bereitzustellen, zu verfolgen und zu bewerten. LMS bieten Funktionen wie Kursregistrierung, Aufgabenverwaltung, Diskussionsforen und Bewertungstools.
- **Mobile Learning (M-Learning):** Lernaktivitäten, die über mobile Geräte wie Smartphones und Tablets zugänglich sind. M-Learning ermöglicht es Lernen, jederzeit und überall auf Lerninhalte zuzugreifen und zu interagieren.
- **Blended Learning:** Eine Kombination aus traditionellen Präsenzveranstaltungen und Online-Lernaktivitäten. Durch die Integration von E-Learning-Komponenten können Lernende flexibler lernen und ihre Lernerfahrung individualisieren.
- **Adaptive Learning:** Lernsysteme, die sich an die individuellen Lernbedürfnisse und -fähigkeiten der Lernenden anpassen. Durch die Analyse von Lernenden-Daten können adaptive Lernplattformen personalisierte Lernpfade und Inhalte bereitstellen.
- **Gamification:** Die Integration von spieltypischen Elementen wie Punktesystemen, Herausforderungen und Belohnungen in Lernaktivitäten, um die Motivation und das Engagement der Lernenden zu steigern.
- **Virtual Reality (VR) und Augmented Reality (AR):** Technologien, die es ermöglichen, immersive Lernerfahrungen zu schaffen, indem sie virtuelle Umgebungen oder digitale Inhalte in die reale Welt integrieren.
- **Social Learning:** Lernaktivitäten, die auf sozialen Interaktionen und Kollaboration basieren. Dies kann die Nutzung von sozialen Medien, Online-Diskussionsforen, Gruppenprojekten und Peer-Bewertungen umfassen.
- **Microlearning:** Kurze, zielgerichtete Lerninhalte, die in kleinen Einheiten präsentiert werden und es den Lernenden ermöglichen, schnell spezifische Fähigkeiten oder Kenntnisse zu erwerben.

Im Rahmen des Projekts »Implementierung eines adaptiven Weiterbildungsunterstützungssystems im Berufsfeld Pflege (ADAPT)« wird ein digitales, KI-gestütztes Weiterbildungsunterstützungssystem für die berufliche Pflege entwickelt. Dieses System zielt darauf ab, die Teilnahme an betrieblichen Bildungsmaßnahmen zu steigern und deren Erfolg zu verbessern. Betriebliches Lernen ist im Berufsfeld Pflege von hoher Relevanz, jedoch haben digitale Lehr-Lernarrangements bisher nur eine geringe Bedeutung. Lernförderliche organisationale Strukturen stellen dabei wesentliche Voraussetzungen für das Gelingen digitalen Lernens dar. Die individuelle Bereitschaft zur Teilnahme ist maßgeblich von der Kombination aus Personalmangel sowie Team- und Bewohner*innenorientierung abhängig, welche als Teilnahmehemmnisse identifiziert wurden (vgl. Schröer et al., 2022).

Die Nutzung digitaler Lernwelten setzt voraus, dass Pflegepersonen über grundlegende Kenntnisse im Umgang mit digitalen Werkzeugen verfügen. Dazu

zählen beispielsweise die Nutzung von E-Mail, Internet und Textverarbeitung. Es kann angenommen werden, dass ein Großteil der Pflegepersonen bereits über die erforderlichen Kenntnisse und zudem über ein internetfähiges Endgerät (beispielsweise einen PC oder Laptop) verfügt (vgl. Ammenwerth & Kreyer, 2018). Im Kontext von Fortbildungen äußern Pflegende den Wunsch nach informellem Austausch mit anderen Pflegepersonen. Digitale Lernwelten sollten diese Aspekte sowie Herausforderungen und Spaß bei der Entwicklung berücksichtigen. Von entscheidender Bedeutung ist jedoch die Rekrutierung von Lehrkräften, die über die erforderlichen didaktischen und technischen Kompetenzen verfügen, um digitale Lernwelten sinnvoll einzusetzen (vgl. Ammenwerth & Kreyer, 2018).

Der aktuelle Stand der technischen Entwicklung erlaubt die Integration von Serious Games als innovative Lehr- und Lernprozesse und -szenarien in den Kontext der Pflegebildung. Um einen erfolgreichen Einsatz zu gewährleisten, ist es erforderlich, dass bereits bei der Spielentwicklung die Besonderheiten pflegerischen Handelns und pflegerischer Bildungsprozesse durch Pflegewissenschaft, Pflegedidaktik, Mediendidaktik und technische Entwicklung gleichermaßen berücksichtigt werden (vgl. Hülsken-Giesler & Dütthorn, 2021). In diesem Zusammenhang ist beispielsweise die mögliche Entstrukturierung von Lernprozessen durch zeit- und ortsunabhängiges, selbstgesteuertes Lernen, Datenschutz- und datenrechtliche Bestimmungen sowie die Reduktion der Lernprozesse auf die technisch abbildbaren Aspekte als herausfordernd zu betrachten (vgl. Hülsken-Giesler & Dütthorn, 2021).

E-Learning-Angebote bieten die Möglichkeit einer großen Reichweite (Ortsunabhängigkeit), Flexibilität, Aktualität, Kosteneffizienz (günstiger als reine Präsenzveranstaltungen, geringere Präsenzzeiten) sowie vereinfachter Kommunikation (Learning Communities). Als Herausforderung erweisen sich die Intransparenz des Marktes, die Schwierigkeiten bei der Individualisierung der Angebote sowie die Notwendigkeit einer Grundmotivation der Lernenden bei komplexen Kursen (vgl. Fleischhut & Ansorg, 2019).

Hinsichtlich digitaler Weiter- und Fortbildungen können Videokonferenzen, Lehrfilme, Podcasts und Wikis als Wissensquellen herangezogen werden. Des Weiteren können MOOCs (Massive Open Online Courses) und Moodle als Wissensquellen genutzt werden. Die Abbruchquote bei reinem E-Learning beträgt 90 Prozent. Die Teilnahme setzt grundlegende Lesekenntnisse sowie mathematische Fähigkeiten voraus. Die ausschließliche digitale Variante erweist sich bei der Entwicklung von Fähigkeiten und der Reflexion von Werten als rückschrittlich. Eine Vielzahl von Themen aus den Bereichen Pflege und Hebammenwesen, insbesondere diejenigen mit hoher Interaktionsdichte und komplexer Reflexion, erweisen sich für ein ausschließliches E-Learning als ungeeignet. In diesen Berufen ist das soziale Verhalten von zentraler Bedeutung, sowohl in Bezug auf das eigene Verhalten, beispielsweise im Hinblick auf Hygieneregeln und Medikamen-

tenmanagement, als auch in Bezug auf Interaktionen in Beratungsgesprächen mit Hilfesuchenden bzw. mit Mitgliedern verschiedener Berufsgruppen. Die Kombination von digitalen und Präsenzlernen in Form von Blended Learning erweist sich für Weiter- und Fortbildungen in Pflege und Hebammenwesen als zeitgemäßes und erfolgsversprechendes Format (vgl. Bensch & Greening, 2023).

6.3.4 Assistenzsysteme

Verschiedene Assistenzsysteme haben Unterstützungspotenziale für ältere Menschen, die sich vor allem auf die sechs Lebensbereiche und Handlungsfelder *Wohnen, Mobilität, Soziale Integration, Gesundheit und Digitalisierung, Digitale Assistenzsysteme in der Pflege sowie Quartiers- und Sozialraumentwicklung* erstrecken.

Im Wohnbereich werden technische Assistenzsysteme sowie Smart-Home-Lösungen eingesetzt. Typische Komponenten sind vernetzte Sensor- und Aktorsysteme. Bei den Sensoren sind insbesondere Präsenz- und Bewegungsmelder sowie Erschütterungsmelder zu nennen (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2020a). Eingesetzte Sensoren im Bereich der Inkontinenz können Feuchtigkeit frühzeitig erkennen und den Inkontinenzwechsel zielgerichtet ermöglichen. Darüber hinaus unterstützen Sensoren in Unterlagen bei der Dekubitusprophylaxe von Personen mit eingeschränkter Mobilität oder Sensibilisierung (vgl. Zink et al., 2019). Bei den Aktorsystemen sind es beispielsweise steuerbare Heizungsventile, Tür- und Fensteröffner, Lichtschalter oder Lüftungsanlagen, die das Alltagsleben der Pflegebedürftigen und ihrer Familien erleichtern. Zur Einlesung, Verarbeitung, ggf. Speicherung und Ableitung von Steuerbefehlen werden verteilte oder zentrale Rechner eingesetzt. Diese ermöglichen zudem im Notfall eine Alarmerung und unterstützen somit die Gewährleistung der Sicherheit der Pflegebedürftigen. Ein weiteres Sicherheitssystem für den häuslichen Bereich sind Hausnotrufsysteme. Ursprünglich nur in Verbindung mit dem Festnetz, also im direkten Umfeld der Häuslichkeit, haben sich diese Systeme weiterentwickelt und können auch über digitale Endgeräte genutzt werden. Der Hausnotruf ermöglicht die Auslösung über Taster, Sturzsensoren oder Rauchmelder mit anschließender Weiterleitung an Angehörige, Nachbar*innen, Freund*innen oder einen ambulanten Pflegedienst (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2020a). Auch einfache Haushaltsroboter halten als ergänzende Assistenzsysteme mittlerweile in vielen Haushalten, auch jüngerer Menschen, Einzug. Dabei handelt es sich vor allem um Staubsauger-, Wisch- und Mähroboter. Für die Zukunft werden Haushaltsroboter erwartet, die sich autonom in der Wohnung bewegen und komplexere Tätigkeiten im Haushalt übernehmen können. Der Nutzen solcher Systeme liegt in erster Linie in der Assistenzfunktion im Haushalt, beispielsweise beim Anreichen und Transportieren von Gegenständen. Zudem können sie im Bereich der Kommunikation und Förderung der Teilhabe eingesetzt werden, beispielsweise für den

selbstständigen Aufbau von Videokommunikation mit der Familie. Ferner können sie im Rahmen der Fernbetreuung durch ambulante Pflege und Betreuung zum Einsatz kommen (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2020a).

Auch im Bereich der Mobilität können sie unterstützend wirken, indem sie beispielsweise Hilfestellung beim Aufstehen anbieten. Assistenzsysteme im Bereich der Mobilität dienen einerseits der Erhaltung des Bewegungsradius und andererseits der Erhöhung der Sicherheit. Dies wird durch Tracking und Navigation ermöglicht, indem die Position einer Person verfolgt werden kann. Beim Bewegungstraining ermöglichen Lokalisierungssysteme und Beschleunigungssensoren durch die Messung verschiedener Parameter eine Individualisierung und Verbesserung des Bewegungstrainings. Mit Sensoren und Aktoren ausgestattete Mobilitätshilfen können beispielsweise mit einem Smartphone gekoppelt werden. So ist es möglich, dass Rollatoren und Rollstühle Hindernisse oder Bodenprobleme erkennen und Ausweich- oder Bremsmanöver einleiten. Zudem ist es denkbar, dass die Mobilitätshilfen autonom fahren, beispielsweise von der Zimmerecke zum gewünschten Ort. Eine weitere mögliche Funktion ist die Unterstützung der Navigation, indem die Fortbewegung in eine bestimmte Richtung gesteuert wird. Eine weitere Zukunftstechnologie stellt das autonome Fahren dar, welches älteren Menschen eine gesteigerte Mobilität und Teilhabe ermöglicht (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2020a). Denkbar kann auch sein, dass Rollatoren und Rollstühle in Zukunft überflüssig sind, wenn Ganzkörperanzüge die Bewegungsfreiheiten und -möglichkeiten älterer oder schwerverletzter Menschen aufrechterhalten bzw. wiederherstellen (vgl. Zink et al., 2019).

Die Nutzung von Apps, die über mobile Endgeräte wie Smartphones oder Tablets abgerufen werden können, wird als ein Instrument zur Förderung der sozialen Integration und zur Vermeidung von Einsamkeit angesehen. Die Möglichkeit, über soziale Medien in Form von Text- oder Sprachnachrichten, Bildern und Videos mit anderen in Kontakt zu treten und sich über aktuelle Ereignisse zu informieren, stellt dabei einen wesentlichen Vorteil dar. Auch Spiele-Apps werden zunehmend von älteren Menschen zur Unterhaltung genutzt. Im häuslichen Umfeld können soziale Roboter eingesetzt werden, um die Kommunikation und Interaktion zwischen Menschen zu fördern. Dabei kann es sich sowohl um physische Roboter als auch um virtuelle Avatare handeln, deren Hauptfunktion darin besteht, soziale Interaktionsmuster nachzubilden (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2020a).

Im Bereich der Gesundheit und Digitalisierung besteht die Möglichkeit der Präventions- und Rehabilitationsunterstützung, die zum Teil Überschneidungen mit dem Bereich Bewegungstraining aufweist (vgl. oben). Dazu sind bereits vielfältige Apps nutzbar, die Patient*innen bei Ernährung und Gewicht, Suchtverhalten und dem Management von chronischen Erkrankungen unterstützen. Dieser Bereich

wird auch als mHealth (mobile Health) bezeichnet (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2020a).

Die Begriffe »Digitale Gesundheitsanwendungen« (DiGAs), »Digitale Versorgungsanwendungen« (DiVAs) sowie »Digitale Pflegeanwendungen« (DiPAs) bezeichnen digitale Anwendungen (Apps), die dazu beitragen sollen, die Gesundheitsversorgung in Deutschland zu optimieren und zu fördern. Im Pflegebereich sind insbesondere die DiPAs von Relevanz, die über die Soziale Pflegeversicherung finanziert werden können (vgl. Eckhardt, 2023). Alle DiPAs, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) geprüft und in das DiPA-Verzeichnis aufgenommen wurden, können bis zu einem Höchstbetrag von 50 Euro pro Monat als ergänzende Unterstützungsleistung bei der Pflegekasse beantragt werden (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2024a).

Zu den Anwendungsbereichen von DiPAs gehören (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2024a):

- Unterstützung und Begleitung im pflegerischen Alltag, zur Verbesserung der Selbständigkeit oder Fähigkeiten sowie zur Vorbeugung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit
- Unterstützung bei der eigenen Organisation und Bewältigung des pflegerischen Alltags
- Unterstützung in besonderen pflegerischen Situationen (z. B. Verbesserung des eigenen Gesundheitszustands durch Senkung des Sturzrisikos oder Gedächtnistraining bei Demenz)
- Apps die schwerpunktmäßig von pflegenden Angehörigen oder Ehrenamtlichen zugunsten einer pflegebedürftigen Person verwendet werden

Der pflegerische Nutzen Digitaler Pflegeapps (DiPAs) ist eng an den Begriff der Pflegebedürftigkeit geknüpft. Denn Pflegebedürftigkeit muss als Voraussetzung für die Anwendung einer DiPA vorliegen, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person zu mindern oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken (vgl. Forster et al., 2023).

Auf politischer Ebene zielt das »Digitale-Versorgungs-und-Pflege-Modernisierungsgesetz« (DVPMG) darauf ab, die Entwicklung digitaler Gesundheits- und Pflegeanwendungen sowie deren Vergütung in Deutschland voranzutreiben (vgl. Forster et al., 2023). Das DVPMG ermöglicht die Nutzung digitaler Pflegeanwendungen (DiPAs) durch die Pflegebedürftigen, um den eigenen Gesundheitszustand durch Übungen (z. B. zur Sturzprävention oder zum Gedächtnistraining) zu stabilisieren oder zu verbessern. Zudem kann die Kommunikation mit Angehörigen und Pflegefachpersonen verbessert werden. Die Nutzung erfolgt auf mobilen Endgeräten (z. B. Smartphone) oder browserbasierten Webanwendungen. Des Weiteren zielt das Gesetz darauf ab, die Versorgung der DiGAs weiterzuentwickeln und den Ausbau sowie

die Attraktivitätssteigerung der Telemedizin voranzutreiben (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2021a).

Bei jüngeren Menschen hat sich zudem die Nutzung von Wearables, also tragbaren Geräten wie Fitnessarmbändern oder -trackern, etabliert. Dennoch bergen sie auch für ältere Menschen im Kontext von Sicherheit und Gesundheit ein beträchtliches Potenzial. Wearables können beispielsweise zur Vitalzeichenkontrolle verwendet werden, deren Daten der pflegebedürftigen Person selbst, den Pflegenden oder auch den pflegenden Angehörigen zur Verfügung gestellt werden. Des Weiteren finden sie bereits Anwendung bei Pflegebedürftigen mit demenziellen Erkrankungen im Rahmen der Inkontenzprophylaxe (z. B. durch Erinnerung an regelmäßige Toilettengänge) sowie der Sturzprophylaxe. Die Daten lassen zudem Rückschlüsse auf eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes zu, wenn eine pflegebedürftige Person plötzlich das Haus nicht mehr verlässt (vgl. Zink et al., 2019).

Weitere technische Unterstützungsmöglichkeiten im Bereich Gesundheit und Digitalisierung werden in der Telematik gesehen (vgl. Kap. 6.3.7). Für professionell Pflegende sind vor allem digitale Unterstützungssysteme für die pflegerische Versorgung von Interesse. Die digitale Patientenakte ermöglicht eine strukturierte und standardisierte, papierlose Dokumentation, deren Inhalte schnell und einfach an involvierte Personen beispielsweise des Versorgungs- und Behandlungsteams weitergeleitet werden können (andere Pflegende, Therapeut*innen, Ärzt*innen, Angehörige etc.). Zudem stellen robotische Assistenzsysteme eine optionale Entlastung dar (vgl. Kap. 6.3.6). Ein weiteres relevantes und innovatives Feld sind die Systeme für die (häusliche) Intensivpflege. Die Miniaturisierung und Optimierung lebenserhaltender Medizinprodukte, wie beispielsweise künstliche Ernährung oder Beatmungsgeräte, ermöglicht es Pflegebedürftigen, in der Häuslichkeit oder in Pflege-Wohngemeinschaften mit höherem Selbstständigkeitsgrad verbleiben zu können (vgl. Braeseke et al., 2020).

