

Bräutigam, Christoph et al.

Working Paper

Beruflichkeit in der qualifikationsheterogenen Pflege: Impulse aus Theorie und Praxis zum Kompetenz- und Qualifikationsmix in der Akut- und Langzeitpflege

Working Paper Forschungsförderung, No. 368

Provided in Cooperation with:

The Hans Böckler Foundation

Suggested Citation: Bräutigam, Christoph et al. (2025) : Beruflichkeit in der qualifikationsheterogenen Pflege: Impulse aus Theorie und Praxis zum Kompetenz- und Qualifikationsmix in der Akut- und Langzeitpflege, Working Paper Forschungsförderung, No. 368, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/316454>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

WORKING PAPER FORSCHUNGSFÖRDERUNG

Nummer 368, März 2025

Beruflichkeit in der qualifikationsheterogenen Pflege

**Impulse aus Theorie und Praxis zum Kompetenz- und
Qualifikationsmix in der Akut- und Langzeitpflege**

Christoph Bräutigam, Jennifer Dittrich, Michaela Evans-Borchers,
Wolfram Gießler, Stefanie Hiestand, Sophie Kaiser, Johannes Laser,
Nadine Nothstein und Franziska Wegemann

Auf einen Blick

Pflegearbeit ist im heterogenen Personalmix aus Fach- und Assistenzkräften und aus akademisch ausgebildetem Personal organisiert. Die vorliegende Studie untersucht, wie der Qualifikationsmix Beruflichkeit und Arbeitszufriedenheit in der erwerbsförmig organisierten Pflege beeinflusst: Positive Effekte entstehen durch klare Rollenzuweisungen und Entscheidungsfreiräume, während unklare Aufgabenverteilungen Spannungen erzeugen können. Professionalisierung droht durch Entsolidarisierung konterkariert zu werden. Deutlich werden die Relevanz einer personenzentrierten Organisation als Leitprinzip und die Bedeutung kooperativer Führung und positiver Feedbackkultur, um Fragmentierungen zu vermeiden und die berufliche Identität zu stärken.

© 2025 by Hans-Böckler-Stiftung
Georg-Glock-Straße 18, 40474 Düsseldorf
www.boeckler.de



„Beruflichkeit in der qualifikationsheterogenen Pflege“ von Christoph Bräutigam, Jennifer Dittrich, Michaela Evans-Borchers, Wolfram Gießler, Stefanie Hiestand, Sophie Kaiser, Johannes Laser, Nadine Nothstein und Franziska Wegemann ist lizenziert unter

Creative Commons Attribution 4.0 (BY).

Diese Lizenz erlaubt unter Voraussetzung der Namensnennung des Urhebers die Bearbeitung, Vervielfältigung und Verbreitung des Materials in jedem Format oder Medium für beliebige Zwecke, auch kommerziell.
(Lizenztext: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/de/legalcode>)

Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z. B. von Schaubildern, Abbildungen, Fotos und Textauszügen erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

ISSN 2509-2359

Inhalt

Zusammenfassung.....	4
1. Problemaufriss und Forschungskontext.....	7
2. Beruflichkeit in der Pflege.....	12
3. Aktuelle Entwicklungen und Begründungen des Qualifikations- und Kompetenzmix.....	15
3.1 Langzeitpflege	16
3.2 Akutpflege.....	19
4. Auswirkungen des Qualifikations- und Kompetenzmix: Erste empirische Ergebnisse.....	24
5. Impulse aus der Empirie zur Gestaltung des Mix.....	29
6. Ausblick.....	33
Literatur.....	35
Autorinnen und Autoren	41

Zusammenfassung

Das Forschungsprojekt „Beruflichkeit in der qualifikationsheterogenen Pflege“ untersucht, wie sich der Kompetenz- und Qualifikationsmix auf Beruflichkeit und Arbeitszufriedenheit in der stationären Langzeitpflege und in der Krankenhauspflege auswirkt. Leitend für die Studie ist die Annahme, dass der neue Personalmix Auswirkungen auf die Arbeitsorganisation, das Selbstverständnis der Pflegenden und die Qualität der Versorgung hat. Denn die Berufsgruppe „Pflege“ ist heterogen zusammengesetzt. Neben Pflegefachpersonen arbeiten Assistenzkräfte mit unterschiedlichem Ausbildungsniveau sowie akademisch ausgebildete und im Ausland qualifizierte Fachkräfte in Teams zusammen.

Studien zeigen, dass der Einsatz von Pflegehelfer:innen ohne entsprechende Regelungen zur Aufgabenverteilung zu Fragmentierungen in der Arbeitsorganisation, der Handlungsfähigkeit und Handlungskompetenz führen kann. Dies betrifft besonders die Langzeitpflege, wo aufgrund der Refinanzierungslogiken der Pflegeversicherung oft geringer qualifiziertes Personal in der sogenannten „Grundpflege“ eingesetzt wird, um Kosten zu senken (Heintze 2015). Hingegen werden Tätigkeiten der „Behandlungspflege“ ausschließlich Fachkräften zugewiesen, obwohl Tätigkeiten der ersten Kategorie häufig mit höheren Anforderungen verbunden sein können (Muths/Darmann-Finck 2013).

Das neue Personalbemessungsverfahren für die Langzeitpflege unterscheidet vier Qualifikationsgruppen, von ungelernten Hilfskräften bis zu Pflegefachpersonen (QN 1 bis QN 4). Anders als zuvor hängt der Fachkräfteanteil nun vom einrichtungsindividuellen Pflegegradmix der Bewohner:innen ab. Dies schafft flexible Personalmengen, doch bleibt unklar, wie die Aufgaben- und Tätigkeitsverteilung im Versorgungsprozess im Detail erfolgt. Erste Berichte deuten darauf hin, dass viele Einrichtungen noch keine Strategien zur kompetenzorientierten Arbeitsorganisation umsetzen (Brandenburg/Kricheldorf 2019, S. 244).

In der Krankenhauspflege ist der Anteil an Pflegefachpersonen mit 79 Prozent hoch (Statistisches Bundesamt 2024a), doch mit der Einführung der Fallpauschalen ist Pflegepersonal zunächst abgebaut worden (Simon 2020). Trotz des Beschäftigtenaufbaus der letzten Jahre und der Refinanzierung durch das Pflegebudget¹ steigt der Bedarf an Pflegepersonal weiterhin: Bis 2049 werden rund 100.000 zusätzliche Pflegende benötigt (Statistisches Bundesamt 2024b).

¹ Seit 2020 werden die Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser aus den DRG-Fallpauschalen ausgegliedert und parallel zu den DRG-Fallpauschalen über ein krankenhausindividuelles Pflegebudget nach dem Selbstkostendeckungsprinzip finanziert.

Der Anteil akademisch qualifizierter Pflegekräfte an der qualifikations-spezifischen Beschäftigungsstruktur ist derzeit gering, und es fehlt an arbeitsorganisatorischen Konzepten zur Einbindung dieser Qualifikationsgruppe in Form spezifischer Aufgaben- und Tätigkeitsprofile (Hähn/Bräutigam 2020). Internationale Studien zeigen jedoch, dass ein hoher Anteil an Fachpersonal mit niedrigeren Mortalitätsraten einhergeht (Schubert/Herrmann/Spichiger 2018, S. 93).

Beruflichkeit wird als Konzept verstanden, das sowohl formale Qualifikation als auch individuelle Kompetenzen und Sozialisationserfahrungen umfasst (Meyer 2023). Wesentlich ist das Zusammenspiel von Arbeitsplatzanforderungen, Motivation und beruflicher Handlungskompetenz (Kraus 2022). Studien belegen, dass das Erleben von Kompetenz und Zugehörigkeit wiederum zentrale Faktoren beruflicher Identität sind (Heinzer/Reichenbach 2013).

Empirische Befunde aus Gruppendiskussionen und Expert:innen-Interviews des Projektes „Beruflichkeit in der qualifikationsheterogenen Pflege“ zeigen, dass die Delegation von Aufgaben Spannungen zwischen Fach- und Assistenzkräften erzeugen kann. Fachkräfte empfinden den Verlust identitätsstiftender Aufgaben wie der Betreuung als Abwertung. Gleichzeitig sehen Assistenzpersonen sich in ihrer Kompetenz eingeschränkt, wenn sie Tätigkeiten nicht mehr ausführen dürfen, die sie zuvor übernommen hatten. Ein Beispiel hierfür ist die fälschliche Annahme, dass Fachkräfte nur noch für Vorbehaltsaufgaben zuständig seien (BMJ 2018).

Positive Effekte werden hingegen dort erzielt, wo Teams klare Rollenzuweisungen und Kommunikationsstrukturen etablieren. Das Pflegesystem „Primary Nursing“ stärkt z. B. die Selbstwirksamkeit der Pflegenden, indem es Entscheidungsfreiräume schafft und die Kommunikation zwischen den Qualifikationsgruppen fördert.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass eine personenzentrierte Pflegeorganisation als Leitprinzip über der funktionalen Arbeitsteilung stehen muss. Ein kooperativer Führungsansatz, der auf Vertrauen und Partizipation basiert, stärkt die berufliche Identität. Führungskräfte sollten Mitarbeitende ermutigen, Entscheidungen selbstständig zu treffen und ihre Kompetenzen aktiv einzubringen (Hiestand et al. 2024).

Das Forschungsprojekt zeigt zudem, dass eine positive Organisationskultur, die Raum für Feedback und gemeinsames Lernen bietet, die berufliche Entwicklung fördert. Organisationskultur beeinflusst das kollektive Verständnis von Aufgaben und Verantwortlichkeiten.

Zusammenfassend stehen die pflegerischen Berufsgruppen vor der Herausforderung, ihre Beruflichkeit trotz zunehmender Heterogenität zu stärken. Der Kompetenz- und Qualifikationsmix bietet Potenziale zur Ver-

besserung der Versorgung, birgt jedoch Risiken wie Fragmentierung und Identitätsverlust. Um diesen Herausforderungen zu begegnen, sind Modelle notwendig, die Handlungsspielräume schaffen und Kompetenzen sichtbar machen.

Das Forschungsprojekt wird im weiteren Verlauf untersuchen, welche Rolle die Zusammenarbeit im Team und die berufliche Sozialisation für die Beruflichkeit spielen. Ziel ist es, Handlungsempfehlungen für eine qualifikations- und kompetenzorientierte Arbeitsorganisation zu formulieren und somit die professionelle Identität der Pflegenden zu stärken.

1. Problemaufriss und Forschungskontext

Die Berufsgruppe „Pfleger“ ist keineswegs homogen. Pflegerische Arbeit wird in der Regel im Team und häufig in interdisziplinären Kontexten geleistet. Zudem sind in den letzten Jahren eine wachsende Heterogenisierung und Differenzierung hinsichtlich der Qualifikationen und Kompetenzen der Beschäftigten zu beobachten.

Von jeher arbeiten in der beruflichen Pflege Menschen mit verschiedenen Qualifikationen neben- und miteinander. Lange Zeit beschränkte sich dies auf die Zusammenarbeit von Pflegefachpersonen – allerdings differenziert nach Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege, was eine deutsche Besonderheit darstellte – sowie ausgebildeten und nicht qualifizierten Assistenzpersonen. Nachdem in den 1990er Jahren auch in Deutschland die ersten Pflegestudiengänge eingeführt wurden – eine Entwicklung, die international deutlich früher stattfand –, änderte sich in der praktischen pflegerischen Versorgung zunächst nur wenig an der Zusammensetzung des Personals.

Heute finden sich in der Akutpflege in Krankenhäusern und der stationären Langzeitpflege wesentlich differenziertere Zusammensetzungen in Bezug auf das Anforderungsniveau der Beschäftigten. Im Pflegedienst in den Krankenhäusern bilden Fachpersonen aus der Gesundheits- und Krankenpflege mit etwa 359.000 Beschäftigten die größte Gruppe des Pflegedienstes; etwa 24.000 Beschäftigte sind Altenpfleger:innen (Statistisches Bundesamt 2024a). Der Anteil von Pflegefachpersonen liegt bei 79 Prozent, während der Anteil von Pflegehelfenden bzw. Assistenzpersonen bei nur 12 Prozent liegt.

In stationären Pflegeeinrichtungen hingegen machen Assistenzpersonen mit 48 Prozent und Pflegefachpersonen mit 47 Prozent jeweils knapp die Hälfte des Pflegepersonals aus. In der ambulanten Pflege zeigt sich eine ähnliche Verteilung der Qualifikationen wie in der stationären Langzeitpflege, allerdings stellen hier die Fachpersonen mit 54 Prozent die Mehrheit in der Qualifikations- und Beschäftigtenstruktur (Bundesagentur für Arbeit 2024).

Von den Pflegehelfer:innen haben etwa zwei Drittel eine ein- bis zweijährige, länderspezifisch geregelte Ausbildung absolviert (Bundesagentur für Arbeit 2024). Ab 2027 soll mit dem geplanten Pflegefachassistentenführungsgesetz eine bundeseinheitliche anderthalbjährige Ausbildung eingeführt werden.

Eine grundlegende Neuerung brachte das seit 2020 geltende Pflegeberufegesetz: Die bisherige Dreiteilung der Pflegefachqualifikation wurde

zugunsten des neuen, generalistischen Berufs „Pflegefachfrau/Pflegefachmann/Pflegefachperson“ aufgehoben, sodass nun generalistisch qualifizierter Nachwuchs in die Pflegeteams integriert wird.

Eine weitere Neuerung des Gesetzes ist die Einführung eines berufsqualifizierenden Bachelorstudiums als zweiten, gleichwertigen Zugang zum Beruf. Absolvent:innen dieses Studiums sind in der Praxis bisher erst in geringer Zahl zu finden, werden aber in den kommenden Jahren zunehmend Teil qualifikationsheterogener Pflegeteams sein. Ebenfalls noch in geringem Umfang im Personalportfolio vertreten sind Advanced Practice Nurses, spezialisierte Pflegenden auf Master-Niveau, die meist für spezifische Pflegeaspekte, Krankheitsbilder oder Patientengruppen klinisch tätig sind und eine evidenzbasierte Versorgung gewährleisten sollen.

Zum Qualifikationsmix zählen auch Absolvent:innen von Weiterbildungen, wobei die Weiterbildungslandschaft ihrerseits sehr heterogen ist. Dies betrifft sowohl die rechtlichen Zuständigkeiten und Regularien als auch den zeitlichen Umfang und die Bezeichnungen der Abschlüsse. Darüber hinaus trägt der Einsatz ausländischer Pflegenden zur Heterogenität der Teams bei (u. a. Theobald 2018; Rand/Larsen 2019), wodurch sich pflegeberufliche Identitäten infolge unterschiedlicher Sozialisation und Arbeitserfahrungen erheblich unterscheiden können (Lauxen/Blattert 2021).

Insgesamt zeigt sich also in der Landschaft der Pflegeberufe eine zunehmende Heterogenität der Qualifikationen. Noch ist allerdings unklar, wie sich diese Entwicklungen der Personal- und Qualifikationsstruktur auf der betrieblichen Ebene auswirken und welche Konsequenzen sie für die Beschäftigten in der Pflege haben werden. Es fehlen bislang empirische Befunde dazu, welche konkreten Formen des Kompetenz- und Qualifikationsmix in der Pflegepraxis erprobt werden oder bereits realisiert sind. Zudem ist offen, welche Auswirkungen die unterschiedlichen beruflichen Sozialisationsprozesse auf die Beruflichkeit bzw. die berufliche Identität in der Pflege haben.

Das Forschungsprojekt „Beruflichkeit in der qualifikationsheterogenen Pflege“

Gefördert von der Hans-Böckler-Stiftung hat das Projekt eine Laufzeit vom 1. April 2023 bis zum 31. März 2025. Durchgeführt wird es vom Institut für Berufs- und Wirtschaftspädagogik (IBW) der Pädagogischen Hochschule Freiburg und dem Institut Arbeit und Technik (IAT) der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen Bocholt Recklinghausen.

Hintergrund

Die berufliche Pflege wird hinsichtlich ihrer Qualifikationen und Kompetenzen heterogener. Neben fachschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen arbeiten auch Pflegehilfs- und Pflegeassistenzpersonen, hochschulisch ausgebildete und im Ausland qualifizierte Beschäftigte in der Pflege. Dieser Mix aus Kompetenzen (Skills) und Qualifikationen (Grades) hat – so die Annahme – Auswirkungen auf das berufliche Selbstverständnis, das individuelle und kollektive Kompetenzerleben und die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden.

Um potenzielle Diskrepanzen zwischen der beruflichen Bildung, dem individuellen Kompetenzprofil und den tatsächlich auszuführenden Tätigkeiten in der Berufspraxis ausgleichen zu können, bedarf es einer reflexiven Beruflichkeit, die auf der reflexiven Herstellung von Motivation und Flexibilität sowie Leistung und Kompetenz im Rahmen individueller Biografien basiert.

Berufliche Identität in der Pflege – im Sinne „professioneller Identität“ – ist ein mehrdimensionales Konstrukt, das (1) subjektiv wahrgenommene arbeitsplatzspezifische Anforderungen ebenso adressiert wie (2) subjektiv wahrgenommene berufliche Motivation und (3) professionelle Handlungskompetenz als Grundlage pflegeberuflichen Handelns.

Inwiefern sich bezüglich der wachsenden Heterogenität Chancen und Herausforderungen für eine „gute“ Pflegearbeit und Kompetenzentwicklung in sich verändernden Strukturen der Arbeitsorganisation ergeben, ist derzeit nicht abzuschätzen. Empirisch gestützte Erkenntnisse können dazu beitragen, sowohl auf politisch-gesellschaftlicher (Makroebene) als auch auf betrieblicher (Mesoebene) und individueller (Mikroebene) Ebene Gestaltungsspielräume zu identifizieren und zielgruppenspezifische Handlungsempfehlungen abzuleiten.