6.3.5 Autonome Systeme – Robotik und Künstliche Intelligenz

Für Reinartz und Güttler (2019) ist Künstliche Intelligenz (KI)

»ein Zweig der Informatik, der sich mit der Entwicklung von Computersystemen befasst, die selbstständig Funktionen ausführen können, für die normalerweise menschliche Intelligenz erforderlich ist, beispielsweise logisches Denken, Problemlösung, Lernen aus Erfahrung oder Spracherkennung.« (Reinartz & Güttler, 2019, S. 206)

Der Begriff der Künstlichen Intelligenz bezeichnet die Fähigkeit von Maschinen, sich durch vorprogrammierte Regeln oder maschinelles Lernen so zu verhalten, dass es dem Verhalten intelligenter Menschen ähnelt. Fortschritte in der Sprach-

und Bildverarbeitung erlauben zunehmend eine menschenähnliche Kommunikation (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2020a). In diesem Kontext ist eine Differenzierung zwischen schwachen und starken KI erforderlich. Die schwache KI ist auf die Lösung konkreter Anwendungsprobleme fokussiert, während die starke KI lernfähig ist. Eine nicht unumstrittene technische Vision der KI sind lernfähige Systeme, die Erlerntes auf neue Situationen übertragen können (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2020a). In der Medizin finden diese Technologien bereits in der Hauttumordiagnostik sehr erfolgreich Anwendung.

Es werden insgesamt drei Formen von KI unterschieden (vgl. Sellemann, 2023):

- **Assisted Intelligence:** sogenannte »schwache KI« die zur Automatisierung einfacher Aufgaben eingesetzt wird
- **Augmented Intelligence:** sie unterstützt Menschen dabei, besser situationsbasierte Entscheidungen zu treffen; das System lernt aus den Inputs von Personen und wird dadurch mit der Zeit präziser und treffsicherer
- **Autonomous Intelligence:** die sogenannte »starke KI«. Hierbei wird die Maschine von dem Menschen lediglich überwacht, sie agieren jedoch selbständig (z.B. autonomes Fahren)

Auch wenn sogenannte »starke KI« bisher eher im philosophischen Diskurs bewertet wird und Erinnerungen an Science-Fiction-Erzählungen weckt, sollte bedacht werden,

»dass viele Science-Fiction-Visionen, z.B. die aus der 1970er-Jahren stammende US-amerikanische Star Trek Serie, heute Realität sind. Denn wer dachte 1966 daran, als Captain Kirk seinen »Communicator« aufklappte, dass 50 Jahre später fast jeder Deutsche ein solches Gerät unter den Begriffen Handy, Mobiltelefon oder Smartphone sein Eigen nennt!« (Sellemann, 2023, S. 296)

In der Realität hat KI bereits einen festen Platz im Alltag eingenommen. Hierzu zählen Sprachassistenten (beispielsweise Alexa und Siri), Navigationsgeräte sowie personalisierte Werbung. Die Fähigkeit von KI, komplexe Abläufe und explizites Expert*innenwissen abzubilden und zu verarbeiten, eröffnet neue Möglichkeiten. Zu den Chancen, die sich durch KI ergeben, gehören (vgl. Evans & Hilbert, 2019; Reinartz & Güttler, 2019; Sellemann, 2023):

- Automatisierung von Dokumentationen, Berechnungen und Kompensation der zunehmenden Komplexität
- Monitoring von großen Datenmengen
- Auffinden von Erkenntnissen (Data Mining)

- Sensorbasierte Alarmsysteme (vgl. Kap. 6.3.4)
- Robotik als tierähnliche (zoomorph) oder menschenähnliche (humanoids) aussehende Maschinen (social robotics) und Transportrobotik
- Beratungen und Visite mittels KI-gestützter Systeme (u.a. Chatbots als conversational agents)
- Intelligente Lehr- und Lernmittel (vgl. Kap. 6.3.3)
- Unterstützung sowie Effektivitätsgewinn bei komplexen Abläufen
- Entdeckung neuer Korrelationen durch die Möglichkeit enormer Mengen an Pflegeinformationen aufzunehmen, zu verarbeiten, zu kombinieren und ggf. Vorhersagen treffen zu können

Neben den Chancen birgt der Einsatz von KI auch Risiken (vgl. Reinartz & Güttler, 2019):

- Deprofessionalisierung der Pflege
- Vernachlässigung der körperlichen und kontextuellen Lebensbedingungen, da KI zu starr für eine Erkennung unterschiedlicher Handlungsmuster der Pflegebedürftigen sind
- Gefährdung der Beziehung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen

Die Nutzung von Künstlicher Intelligenz (KI) hat bereits heute das Lernen grundlegend verändert. In der Vergangenheit wurde bei der Suche nach Informationen auf Lexika und Enzyklopädien zurückgegriffen. Heute erfolgt die Recherche im Internet, wobei Wikipedia, YouTube und andere Quellen genutzt werden. Die Grundlage von Suchmaschinen stellt die Künstliche Intelligenz (KI) dar, welche durch Analyse des Nutzerverhaltens sowie der semantischen Analyse von Webseiten die Suchergebnisse »optimiert«. Die Bereitstellung von Informationen in einer einfachen und individuellen Form erlaubt es, sich jederzeit und überall zu informieren. Dies hat das bedarfsgerechte Lernen im Job und im Alltag revolutioniert. Der Zugriff auf Informationen über das Internet ist zu einer allgegenwärtigen Realität geworden. Die Bedeutung der KI geht jedoch über den erleichterten Zugang zu Informationen deutlich hinaus (vgl. Tab. 32) (vgl. Müssig, 2021). Dabei ermöglicht der Einsatz von KI beispielsweise die individuelle Auswahl von Lerninhalten für jede lernende Person sowie deutlich flexiblere Nutzung von Lerninhalten und Beratungsleistungen.

Tab. 32: Kompetenzen der KI für digitale Lernformen (Müssig, 2021, S. 39)

Kompetenz	Alt – ohne KI	Neu – mit KI
Auswählen von Lerninhalten	Für alle Lernenden gleich	Individuell für jeden Lernenden
Anbieten von Lerninhalten	Vorgegeben und organisiert in Kursen und Curricula	Verzweigt und flexibel
Lernende beraten	Personalintensiv mit festen Sprechzeiten	24/7 mit geringen Zugangshürden
Prüfen	Multiple Choice	Freie Texteingabe
Motivieren	Gamification, Edutainment	Personalisierung, Individuelle Unterstützung

Chatbots können zur Unterstützung Lernender eingesetzt werden. Dies umfasst die Klärung administrativer und organisatorischer Fragen, die Lernberatung (Empfehlung von Lerneinheiten und Lerntipps) sowie die Funktion des Online-Tutors (z.B. Frage-Antwort-Lerntests). Die Elemente gut gemachter Chatbots entsprechen den Funktionen, die von Messengerdiensten wie WhatsApp oder Signal erfüllt werden und die daher von vielen Smartphone-Nutzer*innen genutzt werden (vgl. Müssig, 2021):

- Sie sind einfach zu bedienen
- Kurze Kommunikation über kleine Informationspakete
- Ein konstruktiver Dialog geht darauf ein, was das Gegenüber bereits kennt und wissen möchte bzw. wo Unsicherheit besteht

Die beim Lernen im Internet gespeicherten Daten können im Rahmen von Learning Analytics dazu genutzt werden, Lernende gezielt zu unterstützen. Deskriptive Möglichkeiten umfassen die Visualisierung von Lernaktivitäten und Lernergebnissen sowohl für Lernende als auch für Lehrende. Die Analyse der Gründe für den Lernerfolg oder den Misserfolg stellt einen weiteren Aspekt dar. Des Weiteren ist es möglich, Prognosen zu treffen (beispielsweise hinsichtlich der zu erwartenden Lernergebnisse oder der Wahrscheinlichkeit eines Kursabbruchs) sowie Empfehlungen zu geben (beispielsweise hinsichtlich der für den Lernenden sinnvollsten Kursreihenfolge oder der zu vermittelnden Kurse). Der Einsatz von KI birgt im Bildungsbereich ein beträchtliches Potenzial (vgl. Müssig, 2021).

Eine besondere Form der Künstlichen Intelligenz stellt das aktuelle Sprachmodell ChatGPT dar. Das Modell basiert auf maschinellem Lernen und ist in der Lage, eine menschenähnliche Konversation zu führen sowie eine Vielzahl von Aufgaben auszuführen. Dazu zählen beispielsweise die Generierung von Texten oder die Übersetzung. In der Pflege zielt es vor allem darauf ab, die Qualität der Versorgung von Pflegebedürftigen zu verbessern (vgl. Ahmed, 2023).

Der Nutzen von ChatGPT in der Versorgung von Pflegebedürftigen und für die Pflegebildung ist vielfältig (vgl. Ahmed, 2023; Scerri & Morin, 2023):

- Erleichterte Schreib- und Verwaltungsarbeiten
- Informationsbereitstellung: Möglichkeit der Aufklärung von Pflegebedürftigen zu Gesundheit, Diagnostik und Therapie
- Verwaltung von Aufzeichnungen der Pflegebedürftigen
- Unterstützung bei der Durchführung von Beurteilung und Bewertungen von Pflegebedürftigen und bei der Identifikation von Gesundheitsproblemen und Bereitstellung von Behandlungsoptionen
- Erstellung computergestützter Trainingsmodule zur Kompetenzentwicklung

Die Pflegepädagogik kann durch ChatGPT verstärkt dazu beitragen, pflegebezogenes Wissen bereitzustellen und damit Schulungen von Pflegepersonen zu unterstützen. In Bezug auf den Zuwachs an Wissen sind eine Vielzahl von Optionen denkbar. Im Bereich des Lernens stellt es für Auszubildende und Studierende eine rund um die Uhr verfügbare Lernunterstützung dar. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Qualität der Antworten von ChatGPT von der Qualität der Daten abhängt, mit denen es trainiert wurde. Zudem ist nicht gewährleistet, dass die Antworten korrekt sind. Bei der Beantwortung von Fragen greift ChatGPT auf Internetrecherchen zurück, wobei auch die jeweiligen Vor- und Nachteile berücksichtigt werden. Als nachteilig könnte sich die Möglichkeit erweisen, dass ChatGPT als alleinige Quelle zum Erstellen von Hausarbeiten genutzt wird, was an den meisten Bildungseinrichtungen nicht gestattet und als Plagiat eingestuft wird. Allerdings bietet ChatGPT auch die Möglichkeit, Briefe, Pflegeplanungen und Verlegungsbriefe zu verfassen und Anregungen für die Gliederung oder die Differenzierung verschiedener Sprachniveaus von Texten zu erhalten. In der kritischen Reflexion und Analyse komplexer Inhalte offenbart sich jedoch deutlich, dass die Grenzen des Programms erreicht sind (vgl. Krüger et al., 2023).

Die maschinelle Spracherkennung und Sprechsteuerung der menschlichen Stimme stellen eine besondere Form der KI dar. Die Spracherkennung im Rahmen der Gesundheitsversorgung ist ein Thema, welches bereits seit längerer Zeit Beachtung findet. Die automatisierte Erkennung von Sprache und Umwandlung zu Text hat sich insbesondere in den Bereichen der ärztlichen Dokumentation, juristischen Dokumentation, Dokumentation in der Verwaltung und Versicherungsdokumen-

tation fest etabliert. Dies begründet sich darin, dass das gesprochene Wort um ein Vielfaches schneller erfasst werden kann als die Eingabe per Tastatur. Die aufgenommenen Informationen stehen unmittelbar nach der Erfassung im System zur Verfügung und können zur Auswertung und Weiterverarbeitung verwendet werden (vgl. Krüger et al., 2023).

Auch alltagsnahe Robotersysteme finden in der Gesundheitsversorgung Anwendung und gehören zu den autonomen oder hochautomatisierten Systemen. Sie werden nach verschiedenen Steuerungsformen unterschieden (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2020a):

- **Autonome Roboter**

Autonome Roboter sind in der Lage, selbstständig aus Sensordaten über die Umgebung und vorgegebenen Zielen die nächste Aktion abzuleiten. Dies kann beispielsweise eine Bewegung oder eine Manipulation sein. Sie ermöglichen die Substitution einfacher Tätigkeiten, beispielsweise von Saug- und Wischrobotern sowie von Transportrobotern für die Anreicherung von Getränken, Nahrung oder die Medikamentenverabreichung. Diesbezüglich ist zu berücksichtigen, dass sie Menschen in der Regel als Hindernisse identifizieren können, die umfahren werden müssen.

- **Interaktive Roboter**

Es werden zwei Arten interaktiver Roboter unterschieden. Die einen Systeme leiten ihre Reaktion (Bewegungen, Mimik, Gestik, Sprach- und Tonausgabe) aus der Beobachtung des Menschen ab. Der Fokus liegt hierbei auf sozialer Interaktion. Das andere System verändert gemeinsam mit dem Menschen die Umwelt bzw. führt Manipulationen aus (z.B. gemeinsames Heben eines schweren Gegenstands).

- **Teleroboter**

Teleroboter verfügen über keine eigenen Ziele, sondern setzen Steuerungsbeefehle um. Sie unterscheiden sich in:

- **Telepräsenzroboter**

Sie ermöglichen das Erledigen von Kommunikations- und Assistenzaufgaben aus der Ferne. Dies wird durch die ferngesteuerte Bewegung eines (mobilen) Roboters (inkl. Kamera und ggf. Mikrofon) ermöglicht.

- **Telemanipulationsroboter**

Sie erweitern die Möglichkeit der Telepräsenzroboter durch die Ausstattung des Roboters mit zwei Armen und ermöglichen Manipulationen aus der Ferne.

- **Assistenzroboter**

Hier besteht keine räumliche Trennung, sondern der Operator wird durch den Roboter bewegt (z.B. elektrischer Rollstuhl), seine Bewegung verstärkt

(z.B. durch Einsatz eines Exoskeletts) oder der Operator erweitert mit Roboterarmen an Bett oder Rollstuhl seinen Aktionsradius.

Die Robotik ermöglicht ein Monitoring beispielsweise der täglichen Trinkmenge oder der Gefahr von Dehydrierung. Ebenso ist die automatisierte Glukosekontrolle mittels Implantats durch Robotik ein künftig umsetzbares Szenario. Mit der Analyse von Mimik und Gestik der Gesprächspartner*innen können emotionale Befindlichkeiten registriert und durch gezieltes Fragen eruiert werden (vgl. Zink et al., 2019). Sozial-interaktive Robotik birgt das Potential, Einsamkeit durch Anregung zur Kommunikation vorzubeugen sowie im Kontext von Demenz stimmungsaufhellend bzw. stressabbauend zu wirken. Unterhaltungs- und Interaktionsrobotik können physische und kognitive Handlungen aktivieren. Es muss sichergestellt werden, dass Nutzungsdauer und Frequenzen der Robotik an die pflegebedürftige Person angepasst werden, um eine positive Wirkung zu erzielen und nicht in Rückzug und Isolation der Personen resultieren (vgl. Daum & Kolb, 2022). Die Integration von Transport- und Tragerobotern in den Pflegeprozess kann zu einer signifikanten Entlastung des Pflegepersonals von körperlich anspruchsvollen Tätigkeiten führen, wodurch das Risiko von Rückenschäden reduziert wird. Die elektronische Bestandsüberwachung von Pflegewagen, ermöglicht beispielsweise eine vollautomatisierte Materialbestellung (vgl. Zink et al., 2019). In diesem Kontext werden zudem häufig Tätigkeiten ausgeführt, die nicht dem Kernbereich der Pflege zuzuordnen sind, wie beispielsweise das Holen und Wegbringen von Essen, Wäsche oder Material. Der Einsatz von Robotik kann demnach zu einer Entlastung des Pflegepersonals in diesem Bereich beitragen (vgl. Daum & Kolb, 2022).

Bisher haben robotische Systeme im Pflegesetting lediglich begrenzte Anwendung gefunden. Die Skepsis der Anwender*innen sowie die hohen Investitions- und Anschaffungskosten stellen gravierende Hindernisse dar (vgl. Daum & Kolb, 2022). Kontroverse Diskussionen zum Einsatz robotischer Systeme in der Gesundheitsversorgung werfen Fragen nach der Wahrung ethischer Prinzipien sowie angemessener Entscheidungsfindungen auf. Schmailzl (2019) charakterisiert den gegenwärtigen Zustand wie folgt:

»Kann a) eine Maschine mit verlässlichen ethischen Prinzipien programmiert werden, kann sie programmiert werden b) mit der Fähigkeit, eine klinische Situation richtig einzuschätzen, um handlungsleitende Konsequenzen zu ziehen, und c) mit der Fähigkeit, angemessen auch auf mehrdeutig interpretierbare Situationen zu reagieren? Im Augenblick ist die Antwort noch: nein.« (Schmailzl, 2019, S. 281)

Die These, dass ein Roboter zentrale Prinzipien pflegerischer Versorgung im Pflegeprozess ersetzen kann, nämlich situationsangemessene Einschätzung der Unterstützungsbedarfe, einführender Beziehungsaufbau, Analyse und kritisches Denken

und schließlich personenzentriertes Pflegehandeln, muss als widerlegt betrachtet werden. Die Nutzung von Robotik zur Erfüllung basaler Bedürfnisse von Pflegebedürftigen kann jedoch zu einer Win-win-Situation für Pflegendе und Pflegebedürftige führen, da sich die verfügbare Zeit (für Kernaufgaben) erhöht. Es kann konstatiert werden, dass Robotik nicht in der Lage ist oder sein wird, ein Großteil der pflegerischen Aufgaben zu erfüllen, in ausgewählten Bereichen kann sie allerdings dazu beitragen (vgl. Schmailzl, 2019). Die Steigerung der Akzeptanz könnte durch Robotik mit einem höheren Maß an Empathie erreicht werden (vgl. Rasche et al., 2022). Bisher ist es Robotern nicht möglich, die für eine menschenähnliche Interaktion erforderlichen Emotionen zu zeigen. Im Rahmen von Forschungsprojekten im Bereich »Affective Computing« (dt. »emotionale künstliche Intelligenz«) wird das Ziel verfolgt, Emotionen des Gegenübers zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren. Es muss jedoch deutlich darauf hingewiesen werden, dass der Einsatz von Robotik nicht die pflegerische Interaktion mit den Pflegebedürftigen ersetzen, sondern lediglich unterstützen soll. Die Befürchtung, dass der Einsatz von Robotik zu einer geringeren interpersonellen Interaktion und somit zu einer Isolation der Betroffenen führt, verdeutlicht, dass es weniger die Technologie selbst ist, die zu einer Verbesserung der Situation beiträgt, sondern vielmehr die Art und Weise, wie das pflegerische Setting mit dieser Technologie gestaltet wird (vgl. Hangel & Inthorn, 2020).