Fragestellungen

Das Vorhaben zielt darauf, bestehende Forschungslücken unter anderem durch die Bearbeitung folgender Fragestellungen schließen:

1. Welche Modelle des Kompetenz- und Qualifikationsmix werden in der pflegeberuflichen Praxis erprobt und umgesetzt? Welche arbeitsplatz- und arbeitsprozessbezogenen Anforderungen und Veränderungen (Aufgaben/Tätigkeiten) gehen damit einher?
2. Wie wirken sich der Skill- und Grademix und damit verbundene Veränderungen auf das Kompetenzerleben und die Selbstwirksamkeit der Beschäftigten aus?
3. Welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten der beruflichen Identität bestehen bei Pflegenden im Kompetenz- und Qualifikationsmix und wie wirkt sich dieser auf die Entwicklung der beruflichen Identität aus?

4. Wie kann der Kompetenz- und Qualifikationsmix so umgesetzt werden, dass eine kompetenzorientierte teambasierte Arbeitsorganisation erfolgen kann? Wie sind betriebliche Interessensvertretungen derzeit mit diesen Themen befasst und wie können sie stärker gestaltend intervenieren?

Vorgehensweise

Untersuchungsfelder sind sowohl die stationäre Langzeitpflege als auch die stationäre Akutpflege (Krankenhaus). Auf diese Weise ist es möglich, die wesentlichen derzeit in Deutschland zu erwartenden Ausprägungen des Skill- und Grademix abzudecken, sodass versorgungs- und arbeitsorganisatorische Effekte des Qualifikations- und Kompetenzmix auch mit Blick auf Veränderungen der beruflichen Identität(en) untersucht werden können.

Das Vorhaben ist interdisziplinär angelegt und verknüpft Fragestellungen der Berufsbildungsforschung, Pflegewissenschaft und Arbeitswissenschaft. Das Forschungsdesign folgt einer abduktiven Forschungslogik.

Der Forschungsprozess gliedert sich in die drei Phasen Exploration, Analyse und Konklusion und ist mehrstufig angelegt: Die Explorationsphase umfasst die Aufbereitung des Forschungsstandes und die Identifikation settingspezifischer Umsetzungsmodelle des Kompetenz- und Qualifikationsmix in der Pflege.

Methodisch erfolgt ein systematisches, kriteriengeleitetes Literaturreview und ein Screening pflegerelevanter Informationen zur Identifizierung von Umsetzungsbeispielen des Kompetenz- und Qualifikationsmix. Begleitet wird dies durch explorative Experteninterviews und Gruppendiskussionen. Anschließend folgen in der Analysephase zwei Fallstudien (Krankenhaus und stationäre Langzeitpflege), in deren Rahmen Arbeitsprozessanalysen, Einzelinterviews, Gruppendiskussionen und Workshops durchgeführt werden.

In der abschließenden Konklusionsphase werden die so gewonnenen Ergebnisse unter Einschluss eines Analysemodells vertiefend aufbereitet und zu zielgruppenspezifischen Handlungsempfehlungen verdichtet.

Kontakt: Prof. Dr. Stefanie Hiestand (IBW), stefanie.hiestand@ph-freiburg.de; Christoph Bräutigam (IAT), braeutigam@iat.eu.

Die folgenden Ausführungen basieren auf Ergebnissen der Literatur- und Internetrecherchen zu aktuellen Entwicklungen und Begründungen des Qualifikations- und Kompetenzmix, zehn qualitativen Experteninterviews und fünf Gruppendiskussionen.

Die Daten wurden im Zeitraum Oktober bis November 2023 erhoben und mittels qualitativer Inhaltsanalyse, angelehnt an Kuckartz (2018),

ausgewertet. Die Interviews und Diskussionen sind im Text wie folgt codiert: EI: Experteninterviews; GD: Gruppendiskussion; AP: Akutpflege; LP: Langzeitpflege; Team: Pflegende mit unterschiedlichen Qualifikationen; FK: Führungspersonen; gemischt: Beschäftigte und Führungspersonen aus der Langzeit- und Akutpflege.

Die Interviews wurden mit Gesprächspartner:innen aus folgenden Institutionen durchgeführt: drei Berufsverbänden, einer Landespflegekammer, ver.di, einem Landesministerium, einem Pflegeforschungsinstitut und zwei Einrichtungen der stationären Akutversorgung mit langjähriger Erfahrung bei der Gestaltung des Skill-Grade-Mix. Thematisiert wurden die Umsetzung des Skill-Grade-Mix in der Pflegepraxis und insbesondere dessen Wirkungen hinsichtlich Auf- bzw. Abwertungstendenzen innerhalb des Berufsfelds, der pflegeberuflichen Identität und der Versorgungsqualität.

Zwei der Gruppendiskussionen wurden mit Personen aus der Praxis der stationären Langzeitpflege (eine mit Leitungspersonen und eine mit Pflegenden der Teamebene), zwei weitere in der stationären Akutpflege (ebenso zusammengesetzt) geführt. Ergänzend fand eine gemischte Diskussion mit Leitenden aus beiden Versorgungsbereichen statt. Auch diese Diskussionen drehten sich um die Umsetzung des Skill-Grade-Mix in der Praxis und um Anforderungen und Auswirkungen.

Um die empirischen Ergebnisse einordnen zu können, werden zunächst die theoretischen Konzeptionen der „Beruflichkeit“ und „beruflichen Identität“ und die Begründungszusammenhänge des Kompetenz- und Qualifikationsmix näher beleuchtet.

2. Beruflichkeit in der Pflege

Beruflichkeit beschreibt ein abstraktes Organisationsprinzip von Arbeit, Erwerb und Qualifikation und bildet die Grundlage für die Entwicklung einer sozialen und beruflichen Identität, die individuell, kollektiv und gesellschaftlich entfaltet werden kann (Meyer 2019). Dabei wird zwischen Arbeit, Beruf und Profession unterschieden.

Arbeit, verstanden als Ausführung fremdbestimmter Tätigkeiten, weist nur einen geringen Grad an sozialer Organisation auf (Hartmann 1968). Arbeitstätigkeit kann sich verberuflichen, wenn wirtschaftliche, technische, rechtliche und/oder sozialpolitische Entwicklungen eine Systematisierung der Wissensbasis und der Anforderungen notwendig machen. Ein Beispiel hierfür sind die Pflegehelfer:innen, für die bereits seit Langem landesrechtlich geregelte, meist einjährige Ausbildungen angeboten werden. Im nächsten Schritt ist eine neue, bundeseinheitlich geregelte und erweiterte Pflegefachassistentenausbildung vorgesehen.

Beruf als Organisationsform von Arbeit ist durch ein Spektrum an abstrakten Fähigkeiten, Kompetenzen und Arbeitskraftmustern gekennzeichnet. Diese sind relativ standardisiert und institutionalisiert, jedoch flexibel genug, um auf technische und soziale Veränderungen gestaltend einzugehen (Meyer 2023, S. 20). Ein Beruf beinhaltet die Möglichkeit der Selbstgestaltung der Arbeit. Die Kompetenzen dazu werden in der Ausbildung erworben. In der täglichen beruflichen Ausübung ist der Grad der Selbstgestaltung zwar formal geregelt, jedoch wird dieser Grad in den betrieblichen und überbetrieblichen Arbeitsbeziehungen stets ausgehandelt.

In der generalistischen Pflegeausbildung ist diese Selbstgestaltung Bestandteil des Pflege- und Berufsverständnisses. Sie wird durch die rechtliche Regelung von Vorbehaltsaufgaben – etwa zur Bedarfseinschätzung und Organisation der Pflegeprozesse – zur Vorgabe für die Berufsausübung (BIBB 2020). Eine Besonderheit des Pflegeberufs ist, dass die Durchführung von Pflegemaßnahmen nicht zu den Vorbehaltsaufgaben gehört und an Pflegeassistentenpersonen delegiert werden kann. Diese Verantwortlichkeit ist explizit in der Ausbildungs- und Prüfungsordnung formuliert (BMJ 2018), was im Berufsbild eine Trennung zwischen planender, überprüfender und ausführender Tätigkeit schafft.

Als Professionen gelten Berufe, die in der Regel an eine akademische Ausbildung gebunden sind, über ein hohes Maß wissenschaftlich fundierten Wissens verfügen und über Berufsorganisationen und Kammern maßgeblichen Einfluss auf ihre Tätigkeit ausüben können (Meyer/Hiestand 2021). Die Bemühungen zur Akademisierung der Pflegeausbildung und die Einrichtung von Pflegekammern unterstützen die Entwicklung der Pflege in dieser Hinsicht.

Beruflichkeit kann als Konstrukt verstanden werden, das individuelle, organisationale und politische Anteile der Gestaltung umfasst und als „organisierendes Prinzip“ (Deißinger 1998) für Individuen, Betriebe und Bildungsinstitutionen fungiert. Neben der sozialen und politischen Organisation von Arbeit, Beruf und Profession ist die berufliche Handlungsfähigkeit auf individueller Ebene ein Kernaspekt der Beruflichkeit. Sie entwickelt sich einerseits durch die Berufsbildung (Aus- und Weiterbildung) und andererseits durch die berufliche und betriebliche Sozialisation, deren gegenseitige Wirkung entscheidend für die Ausbildung der Gestaltungskompetenz ist (Kraus 2022).

Berufliche Handlungsfähigkeit zeigt sich darin, dass Pflegende die vielfältigen und komplexen Arbeitsanforderungen mit ihren fachlichen, überfachlichen und sozialen Dimensionen bewältigen können (Kraus 2024). Sie sind fähig, ihre Arbeit auf Basis ihrer Fachlichkeit und Werte selbstständig zu planen, auszuführen und zu evaluieren.

Wenn beruflich Pflegende in der Lage sind, über ihren beruflichen Weg nachzudenken und diesen aktiv zu gestalten, beispielsweise indem sie Weiterbildungsmaßnahmen absolvieren, verfügen sie über eine erwerbsbiografische Gestaltungskompetenz. Dies umfasst sowohl die Auseinandersetzung mit den eigenen Entwicklungsmöglichkeiten und -wünschen als auch mit gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und deren Mitgestaltung (Kraus 2024).

So rückt die individuelle Aneignung einer durch Arbeit und Beruf gegebenen Positionierung in der gesellschaftlichen Ordnung in den Mittelpunkt der Beruflichkeit. Kraus beschreibt dies als „Subjektivierung in Form von Beruflichkeit durch die Einnahme einer beruflich gerahmten Subjektposition in der Auseinandersetzung mit den damit verbundenen gesellschaftlichen Erwartungen und Anforderungen und der Nutzung der daraus entstehenden Handlungsmöglichkeiten“ (Kraus 2024, S. 7).

Im Pflegeverständnis der generalistischen Ausbildung findet sich dies beispielsweise in der sogenannten Advocacy-Funktion der Pflegefachperson für die zu pflegenden Menschen aus und im berufspolitischen Engagement zur Mitgestaltung der Gesundheitspolitik und Weiterentwicklung des Berufs (BIBB 2020, S. 6). Diese berufliche Subjektposition beruht „auf dem subjektiven Potential, sich reflexiv auf die eigene berufliche Tätigkeit zu beziehen und sich lernend beständig fachlich weiterzuentwickeln“ (Kraus 2024, S. 15).

Vor diesem Hintergrund ist Beruflichkeit als dynamisches Konzept zu verstehen, das die soziale und politische Organisation von Arbeit und Beruf umfasst, und in dem Subjekte „Neues erwerben und in berufliches Handeln integrieren, Erfahrungen machen und sich mit diesen auseinandersetzen sowie ethische oder berufsbiographische Fragen im sozial-in-

teraktiven respektive organisationalen Rahmen reflektieren“ (Kraus 2022, S. 56). Aus dieser Aneignung entwickeln sich die berufliche Handlungskompetenz und die berufliche Identität.

Die aktuellen Entwicklungen und Begründungen des Qualifikations- und Personalmix in der Pflege setzen hier an: Es geht um die soziale und politische Organisation von Arbeit und Beruf in der Pflege mit darin intendierten Veränderungen von beruflichen Praktiken, Arbeitsprozessen in betrieblichen Kontexten und beruflichen Kompetenzen.

3. Aktuelle Entwicklungen und Begründungen des Qualifikations- und Kompetenzmix

Pflegearbeit setzt sich aus unterschiedlichen Tätigkeitsarten zusammen, insbesondere aus interaktiver, häufig körper- und leibbezogener Arbeit mit zu Pflegenden sowie An- und Zugehörigen, interaktiver Arbeit mit Beschäftigten des eigenen und anderer Berufe, wie z. B. Therapeut:innen und Ärzt:innen (intra- und interprofessionelle Kooperation), und aus nicht interaktiven Aufgaben, wie z. B. Dokumentation und logistischen Tätigkeiten.

Ein derzeit diskutiertes Risiko besteht darin, dass die zunehmend qualifikationsdifferenzierten und kompetenzheterogenen Teamstrukturen und Formen der Arbeitsorganisation eine verstärkte Zerlegung personen- und bedarfsgerechter pflegerischer Versorgungsprozesse zu Folge haben könnten.

Auch wenn durch diese Entwicklungen die Organisation von Arbeit im Konzept der Beruflichkeit nicht per se zur Disposition gestellt wird, geraten hierüber mögliche Folgen einer Erosion berufsförmig organisierter Arbeit in den Blick (Meyer/Hiestand 2021; Meyer 2019).

Wesentlicher Treiber für die zunehmende Differenzierung beruflicher Kompetenzen² und Qualifikationen³ in der Pflege ist einerseits die Suche nach effizienteren und effektiveren Konzepten der Organisation von Versorgungs- und Arbeitsprozessen (Funktionsbereinigung), andererseits haben qualifikations- und kompetenzspezifische Differenzierungsprozesse aber auch einen originär berufspolitischen Hintergrund und sollen die Professionalisierung der Pflege fördern. Die bislang diskutierten Be-

2 „Kompetenzen umfassen Fähigkeiten, Kenntnisse, Fertigkeiten, Wissen, Einstellungen und Werte, deren Erwerb, Entwicklung und Verwendung sich auf die gesamte Lebenszeit eines Menschen bezieht.“ (Dehnbostel 2015, S. 16) Kompetenzen sind nicht frei übertragbar, sondern hoch individualisiert und durch Handlungen, Wertvorstellungen und mentale Modelle geprägt. Kompetenzen sind stets subjektbezogen, da sie sozial-kommunikative, aktionale und persönliche Handlungsdispositionen umfassen (Hiestand/Rempel 2021).

3 Qualifikationen beziehen sich auf die Erfüllung konkreter Nachfrage und Anforderungen des Arbeitsmarktes und sind somit tätigkeitsbezogen (Arnold/Schüssler 2001), d. h., Qualifikationen spiegeln sich in konkreten (Berufs-)Abschlüssen oder in Zertifikaten wider. Sie sind fachbezogene Kenntnisse und Teil von Kompetenzen: „Es gibt keine Kompetenzen ohne Fertigkeiten, ohne Wissen, ohne Qualifikationen. Aber Fertigkeiten, Wissen, Qualifikationen ‚sind‘ keine Kompetenzen, sondern nur Grundbestandteile davon. Sonst gäbe es nicht so viel hochqualifizierte Inkompetente.“ (Erpenbeck/Sauter 2013, S. 32)

gründungen für den Personal- und Qualifikationsmix lassen sich auf diese beiden Argumentationslinien zurückführen.

3.1 Langzeitpflege

Aus ökonomischer Perspektive ist die derzeitige Personalstruktur in der Langzeitpflege eine Folge der Einführung der Pflegeversicherung in den 1990er Jahren, mit der das primär familienbasierte Versorgungssystem durch zusätzliche Geld- und Sachleistungen gestärkt werden sollte (Heintze 2015). Durch das Prinzip des Vorrangs der häuslichen vor der stationären Versorgung (§ 3 SGB XI), wurde die stationäre Langzeitpflege als „Restgröße“ mit Auffangfunktion für die Fälle konstruiert, in denen die Betreuung durch Angehörige und/oder ambulante professionelle Unterstützung nicht mehr ausreichen.

Die pflegewissenschaftlich fragwürdige Unterscheidung von „Grund- und Behandlungspflege“ (Müller 2001) verstärkte diese Entwicklung: Die sogenannte „Grundpflege“ wurde im Geltungsbereich des SGB XI meist von gering qualifizierten oder angelernten Pflegehilfspersonen übernommen, um die Kosten der Pflegeversicherung zu begrenzen. Im Gegensatz dazu wurde die „Behandlungspflege“ von den Kostenträgern als eine Aufgabe für Pflegefachpersonen definiert und somit medizinnahe Aufgaben als höherwertig eingestuft – obwohl beispielsweise der Erhalt und die Förderung der Selbstversorgung komplexere Anforderungen stellen können als einzelne „behandlungspflegerische“ Maßnahmen (Friesacher 2008).

Mit der Zunahme der Zahl pflegebedürftiger Menschen mit Demenz in den 2000er Jahren stiegen die Anforderungen in der Langzeitpflege, die mit dem vorhandenen Personal zunehmend weniger bewältigt werden konnten. Seit 2008 wurden daher zusätzliche Betreuungspersonen für die niedrigschwellige Aktivierung und Betreuung von Menschen mit Demenz in der stationären Langzeitpflege eingesetzt, häufig langzeitarbeitslose Menschen nach einer Qualifizierung von lediglich 160 Stunden Theorie und mehrwöchigen Praktika (Haubner 2017, S. 323).