6.3.6 Telematik und E-Health

Die Etablierung einer modernen, sektorenübergreifenden Kommunikation sowie die Nutzbarkeit wichtiger medizinischer Gesundheitsdaten sind wesentliche Elemente einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung. Die hierfür erforderliche Telematik-Infrastruktur stellt somit einen entscheidenden Faktor für die Verbesserung der medizinischen Versorgung in Deutschland dar. Die Telematikinfrastruktur umfasst beispielsweise das E-Rezept sowie die elektronische Patientenakte (ePA), welche den Austausch von Daten zwischen den Leistungserbringern sowie die Einstellung von Informationen für die Nutzer*innen der Gesundheitsversorgung selbst ermöglicht (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2020a). Die Kommunikation zwischen den einzelnen Akteur*innen ist dabei so abgesichert, dass nur registrierte Nutzer*innen Zugang mittels der gesetzlich vorgeschriebenen Identifikations- und Authentifizierungsverfahren erhalten (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2020). Die Telematik-Infrastruktur ermöglicht den Einsatz von E-Health-Angeboten. Dabei werden nach der Definition unter E-Health »Anwendungen zusammengefasst, die zur Unterstützung der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten die Möglichkeiten nutzen, die moderne Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) bieten.« (Bundesministerium für Gesundheit, 2024b) Neben der

Kommunikation medizinischer Daten, werden darunter auch der Einsatz von Gesundheitsapps (digitale Gesundheitsanwendungen), die bei Prävention, Therapie und Ausgleich von Behinderungen zur Anwendung kommen sowie Telehealth (z.B. Telepflege und Telemedizin) verstanden (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2024b). Bei der Telehealth kommt der Aspekt der Distanz hinzu. Die Einsatzmöglichkeiten von Telehealth sind vielfältig. Sie erstrecken sich von der Diagnose und Behandlung von Verletzungen und Krankheiten, über die Forschung und Evaluierung bis hin zur Weiterbildung von Personen im Gesundheitswesen. Dabei sind vor allem Menschen in abgelegenen Gebieten, vulnerablen Bevölkerungsgruppen sowie ältere Menschen als Zielgruppe von Bedeutung (vgl. Braeseke et al., 2020).

Im internationalen Kontext sind E-Health-Strukturen bereits seit längerem implementiert. Deutschland fällt jedoch deutlich hinter den aktuellen Stand internationaler E-Health-Entwicklungen zurück. Dies wird beispielsweise an der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte ersichtlich, die in Deutschland über 20 Jahre gedauert hat. Dementsprechend ist Telepflege bisher in Deutschland nur wenig verbreitet. Allerdings hat die Corona-Pandemie hier einen Innovationsschub verursacht, der in der Praxis jedoch häufig an mangelnder oder fehlender Infrastruktur scheiterte. Die flächendeckende telematische Versorgung könnte insbesondere in strukturschwachen und ländlichen Regionen eine Möglichkeit zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit darstellen (vgl. Braeseke et al., 2020).

Unter die Überkategorie E-Health fällt beispielsweise Telehealth, dessen Anwendungen in Telemedizin und Telepflege unterschieden werden (vgl. Braeseke et al., 2020).

Die Bundesärztekammer (2019) definiert Telemedizin als einen

» [...] Sammelbegriff für verschiedenartige ärztliche Versorgungskonzepte, die als Gemeinsamkeit den prinzipiellen Ansatz aufweisen, dass medizinische Leistungen der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in den Bereichen Diagnostik, Therapie und Rehabilitation sowie bei der ärztlichen Entscheidungsberatung über räumliche Entfernungen (oder zeitlichen Versatz) hinweg erbracht werden. Hierbei werden Informations- und Kommunikationstechnologien eingesetzt.« (Bundesärztekammer, 2019, S. 2)

Die deutsche Telemedizin unterscheidet sich insofern von anderen internationalen Konzepten, als dass die direkte oder indirekte Beteiligung von Ärzt*innen zwingend erforderlich ist. In weniger arztzentrierten Gesundheitssystemen ist dies nicht der Fall (vgl. Braeseke et al., 2020).

Der Begriff Telepflege (auch Telecare, Telenursing, Telehomecare, Telephone Nursing oder eCare genannt) wird in der Literatur unterschiedlich definiert und von der Telemedizin abgegrenzt (vgl. Braeseke et al., 2020). Die American Telemedicine Association definiert Telepflege als einen integralen Bestandteil des vernetzten

Gesundheitswesens. Dieses zeichnet sich dadurch aus, dass Geräte, Dienste oder Interventionen auf spezifische Bedürfnisse ausgerichtet sind, gesundheitsbezogene Daten aus der Ferne ausgetauscht werden und die gesundheitliche Versorgung effizient und proaktiv durchgeführt wird. Ferner wird betont, dass Telepflege kein Spezialgebiet der Krankenpflege ist, sondern vielmehr eine Methode zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung darstellt (vgl. Braeseke et al., 2020). In der sechsten Auflage ihrer Publikation »Scope and Standards of Practice for Professional Telehealth Nursing« definiert die American Academy of Ambulatory Care Nursing im Jahr 2018 dennoch konkrete Tätigkeitsbereiche und Rollen Pfleger sowie pflegeberufliche Standards im Bereich der ambulanten pflegerischen Versorgung (z.B. Ethik, Führung, Zusammenarbeit oder Umwelt) (vgl. American Academy of Ambulatory Care Nursing, 2018).

Für Hübner und Egbert (2017) ist Telepflege

»eine Anwendung von Informations- und Kommunikationstechnologie im Gesundheitswesen, die Pflegekräfte mit Vertretern der eigenen Berufsgruppe oder anderer Berufsgruppen sowie mit Patienten und ihren Angehörigen insbesondere über räumliche Grenzen hinweg in Verbindung treten lässt. Ziel der Telepflege ist es, Menschen in das eigene professionelle Handeln einzubeziehen, die anderweitig nicht erreichbar sind.« (Hübner & Egbert, 2017, S. 212)

In ihrer Studie konnten Braeseke et al. (2020) nachweisen, dass im deutschen arztzentrierten System Telepflege häufig mit Telemedizin gleichgesetzt oder synonym verwendet wird. Dabei zeigt sich, dass das Verständnis von Telepflege nicht nur im internationalen Kontext, sondern auch im nationalen Kontext voneinander abweicht. Aus diesem Grund verstehen sie unter Telepflege

»dass beruflich Pflegende unter Verwendung von Informations- und Kommunikationstechnologien Informationen im Rahmen des Pflegeprozesses austauschen mit:

- pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen,
- anderen beruflich Pflegenden und
- weiteren professionellen Akteuren (z.B. Ärztinnen und Ärzten, Ergo, Logo- oder Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Apothekerinnen und Apothekern etc.).« (Braeseke et al., 2020, S. 35)

Dabei lassen sich nachfolgende konstitutive Merkmale von Telepflege herausarbeiten (Braeseke et al., 2020, S. 35):

- Kommunikation/Information im Rahmen der pflegerischen Versorgung,
- Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologie,

- Überwindung einer räumlichen Distanz sowie
- Unterstützung und Entlastung beruflich Pflegender.

In der Zusammenschau bietet Telepflege für die pflegerische Versorgung diverse Vorteile. Für Pflegende werden ein verbesserter Wissenstransfer sowie eine optimierte interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kooperation ermöglicht. Zudem kann eine verbesserte Informationsgrundlage zur Vermeidung unnötiger Besuche von Pflegebedürftigen beitragen. Aus der Perspektive von Pflegebedürftigen ermöglicht Telepflege eine hohe Behandlungssicherheit durch den dialogischen Zugang zu pflegerischer und medizinischer Expertise. Zudem können pflegerische Ressourcen einfacher und zügiger zugänglich gemacht werden, da Wegezeiten entfallen. Ferner wird angenommen, dass auch unnötige Krankenhausaufenthalte aufgrund einer verbesserten Informationsbasis bei den Akteur*innen vermieden und die Wiederaufnahmeraten gesenkt werden können. Darüber hinaus ergeben sich in diesem Kontext neue erweiterte Kompetenz- und Aufgabenbereichen für beruflich Pflegende (vgl. Beckers & Strotbaum, 2021).

Nicht aber in jedem Fall ist von einer Eignung der Telepflege im Rahmen pflegerischer Aufgaben des Pflegeprozesses auszugehen. Insbesondere körperbezogene Pflege erfordert die persönliche Anwesenheit der Pflegeperson. Jedoch können auch körperferne Maßnahmen, wie beispielsweise edukative pflegerische Interventionen, wie Information, Beratung, Anleitung oder Schulung (mit dem Ziel der Kompetenzerweiterung), Überwachung und Monitoring oder pflegerische Betreuungsleistungen aus der Distanz erbracht werden (vgl. Braeseke et al., 2020). Im Rahmen der Corona-Pandemie konnten beispielsweise Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen gemäß § 45 SGB XI digital durchgeführt und Wissen an informell Pflegende weitergegeben werden (vgl. Braeseke et al., 2020). Diese Vorgehensweise wurde später als feste Regelung im § 45 SGB XI verankert und die Möglichkeit, die Pflegekurse auch digital durchzuführen, verstetigt.

Eine Befragung von professionell Pflegenden aus dem Jahr 2017 zum Thema »Digitale und technische Unterstützung« ergab, dass die Einstellung der professionell Pflegenden in Bezug auf Telecare eher positiv als negativ ist. Die empfundene Nützlichkeit der Technologie ist dabei abhängig vom jeweiligen Bekanntheitsgrad. Eine weitere Studie aus den Jahren 2019/2020 zeigt jedoch, dass der Technikeinsatz überwiegend im Bereich der betrieblichen Verwaltung und Organisation verbreitet ist, während er in der direkten pflegerischen Versorgung deutlich weniger zum Einsatz kommt (vgl. Braeseke et al., 2020).

Die Möglichkeit von Telehealth stellt für private Pflegende (Lai*innenpflege) eine deutliche Verbesserung dar. Häufig sind sie selbst noch berufstätig, verfügen nur über wenig Freizeit und sehen sich durch die Care-Arbeit mit einer zusätzlichen Belastung konfrontiert. Die Nutzung digitaler Pflegeberatung, Pflegekurse und ärzt-

licher Beratung rund um die Uhr ist auf den Bedarf Berufstätiger abgestimmt (vgl. Zink et al., 2019).

6.3.7 Ergebnisse aus dem Sounding Board und den Expert*inneninterviews

Die Ergebnisse der Befragungen des Expert*innenbeirats sowie des Fachbeirats des DPR zur Relevanz der *Digitalisierung* im Kontext des Berufsbildungskonzepts sind größtenteils zustimmend für die Berücksichtigung im BAPID Pflegebildungskonzept (vgl. Tab. 33).

Tab. 33: Ergebnisse Sounding Board »Digitalisierung allgemein« Expert*innenbeirat links/ Fachbeirat des DPR rechts

Relevanz zum Berufsbildungskonzept	CVI*	
Digitalisierung	1,0	0,86
*ab einem CVI-Wert von > 0,78 gilt ein Item als angenommen		

In den Freitextantworten im Sounding Board des Expert*innenbeirat wird betont, dass es gelingen muss,

»einen Mix zu schaffen, indem Digitalisierung als Chance begriffen und genutzt wird und dem Anteil pflegerischer Arbeit, der analog bleiben wird. Außerdem müssen die im Beruf befindlichen Personen mitgenommen werden, wenn neue Unterstützungssysteme effizient sein sollen.«

Die Analyse der Interviewdaten zeigt, dass Pflege auch in Zukunft einen hohen Anteil an manuellen Tätigkeiten aufweisen wird. Allerdings bieten sich durch Automatisierung und Digitalisierung auch Chancen für die Optimierung anderer Prozesse. In diesem Kontext sind auch mahnende Stimmen aus den Expert*inneninterviews zu vernehmen, die darauf hinweisen, dass analoge Prozesse und beziehungsorientierte Aufgaben nicht außer Acht gelassen werden dürfen und in diesem Bereich auch ein großer Bedarf für Auszubildende gesehen wird:

»Klar. Natürlich müssen wir uns auch mit den Medien beschäftigen, mit denen sich die Schüler auch in der Ausbildung beschäftigen, keine Frage. Aber das ist, glaube ich, nicht der wirkliche Schlüssel. Der Schlüssel geht, glaube ich, noch, dass das eigentliche Thema als viel tiefer liegender, tiefgehender und. Ja, ja, genau.

Und die Zeit, die wir auch mit den Auszubildenden verbringen müssen. Also das ist das Thema der analogen, der analogen Auseinandersetzung miteinander. [...] Das müssen wir wieder einüben. Wir haben so ein bisschen verloren in jeder Beziehung. Und die Sehnsucht nach Kontakt, nach Kommunikation, nach Interaktion, nach face to face, body to body, die ist halt riesengroß. Und das erleben wir gerade ganz stark« (EXPo5, Abs. 55)

Die Expert*innen des Sounding Boards stellten deutlich heraus, dass Digitalisierungsangebote als nützliches Werkzeug zu verstehen sind, dass »Denken« der Pflegefachpersonen aber unentbehrlich bleibt. Beruflich Pflegende müssen sich stärker an der Weiterentwicklung von Digitalisierungstools beteiligen, damit die von pflegefernen Personen entwickelten Digitalisierungsangebote nicht an den Bedarfen von Pflegenden und Pflegebedürftigen vorbeigehen:

»Digitale Bildung in der Pflege ist vor allem als Werkzeug relevant. Das bedeutet, dass Pflegende Möglichkeiten digitaler Tools kennen sollten und an der Weiterentwicklung dieser partizipativ beteiligt werden sollten.«

»Digitalisierung, wo die Pflege auch noch sehr viel Luft nach oben hat, meiner Meinung nach, sich stärker auch zu engagieren im Bereich, wie kriege ich eigentlich digitale Tools, die mir wirklich als Disziplin helfen. Also da noch mal eine stärkere Selbstwirksamkeit der Pflege im Vergleich zu IT-Professionen, die meinen, sie wüssten, was man für die Pflege tun kann.« (EXPo6, Abs. 6)

Die Items im Bereich der Technisierung wurden von beiden befragten Gruppen als relevant erachtet, das Item *Medienkompetenz* im Durchschnitt etwas weniger, aber dennoch deutlich zustimmend (vgl. Tab. 34):

Tab. 34: Ergebnisse Sounding Board »Technisierung« Expert*innenbeirat links/Fachbeirat des DPR rechts

Relevanz zum Berufsbildungskonzept	CVI*	
Medienkompetenz	0,81	0,79
Digitale Kompetenz	0,95	1,0
Technische Kompetenz	0,95	1,0
Ambulantisierung/gemeindenahе Versorgung	1,0	0,93

Datenschutz und Datensicherheit	0,95	0,93
*ab einem CVI-Wert von > 0,78 gilt ein Item als angenommen		

Die Expert*inneninterviews ergaben keine Hinweise zur Technisierung.

Tab. 35: Ergebnisse Sounding Board »Digitale Kompetenzen« Expert*innenbeirat links/
Fachbeirat des DPR rechts

Relevanz zum Berufsbildungskonzept	CVI*	
Erwerb digitaler Kompetenzen in Aus-, Fort- und Weiterbildung	1,0	0,93
Empowerment von Pflegebedürftigen/Angehörigen	0,86	0,93
Beratung und Edukation	0,95	0,93
*ab einem CVI-Wert von > 0,78 gilt ein Item als angenommen		

Der Erwerb digitaler Kompetenzen in Aus-, Fort- und Weiterbildung, das Empowerment von Pflegebedürftigen und Angehörigen zur Nutzung digitaler Endprodukte sowie Beratung und Edukation werden überwiegend als relevant für das Berufsbildungskonzept eingeschätzt (vgl. Tab. 35).

Der Expert*innenbeirat betont die Relevanz, Lehrende in der Pflege mit den erforderlichen Kompetenzen auszustatten, um die Digitalisierung zu nutzen und weiterzugeben. Die Vermittlung von digitalen Kompetenzen muss zudem bereits in der Allgemeinbildung beginnen.

In diesem Kontext wird in einem Expert*inneninterview darauf verwiesen, dass die nachkommende Generation an Auszubildenden überwiegend aus Digital Natives besteht und die Lehr-Lernmethoden sich folglich auch an den Bedürfnissen der Lernenden orientieren müsse. Lehrende sollten über hinreichend digitale Kompetenzen verfügen, um Lernende für die entwickelten Lehr-Lernangebote in der Ausbildung zu begeistern, statt sie durch Ausbildungsabbrüche zu verlieren:

»Wir müssen uns auf die, auf die Bedürfnisse der Auszubildenden oder Studierenden einlassen. Und das sind einfach Digital Natives, die da heute nachkommen. Und wenn wir Lehrenden uns nicht dem Anpassen, ja und irgendwelche Lehrmethoden von vor 20 Jahren weiter machen, dann werden wir die Menschen verlie-

ren. [...] Wir wollen mehr Menschen für den Pflegeberuf begeistern, dann müssen wir auch gucken, was begeistert sie denn eigentlich? Und das ist keine Kreidetafel mehr, ja, das ist sozusagen, wir müssen über, über virtuelle Realitäten nachdenken im Unterricht. Wir müssen über Digitalisierung grundsätzlich nachdenken.« (EXPO3, Abs. 54)

Tab. 36: Ergebnisse Sounding Board »E-Learning« Expert*innenbeirat links/Fachbeirat des DPR rechts

Relevanz zum Berufsbildungskonzept	CVI*	
Berufs- und hochschulische Pflegeausbildung	0,81	0,86
Fort- und Weiterbildung	0,90	0,93
Flexible Lehr-/Lernformate bzw. selbstgesteuertes Lernen	0,90	0,93
Lebenslanges Lernen	1,0	0,93
Inklusives Lernen	0,71	0,93
*ab einem CVI-Wert von > 0,78 gilt ein Item als angenommen		

Im Sounding Boards wurde das Konzept des *Inklusiven Lernens* durch die Expert*innen abgelehnt. Als Ursache wird eine mangelnde Kontextualisierung der Begrifflichkeit innerhalb dieser Kategorie vermutet, etwa wenn digitale Formate die Möglichkeit bieten, Bildung barriereärmer zu gestalten und folglich inklusive Lehr-Lernprozesse anzustoßen. Die übrigen Items wurden mit großer Mehrheit beide Gruppen in der Befragung angenommen. Eine weiterführende Auseinandersetzung mit dieser Thematik fand weder in den Freitextantworten des Sounding Boards noch in den Expert*inneninterviews statt. Es ist zu vermuten, dass E-Learning-Formate in der Ausbildung bereits deutlich verbreiteter sind als beispielsweise im Bereich der Robotik (vgl. Tab. 36).

Tab. 37: Ergebnisse Sounding Board »Assistenzsysteme« Expert*innenbeirat links/
Fachbeirat des DPR rechts

Relevanz zum Berufsbildungskonzept	CVI*	
Ambient Assisted Living (AAL)	0,90	0,57
Empowerment von Pflegebedürftigen/Angehörigen	0,95	0,93
Beratung und Edukation	0,95	0,93
Technische Kompetenzen	0,90	0,86
*ab einem CVI-Wert von > 0,78 gilt ein Item als angenommen		

In diesem Kontext ist von Interesse, dass das Item *Ambient Assisted Living (AAL)* durch den Fachbeirat des DPR deutlich abgelehnt wurde (vgl. Tab. 37). In der anschließenden Diskussion konnte die Ursache hierfür nicht erschlossen werden. Da AAL bisher vor allem im ambulanten Setting eine Rolle spielt, lässt sich vermuten, dass AAL in anderen Settings eher weniger bekannt ist.

Tab. 38: Ergebnisse Sounding Board »Künstliche Intelligenz« Expert*innenbeirat links/
Fachbeirat des DPR rechts

Relevanz zum Berufsbildungskonzept	CVI*	
KI-Chatbots (z. B. Chat GPT)	0,62	0,86
Prüfungsformen und Prüfungsformate	0,76	0,86
Sprachassistent zur Kommunikation	0,81	0,43
Sprachassistent zur Dokumentation	0,86	0,64
*ab einem CVI-Wert von > 0,78 gilt ein Item als angenommen		

Die Differenzen in den Ergebnissen der Befragungen sowie die insgesamt schwache Zustimmung zu den Items der Kategorie der künstlichen Intelligenz ist bedeutsam, da es divergierenden Bedürfnisse und Bekanntheitsgrade in Bezug auf Einsatz und Nutzen der künstlichen Intelligenz in den Pflegeberufen veran-

schaulicht (vgl. Tab. 38). Die Ergebnisse der vorangegangenen Dokumentenanalyse verdeutlichte den Nutzen und die Vorteile der KI-Systeme für Pflegebildung und Pflegepraxis (vgl. Kap. 6.3.5).

*Tab. 39: Ergebnisse Sounding Board »Robotik« Expert*innenbeirat links/Fachbeirat des DPR rechts*

Relevanz zum Berufsbildungskonzept	CVI*	
Monitoring durch Robotik	0,67	0,64
Service- und Transportrobotik in Pflegeeinrichtungen	0,57	0,71
Robotik zur Reduktion körperlicher Belastungen	0,71	0,64
Technische Kompetenzen	0,86	0,93
*ab einem CVI-Wert von > 0,78 gilt ein Item als angenommen		

Die befragten Personengruppen zeigten beim Thema »Robotik« ein ähnliches und erneut wenig zustimmendes Antwortverhalten (vgl. Tab. 39). Allerdings erfährt die Robotik in der Gesundheitsversorgung zunehmende Relevanz und wird zukünftig eine immer größere Rolle innerhalb des systematischen geplanten und gesteuerten Pflegeprozesses einnehmen. Es lässt sich vermuten, dass die Robotik in der pflegerischen Versorgung noch nicht den nötigen Bekanntheitsgrad erreicht hat, um ihr aktuelles Anwendungspotential zu entfalten. Dennoch wird von Expert*innen hinterfragt, ob ethische Aspekte von Pflege als körperbezogene Tätigkeit in den Anwendungsbezügen der Robotik ausreichend Berücksichtigung finden:

»Digitale Anwendungen sollten jedoch immer als Unterstützung nicht als Ersatz gesehen werden. Braucht es Serviceroboter in Pflegeeinrichtungen, wenn Bewohner:innen selbst noch zu Servicetätigkeiten angeleitet werden können [...]? Die aktivierende Pflege muss weiterhin im Vordergrund stehen.«

Tab. 40: Ergebnisse Sounding Board »Telematik« Expert*innenbeirat links/Fachbeirat des DPR rechts

Relevanz zum Berufsbildungskonzept	CVI*	
Telepflege	0,81	0,79
Erweiterte Kompetenzen	0,95	1,0
Multiprofessionelle Zusammenarbeit	0,95	1,0
Ambulantisierung/gemeindenaher Versorgung	1,0	0,93
Technische Kompetenzen	0,95	0,93
*ab einem CVI-Wert von > 0,78 gilt ein Item als angenommen		

In der Telematik sehen alle Befragten einen deutlich höheren Benefit für die pflegerische Versorgung und nehmen alle Items deutlich an (vgl. Tab. 40).

6.3.8 Implikationen für das Bildungskonzept

Digitale Kompetenzen sind Schlüsselkompetenzen für jegliche Pflegearbeit von morgen, die heute schon unlängst begonnen hat. Digitale Kompetenzen sollten sich longitudinal in jeglicher pflegerischen Bildungslaufbahn niedrigschwellig und nachhaltig entwickeln können.

Digitalisierung zeigt sich als ein zu differenzierendes und präzisierendes Feld, das nach BAPID in verschiedenen Kategorien und auf verschiedenen Ebenen für die pflegerische Versorgung zu betrachten ist:

- **auf der Ebene der Versorgung und ihrer Potentiale:** Hier werden Pflegende Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sowie andere Pflegende beraten, schulen und empowern, digitale Benachteiligungen abbauen helfen und digitale Innovationen befördern.
- **auf der Ebene der Vermittlung, des Lernens und der Pflegepädagogik:** Hier werden Pflegende digitale Kompetenzen erlernen, entwickeln und Selbstbewusstsein durch einen gezielten Wissenserwerb in Bezug auf digitale Lösungen und Innovationen aufbauen. Dazu ist es notwendig, das Lehrende über hinreichend digitale Kompetenzen verfügen, um Lehr-Lernprozesse anregend und anschlussfähig zu gestalten.

- **auf der Ebene der Forschung, mitsamt der Verbindung von Pflegeforschung, Informatik und Technikdisziplinen:** Hier werden Pflegende aufgrund der Pflegeforschung zu Impulsgeber*innen und Change Agents in der Gesundheitsversorgung.
- **auf der Ebene der Kommunikation,** die auf allen Ebenen Wirksamkeit und Relevanz entfaltet und dabei die pflegerische Beziehungsgestaltung nicht vernachlässigt.

Insgesamt wird die Relevanz des Themas für das Bildungskonzept an vielen Stellen deutlich. Jegliche Digitalisierung sollte immer zwischen Ethik und Nutzen abgewogen verlaufen und mit Blick auf Europa und den Zielgruppen in Deutschland insgesamt stärker forciert werden.

6.4 Globale Krisen

Nachfolgend wird der Fokus vor allem auf die Rolle von beruflich Pflegenden im Kontext vermehrt auftretender Krisen und Katastrophen wie z.B. die Covid-Pandemie sowie im Kontext nachhaltiger Klimaveränderungen, die erhebliche Auswirkungen für das Gesundheitssystem haben werden, beschrieben. Dabei kommen auch Argumentationslinien einer nachhaltigen Entwicklung immer wieder in den Blick. Pflegende als größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen spielen in Krisen und Katastrophen eine sehr wichtige Rolle. Es ist unerheblich, wie groß oder klein eine Katastrophe oder Krise ist, ob sie die ganze Gesellschaft betreffen oder nur ein Stadtgebiet: Pflegefachpersonen stehen an vorderster Stelle und benötigen ein grundlegendes Verständnis über Katastrophen, um im Katastrophenfall schnell, effektiv und professionell handeln zu können. Dies gilt für alle Settings der professionellen Pflege, vom ambulanten Bereich bis hin zu klinischen Bereichen (vgl. Eid-Heberle & Burt, 2023).

Zu der Hauptkategorie (*Globale*) *Krisen* werden nachfolgend, die durch die Dokumentanalyse von BAPID aufgefundenen Subkategorien *Climate Change* und *Disaster Nursing* erläutert und dargestellt.

6.4.1 Climate Change

Klimawandel wird verstanden als Veränderung des Klimas, die direkt oder indirekt auf menschliches Handeln zurückzuführen ist, die Zusammensetzung der globalen Atmosphäre verändert und zusätzlich zu den natürlichen Klimaschwankungen über einen vergleichbaren Zeitraum beobachtet wird. Der Klimawandel ist über verschiedene wissenschaftliche Disziplinen hinweg eindeutig und verursacht etliche Krisen: Die Atmosphäre und die Ozeane erwärmen sich kontinuierlich, infolgedes-

sen nimmt die Menge an Schnee und Eis ab und der Meeresspiegel steigt allmählich an. Der Klimawandel stellt die größte Einzelbedrohung für die globale Entwicklung und das Überleben der Menschheit dar. Pflegenden kommt dabei eine Schlüsselrolle zu, um die Menschen vor den gesundheitlichen Folgen der klimabedingten globalen Herausforderungen zu schützen (vgl. ICN, 2019c). Dennoch sind die Mechanismen, durch die die Gesundheit beeinträchtigt wird, mehr als komplex: Neben direkten Einflüssen wie z.B. im Klimaschutz durch extreme Temperaturen oder im Umweltschutz durch Extremwetterereignisse (z.B. Überschwemmungen, Dürren, Tornados etc.) spielen indirekte Faktoren wie z.B. die Wasserqualität, Luftverschmutzung, Landnutzungsänderungen und ökologische Veränderungen eine Rolle (vgl. ICN, 2019c). Die Auswirkungen der genannten Faktoren auf die Gesundheit der Menschen werden durch soziale Determinanten verstärkt (z.B. Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, Gesundheitsinfrastruktur) und können zu verschiedenartigen Ausprägungen negativer Gesundheitsergebnisse führen. Die Auswirkungen des Klimawandels können mit einer Zunahme psychischer Erkrankungen, Erkrankungen der Atemwege und des Herz-Kreislauf-Systems, mit erhöhten Infektionsraten durch Lebensmittel/Wasser, mit Unterernährung und dem Verlust der Existenzgrundlage einhergehen (vgl. ICN, 2019c). Generell werden alle Regionen und Bevölkerungsgruppen betroffen sein, die Entwicklungsländer jedoch überproportional (vgl. ICN, 2019c). Die Industrie- und Schwellenländer tragen deutlich mehr zu den CO₂-Emissionen bei als der Globale Süden. Der Deutsche Ethikrat e.V. sieht Klimaungerechtigkeit hierbei in drei sich überschneidenden Dimensionen: innergesellschaftlich (zwischen verschiedenen sozialen Gruppen innerhalb einer Gesellschaft), international (zwischen Staaten) sowie intergenerationell (zwischen Menschen unterschiedlicher Generationen). Um dem Klimawandel zu begegnen, wird es sozialökologischer sowie hohe materieller und immaterieller Investitionen bedürfen (vgl. Deutscher Ethikrat e. V., 2024). Im Sinne der Darstellung einer sogenannten Klimagerechtigkeit, schätzt die World Health Organization (2023), dass derzeit 3,6 Milliarden Menschen in Gebieten leben, die besonders anfällig für den Klimawandel sind, und dass zwischen 2030 und 2050 jährlich etwa 250.000 Menschen an den Folgen des Klimawandels (z.B. Unterernährung, Malaria, Durchfall und Hitzestress) sterben werden. Zusätzlich zum menschlichen Leid werden die direkten Kosten für Gesundheitsschäden bis 2030 auf 2 bis 4 Milliarden US-Dollar pro Jahr geschätzt (vgl. World Health Organization, 2023). Der ICN sieht Pflegefachpersonen in der Pflicht, »zur Anpassung an den Klimawandel (Verringerung der Anfälligkeit für die schädlichen Auswirkungen) und zur Minderung (Verringerung oder Vermeidung von Treibhausgasemissionen) beizutragen, da sie sich dem Schutz von Gesundheit und Wohlbefinden und der Förderung sozialer Gerechtigkeit verpflichtet fühlen (ICN, 2019c, S. 1).

Das Thema Climate Change und Klimakrise im Kontext mit Gesundheitsrelevanz gelangt als gesellschaftliches Handlungsfeld verschiedener Gesundheitsberufe

zunehmend ins politische Bewusstsein auf den Ebenen des Bundes, der Länder und Kommunen. Es werden beispielsweise Hitzeaktionspläne (HAP) entwickelt, die sich vor allem in der Kommunikation von Aufklärungs- und Bildungsmaterialien niederschlagen (vgl. Winklmayr et al., 2023). Mittlerweile gibt es eine Vielzahl von Informationsangeboten, die sich insbesondere mit der Prävention hitzebedingter Gesundheitsschäden befassen (z.B. KLUG, 2022; Mücke & Matzarakis, 2019; Weltgesundheitsorganisation, 2019). Inwieweit die Broschüren passgenau entwickelt wurden und die Kompetenzentwicklung von Anbieter*innen und Nutzer*innen der Gesundheitsversorgung unterstützen oder ob ihrer Unüberschaubarkeit dieses Ziel verfehlen, ist nicht bekannt. In Hinblick auf Hitzeschutz stellt die Bundesärztekammer et al. (n. d.) fest, dass Deutschland auf die kommenden Herausforderungen nicht ausreichend vorbereitet ist. Obwohl der Gesundheitssektor eine zentrale Funktion in der Stärkung von Hitzekompetenz ausübt und auch bei der Behandlung von hitzebedingten Erkrankungen sehr relevant ist, findet eine Einbindung des Gesundheitssektors kaum statt (vgl. Bundesärztekammer et al., n. d.).

Die World Health Organization (2019) hat bereits 2019 auf die zehn größten Gefahren für die menschliche Gesundheit aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht hingewiesen. Dazu gehören:

- Luftverschmutzung und Klimawandel
- Nicht übertragbare Krankheiten (z.B. Diabetes, Krebs und Herzkrankheiten)
- Globale Grippepandemien
- Leben in Krisengebieten (durch z.B. Dürren Hungersnöte, Konflikte und Vertreibungen)
- Multiresistente Keime
- Ebola und andere hochgefährliche Krankheitserreger
- Mangelnde primäre Grundversorgung
- Impfskepsis
- Dengue-Fieber
- HIV

Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2023) sieht im Klimawandel große Gefahren für die menschliche Gesundheit und fordert, das Konzept der Planetaren Gesundheit (Planetary Health) in den »Health in All-Policies«-Ansatz zu integrieren und zu berücksichtigen. Neben den direkten Auswirkungen des Klimawandels (z.B. Verletzungen, Erkrankungen und Todesfälle bei Extremwetterereignisse) müssen auch die indirekten Auswirkungen (z.B. Nordwanderung tropischer Infektionskrankheiten) berücksichtigt und die entsprechenden Strukturen darauf ausgerichtet werden. Deutschland hat sich dem globalen Plan der Agenda 2030 von 2015 angeschlossen und deklariert die Unterstützung der 17 globalen Nachhaltigkeitsziele bzw. die Sustainable Development Goals

(SDGs). Ziel der SDGs ist die Ermöglichung eines weltweit menschenwürdigen Lebens bei der gleichsam die natürlichen Lebensgrundlagen dauerhaft bewahrt werden. Mit der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie hat die Bundesregierung die Maßnahmen für die nachfolgenden Ziele konkretisiert (vgl. Abb. 17) (vgl. Die Bundesregierung, 2024):

- Ziel 1: Armut in jeder Form und überall beenden
- Ziel 2: Ernährung weltweit sichern
- Ziel 3: Gesundheit und Wohlergehen
- Ziel 4: Hochwertige Bildung weltweit
- Ziel 5: Gleichstellung von Frauen und Männern
- Ziel 6: Ausreichend Wasser in bester Qualität
- Ziel 7: Bezahlbare und saubere Energie
- Ziel 8: Nachhaltig wirtschaften als Chance für alle
- Ziel 9: Industrie, Innovation und Infrastruktur
- Ziel 10: Weniger Ungleichheit
- Ziel 11: Nachhaltige Städte und Gemeinden
- Ziel 12: Nachhaltig produzieren und konsumieren
- Ziel 13: Weltweit Klimaschutz umsetzen
- Ziel 14: Leben unter Wasser schützen
- Ziel 15: Leben an Land
- Ziel 16: Starke und transparente Institutionen fördern
- Ziel 17: Globale Partnerschaft

Abb. 17: Die 17 SDGs der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie (vgl. Die Bundesregierung, 2024) (eigene Darstellung)



Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfiehlt daher dringend, die Implementierung von Planetary Health in die Curricula der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen voranzutreiben. Dazu fordern sie wirksame Klimaschutzmaßnahmen und die Unterstützung von Projekten und Maßnahmen zur Reduzierung des ökologischen Fußabdrucks (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2023; Lancet Countdown on Health and Climate Change, 2021).