So wurden Aufgaben aus dem originär pflegerischen Aufgabenspektrum durch sozialpolitische Entscheidungen herausgelöst und als „Betreuung“ an gering qualifizierte Beschäftigte übertragen. Diese Aufspaltung der Arbeitsprozesse in „Betreuung“, „Grundpflege“ und „Behandlungspflege“ und die Zuordnung zu verschiedenen Personalgruppen demonstriert die Zergliederung zuvor tendenziell personen- und bedarfsgerechter pflegerischer Versorgung.

Mit dem seit 2023 geltenden Personalbemessungsverfahren für die stationäre Langzeitpflege wird in § 113c Absatz 1 SGB XI die Unterscheidung verschiedener Qualifikationsniveaus festgelegt:

- Gruppe 1: Hilfspersonal ohne Ausbildung, darunter Pflegende ohne Qualifikation (QN 1) und Pflegende mit einem Pflegebasiskurs (200 Stunden) (QN 2)
- Gruppe 2: Pflegeassistent:innen mit einer ein- oder zweijährigen landesrechtlich geregelten Qualifikation (QN 3)
- Gruppe 3: Pflegende mit Fachkraftausbildung (QN 4).

Basierend auf dem Pflegegradmix einer Einrichtung, also der Zusammensetzung der Bewohnerschaft hinsichtlich der Ausprägung der Pflegebedürftigkeit, wird mithilfe geprüfter Algorithmen die notwendige Personalmenge für die einzelnen Qualifikationsniveaus bestimmt.

Dieses, gegenüber der zuvor geltenden starren Vorgabe eines Anteils an Pflegefachpersonen von mindestens 50 Prozent, neu entwickelte einrichtungsspezifische Personalbemessungsverfahren führt insgesamt zu einem erheblichen Mehrbedarf an Assistenzpersonen und einem leichten Anstieg des Bedarfs an Fachpersonen. Einrichtungen mit einem höheren Pflegegradmix, d. h. sie haben mehr Bewohner:innen mit höheren Pflegegraden, können einen entsprechend höheren Pflegefachpersonenanteil beim Personal vereinbaren und finanzieren.

Die Zuordnung der Qualifikationsniveaus zu pflegerischen Interventionen (Pflegemaßnahmen) erfolgt teilweise im Kontext der Komplexität der individuellen Pflegesituation (differenziert nach einfachen, schwierigen, komplexen und hochkomplexen Situationen). Die Frage der Zuständigkeit wird dabei also nicht lediglich anhand einer Intervention als solcher beantwortet, sondern kontextuell eingebunden, sodass eine Aufgabe je nach Komplexität der Pflegesituation die Ausführung durch eine Person aus QN 3 oder auch aus QN 4 erfordern kann (GKV-Spitzenverband 2024, S. 10).

§ 113c SGB XI legt also nicht fest, wer welche konkreten Aufgaben zu übernehmen hat. Geregelt wird lediglich, wie viel Personal der verschiedenen Qualifikationsniveaus vereinbart werden kann. Die tatsächliche Aufgabenzuweisung bzw. Arbeitsorganisation hängt von mehreren Faktoren ab, insbesondere von

- den Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachpersonen nach § 4 Pflegeberufegesetz,
- den Regelungen auf Landesebene,
- der konkreten individuellen Qualifikation,
- den jeweiligen Kompetenzen, die durch Berufserfahrung erworben wurden.

Welche Aufgaben und Interventionen durch welche Pflege- und Betreuungsperson durchgeführt werden können, ist im Rahmen der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen individuell durch die Einrichtung zu beurteilen. Dabei geht es explizit nicht um eine Stärkung der Verrichtungsorientierung:

„Bei Einführung des Personalbemessungsinstruments wird sich das Verhältnis von Pflegefachkraft zu Pflegeassistentkraft in den Pflegeeinrichtungen verändern müssen. Diese Veränderung ist jedoch nicht in einem starren tayloristischen System zu betrachten. Vielmehr werden Strukturen geschaffen, die eine kompetenzorientierte Aufgabenverteilung zulassen. Ziel des Personalbemessungsverfahrens ist es demnach nicht, eine verrichtungsbezogene pflegerische Versorgung zu definieren, sondern erforderliche Personalmengen anhand der Bewohnerstruktur nach Qualifikationen zu ermitteln, mit denen in Verbindung mit Organisationsentwicklungs- und Personalentwicklungsprozessen eine kompetenzorientierte Pflege gestaltet werden kann. Der Einsatz und die Koordination des Personals obliegen nach wie vor dem Aufgabenbereich der jeweiligen Einrichtung.“ (Socium et al. 2020, S. 421)

Seit 2023 wird zudem ein Modellprogramm zur Erprobung der Personalbemessung vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) finanziert. Erste Empfehlungen aus diesem Programm sprechen sich für eine kompetenzorientierte Bezugspflege und eine darauf aufbauende Personaleinsatzplanung aus – das heißt, neben der formalen Qualifikation soll auch die tatsächliche Kompetenz der Pflegenden berücksichtigt werden – bei der die Mitarbeitenden aktiv eingebunden werden sollen (GKV-Spitzenverband 2024).

Diese Empfehlungen stehen jedoch im Kontrast zur gelebten Praxis, in der die Gestaltung des Qualifikations- und Kompetenzmix in der Langzeitpflege bislang häufig durch „Konzept- und Theorielosigkeit und fehlende Umsetzungsstrategien geprägt ist, was potenziell die Sicherheit der Bewohner:innen gefährdet“ (Brandenburg/Kricheldorf 2019, S. 244).

In der Langzeitpflege in Deutschland sind hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen bisher selten vertreten und damit fehlt es den Einrichtungen an der Perspektive und Expertise dieser Zielgruppe für eine evidenzbasierte Pflege. In anderen Ländern (Niederlande, Schweden, UK) werden zwar hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen in der Langzeitpflege eingesetzt, allerdings ist auch dort die stationäre Langzeitpflege bei dieser Qualifikationsgruppe eher unbeliebt (Ewers/Lehmann 2020, S. 172).

Auch wenn es bisher keinen belastbaren Nachweis für einen direkten Zusammenhang zwischen Personalausstattung und Pflegequalität in Pflegeheimen gibt, zeigen einzelne Studien, dass eine höhere Anzahl an qualifizierten Pflegefachpersonen die gesundheitsbezogene Lebensqualität, die Vermeidung von Druckgeschwüren und die Anzahl von Kranken-

hauseinweisungen positiv beeinflussen kann (Ewers/Lehmann 2020, S. 173). Ein positiver Einfluss des Einsatzes von Betreuungspersonal auf die Versorgungsqualität konnte bislang nicht nachgewiesen werden (Görres/Brannath 2020).

In Bezug auf die Beruflichkeit bzw. berufliche Identifikation gibt es Hinweise darauf, dass Pflegefachpersonen, die in der Altenpflege ausgebildet und sozialisiert wurden, es als Verlust empfinden, wenn Betreuung und Alltagsgestaltung nicht mehr zu ihren Aufgaben gehören (Benedix 2022). Dies führt teilweise zu einer ablehnenden Haltung gegenüber Betreuungspersonal (Marschall 2021). Diese exemplarischen Erkenntnisse verdeutlichen die Notwendigkeit einer systematischen Erhebung der Auswirkungen des Qualifikations- und Kompetenzmix in der Langzeitpflege, insbesondere im Hinblick auf das neue Personalbemessungsverfahren.

3.2 Akutpflege

Auch wenn inzwischen die Pflegepersonalkosten im Krankenhaus in einem eigenen Budgetbereich erfasst und refinanziert werden, bestand in der Vergangenheit ein Anreiz für Krankenhäuser, die Kosten durch Stellenabbau in der Pflege zu senken. Rund um die Einführung der Fallpauschalen in den 2000er Jahren gingen an deutschen Akutkrankenhäusern 33.000 Vollzeitstellen in der Pflege verloren (Simon 2020). Aktuelle Vorausberechnungen für den Bedarf an Pflegenden in Krankenhäusern, die die demografische Entwicklung und den Anstieg der Pflegebedürftigkeit berücksichtigen, gehen von einem zusätzlichen Bedarf von 100.000 Personen bis zum Jahr 2049 aus (Statistisches Bundesamt 2024b).

Wie oben beschrieben, beträgt der Anteil der Pflegefachpersonen in der Akutpflege 79 Prozent, während Pflegehelfer:innen und Pflegeassistenten lediglich 12 Prozent ausmachen (Bundesagentur für Arbeit 2024). Lediglich 2.928 Personen mit akademischen Pflegeabschluss arbeiten in der Personalgruppe „Pflegedienst“ in deutschen Krankenhäusern in pflegepraktischen Arbeitsfeldern⁴ (Statistisches Bundesamt 2024a). Für die zukünftige Personaleinsatzplanung wird allein aus quantitativen Gründen eine heterogene Qualifikationsstruktur unter Einbeziehung von Assistenzpersonen erforderlich sein, da der Personalbedarf mit Pflegefachpersonen allein nicht gedeckt werden kann.

An diese Herausforderungen knüpft die berufspolitische Argumentation an, nach der durch einen Kompetenz- und Qualifikationsmix die pfe-

4 Hinzu kommen weitere, wie etwa in den Ausbildungsstätten und im Funktionsdienst. Die Gesamtzahl beträgt 4.667.

gerische Versorgungsqualität und Patientensicherheit gesteigert werden könne. Internationale Studien zeigen, dass ein höherer Personalschlüssel und eine höhere Qualifikation des Pflegepersonals positive Auswirkungen auf die Pflegequalität im Krankenhaus haben. So zeigte sich in mehreren Studien ein signifikanter Zusammenhang zwischen einem höheren Anteil an Pflegefachpersonen und niedrigeren Mortalitätsraten im Krankenhaus (Schubert/Herrmann/Spichiger 2018, S. 93).

Auch in Deutschland liefern erste Untersuchungen Hinweise darauf, dass ein erweiterter Qualifikationsmix und der Einsatz akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen die Versorgungsqualität und die Zufriedenheit der Patient:innen und ihrer Angehörigen verbessern können (DIP 2022, S. 49). Eine 2023 veröffentlichte Studie zu Pflegeintensität und pflegesensitiven Ergebnisindikatoren zeigte beispielsweise, dass ein höherer Anteil an Pflegehilfspersonen in den Fachabteilungen Hämatologie, Gastroenterologie, Pneumologie und Geriatrie negative Auswirkungen auf die Pflegequalität hat, weshalb eine Obergrenze für Pflegehilfspersonen empfohlen wird (Winter/Schreyögg/Blume 2023).

Weiterhin beeinflusst die Fallschwere den Zusammenhang zwischen Pflegepersonalausstattung und patientenbezogenen Ergebnisindikatoren und muss daher bei der Personalausstattung berücksichtigt werden (Winter/Schreyögg/Blume 2023, S. 79f.).

Hinsichtlich einer bedarfsgerechten Personalbemessung in der Krankenhauspflege bleibt abzuwarten, ob die neue Pflegepersonalbemessung PPR 2.0 für die Akutpflege solche Zusammenhänge erfassen und daraus einen geeigneten Personalmix ableiten kann. Die Anwendungsbestimmungen der Pflegepersonalbemessung PPR 2.0 unterscheiden, ähnlich wie in der Langzeitpflege, zwischen Leistungen der „allgemeinen“ und der „speziellen“ Pflege, die auf dem historischen Verständnis von Grund- und Behandlungspflege basieren.

Bisher gibt es in Krankenhäusern kaum Strategien hinsichtlich des Einsatzes hochschulisch grundqualifizierter Pflegefachpersonen (Hähn/Bräutigam 2020; Ewers/Lehmann 2020). Ähnlich unklar ist die Frage, wie Aufgaben im Zusammenwirken unterschiedlich qualifizierter Personalgruppen organisiert werden können, um eine möglichst hohe Versorgungsqualität zu erreichen. Die Empfehlungen der Arbeitsgruppe „Ausbildungsoffensive Pflege“ im Rahmen der Konzertierte(n) Aktion Pflege für die Rolle hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen sind umstritten (ver.di 2023).

Es fehlt an empirischen Belegen darüber, welche spezifischen Formen des Kompetenz- und Qualifikationsmix in der Pflegepraxis bereits getestet oder etabliert wurden. Das geplante Pflegekompetenzgesetz, das unter anderem vorsieht, akademisch und durch Weiterbildung qualifizierten

Pflegefachpersonen heilkundliche Aufgaben bei der Versorgung chronischer Wunden und bei Demenz und Typ-II-Diabetes zu übertragen, wird die Diskussion über die Ausgestaltung des Kompetenz- und Qualifikationsmix weiter verstärken.

Der Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege stellt in seinem Gutachten 2024 resümierend fest, dass Deutschland im internationalen Vergleich zwar relativ viele Beschäftigte pro Einwohner im Gesundheitssystem hat. Allerdings deuten die hohe Arbeitsbelastung und die große Anzahl an Fällen pro Einwohner „auf (arbeits-)organisatorische und strukturelle Schwächen im deutschen Gesundheitssystem hin.“ (SVR 2024, S. XXII). Neben den demografischen und ökonomischen Faktoren wirken sich diese teils seit Jahrzehnten bekannten Strukturprobleme im Gesundheitssystem massiv auf die Pflege und deren Beruflichkeit aus.

Zusammenfassend werden im Kontext des Qualifikations- und Kompetenzmix insbesondere folgende relevanten Einflüsse auf sowie Folgen für die pflegerische Beruflichkeit in der stationären Akut- und Langzeitpflege deutlich: Der sowohl quantitativ als auch qualitativ steigende Versorgungsbedarf trifft auf deutlich limitierte personelle Ressourcen. Die Notwendigkeit einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung schafft den Zwang zum Handeln.

Die Frage ist also nicht mehr, ob es zu einer Differenzierung der pflegeberuflichen Landschaft kommt, sondern wie diese Entwicklung mit Blick auf die Versorgungsqualität und die professionelle Entwicklung der Pflege gestaltet werden kann. Die Differenzierung des Qualifikationsspektrums der Pflege zeigt sich sowohl in der Langzeitpflege als auch in der Akutpflege.

Auf der einen Seite des Spektrums wächst die Bedeutung der Qualifikationen unterhalb der Ebene des Fachkraftniveaus, indem ihr Anteil in der Langzeitpflege steigt und Assistenzqualifikationen verstärkt auch in der Krankenhauspflege Einzug halten. Auf der anderen Seite expandiert, wenn auch langsam, die Gruppe der hochschulisch qualifizierten Pflegenden. Hinzu kommt eine steigende Bedeutung der beruflichen Weiterbildung.

Diese Entwicklungen implizieren sowohl Chancen als auch Risiken. Hinsichtlich der im internationalen Vergleich noch rückständigen Professionalisierung der Pflege ergeben sich Chancen für eine bessere Nutzung des Potenzials dieser zentralen Berufsgruppe für die Optimierung oder, je nach Szenario, auch nur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung. Voraussetzung dafür sind u. a. erweiterte Zuständigkeiten und Freiheiten der Pflege und kluge, bedarfsangepasste Gestaltungskonzepte für die Zusammenarbeit der Qualifikationsgruppen.

Daneben bestehen Risiken, beispielsweise ein Absinken der Versorgungsqualität durch Zergliederung von Arbeitsprozessen und einen zu niedrigen Anteil von Fachpersonen. Auch besteht die Gefahr einer Erosion der pflegeberuflichen Identität infolge einer verstärkten Heterogenisierung der Berufsgruppe und Ausgliederung von Aufgaben.

Verschiedene externe Vorgaben haben einen starken Einfluss auf den Qualifikations- und Kompetenzmix. So hat das neue Personalbemessungsverfahren für die stationäre Langzeitpflege bereits deutliche Auswirkungen, wenn in Einrichtungen eine strikte Trennung von planenden und kontrollierenden Anteilen im Pflegeprozess durch Pflegefachpersonen auf der einen Seite und ausführenden Anteilen durch Assistenzpersonen auf der anderen Seite praktiziert wird.

Mit solchen Regelungen nutzen viele Einrichtungen ihre Spielräume hinsichtlich einer kompetenzorientierten Arbeitsgestaltung nur eingeschränkt, denn Fachpersonen sind für die Gestaltung des Pflegeprozesses überwiegend im Sinne von Vorbehaltsaufgaben⁵ exklusiv zuständig, allerdings gehört die Durchführung pflegerischer Interventionen (Maßnahmen) nicht zu diesen vorbehaltenen Tätigkeiten.

Dies bedeutet aber nicht, dass Pflegefachpersonen ausschließlich Vorbehaltsaufgaben ausführen dürfen. Selbstverständlich können sie im Interesse einer individuell gestalteten Pflege auch die Umsetzung übernehmen. Auch können Assistenzpersonen nach ihren Kompetenzen in Planung und Kontrolle einbezogen werden. Eine streng funktionale Arbeitsorganisation konterkariert eine personenbezogene individuelle Gestaltung der Pflege.

Die Zerlegung personenbezogener Prozesse und die Folgen für die berufliche Identität der Pflegenden sind absehbar. Auch die Einführung der generalistischen Pflegeausbildung, mit der damit verbundenen und seit Langem berufspolitisch geforderten Schaffung von pflegeprozessbezogenen Vorbehaltsaufgaben für Pflegefachpersonen kann zu einer Revitalisierung der Verrichtungsorientierung führen, indem die (nicht als Vorbehaltsaufgabe definierte) Durchführung der Pflegeinterventionen⁶ zunehmend als Aufgabe der steigenden Zahl von Assistenzpersonen verstanden wird.

5 Das Pflegeberufegesetz regelt seit 2020 im § 4 erstmals pflegerische Vorbehaltsaufgaben. Darunter fallen bestimmte berufliche Aufgaben, die nur von qualifizierten Pflegefachpersonen ausgeführt werden dürfen. Zu den Vorbehaltsaufgaben laut § 4 Pflegeberufegesetz gehören die „Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs“, die „Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses“ sowie die „Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege“.