Im Rahmen der Agenda 2030 hat Deutschland den Nationalen Aktionsplan Bildung für nachhaltige Entwicklung (BNE) entwickelt, der eine stärkere Implementierung von BNE in die Curricula, Lehrplänen, Ausbildungsordnungen sowie dem informellen Lernen als Ziel ausweist (vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2017).

Für beruflich Pflegende hat der DBfK (2020) Hinweise zum Umgang mit Auswirkungen von Wetterextremen veröffentlicht. Hierbei wird ebenfalls der Fokus auf hitzebedingte Phänomene gelegt und verweist auf die Bedeutung von Klimawandel im Kontext Gesundheit und Wohlbefinden (vgl. DBfK, 2020). Aus der vorangegangenen Literaturrecherche wird jedoch deutlich, dass Gesundheitsfachpersonen wie beruflich Pflegende und Ärzt*innen zwar eine wichtige Rolle im Transformationsprozess hin zu einer gesunden, klimasensiblen und nachhaltigen Gesellschaft spielen, die klimaspezifische Gesundheitskompetenz jedoch unterschiedlich ausgeprägt ist. Deutliches Verbesserungspotenzial besteht hinsichtlich der klimaspezifischen Gesundheitskompetenz und der interprofessionellen Zusammenarbeit in Bezug auf Planetary Health (vgl. Albrecht et al., 2023). Pflegende als Vertrauenspersonen können sowohl in der individuellen Pflegenden-Pflegebedürftigen-Beziehung als auch auf (berufs-)politischer und institutioneller Ebene wirken. Sie haben die Möglichkeit einer präventiven Einflussnahme auf die Bevölkerung im Rahmen der Pflege und Beratung von Pflegebedürftigen. Dazu können sie innerhalb ihrer Einrichtungen zur Reduzierung des CO₂-Fußabdrucks beitragen, ihre Expertise (berufs-)politisch einbringen und als Role-Model fungieren (vgl. Lehmann et al., 2023; Steinhöfel et al., 2023). Um für die Herausforderungen im 21. Jahrhundert gerüstet zu sein, bedarf es neben beispielsweise digitalen und kommunikativen Kompetenzen, auch »Green Skills« zur Unterstützung einer klimaneutralen Pflege (vgl. Raco-viyy et al., 2023).

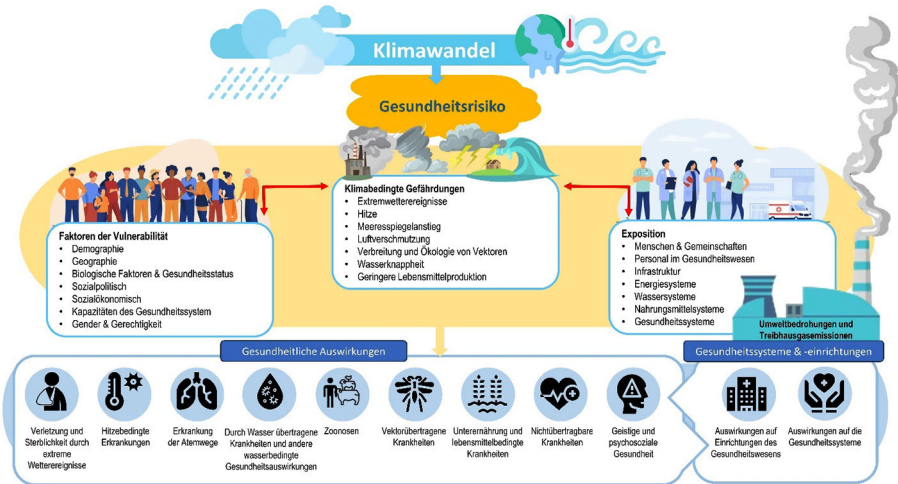
Die Verpflichtung zur Nachhaltigkeit ergibt sich für Pflegefachpersonen bereits aus dem ICN-Ethikkodex. Dort heißt es unter Punkt 4.6 (ICN, 2021, S. 20):

»Pflegefachpersonen setzen sich gemeinsam dafür ein, die natürliche Umwelt zu erhalten, zu stärken und zu schützen. Sie sind sich der gesundheitlichen Folgen der Umweltzerstörung, z.B. aufgrund des Klimawandels, bewusst. Sie treten für Initiativen ein, die umweltschädliche Praktiken reduzieren, um Gesundheit und Wohlbefinden zu fördern.«

Die Führungs- und Pflegepersonen sollen sich Wissen über die negativen Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit der Menschen und den Planeten aneignen, verbreiten und entsprechend handeln. Für Lehrende und Forschende bedeutet dies, sicherzustellen, dass Curricula und Lehrpläne Lerninhalte für die Wahrung der Menschenrechte, die Ziele für nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals, SDGs), den universellen Zugang zur Gesundheitsversorgung, eine diversitäts- und rassismussensible Gesundheitsversorgung, die Übernahme bürgerschaftlicher Verantwortung sowie die Berücksichtigung sozialer und ökologischer Gerechtigkeit umfassen. In Lehr-Lernprozessen sollten Erkenntnisse über die Fakten und Folgen des Klimawandels für die Gesundheit vermittelt und die vielfältigen Möglichkeiten, Klimagesundheit auf politischer und institutioneller Ebene zu fördern, unterstützt werden (vgl. ICN, 2021). Nationale Pflegeberufsverbände sollen sich verpflichten, Richtlinien und Positionspapiere zur Unterstützung der Menschenrechte, der Umweltgerechtigkeit und des internationalen Friedens zu entwickeln. Darüber hinaus werden sie aufgefordert, an der Entwicklung von Gesetzen mitzuwirken, die sich mit dem Klimawandel und den Umweltauswirkungen für Krankenhäuser und die gesamte Gesundheitsbranche befassen, die sich negativ auf die menschliche Gesundheit auswirken (vgl. ICN, 2021).

Aus der Dokumentenanalyse wird deutlich, dass das Thema Klimaschutz, als Teil der Bemühungen um die Gewährleistung einer nachhaltigen Entwicklung, sich nicht nur an beruflich Pflegende in den Versorgungsbereichen richtet, sondern dass auch die Managementebene in die Pflicht genommen wird, für entsprechende Rahmenbedingungen in den Einrichtungen zu sorgen und Klimaschutz als Führungsaufgabe zu verstehen. Dafür ist es u.a. wichtig, die eigene Einrichtung hinsichtlich Schwachstellen und Gefährdung durch Extremwetterereignisse zu analysieren (vgl. Baltruks, 2023).

Abb. 18: Klimasensitive Gesundheitsrisiken, ihre Expositionspfade und Gefährdungsfaktoren (World Health Organization, 2023) (eigene Abbildung)

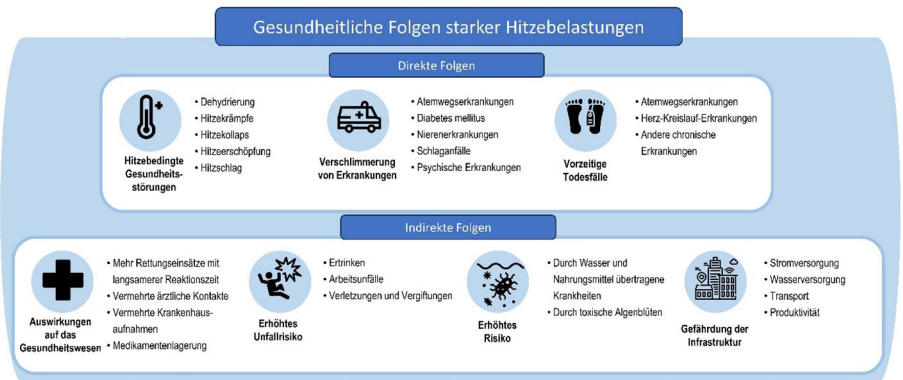


Die Folgen für die Gesundheit zeigen sich bereits heute in einer erhöhten Krankheitslast in nahezu allen Fachgebieten der Medizin. Die gesamte Gesellschaft und resp. die Akteur*innen des Gesundheitswesens in Deutschland müssen ihre Aktivitäten darauf ausrichten, Großereignisse, die sich zukünftig häufen werden, wie beispielsweise die COVID19-Pandemie oder Extremhitze im Sommer abzumildern und hinreichend auf diese vorbereitet zu sein (vgl. Kap. 6.4.2). In Deutschland wurden seit Beginn der Wetteraufzeichnungen 1881 acht der zehn wärmsten Sommer in den letzten 30 Jahre registriert. Dabei sind nicht nur die extremen Tagestemperaturen relevant, sondern auch die nächtlichen Bedingungen. Nächte, in denen die Temperatur nicht unter 20 °C fällt (sog. Tropennächte), sind in Deutschland zwar noch selten, aber auch hier wird eine Zunahme prognostiziert. Die Zahl der hitzebedingten Todesfälle in der Bevölkerung hängt von einer Kombination verschiedener Faktoren ab: der Intensität und Dauer von Hitzeperioden (Hitzeexposition), der Größe besonders gefährdeter Bevölkerungsgruppen, aber auch davon, wie erfolgreich Anpassungsmaßnahmen umgesetzt werden können. Insbesondere ältere und hochbetagte Menschen weisen bei hohen Temperaturen eine erhöhte Sterblichkeit auf. Mit dem demografischen Wandel und der Zunahme älterer Bevölkerungsgruppen wird die Sterblichkeit in Zukunft weiter ansteigen (vgl. Winklmayer et al., 2023). Neben der Mortalität steigt auch die hitzebedingte Morbidität. Durch die physiologischen Schutzmechanismen bei Hitzestress (Vasodilatation, Verdunstungskälte durch Schwitzen) werden Organe und Wirkmechanismen im Körper negativ beeinflusst (u.a. das Zellwachstum). In der Folge kann es zu hitzebedingten Erkrankungen

gen (z.B. Ischämie, Herzinfarkt, Kreislaufkollaps) kommen oder bereits bestehende hitzeempfindliche Vorerkrankungen verschlimmern.

Nachweislich steigt an heißen Tagen auch das Unfallrisiko (z.B. im Handwerk, Ertrinken beim Baden) und die allgemeine Leistungsfähigkeit sinkt, was sich in einem Anstieg der hitzebedingten Arbeitsunfähigkeitstage niederschlägt. Hitzebelastungen wirken sich folglich auch auf die Infrastruktur des Gesundheitswesens und die dort Beschäftigten aus, die ebenfalls hohen Hitzebelastungen ausgesetzt sind (vgl. Kap. 6.1.5) (vgl. Winklmayer et al., 2023).

Abb. 19: Direkte und indirekte gesundheitliche Folgen starker Hitzebelastungen (Winklmayer et al., 2023, S. 12) (eigene Darstellung)



Ein weiteres Problem, das insbesondere im häuslichen Umfeld eine Rolle spielt, ist, dass verschiedene Medikamente und Medikamentengruppen bei Hitze gefährliche Nebenwirkungen bzw. ein größeres Interaktionspotenzial mit anderen Medikamenten (z.B. Diuretika) entfalten können und außerdem die Lagerfähigkeit von Medikamenten durch Hitze beeinträchtigt wird (vgl. Winklmayer et al., 2023).

Da ein »Hitzefrei« in der Pflege nicht in Frage kommen kann, wie der DBfK in seinen Informationen und Hinweisen für Pflegenden zum Umgang mit den Auswirkungen von Wetterextremen treffend formuliert, hebt die Wichtigkeit der Bereitstellung angemessener Rahmenbedingungen für die pflegerische Arbeit zur Gewährleistung eines schadlosen Arbeitens in Hitzeperioden noch einmal deutlich hervor. Hinsichtlich der räumlichen Bedingungen wird in diesem Zusammenhang auf die Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV) verwiesen, die eine gesundheitlich zuträgliche Raumtemperatur zwingend vorschreibt (vgl. DBfK, 2020).

Der erste deutsche Policy Brief zum Lancet-Report Countdown for Health and Climate Change von 2019 fokussierte vor allem die Elemente Klimaschutz und Klimaanpassung und formulierte nachfolgende Empfehlungen und sieht darin einen

dringenden Handlungsbedarf in den nächsten Jahren (Lancet Countdown on Health and Climate Change, 2021, o.S.):

- die systematische und flächendeckende Umsetzung von Hitzeschutzplänen zur Reduktion von hitzebedingten Gesundheitsrisiken
- die Reduktion des CO₂-Fußabdrucks des deutschen Gesundheitssektors und
- die Integration von Klimawandel und Gesundheit/Planetary Health in Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen

Im folgenden Policy Brief wurde der Stand der Umsetzung in Deutschland überprüft. Im Ergebnis wurden Entscheidungsträger*innen und Akteur*innen stärker sensibilisiert, wesentliche Empfehlungen wurden jedoch bis heute nicht umgesetzt. Flächendeckende, umfassende und integrierte Hitzeaktionspläne fehlen nach wie vor. Dort, wo Hitzeschutzpläne umgesetzt wurden, sind die Akteur*innen des Gesundheitswesens häufig nicht eingebunden worden. Generell mangelt es in allen drei Handlungsfeldern an der Klärung von Zuständigkeiten. Auch die Bemühungen zur Reduzierung des CO₂-Fußabdrucks im Gesundheitssektor sind bis auf wenige Ausnahmen nicht erfolgt (vgl. Lancet Countdown on Health and Climate Change, 2021). Dabei trägt das Gesundheitswesen in entwickelten Ländern wie Großbritannien oder den USA mit 3–8 Prozent zum Klimawandel in ihren Ländern bei (vgl. ICN, 2019c). In Deutschland ist das Gesundheitswesen für ca. 6 Prozent der Treibhausgasemissionen verantwortlich (vgl. Pichler et al., 2023). Pro belegtem Klinikbett fallen täglich 20 kg Abfall an (sieben bis acht Tonnen pro Klinik). In Pflegeeinrichtungen entfällt etwa die Hälfte des CO₂-Fußabdrucks auf die Sicherstellung der Verpflegung aufgrund der intensiven Landwirtschaft (vgl. Ehrhardt-Joswig, 2024).

Auch die Integration in die Curricula ist mit Ausnahme der Humanmedizin wenig fortgeschritten (vgl. Lancet Countdown on Health and Climate Change, 2021; Vogel et al., 2023). Ursächlich scheint hier, dass in den Ausbildungszielen nur die Durchführung von Maßnahmen in Krisensituationen verankert sind (wozu auch die Klimakrise gezählt werden könnte), nicht aber durch eine ausdrückliche Nennung von Kompetenzen zur nachhaltigen Entwicklung als Teil des Ausbildungsziels in § 5 Absatz 1 Satz 1 diesem umfassenderen Kompetenzverständnis angemessen Rechnung getragen wird. Gemäß dem Nationalen Aktionsplan Bildung für nachhaltige Entwicklung (vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2017) und den modernisierten Standardberufsbildpositionen anerkannter Ausbildungsberufe (vgl. BIBB, 2021) muss sowohl die berufspolitische Kompetenzentwicklung (vgl. Kap. 6.2.7) als auch die Kompetenzentwicklung zur Nachhaltigkeit im Kontext großer gesellschaftlicher, die Arbeitswelt und die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung betreffender transformativer Wandlungsprozesse für Pflegefachpersonen in beruflichen Ausbildungsordnungen abgebildet und in Bildungsprozesse eingebunden werden.

In den Rahmenplänen der Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz findet sich das Thema nur sehr rudimentär und randständig wieder, z.B. im *CEO4 Gesundheit fördern und präventiv handeln*. Dort wird im 3. Ausbildungsabschnitt unter »Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik« auch das Thema »Klimapolitik« angesprochen und unter den Kompetenzen sollen die Auszubildenden »für die Ökologie in Gesundheitseinrichtungen sensibilisiert sein, über Grundkenntnisse von Konzepten und Leitlinien zur ökonomischen und ökologischen Gestaltung der Einrichtung verfügen und mit materiellen und personellen Ressourcen ökonomisch und ökologisch nachhaltig umgehen« (Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz, 2020, S. 49ff.). Im didaktischen Kommentar wird auf die Möglichkeit hingewiesen, im Rahmen eines Planspiels die Rolle von Klimaforscher*innen einzunehmen. In *CEO1 Ausbildungsstart – Pflegefachfrau/Pflegefachmann* werden als Anregungen für Arbeits- und Lernaufgaben die Auseinandersetzung mit ökologischen Prinzipien/Umweltmanagement vorgeschlagen (vgl. Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz, 2020).

Im Gegensatz dazu findet sich im hochschulischen und allgemeinbildenden Bereich bereits eine Vielzahl an Grundsatzpapieren, Konzepten und Materialien zur planetaren Gesundheit und der Anbahnung entsprechender Kompetenzen (vgl. Lehmann et al., 2023). Eine Studie von Lopez-Medina et al. (2019) deutet darauf hin, dass die Integration der Themen Ressourcennutzung, Ernährung, Gesundheitsförderung, Globalisierung, Krankheitsmanagement und Umwelteinflüsse auf die Gesundheitsversorgung in die Pflegeausbildung einen großen Mehrwert für diesen Aspekt der Gesundheitsversorgung hat (vgl. Lopez-Medina et al., 2019).