6 Unter Pflegeinterventionen sind alle Handlungen im Rahmen des Pflegeprozesses zu verstehen, die mit und für die gepflegte Person erbracht werden. Sie werden auch als Pflegemaßnahmen bezeichnet.

Die „vollständige Handlung“ als ein zentrales Merkmal der Beruflichkeit wird dadurch erheblich eingeschränkt. Vorbehaltsaufgaben können die Gestaltung von Arbeitsprozessen im betrieblichen Kontext personenzentriert stärken und die Weiterentwicklung beruflicher Kompetenzen fördern. Dies ist ein wichtiger Impuls für die sektorübergreifende Gesundheitsversorgung.

Noch weitgehend undeutlich bleiben die möglichen Folgen des zunehmenden Qualifikations- und Kompetenzmix für die berufliche Identität der Pflegenden. Der Verlust von identitätsstiftenden Aufgaben für verschiedene Teilgruppen innerhalb der Pflege, wie bei der Ausgliederung der „Betreuung“ oder der exklusiven Zuordnung der Durchführung von Pflegemaßnahmen zu Assistenzpersonen zu sehen, kann sich auf das Selbstverständnis der Pflegenden auswirken. Auch entsprechende Verschiebungen durch die Integration hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen in die Teams können vergleichbare Folgen haben.

Es deutet sich eine hohe Bedeutung einrichtungs- oder teamspezifischer Konzepte für die Gestaltung der Arbeit in der Pflege an, die die genannten Aspekte angemessen berücksichtigen und verknüpfen. Dabei ist auch eine selbstbewusste Nutzung gegebener Spielräume erforderlich, auch wenn dies teilweise mit leistungsrechtlichen Vorgaben kollidiert. Wie dies Expert:innen, Beschäftigte und Führungspersonen sehen und erleben, wird anhand empirischer Impulse im Folgenden beleuchtet.

4. Auswirkungen des Qualifikations- und Kompetenzmix: Erste empirische Ergebnisse

Im öffentlichen Diskurs zur Professionalisierung und Beruflichkeit der Pflege stehen insbesondere die formalen Qualifikationen im Zentrum, vor allem Argumente zur Akademisierung und zur Übertragung heilkundlicher Aufgaben (Wissenschaftsrat 2023). In der pflegerischen Praxis hingegen sind das Erfahrungswissen und die konkreten Kompetenzen – also die berufliche Handlungsfähigkeit – der Pflegenden von großer Bedeutung, was aber im Fachdiskurs bisher nur wenig Beachtung findet. Zwar werden auch Chancen darin gesehen, dass durch einen Qualifikationsmix Aufgaben und Tätigkeiten gemäß den tatsächlichen Qualifikationen und Kompetenzen der Pflegenden wahrgenommen werden können.

Dennoch wird auch beschrieben, dass es zu Verlusterfahrungen kommen kann, wenn bestimmte Tätigkeiten aus formalen Gründen nicht mehr ausgeführt werden dürfen.

„Gerade unsere Fachkräfte, die in der Vergangenheit es doch auch ganz anders erlebt und gelebt haben. Das jetzt umzusetzen, wirklich nur noch Vorbehaltsaufgaben zu tun und auch das andere abgeben zu können, das ist schwierig. Genauso schwierig ist es allerdings auch bei uns für die Pflegeassistenten, für die Pflegehelfer, wo wir richtig gute dabei haben, die sich eben auch mit den Jahren ganz viel angeeignet haben, das dann auf einmal nicht mehr tun zu dürfen.“ (GD_gemischt)

Hintergrund ist, dass im Gegensatz zur Planung der pflegerischen Interventionen deren Durchführung keine Vorbehaltsaufgabe der Pflegefachpersonen im Sinne des § 4 des Pflegeberufgesetzes ist, also auch von geringer qualifizierten Personen übernommen werden kann.

Hier fällt auf, dass fälschlicherweise die Ansicht besteht, Pflegefachpersonen wären nun ausschließlich für die Vorbehaltsaufgaben und Interventionen der „Behandlungspflege“ zuständig, Assistenzpersonen grundsätzlich für die Durchführung der übrigen Interventionen. Tatsächlich dürfen Vorbehaltsaufgaben zwar nur von Fachpersonen ausgeführt werden, sie sind aber nicht darauf beschränkt. Andere Aufgaben können weiterhin nach eigener fachlicher Entscheidung ebenfalls von ihnen übernommen werden.

Wird die Arbeitsteilung allerdings in der Art und Weise organisiert, wie es sich im Zitat ausdrückt, kann dies zu Verlusterfahrungen führen und das Erleben von Kompetenz in der Arbeit negativ beeinflussen. In der Pflegepraxis besteht das Risiko, dass der Pflegeprozess zunehmend richtungsorientiert zergliedert und das Prinzip der Personenorientierung

konterkariert wird. Hierdurch wird die Beruflichkeit im Bereich der Pflege eher geschwächt, denn es fehlt an Handlungs- und Entscheidungsspielraum, um Neues zu erlernen und in die alltägliche Handlung integrieren zu können.

Auch ein reflexiver Umgang mit ethischen oder berufsbiografischen Fragen wird eingeschränkt. In den Gruppendiskussionen berichten die beteiligten Pflegenden zudem, dass Tätigkeiten und Aufgaben unterschiedlich bewertet werden, was auch die Einschätzung der ausübenden Person beeinflusst. So kann bei fachschulisch ausgebildeten, erfahrenen Pflegenden ein Gefühl der Abwertung entstehen, wenn akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen hinzukommen, insbesondere wenn Aufgaben abgegeben werden sollen. Aber auch akademisch ausgebildete Pflegende erfahren Abwertung durch andere Pflegende, wie die folgenden Zitate verdeutlichen:

„Es entwickelt sich aktuell eine Dynamik in der Pflege und mit der klaren Aufgabenteilung, Ungelernte machen die Pflege und Fachkräfte mehr die Behandlungspflege, Dokumentation und Organisation als Schichtleitung.“ (GD_gemischt)

„Es entsteht der Eindruck, dass akademisierte Pflegekräfte, wenn es geht, mit diesem ganzen Elend und so nichts zu tun haben wollen, wenn sie so explizit raus aus der direkten Pflege möchten. So entsteht der Eindruck, Pflege am Bett ist schlechtere Arbeit.“ (GD_AP_Team)

Diese Zitate verweisen zudem darauf, dass die gegenseitige (Be-)Wertung Einfluss auf die Entwicklung der beruflichen Identität nimmt. Berufliche Identität kann zum einen im Sinne der berufsbezogenen Persönlichkeitstheorie von Holland (1997) verstanden werden, wonach sie in dem Maß gegeben ist, in dem Beschäftigte sich ihrer Ziele, Interessen und Kompetenzen bewusst sind. Zum anderen entsteht berufliche Identität auch durch die Abgrenzung des Individuums gegenüber der Gruppe.

Bremer und Haasler (2004) sehen berufliche Identität als Ausdruck beruflicher Kompetenzen und der Fähigkeit, berufsspezifische Aufgaben erfolgreich zu bewältigen. Dabei spielt das „Erleben von Kompetenz, Autonomie und sozialer Zugehörigkeit im Beruf eine zentrale Rolle für die berufliche Identität und die Identifikation mit beruflichen Tätigkeiten“ (Heinzer/Reichenbach 2013, S. 20).

Berufliche Identität ist somit das Ergebnis beruflicher Sozialisationserfahrungen. Sie formt sich im Spannungsfeld individueller Entfaltungsbefürfnisse und -möglichkeiten, die durch äußere betriebliche Rahmenbedingungen und Anforderungen entweder gefördert oder eingeschränkt werden können (Walter/Bohrer 2020). Diese Identität stellt einen wichtigen Faktor für subjektive Anpassungsprozesse dar, bei denen berufsre-

levante Vorstellungen und Wertorientierungen an externe Standards angepasst werden (Messner/Reusser 2000).

Darüber hinaus ist berufliche Identität nicht nur ein mehrdimensionales, sondern auch ein dynamisches Konstrukt, das im Hinblick auf erlebte Diskrepanzen oder Übereinstimmungen im beruflichen Alltag untersucht werden sollte (Heinzer/Reichenbach 2013, S. 38 ff.). Das Erleben von Diskrepanz oder Kongruenz betrifft dabei das Zusammenspiel von Arbeitsplatzanforderungen, individueller Motivation und persönlicher Kompetenz.