Insbesondere der dritte Punkt *Integration* von Planetary Health in die Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe des Policy Brief 2021 für Deutschland zeigt die Relevanz für das neue Pflegebildungskonzept. Gesundheitsberufe müssen den Ernst der Lage verstehen und ihren Beitrag zu einer nachhaltigen und gesundheitsfördernden Gesellschaft leisten. Dies kann nur erreicht werden, wenn die Themen Klimawandel als Gesundheitsgefahr, Gesundheitschancen durch Klimaschutzmaßnahmen und das Gesundheitskonzept Planetary Health in die Curricula der Aus-, Fort- und Weiterbildung implementiert werden (vgl. DBfK, 2020, 2022). Dies erfordert ein umfassendes und professionelles Wissen, wird jedoch auch von den Studierenden bzw. Auszubildenden eingefordert (vgl. Vogel et al., 2023). Es wird zunehmend Aufgabe der Pflegenden sein, die Gesundheitskompetenz der Betroffenen zu stärken. Insbesondere für die Rollenprofile der Advanced Nursing Practice ergeben sich hier umfangreiche Handlungsfelder in allen Settings des Gesundheits- und Sozialwesens (vgl. DBfK, 2020, 2022). Für die transformative Lehre ergeben sich daraus nachfolgende Schlüsseldimensionen (vgl. Lancet Countdown on Health and Climate Change, 2021):

- Verpflichtende Verankerung von Lehrinhalten zu Klimawandel und Gesundheit/ Planetary Health in den Curricula
- Stärkung der spezifischen Fachkompetenz von Lehrenden und Institutionen
- Praktischer und transformativer Unterricht, der die Lernenden zum Handeln motiviert

Katastrophen in Folge des Klimawandels werden zunehmen (vgl. Kap. 6.4.2) (vgl. ICN, 2019c) Aus diesem Grund fordert das ICN die nationalen Berufsverbände u.a. auf, in Zusammenarbeit mit der Regierung Maßnahmen zu ergreifen, um die Auswirkungen des Klimawandels auf die Bevölkerung zu mildern, zu mehr Klimaschutz beizutragen, sich an der Entwicklung nationaler Aktionspläne zu beteiligen, mit allen Stakeholdern zusammenzuarbeiten und das Bewusstsein für die gesundheitlichen Auswirkungen zu schärfen (vgl. ICN, 2019c). Auf der Mikroebene ruft der ICN alle Pflegenden in ihren Rollen als Praktiker*innen, Pädagog*innen, Praxisanleitenden, Wissenschaftler*innen, Strategieentwickler*innen und Leitenden auf (ICN, 2019c, S. 4):

- sich für Strategien einzusetzen, die Gesundheitsabfälle zu reduzieren und eine korrekte Abfallwirtschaft zu gewährleisten.
- sich aktiv in Umweltschutzausschüssen und politischen Entscheidungen zu engagieren, die sich auf die Sicherheit und den Schutz von Gesundheitspersonal sowie auf das Management und die Regulierung der Umwelt im Gesundheitswesen konzentrieren.
- Einzelpersonen, Familien und Gemeinschaften zu befähigen, eine gesunde Lebensweise zu wählen und ihre eigenen Praktiken zu ändern (z.B. aktiver Verkehr, Nutzung grüner Energie, Ernährungsumstellung), um den Ausstoß von Treibhausgasen zu verringern.
- sich mit anderen Sektoren gemeinsam zur Unterstützung von Strategien zur Senkung der Treibhausgasemissionen zu engagieren, wie z.B. Stadtumbau, verbesserte öffentliche Verkehrsmittel und die Anpassung von Innenraumtechnologien (z.B. Kochherde) zur Emissionsminderung.
- mit den Kommunen zusammenzuarbeiten, um die Widerstandsfähigkeit gegen die Auswirkungen des Klimawandels in einer Weise aufzubauen, die vom lokalen Kontext und den Bedürfnissen bestimmt wird und die über ein Reagieren hinausgeht, sondern vor allem darauf abzielt, die zugrunde liegenden Schwachstellen zu beseitigen. Zu den Strategien gehören Schwachstellenanalysen zur Entwicklung von Resilienzplänen inklusive mitgedachter Unsicherheiten, armer und sozial ausgegrenzter Gruppen bei der Entscheidungsfindung, die Skalierung erfolgreicher Anpassungsmaßnahmen sowie die Überwachung und Bewertung.

Als wegweisendes Projekt zur Förderung nachhaltiger Kompetenzen beruflich Pflegender wurde im Jahr 2021 die Nurses Climate Challenge Europe ins Leben gerufen. Ihr Ziel ist es Pflegende zu unterstützen, die als Multiplikator*innen ihre Kolleg*innen und Gemeinden über die gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels aufklären möchten. Zu diesem Zweck werden sorgfältig ausgewählte Ressourcen (z.B. Leitlinien, Präsentationen mit detaillierten Gesprächspunkten) angeboten, um beruflich Pflegende dabei zu unterstützen, die Klimawissenschaft und die Auswirkungen des Klimawandels auf Gesundheit und Wohlbefinden besser zu verstehen und in ihre Praxis zu integrieren. Teilnehmende Pflegeschulen verpflichten sich im Gegenzug dazu u.a. die Inhalte zu Klimawandel und planetarischer Gesundheit in ihre Curricula zu übernehmen, das Umweltbewusstsein in allen Bereichen zu fördern sowie sich aktiv für die Einbeziehung des Klimawandels in die Lehre einzusetzen (vgl. Health Care Without Harm Europe, n. d.).

6.2.4 Disaster Nursing

Aus der Dokumentenanalyse wird deutlich, dass das Thema (Globale) Krisen im internationalen Kontext, vor allem im amerikanischen und asiatischen Raum bereits große Beachtung erfährt (z.B. Loke et al., 2021; Su et al., 2022; Veenema, 2018). In Deutschland gibt es diesbezüglich erst wenige vereinzelte Publikationen und Forschungsprojekte, die sich mit Disaster Nursing und Disaster Preparedness auseinandersetzen. Hier ist insbesondere das Projekt »AUIPK – Aufrechterhaltung der ambulanten Pflegeinfrastrukturen in Krisensituationen« von Ewers et al. (2024) zu nennen, das die Erhöhung der Widerstandsfähigkeit (Resilienz) ambulanter Pflegeinfrastrukturen und die Verbesserung der Sicherheit von Pflegebedürftigen bei Alltagsstörungen und in Krisensituationen zum Ziel hat. Im Zusammenhang mit einem weiteren Projekt von Ewers und Köhler (2024) ist der Kompetenzrahmen »Core Competencies in Disaster Nursing des ICN (ICN, 2019a, 2022) ins Deutsche übersetzt worden. Der Fokus der Katastrophenforschung in Deutschland beschränkt sich derzeit stark auf die Corona-Pandemie als einzelne Krise und die damit verbundenen Herausforderungen für das Gesundheitswesen im Allgemeinen (vgl. Hower & Winter, 2021) oder einzelnen Aspekte wie z.B. die Belastungsfaktoren für Pflegende im Zuge der Corona-Pandemie (vgl. IFBG & Barmer, 2023).

Nach der Definition der Internationalen Föderation der Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaft (IFRC), als größtes humanitäres Netzwerk sind Katastrophen:

»schwerwiegende Störungen im Funktionieren einer Gemeinschaft, die ihre Fähigkeit zur Bewältigung aus eigenen Mitteln übersteigen. Katastrophen können durch natürliche, vom Menschen verursachte und technologische Gefahren sowie durch verschiedene Faktoren verursacht werden, die die Gefährdung und Verletzlichkeit einer Gemeinschaft beeinflussen.« (IFRC, 2024, Übersetz. d. Verf.)

Naturkatastrophen umfassen extreme Wetter- und Klimaereignisse wie Dürren, Hurrikane und den Anstieg des Meeresspiegels sowie Pandemien und Vulkanausbrüche. Von Menschen verursachte Katastrophen werden als unbeabsichtigt oder vorsätzlich charakterisiert. Unbeabsichtigte durch Menschen verursachte Katastrophen umfassen Gebäudeeinstürze aufgrund mangelhafter Konstruktion, chemische Explosionen aufgrund fehlerhaft funktionierender Ausrüstung oder Transportunfälle aufgrund mechanischer Ausfälle. Vorsätzliche Ereignisse hingegen sind beispielsweise Terroranschläge, aktive Amokschütz*innen, Cyberangriffe oder Krieg (vgl. Eid-Heberle & Burt, 2023). Katastrophen sind demnach durch fehlerhaftes Krisenmanagement, mangelhafte Präventionsmaßnahmen oder durch unzureichende Früherkennung herbeigeführte Großschadensereignisse mit signifikanten und fatalen Auswirkungen auf Systemstrukturen und Umwelt (vgl. Reinhart, 2009). Während eine Katastrophe unmittelbar eintritt, hat die Krise eine räumliche und zeitliche Dimension (vgl. Reinhart, 2009).

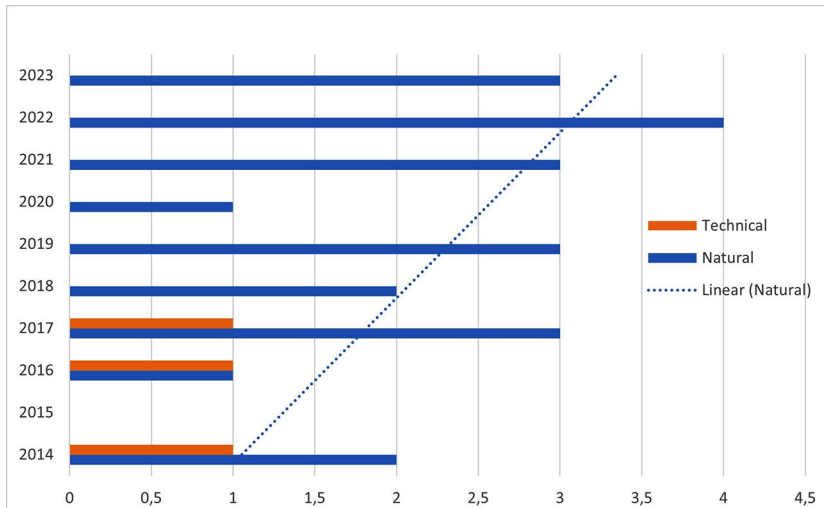
Das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe definiert eine Krise als Situation, in der herkömmliche Mittel und Maßnahmen nicht mehr ausreichen, um die negativen Folgen einer sich verschärfenden Gefahren- oder Schadenslage abzuwenden (vgl. BBK, n. d.).

Seit 1988 sammelt die Internationale Katastrophendatenbank (EM-DAT) weltweit Daten zu Katastrophen und ermöglicht den nichtkommerziellen Open-Access-Zugang. Über 26.000 Massenkatastrophen wurden für den Zeitraum von 1900 bis heute erfasst. Dabei wird zwischen Naturkatastrophen (hydrologische, meteorologische, geophysikalische, biologische und klimatologische Katastrophen) und technischen Katastrophen (Arbeitsunfälle, Transportunfälle und sonstige Unfälle) unterschieden. Insgesamt sind weltweit zwei Drittel aller Katastrophen auf Naturgefahren zurückzuführen. Für die Aufnahme in der Datenbank müssen mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt sein (vgl. EM-Dat, 2023):

- 10 Todesopfer
- 100 Betroffene
- eine Erklärung des Ausnahmezustands
- ein Aufruf um internationale Hilfe

In Deutschland ereigneten sich zwischen 2014 und 2023 insgesamt 25 Katastrophen, die in die Datenbank aufgenommen wurden, weil sie mindestens einem der genannten Kriterien entsprochen haben. Davon waren 22 Naturkatastrophen, was einem Anteil von 88 Prozent entspricht. Unter diesen waren drei hydrologische Katastrophen (Überschwemmungen) sowie 19 meteorologische Ereignisse (Stürme und extreme Temperaturen) zu verzeichnen. Bei den drei technischen Katastrophen handelte es sich um zwei Verkehrsunfälle und ein Zugunglück (vgl. Abb. 20) (vgl. EM-Dat, Wed., 2024 UTC).

Abb. 20: Technische und Natürliche Katastrophen in Deutschland im Zeitraum 2014–2023 (EM-Dat, Wed., 2024 UTC)



Glücklicherweise liegt der letzte technische Katastrophenfall, der in die EM-DAT-Datenbank eingeflossen ist, bereits sieben Jahre zurück. Allerdings nimmt die Anzahl der Naturkatastrophen in Deutschland zu (vgl. Abb. 20).

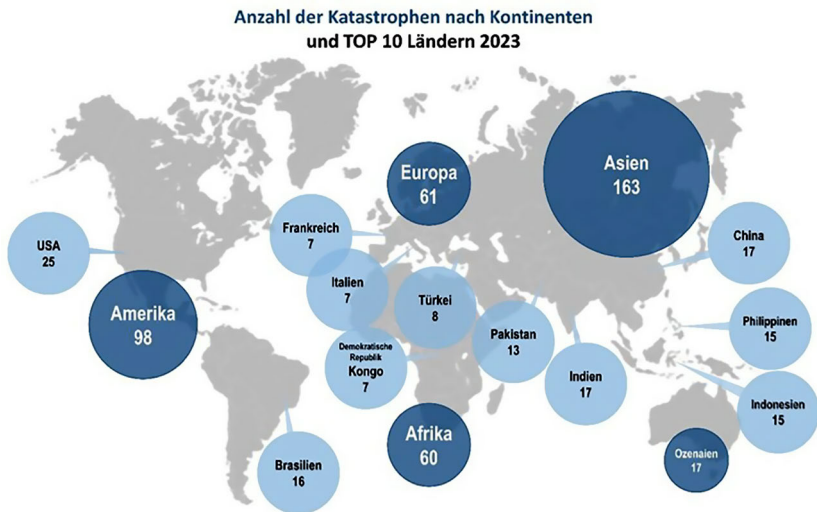
Kleinere Pannen, Problemen und Krisen, die in den großen Datenbanken nicht erfasst werden, können regional und lokal jedoch zu großen Problemen führen, auf die man ebenfalls vorbereitet sein muss. Fällt beispielsweise in einem Stadtteil der Strom aus, kann es insbesondere in der ambulanten pflegerischen Versorgung zu großen Problemen kommen. Beatmungs- und Dialysegeräte verfügen zwar in der Regel über einen Akku, diese sind jedoch nur als kurzfristige Lösung zu betrachten. Hier können im Verlauf der technischen Störungen Evakuierungen ganzer Einrichtungen notwendig werden (vgl. Breuer et al., 2021).

Im Jahr 2023 kamen weltweit über 86.000 Menschen durch Katastrophen ums Leben und über 93 Millionen Menschen waren von ihnen betroffen. Die hohe Anzahl an Todesfällen übertraf damit den 20-Jahres Durchschnitt von rd. 64.000 Todesfällen. Das Erdbeben in der Türkei und Syrien war mit rd. 57.000 Todesopfern das katastrophalste Ereignis 2023. Die Hitzewelle von 2022 in Europa mit Temperaturen von bis zu 47°C führten neueren Berechnungen zufolge zu über 61.000 Todesfällen. Die Daten aus 2023 legen ähnliche Episoden erhöhter Sterblichkeit in mehreren europäischen Staaten nahe. Dazu gehören vor allem Griechenland (das zusätzlich von erheblichen Waldbränden und Luftverschmutzung betroffen war), Italien, Malta und Spanien. In Indonesien waren 18,8 Millionen Menschen von Dürren betroffen. Die Vereinigten Staaten von Amerika erlebten ebenfalls erhebliche Dürren.

Sturm »Daniel« führte zu schweren Überschwemmungen in Libyen, die zu rd. 12.000 Opfer führten. Die schwerwiegendsten Überschwemmungen gab es in der Demokratischen Republik Kongo, in der sintflutartige Regenfälle zu Überschwemmungen und Erdrutschen mit geschätzt 2.900 Todesopfern führten. Sintflutartige Regenfälle in Somalia betrafen rund 2,5 Millionen Menschen während in Tansania ebenfalls 2,9 Millionen Menschen durch Überschwemmungen betroffen waren. Neben dem menschlichen Leid entsteht bei Katastrophen auch ein wirtschaftlicher Schaden. Allein im Jahr 2022 belief sich dieser auf rund 202 Milliarden Dollar (vgl. CRED, 2024).

Zwar sind die meisten Katastrophen auf den Kontinenten Nordamerika und Asien zu verorten, jedoch trafen insgesamt 61 Katastrophen allein im Jahr 2023 Europa (vgl. CRED, 2024) (vgl. Abb. 21).

Abb. 21: Anzahl der Katastrophen nach Kontinenten und Top 10 Ländern in 2022 (CRED, 2024, S. 8, eigene Darstellung)



In den letzten zehn Jahren sind insgesamt 8.453 Personen in Deutschland bei Katastrophen ums Leben gekommen, die in der EM-Dat Datenbank registriert wurden. Die extreme Hitzeperiode vom 30. Mai 2022 bis zum 4. September 2022 mit 8.173 Todesopfern, die Flutkatastrophe vom 12. bis 17. Juli 2021 mit 197 Todesopfern in verschiedenen Bundesländern und Orten, insbesondere im Ahrtal, sowie der schwere Verkehrsunfall 2017 in der Nähe von Münchberg mit 18 Todesopfern waren die drei Katastrophenereignisse mit den höchsten Todeszahlen (vgl. EM-Dat, Wed., 2024 UTC).

Die Folgen von Katastrophen für die Bevölkerung können ein Mangel an Strom, Lebensmitteln, Unterkunft, Kommunikationsmitteln, Nahrung und Wasser sein. Darüber hinaus kann der Transport für verletzte Personen gestört sein und der Massenansturm an Verletzten kann die Einsatzkräfte und Rettungskapazitäten überfordern. Schäden an Gebäuden und Infrastruktur können sich auch auf Einrichtungen des Gesundheitswesens auswirken und dadurch die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung verschlechtern. Es ist wichtig, diese Schäden schnellstmöglich zu beheben, um die Gesundheit der Bevölkerung sicherzustellen (vgl. Powers, 2010).

Die Datenbank EM-Dat führt die Corona-Pandemie in ihren Erhebungen nicht auf. Es ist jedoch festzustellen, dass die Corona-Pandemie eine der größten Katastrophen der Menschheitsgeschichte war. Laut der konservativsten Schätzung der WHO sind während der COVID19-Pandemie weltweit über 6,5 Millionen Menschen gestorben. Bis Oktober 2022 wurden insgesamt über 618 Millionen Fälle von Corona-Infektionen gemeldet. Die Todesrate beträgt 1:1.000. Diese Größenordnung wurde bei keiner anderen Katastrophe erreicht. Die Corona-Pandemie hat nicht nur immense menschliche Verluste verursacht, sondern auch schwere Schäden an der Weltwirtschaft und ganzen Branchen und Volkswirtschaften angerichtet. Laut dem Internationalen Währungsfonds wird die Pandemie bis Ende 2024 voraussichtlich rd. 13,8 Billionen US-Dollar kosten. Die Bildungsprozesse wurden zeitweise unterbrochen, die Gewalt gegen Frauen und Kinder hat zugenommen und die psychische Gesundheit vieler Menschen hat deutlich gelitten. Die Corona-Pandemie war besonders, weil sie zeitgleich den Großteil der Länder der Erde betroffen hat (vgl. IFRC, 2023).

Die Corona-Pandemie stellte eine enorme Herausforderung und Belastung für das Pflegepersonal dar (vgl. Kuhlmei & Gellert, 2022). Sie waren für den Schutz vulnerabler Personengruppen verantwortlich und mussten gleichzeitig aufgrund des erhöhten Gefahrenpotenzials für sich und ihre An- und Zugehörigen auf Eigenschutz achten. Zudem hat sich die Arbeitsumgebung und die eigene Arbeit häufig verändert. Die psychischen Belastungen nahmen aufgrund der Konfrontation mit einer Vielzahl von Sterbenden, der Kündigung von Kolleg*innen und einer stark erhöhten Arbeitszeit und Arbeitsbelastung zu. In der Folge kam es häufiger zu Abweichungen von den Regeln, Qualitätsverlusten und einer Verringerung der Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit (vgl. Glamann & Carlo, 2023; Buchan & Catton, 2023). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, dass im Zeitraum von Januar 2020 bis Mai 2021 weltweit etwa 115.000 Mitarbeitende im Gesundheitswesen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie gestorben sind. Davon waren etwa 50.000 Todesfälle in Europa zu verzeichnen (vgl. World Health Organization, 2021). In Deutschland sind bis März 2024 etwa 183.000 Menschen im Zusammenhang mit COVID-19 verstorben (vgl. Robert Koch-Institut, 2024a). Es wurden bislang keine

spezifischen Inzidenzraten zu Todesfällen oder Long-Covid-Prävalenzen unter Pflegenden in Deutschland erhoben.

Pflegefachpersonen sind seit jeher in die Krisen- und Katastrophenpflege eingebunden. Katastrophenmanagement und Schlachtfeldtraumata wurden bereits in der napoleonischen Zeit beschrieben. Das Konzept der Triage wurde in den 1790er Jahren mit dem Ziel entwickelt, durch Dringlichkeitszuweisungen und Behandlungsreihenfolgen die Überlebensrate zu erhöhen, um damit eine größere Anzahl von Soldaten zur Verfügung zu haben. Katastrophenmedizin und -pflege hat also ihren Ursprung im Militärwesen und tauchte erst im Rahmen der modernen Medizin zu Beginn des 20. Jahrhunderts während der industriellen Revolution auf. Das Militär spielt heute weiterhin eine wichtige Rolle im Rahmen des Katastrophenmanagements. Krankenpflege in Krisen wurde erstmalig von Florence Nightingale und Mary Seacole im Krimkrieg zwischen 1853 und 1856 beschrieben. Ihre Aufgaben war es die Gesundheit der Soldaten zu erhalten und das Pflegeoutcome unter schwierigsten Außenbedingungen zu verbessern. Nach dem zweiten Weltkrieg 1945 und der Gründung der Vereinten Nationen kam es zur Zunahme der internationalen humanitären Hilfe und es gründeten sich eine Vielzahl an Nichtregierungsorganisationen (NGO). Eine der bekanntesten NGOs ist Ärzte ohne Grenzen (Médicins Sans Frontières – MSF), das sich 1968 gründete. Das bisher traditionell reaktive Katastrophenmanagement und die Katastrophenhilfe wurden in den vergangenen 20 Jahren immer mehr von dem Schwerpunkt der Prävention, Planung und Risikominderung abgelöst. War die ursprüngliche Pflege geprägt von Hygiene, Wundversorgung, Ernährung und Ausscheidung, wird die zeitgemäße Pflege ergänzt durch kritisches Bewerten, Umsetzen und Evaluieren neuer Technik und neuem Know-how. Die Corona-Pandemie hat deutlich gemacht, dass Pflegenden bereit sind, sich auf eine Katastrophe einzustellen und zu reagieren. Als Reaktion auf die zunehmenden Katastrophen und der Rolle der Disaster Nurses wurde 2008 die World Society of Disaster Nurses (WSDN) gegründet (vgl. Fletcher et al., 2022).

Für Loke et al. (2021) ist Katastrophenpflege »eine systematische und professionelle Pflege für Bevölkerungsgruppen und ihre Gemeinschaften, die von Naturkatastrophen und/oder vom Menschen verursachte Katastrophen betroffen sind. [...] Pflegefachpersonen sind die Planer*innen, politischen Entscheidungsträger*innen, Führungskräfte, Kommandeur*innen, Pädagog*innen und Forscher*innen im Katastrophenmanagement.« (Loke et al., 2021, S. 1, Übersetz. d. Verf.)

Im Jahr 2009 veröffentlichten die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der International Council of Nursing (ICN) ihre erste Fassung des Kompetenzrahmens für Katastrophenpflege (Disaster Nursing). Es wurde betont, dass Pflegenden bei Katastrophen eine entscheidende Rolle spielen und über grundlegende Kompetenzen im Katastrophenfall verfügen müssen, um schnell und effektiv reagieren zu können (vgl. ICN, 2019a). Die Verantwortlichen haben den Anspruch verdeutlicht, den Aufbau von Kapazitäten auf allen Ebenen zu beschleunigen, um die Bevölkerung

vor Verletzungen und Todesfällen zu schützen, die Gesundheit zu erhalten und ein funktionierendes Gesundheitssystem zu gewährleisten – auch in Zeiten von Gesundheitsbedrohungen und Katastrophen. In dem ICN-Paper »Nurses: A Voice to Lead« (2019b) werden Epidemien, Pandemien und Gewalt als große globale Gesundheits Herausforderungen identifiziert (vgl. ICN, 2019b). Aufgrund der unterschiedlichen kulturellen, gesellschaftlichen, rechtlichen und ethischen Rahmenbedingungen sind die einzelnen Länder verpflichtet, ihre Umsetzung entsprechend anzupassen. Dies wurde bereits bei der Erstellung des ersten Frameworks im Jahr 2009 deutlich, da die Erwartungen sehr heterogen waren und kein globaler Konsens erreicht werden konnte (vgl. ICN, 2019a). Das erste Framework hat zu einem Anstieg der einschlägigen Literatur zu Disaster Nursing geführt. Diese ist mittlerweile in vielen Ländern in die Curricula von Aus- und Weiterbildung integriert (vgl. ICN, 2019a).

Alle Pflegefachpersonen sind potenziell Katastrophenpflegende. Das Ziel der Katastrophenpflege besteht darin, die Folgen und Auswirkungen von Katastrophen für einzelne Personen, Gruppen und die Gemeinschaft zu reduzieren (vgl. Eid-Heberle & Burt, 2023).

Der Katastrophenmanagementzyklus umfasst vier Bereiche, in die Pflegefachpersonen aller BAPID-Niveaustufen im Katastrophenfall einbezogen werden können (vgl. Eid-Heberle & Burt, 2023):

- **Schadensbegrenzung und Vorsorge**

Pflegefachpersonen tragen mit ihrem fundierten Wissen über die gemeinschaftlichen Ressourcen maßgeblich zur Eindämmung und Vorsorge bei. Dadurch wird das Risiko und die Auswirkungen von Katastrophen auf die Gemeinschaft deutlich verringert.

- **Reaktion**

Pflegefachpersonen sind in dieser Phase bereit, physische und psychologische Hilfe in verschiedenen Settings zu leisten. Die Hilfe richtet sich vor allem an vulnerable Bevölkerungsgruppen wie Kinder, ältere Menschen, chronisch Erkrankte und Menschen mit geistigen oder körperlichen Behinderungen, die durch die Auswirkungen von Katastrophen wie Medikamentenmangel, Wassermangel und Stress noch stärker gefährdet sind. Zu den Maßnahmen gehören pflegerische Kompetenzen, Assessments, Triage, Priorisierung von Pflege, Delegation von Gesundheitsaufgaben, Gesundheitsedukation, Unterstützung bei der täglichen Pflege, Identifizierung und Sicherung wesentlicher medizinischer Versorgung und Verbrauchsmaterialien wie BZ-Werte, Medikamente, Prothesen und Brillen sowie Infektionskontrollmanagement.

- **Wiederherstellung**

In dieser Phase versorgen und pflegen Pflegefachpersonen weiterhin primär vulnerable Menschengruppen und bewältigen gesundheitliche Bedrohungen für die Gemeinschaft. Sie sorgen für eine zuverlässige Versorgung mit

Medikamenten, medizinischer Ausrüstung und Verbrauchsmaterialien sowie den Zugang zu notwendigen Ressourcen wie beispielsweise Dialyse und Spezialkliniken. Dabei zeigen sie Einfühlungsvermögen für die emotionalen Auswirkungen, denen Personen ausgesetzt sind, die An- und Zugehörige vermissen oder verloren haben.

- **Herausforderungen**

Pflegefachpersonen arbeiten während der gesamten Katastrophenzeit in herausfordernden Arbeitsumgebungen. Sie setzen ihr Wissen und ihre Kompetenzen bestmöglich ein, um die bestmögliche Versorgung zu gewährleisten. Im Katastrophenfall wechselt die Pflege von einer patientenzentrierten hin zu einer gemeinwohlozentrierten Pflege. Pflegefachpersonen müssen auf Spannungen und Dilemmata vorbereitet sein.

Die Verankerung von Katastrophenpflege in den Curricula der deutschen Pflegefachausbildung ergibt sich bereits aus dem Ausbildungsziel gemäß § 5, Satz 3 (h), in dem es heißt: »Die Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen [...] Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes und Durchführung von Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen [...] (§ 5, Abs. 3h PflBG). Hier hat der Gesetzgeber festgelegt, dass Pflegefachpersonen nach erfolgreichem Abschluss ihrer Ausbildung in der Lage sein müssen, Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen ohne Anwesenheit von Ärzt*innen durchzuführen. Dazu müssen den Auszubildenden im Rahmen der Ausbildung entsprechende Kompetenzen vermittelt werden. Der DPR fordert daher die Kompetenz für nachhaltige Entwicklung in den Kompetenzzielen des PflBG zu verankern. Bisher fanden hier vor allem die digitalen und interkulturelle Kompetenz Einzug (vgl. Deutscher Pflegeerrat e. V., 2023).

Das BMG hat die Relevanz der Pflegenden im Katastrophenschutz noch einmal in seinem Eckpunktepapier zum Pflegekompetenzgesetz deutlich gemacht (Bundesministerium für Gesundheit, 2023b, S. 3):

»Pflegefachpersonen sind bei der Sicherstellung gesundheitlich-pflegerischer Akut-, Nach- und Langzeitversorgung in Notfällen, Krisensituationen und Katastrophen von wesentlicher Bedeutung für einen umfassenden Bevölkerungsschutz. Pflegefachpersonen sind deshalb regelhaft in Institutionen und Gremien bei der akuten Bewältigung wie bei der Planung und Vorbereitung auf Krisensituationen zu beteiligen (Bundes-, Landes- und regionale Ebene).«

Eine weitere Notwendigkeit zum Kompetenzerwerb in der Katastrophenpflege ergibt sich aus dem ICN-Kodex für Pflegefachpersonen. Hier ist unter 3.7 (Pflegefachpersonen und Beruf) im Kontext Katastrophen festgeschrieben:

»Pflegefachpersonen bereiten sich auf Notfälle, Katastrophen, Konflikte, Epidemien, Pandemien, soziale Krisen und Situationen mit knappen Ressourcen vor und reagieren darauf. Die Sicherheit der Menschen, die Pflege erhalten, liegt in der Verantwortung der einzelnen Pflegefachpersonen und der Führungspersonen von Gesundheitssystemen und -organisationen. Das beinhaltet die Bewertung von Risiken und die Entwicklung, Umsetzung und Planung von Ressourcen, um diese zu minimieren.« (ICN, 2021, S. 17)

In der Anwendung der Elemente des Kodex, werden drei Zielgruppen unterschieden (ICN, 2021, S. 19):

1. Pflegefachpersonen und Führungspersonen in der Pflege »[b]ereiten sich auf Notfälle, Katastrophen, Konflikte, Epidemien, Pandemien und Situationen knapper Ressourcen vor und reagieren darauf.«
2. Lehrende und Forschende »[s]tellen sicher, dass die Lehrpläne wesentliche Elemente der Betreuung von Menschen und Bevölkerungsgruppen in risikoreichen und herausfordernden Umgebungen enthalten.«
3. Nationale Pflegeberufsverbände »[f]ördern und setzen sich bei Regierungen und Gesundheitsorganisationen dafür ein, dass die Gesundheit, die Sicherheit und das Wohlbefinden des Gesundheitspersonals während der Bewältigung von gesundheitlichen Notfällen priorisiert und geschützt wird.«

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen stellt fest, dass das deutsche Gesundheitssystem in Hinblick auf Katastrophen sowie die besonderen Anforderungen an den Gesundheitsschutz und die Gesundheitsversorgung in solchen Krisen nicht ausreichend resilient ist. Der SVR definiert Resilienz als substantielle Eigenschaft, über die Individuen wie Systeme verfügen müssen, um besondere Herausforderungen wie z. B. eine Pandemie gut zu überstehen (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2023).

Die Bundesregierung hat 2022 die »Deutsche Strategie zur Stärkung der Resilienz gegenüber Katastrophen« beschlossen und verpflichtet sich, den Sendai-Framework for Disaster Risk Reduction 2015–2030 umzusetzen (vgl. Die Bundesregierung, 2022). Der Sendai-Rahmen legt konkrete Maßnahmen zur Katastrophenrisikominimierung fest, die sich auf die drei Dimensionen des Katastrophenrisikos konzentrieren: Gefährdung durch Gefahren, Verwundbarkeit und Kapazität sowie Gefahrenmerkmale. Es unterscheidet vier Prioritäten (vgl. United Nations Office for Disaster Risk Reduction, 2015):

- Priorität 1: Katastrophenrisiko verstehen
- Priorität 2: Stärkung der Institutionen zur Steuerung des Katastrophenrisikos

- Priorität 3: Investitionen in die Reduzierung des Katastrophenrisikos zur Stärkung der Resilienz
- Priorität 4: Verbesserung der Katastrophenvorsorge für eine wirksame Reaktion und einen »besseren Wiederaufbau« bei Wiederherstellung, Rehabilitation und Wiederaufbau

Die Bundesregierung hat in ihrem Strategiepapier die vier Prioritäten als Handlungsfelder um ein fünftes ergänzt (vgl. Die Bundesregierung, 2022):

- Priorität 5: Internationale Zusammenarbeit

Die Ausformulierung der fünf Handlungsfelder ist derzeit noch sehr abstrakt. Es ist jedoch zu erwarten, dass Pflegefachpersonen als größte Gruppe im Gesundheitswesen eine wichtige Rolle einnehmen werden.

Die Corona-Pandemie hat verdeutlicht, wie essenziell eine reibungslose Funktionsweise der Einrichtungen und Strukturen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes auf allen Ebenen ist. Dies umfasst die Gesundheitsfachverwaltung auf kommunaler Ebene, auf Ebene der Regierungsbezirke und Regierungspräsidien, auf Ebene der Landesgesundheitsämter und Landesministerien sowie auf Ebene des Bundes mit Ministerien und nachgeordneten Behörden. Ihre Aufgaben umfassen die Daseinsvorsorge. In Krisen- und Katastrophensituationen obliegt es ihnen, den Gesundheitsschutz der Bevölkerung zu gewährleisten. Dies erfolgt mittels einer vorausschauenden Planung sowie gut organisierter Schutzmaßnahmen, einschließlich Impfkampagnen. Zudem sind gut aufbereitete Daten zur Gesundheit der Bevölkerung und zur Gesundheitsinfrastruktur, wirksame Information und Aufklärung sowie ein ineinandergreifendes Arbeiten mit der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung erforderlich (vgl. DBfK, 2022).

Der SVR bemängelt zurecht, dass die Bedeutung in Nicht-Krisenzeiten nachlässt und sich erst mit dem erneuten Eintreten einer Krise oder Katastrophe wieder schärft. Von daher fordern sie: »[u]m Schäden durch Krisensituationen von der Bevölkerung abzuwenden, müssen zeitnah Strukturen etabliert werden, die eine Vorsorge für alle Krisen (all hazards) sicherstellen.« (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2023, S. 119) Der SVR ist mit seinen Ideen für die Umsetzung deutlich präziser und schlägt beispielsweise Community Health Nurses für Präventionsmaßnahmen bei vulnerablen Bevölkerungsgruppen sowie zur Koordinierung der sektorenübergreifenden regionalen Versorgung vor. Pflegende verfügen über den erforderlichen Zugang und die Möglichkeiten, Pflegebedürftige und vulnerable Bevölkerungsgruppen adressatengerecht zu schulen und zu empowern (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2023).

Der ICN hat sich zum Ziel gesetzt, gemeinsame und universelle Standards für Pflegefachpersonen zu entwickeln, die sie außerhalb ihres originären Tätigkeitsbereichs im Katastrophenfall einsetzen können (vgl. ICN, 2022).

Der international gültige Kompetenzrahmen für Disaster Nursing definiert insgesamt drei Kompetenzstufen, bei dem die Pflegeperson auf jeder Kompetenzstufe wieder als Neuling beginnt (vgl. ICN 2019a, 2022):

- **Stufe 1:** Jede Pflegefachperson mit einer abgeschlossenen Ausbildung/einem abgeschlossenen Studium (z.B. Pflegefachperson im Krankenhaus) ist dazu befähigt, grundlegende Erste-Hilfe- und Fachkenntnisse anzuwenden, bis weitere Einsatzkräfte eintreffen und eine Teamstruktur implementiert ist. Es wird auf der Niveaustufe 1 nicht erwartet, weiterführende Kompetenzen in der Katastrophen-/Notfallpflege aufzuweisen.
- **Stufe 2:** Jede Pflegefachperson mit einer abgeschlossenen Ausbildung/einem abgeschlossenen Studium, die die Kompetenzen der Stufe 1 erreicht hat und als Katastrophenhelfende in einer Organisation, Institution oder einem System fungieren möchten. Dies kann beispielsweise eine leitende Pflegefachperson sein, die für die Leitung eines Notfallplans zuständig ist.
- **Stufe 3:** Jede Pflegefachperson mit einer abgeschlossenen Ausbildung/Studium, die Kompetenzen der Stufe 1 und 2 erreicht hat und bereit ist in einer Vielzahl von Katastrophen und Notfällen zu partizipieren (z.B. Pflegefachpersonen bei der Bundeswehr).

Dabei werden die Kompetenzen in acht Domänen abgebildet:

Tab. 41: Die acht Domänen der Kompetenzen des Frameworks of Disaster Nursing 2.0 (ICN, 2019a, S. 4, Übersetz. d. Verf.).

Domäne 1	Vorbereitung und Planung (Maßnahmen, die unabhängig von einem konkreten Notfall ergriffen werden, um die Bereitschaft und das Vertrauen in die zu ergreifenden Maßnahmen im Ereignisfall zu erhöhen)
Domäne 2	Kommunikation (Ansätze zur Übermittlung wesentlicher Informationen am Arbeitsplatz oder im Notfalleinsatz und zur Dokumentation getroffener Entscheidungen)
Domäne 3	Systeme zur Bewältigung von Zwischenfällen (die von Ländern/Organisationen/Institutionen geforderte Struktur der Katastrophen-/Notfallreaktion und Maßnahmen, um sie wirksam zu machen)

Domäne 4	Sicherheit (Gewährleistung, dass Pflegepersonen, ihre Kolleg*innen und Pflegebedürftige nicht durch unsichere Praktiken eine zusätzliche Belastung darstellen)
Domäne 5	Assessment (Sammeln von Daten über zugewiesene Pflegebedürftige/Familien/Gemeinschaften, auf deren Grundlage spätere Pflegemaßnahmen durchgeführt werden können)
Domäne 6	Intervention (klinische oder andere Maßnahmen, die als Reaktion auf die Beurteilung von Pflegebedürftigen/Familien/Gemeinschaften im Rahmen des Katastrophenmanagements ergriffen werden)
Domäne 7	Wiederherstellung (alle Schritte, die unternommen werden, um das Funktionieren der einzelnen Person/der Familie/der Gemeinschaft/der Organisation von vor dem Ereignis wiederherzustellen oder es auf ein höheres Niveau zu bringen)
Domäne 8	Recht und Ethik (der rechtliche und ethische Rahmen für die Katastrophen-/Notfallpflege)

Erst im Jahr 2022 konkretisierte der ICN die Erweiterungen der Kompetenzen auf Stufe 3. Dabei wird davon ausgegangen, dass eine Disaster Nurse der Kompetenzstufe 3 ein multidisziplinäres Team während eines Katastrophenfalls leitet und dies über verschiedene Grenzen und Gerichtsbarkeiten hinweg. Dafür muss sie in der Lage sein, das Umfeld kritisch zu beurteilen und ggf. einzelne Mechanismen in Frage zu stellen. Diesbezüglich ist zu berücksichtigen, dass die Disaster Nurse nicht nur auf den Katastrophenfall vorbereitet sein muss, sondern auch auf die Rückkehr mit ihren psychosozialen Folgen (vgl. ICN, 2022). Der ICN postuliert, dass die Verbesserung der Fachkompetenz für die Pflegepraxis von grundlegender Bedeutung ist und in direktem Zusammenhang mit der qualitativen Verbesserung der Versorgung von Pflegebedürftigen und Förderung der öffentlichen Gesundheit steht. Die Bestrebungen der einzelnen Länder, ihr Gesundheitssystem zu verbessern, müssen zwangsläufig die Katastrophenpflege miteinbeziehen (vgl. ICN, 2022). Im Kontext neuer Berufsrollen stellt das Disaster Nursing auf Kompetenzstufe III eine konsequente Möglichkeit der Weiterentwicklung dar.

Da Katastrophen jederzeit auftreten können, ist es von entscheidender Bedeutung, das Wissen regelmäßig aufzufrischen und regelmäßig an entsprechenden Übungen teilzunehmen (vgl. ICN, 2019a). In der Studie von Loke et al. (2021) wird die Katastrophenpflege als essenzieller Bestandteil der Ausbildung sowie der berufsbegleitenden Weiterbildung von Pflegefachpersonen in einer Vielzahl von Bereichen definiert (Loke et al., 2021, S. 2, Übersetz. d. Verf.).

Während der Corona-Pandemie sah sich das deutsche Bildungssystem gezwungen, ohne einen Katastrophenplan die (Aus-)Bildung im Krisenmodus durchzuführen.

ren. Für Pflegeausbildung und primärqualifizierende Studiengänge, die gerade erst neu gestartet waren, bedeutete dies, dass Lehr-Lernformate in der Regel direkt in Online-Formaten begannen. Die Einrichtungen des Gesundheitswesens sahen sich angesichts der besonderen Bedingungen der Corona-Pandemie überdies mit der Herausforderung konfrontiert, den Start in die neue Ausbildung zu organisieren und einen gelingenden Übergang der Lernenden in den Beruf dennoch nicht aus dem Blick zu verlieren. Zur Entlastung von Schulen und Einrichtungen wurden seitens des Bundes und der Länder Vorgaben zur Durchführung der Ausbildung flexibilisiert (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2020). Aufgrund der Sicherheitsmaßnahmen in der Corona-Pandemie fanden Berufsinformationstage und Aktionstage (z.B. der Boys-Day) an Schulen und Berufsorientierungsmessen über einen längeren Zeitraum nicht statt und damit wurden die Möglichkeiten stark begrenzt, junge Menschen für die Pflegeberufe zu interessieren.

6.4.3 Ergebnisse aus dem Sounding Board und den Expert*inneninterviews

Die Ergebnisse der Befragungen des Expert*innenbeirats sowie des Fachbeirats des DPR zur Relevanz (Globaler) Krisen im Allgemeinen im Kontext des Berufsbildungskonzepts sind zustimmend für die Berücksichtigung im BAPID Pflegebildungskonzept.

Beide Beiräte haben das Item (*Globale*) *Krisen* als relevant für das Bildungskonzept erachtet (vgl. Tab. 42).

Tab. 42: Ergebnisse Sounding Board »(Globale) Krisen allgemein« Expert*innenbeirat links/ Fachbeirat des DPR rechts

Relevanz zum Berufsbildungskonzept	CVI*	
(Globale) Krisen	0,85	0,79
*ab einem CVI-Wert von > 0,78 gilt ein Item als angenommen		

In den Freitextantworten des Sounding Boards wird die Relevanz von Pflege und Bildung im Kontext (globaler) Krisen deutlich. Hier wird jedoch auf die Gefahr der inhaltlichen »Überfrachtung« der beruflichen Ausbildung hingewiesen:

»Da ginge es dann eher um Kommunikation und Kooperation, z.B. bei Überschwemmungen, Bevölkerungsschutz. Auf jeden Fall haben die Items [...] mit Pflege und ihrer Bildung zu tun. Die berufliche Ausbildung darf aber auch nicht

überladen werden, sondern muss sich auf ihren Kern konzentrieren und das ist mehr das Individuum in seiner gesundheitlichen Lebenslage.«

Dabei werden auch Subthemen adressiert, die mitgedacht werden sollen wie z.B.: »Frauen- und Mädchengesundheit, Bildungsarmut und gesundheitliche bzw. gesellschaftliche Folgen«. Diese sind ebenfalls fest in den 17 globalen Nachhaltigkeitsziele (SDGs) verankert und sind auch in Verbindungen mit den Themen demografischer Wandel (vgl. Kap. 6.1) und Professionalisierung (vgl. Kap. 6.2) fest verknüpft.

Dass die Pflegeberufe im Allgemeinen und die Pflegebildung im Speziellen sich mit dem Thema der Vermittlung von Nachhaltigen Kompetenzen auseinandersetzen sollten, wird auch in den Expert*inneninterviews deutlich. Die Themen professionelles Pflegehandeln und Climate Change sind eng miteinander verbunden:

»Wir werden solche Themen behandeln müssen wie Umgang mit Klimawandel, mit Hitzephasen, mit Extremwittersituationen. Wie kann ich Strukturen resilienter machen? Wie kann ich da als Pflege einen Beitrag leisten?« (EXP07, Abs. 6)

Deutlicher wird die folgende Aussage aus den Expert*inneninterviews. Als »Gesellschaftsdisziplin« sind Wissen und Kompetenzen im Rahmen der Prävention und der pflegerischen Versorgung in Krisen und Katastrophen unverzichtbare Bestandteile der pflegerischen Ausbildung und des pflegerischen Handelns:

»Und für mich ist völlig klar, die, die Pflege muss in ganz in der Mitte der gesellschaftlichen Themen verortet sein und das muss auch in den Curricula klar sein. Ist es auch nicht. Wir sind eine Gesellschaftsdisziplin, die nur deshalb gebraucht wird, weil die Gesellschaft dieses Thema hat. Und natürlich haben wir alle anderen Themen mitgeerbt. Denn die Menschen, die wir versorgen, die sind mitten in der Gesellschaft und die leiden unter Hitzeperioden im Sommer, die sterben, 4.000 im Jahr, weil die Klima-Hitze-Katastrophen in Deutschland noch in einer geringen Ausprägung uns vor große Probleme stellen. [...] Und deshalb müssen wir als, als eine Disziplin, die da wirkt, natürlich weitreichende Kenntnisse darüber haben.« (EXP02, Abs. 86)

In der Diskussion mit dem Fachbeirat des DPR wird eingebracht, dass Aufgaben der beruflichen Pflegebildung sei, zu überdenken, was aus pädagogischer Sicht zu diesem Thema beigetragen werden kann.

In Bezug auf die Subkategorie *Climate Change* wurden, mit Ausnahme des Items *Umgang mit Wetterphänomenen* (z.B. Hitze), das vom Fachbeirat des DPR abgelehnt wurde, alle Items der Subkategorie angenommen (vgl. Tab. 43).

Tab. 43: Ergebnisse Sounding Board »Climate Change« Expert*innenbeirat links/
Fachbeirat des DPR rechts

Relevanz zum Berufsbildungskonzept	CVI*	
Klimawandel und Gesundheit	0,80	0,86
Erweiterte Kompetenzen	0,80	1,0
Prävention und Gesundheitsförderungen	0,90	1,0
Umgang mit Wetterphänomenen (z.B. Hitze)	0,90	0,71
Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen	0,95	0,93
Empowerment von Pflegebedürftigen/Angehörigen	0,95	0,93
Beratung und Edukation	0,95	0,93
*ab einem CVI-Wert von > 0,78 gilt ein Item als angenommen		

Die befragten Expert*innen sehen weitreichende Aufgaben auf die Pflegeberufe zukommen, wenn der Klimawandel weiter fortschreitet:

»Dann das Thema Klimaanpassungsfolgen ist auch ein dickes Brett, was vermutlich uns droht, wenn wir nicht besser werden im Bereich der des Klimawandels und der Begrenzung des 1,5 Grad Ziels. Wir haben es ja in diesem Sommer schon gehabt und das ist natürlich auch ein Thema, was bei Pflegekräften ganz besonders aufschlägt, gerade auch im Bereich Altenpflege, vollstationäre Pflege usw.« (EXPo6, Abs. 6)

Aus den Ergebnissen des Sounding Boards zur Subkategorie (*Globale*) Krisen wird deutlich, dass den meisten Items der Subkategorien zugestimmt wird (vgl. Tab. 44).

Tab. 44: Ergebnisse Sounding Board »Disaster Nursing« Expert*innenbeirat links/
Fachbeirat des DPR rechts

Relevanz zum Berufsbildungskonzept	CVI*	
Pandemien/Endemien	0,90	0,86
Katastrophenereignisse (z. B. Erdbeben, Überschwemmung)	0,80	0,93
Krieg	0,65	0,86
Bevölkerungsschutz	0,80	0,86
Empowerment von Pflegebedürftigen/Angehörigen	0,80	0,86
Beratung und Edukation	0,80	0,79
(Aus-)Bildung im Krisenmodus	0,65	0,71
*ab einem CVI-Wert von > 0,78 gilt ein Item als angenommen		

Während die Vertreter*innen des Sounding Boards der Expert*innenbeirat die Items *Krieg* und *(Aus-)Bildung im Krisenmodus* ablehnten, lehnt der Fachbeirat des DPR lediglich letzteres Item als relevant für das Bildungskonzept ab. Insgesamt sind die Vertreter*innen des Sounding Boards deutlich verhaltener und vier von fünf Items erreichen nur knapp einen CVI von > 0,78.

In einer Diskussion mit den Mitgliedern des DPR-Fachbeirates im Hinblick auf die Ergebnisse werden verschiedene Aspekte deutlich, die bislang wenig im pflegerischen Diskurs sichtbar sind. Im Zusammenhang mit Krieg und Katastrophen besteht beispielsweise ein sofortiger pflegerischer Handlungsauftrag für die DRK-Schwesternschaft (vgl. DRK, 2020). Eine weiteres wenig beachtetes Thema in Pflegeforschung und Pflegebildung ist die Rolle der Bundeswehr und der dort tätigen Pflegenden. Die Ausbildung in den Pflegeberufen und anderen Gesundheitsberufen erfolgt im Bundeswehrdienst gemeinsam mit zivilen Auszubildenden (vgl. Micucci, 2023). Zudem wurde verdeutlicht, dass Krieg nicht nur als einzelnes Ereignis gedacht werden darf, von dem eine primäre Betroffenheit ausgeht. Vielmehr sind Kriege mit einer Vielzahl an Folgeerscheinungen für die Bevölkerung verbunden, wie beispielsweise Vertreibungstendenzen und Fluchtbewegungen. Als mögliche Erklärung, warum das Item *(Aus-)Bildung im Krisenmodus* abgelehnt wurde, wurden in der Diskussion überdies fehlende Inhalte in den Lehrbüchern angeführt. Außerdem lasse sich Ausbildung im Krisenmodus nicht hinreichend planen. Allerdings wird von Seiten der Mitglieder des Fachbeirates großer Handlungsspielraum

für Bildungsstrukturen im Krisenmodus im Rahmen der Hauptkategorie »Digitalisierung« gesehen. Denn während der Corona-Pandemie wurde deutlich, dass ein großer Teil der Ausbildungsangebote in den digitalen Raum verlegt werden konnte (vgl. Peters & Jürgensen, 2022; Sauer, 2020). Kritisch betrachtet werden muss dieser Lösungsvorschlag jedoch im Hinblick auf Katastrophen oder Krisen, die mit Stromausfällen verbunden sind, denn Digitalisierung ist von Energiequellen abhängig. Darüber hinaus gibt es eine wahrgenommene Schnittmenge mit dem Thema Interprofessionalität und als wichtiger Aspekt im Kontext von Krisen wird der Schutz der eigenen Berufsgruppe im Rahmen von Selbst- und Eigenschutz sowie Arbeits- und Gesundheitsschutz angeführt.

6.4.4 Implikationen für das Bildungskonzept

Deutschland wird künftig ein klimafolgenbedingtes Krankheitsspektrum aufweisen und es wird derzeit wie auch künftig durch Katastrophen und Krisen heimgesucht werden. Der Beitrag der größten Berufsgruppe im Gesundheitswesen wird eine entscheidende Rolle dabei zukommen, wie die Reaktion auf Krisen künftig gelingt oder nicht gelingt.

Nach den vorliegenden BAPID-Ergebnissen aus der Dokumentenanalyse wird eine deutlich stärkere Fokussierung auf Disaster Nursing und Nachhaltigkeit durch die Berücksichtigung in der Allgemeinen und Speziellen Pflegebildung künftig dringend empfohlen.

Pflegende können ein Spektrum an Aufgaben übernehmen, das über die unmittelbare Pflege hinausgeht. Dazu ist es wichtig Pflegende zur Ausübung von Kompetenzen zur nachhaltigen Entwicklung mit Blick auf Umwelt- und Klimakrisen zu befähigen und an einem resilienten Gesundheitswesen zu partizipieren. Die Rolle der Pflegenden in Hinblick auf die pflegerische Versorgung der Bevölkerung beinhaltet Wissen und Kompetenzen für Prävention und Versorgung zu vermitteln, um insbesondere vulnerable Bevölkerungsgruppen auf Krisen und Katastrophen (z.B. die Klimakrise) vorzubereiten und diese präventiv vor Tod oder Klinikaufnahmen zu schützen. Dazu sind Pflegende wichtige Akteur*innen im Bevölkerungsschutz (z.B. bei Katastrophen). Durch erworbene Public Health Perspektiven sind APN-Pflegende künftig in der Lage Konzepte von Einzelnen zur Krisenbekämpfung in Stadtteilen zu entwickeln und schnell im interdisziplinären Team umzusetzen. Hierbei werden große Schnittmengen zur Digitalisierung und Interprofessionalität deutlich. Insbesondere die Corona-Pandemie hat noch einmal verdeutlicht wie wichtig der Selbstschutz Pflegenden ist (auch außerhalb von Krisen und Katastrophen) und das hier bereits in der Ausbildung Kompetenzen angebahnt werden müssen.

In den Ausbildungszielen sind derzeit nur die Durchführung von Maßnahmen in Krisensituationen verankert. Es fehlt die ausdrückliche Nennung von Kompetenzen zur nachhaltigen Entwicklung als Teil des Ausbildungsziels in § 5 Absatz 1 Satz 1,

um diesem umfassenderen Kompetenzverständnis Rechnung zu tragen. Neben der berufspolitischen Kompetenzentwicklung muss auch die Nachhaltigkeit in den beruflichen Ausbildungsordnungen abgebildet und in Bildungsprozesse eingebunden werden.