Das Selbstverständnis von der eigenen beruflichen Identität kann sich bei Pflegenden in den unterschiedlichen Bereichen der Pflegepraxis sehr voneinander unterscheiden. Es zeigt sich neben dem Einfluss beruflicher Sozialisationserfahrungen auch der Einfluss von Qualifikation auf die berufliche Identität, hier konkret am Beispiel einer Fachweiterbildung. Es wird jedoch auch deutlich, dass es trotz der Unterschiede auch ein gemeinsames Grundverständnis von Pflege gibt:

„Ich glaube, das ist sehr unterschiedlich. Also dafür ist es, dafür ist alleine der Bereich Krankenhaus so unterschiedlich. Sie müssen sich, wenn Sie sich den Bereich der Intensivstation angucken, das ist eine eigene Welt, können sie nicht mit einer normalen Station, Orthopädie, vergleichen. Da ist das Selbstverständnis von einer Pflegefachperson, die auch noch eine Fachweiterbildung Intensiv- und Anästhesiepflege hat und zehn Jahre Berufserfahrung. Das ist ein ganz anderes Selbstverständnis als eine Pflegefachperson mit zehn Jahren Berufserfahrung, die nur auf einer allgemeinen Station ihr Leben lang gearbeitet hat. Alleine das können Sie schon nicht vergleichen und trotzdem gibt es ein gemeinsames Verständnis davon, was den Pflegeberuf ausmacht, das schon.“ (EI_07)

Darüber hinaus verändern sich in der aktuellen Pflegepraxis Wahrnehmung und Erleben der beruflichen Identität: Durch die Intensivierung des Mix und der daraus entstehenden neuen Arbeitsorganisation kommt es einerseits zu einer erlebten Diskrepanz zwischen Anforderungen, Motivation und Kompetenz:

„Eine Pflegekraft macht einen Bereich mit zehn Patienten, die macht einfach alles und kennt den Patienten und weiß genau Bescheid. Und jetzt wird es wieder funktionaler durch den Quali-Mix. Und wenn man jetzt die letzten 30 Jahre die Leute gepeitscht hat, so ist die richtige, echte und gute Pflege, dann ist es auch ein Schmerz, sich davon zu verabschieden und zu sagen: ‚Ja, ich sehe Teile des Patienten nicht, kann es nicht beurteilen, und es macht mir ein Gefühl von, ich mache es nicht so gut, wie es sein könnte.‘“ (GD_AP_Team)

Werden neue Anforderungen der Arbeitsorganisation durch den Mix strategisch und kompetenzorientiert gesteuert und umgesetzt, dann kann es andererseits zu einem Kongruenzerleben kommen. Der Projekt-Praxis-

partner aus der Langzeitpflege hat an einem Standort beispielsweise das Pflegesystem des Primary Nursing (PN) eingeführt.

Beim Primary Nursing handelt es sich um ein Pflegesystem, dass sich ganzheitlich an den Bedürfnissen von zu Pflegenden orientiert. Das Konzept wurde Ende der 1960er Jahre von der Amerikanerin Marie Manthey entwickelt. Und vor allem in angloamerikanischen Einrichtungen vielfach praktiziert.

Die Umsetzung in der beteiligten Einrichtung gestaltet sich nach folgendem Prinzip: Eine einzelne Pflegefachperson übernimmt im Team als Primary Nurse die Hauptverantwortung für die Gestaltung der Pflegeprozesse der ihr dauerhaft zugeordneten pflegebedürftigen Menschen. Sie wird von weiteren Pflegefachpersonen – den Associated Nurses – unterstützt und vertreten. Als Assistent Nurses vervollständigen Pflegeassistenten das Team und unterstützen die Fachkräfte. Zudem ist ein(e) Wohnbereichsmanager:in für die übergeordnete Organisation und Koordination des Wohnbereichs tätig.

Das Konzept wurde spezifisch auf die Bedarfe und Rahmenbedingungen der einzelnen Einrichtungen und Wohnbereiche angepasst, indem die Steuerung der Pflegeprozesse zwischen den beteiligten Qualifikationsgruppen über eine Aufgaben- und Kommunikationsmatrix geregelt wird, die von den Beschäftigten immer wieder situativ angepasst werden kann.

Die Beschäftigten erleben durch diese Form der Arbeitsorganisation eine Aufwertung ihrer Tätigkeit: Sie fühlen sich in ihren jeweiligen Rollen und Funktionen wahrgenommen, sichtbar und wertgeschätzt. Dies zeigt sich u. a. in den Kommunikationsstrukturen (beispielsweise sind in den Übergabegesprächen alle Qualifikationsniveaus vertreten und jede und jeder soll sich explizit einbringen). Zudem nimmt das Steuerungsmodell erheblichen Einfluss auf die Entwicklung der beruflichen Identität und damit auch auf die Versorgungsqualität:

„Der Wert auch aller Funktionen wurde angehoben. Also die Notwendigkeit und Wichtigkeit der Arbeit, die die einzelnen Personen in ihren Funktionen ausüben, hat nochmal eine neue Aufwertung bekommen. Das macht schon was mit den Menschen, A in der Haltung, B wie sie sich darstellen und C wie sie in den Situationen agieren. Das hat sich über alle Professionen bei uns in der Beziehung auf jeden Fall im Bereich Pflege erhöht.“
(GD_LP_FK)

„Man kann das auch klar messen an der Anzahl der Beschwerden im Vergleich zu früher, bevor das PN war oder noch nicht war und jetzt, mit PN, ist es einfach deutlich gesunken. Gerade jetzt in der Ebene Hausleitung, PDL-Ebene viel, viel weniger Beschwerden, weil die Kommunikationswege in der Station oder im Bereich einfach kürzer sind, auch für die Angehörigen.“ (GD_LP_Team)

Durch die bewusste und strategische Steuerung des Mix (z. B. durch PN) ist es möglich, zum einen das Kompetenzerleben aller Pflegenden zu steigern, da ein kongruentes Erleben des eigenen Berufsverständnisses und den konkreten Arbeitsprozessen ermöglicht wird. Zum anderen gestatten bestimmte Ausgestaltungsfaktoren des Steuerungsmodelles (Handlungs- und Entscheidungsspielraum sowohl individuell als auch auf Teamebene, Kommunikation, etc.) eine hohe Partizipation und Vertrauen innerhalb und zwischen den verschiedenen Beschäftigungsgruppen. Dies verhindert nicht nur eine Abwertung innerhalb der Beschäftigtengruppen, sondern nimmt einen positiven Einfluss auf die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen aller Pflegenden.

5. Impulse aus der Empirie zur Gestaltung des Mix

Expert:innen und Führungspersonen betonen sowohl in Gruppen- als auch in Einzelinterviews, dass eine qualitätsvolle Versorgung durch einen ausgewogenen Qualifikationsmix gewährleistet werden könne. Insbesondere die Personenzentrierung – im Gegensatz zur bloßen Verrichtungsorientierung – spielt hier eine Schlüsselrolle für das Gelingen dieses Mix.

„Also eine Kernbotschaft wäre halt wirklich, dass Personenzentrierung eine Grundlage ist, damit der Skill- und Grade-Mix funktionieren kann. Sonst haben wir nur Funktionspflege, und das ist schlecht, machen wir zehn Schritte zurück und keine nach vorne. Also das muss sozusagen als Modell, als Paradigma über der Skill- und Grade-Mix stehen. Und als Paradigma muss darüberstehen: Der ganze Skill- und Grade-Mix ist nur gut, wenn der Patient profitiert.“ (EI_03)

Aus Sicht der Praxis ist für die Qualität der Versorgung maßgeblich, wie der Mix gesteuert wird. Eine ganzheitliche und auf die Bedürfnisse der zu Pflegenden ausgerichtete Pflege wird dann erreicht, wenn die Steuerung sich eher an den Kompetenzen der Pflegenden als an formalen Qualifikationen orientiert.

„Die Qualität wird nicht zwangsläufig besser, wenn auf einmal vier Examierte da sind oder fünf, weil im Zweifelsfall dann die Steuerung fehlt. Also deswegen, ich glaube beides korreliert miteinander und beides ist extrem wichtig, die Menschen, die vor Ort da sind, entsprechend auch gut zu steuern.“ (GD_gemischt)

Es rücken Kompetenzen wie Dialogbereitschaft, Machtsensibilität und Ambiguitätstoleranz in den Vordergrund, die für die Interaktionsarbeit in der Pflege essenziell sind, da hier die Interaktion zwischen Pflegenden und Gepflegten im Mittelpunkt steht.

Böhle/Stöger/Wehrich (2015) haben vier Aspekte einer solchen Interaktionsarbeit benannt: Kooperationsarbeit, Gefühls- und Emotionsarbeit sowie subjektivierendes Arbeitshandeln. In der Kooperationsarbeit geht es um die Herstellung einer Kooperationsbeziehung zwischen pflegender und gepflegter Person. Von Gefühlsarbeit wird gesprochen, wenn es darum geht, auf den emotionalen Zustand des Gegenübers einzuwirken.

Zur Interaktionsarbeit gehört auch die Regulation der Gefühle der Pflegenden selbst – was als Emotionsarbeit bezeichnet wird. Interaktionsarbeit äußert sich schließlich auch als subjektivierendes Arbeitshandeln, welches sich vor allem auf den Umgang mit Unwägbarkeiten und Unbestimmtheiten bezieht. Dieses Arbeitshandeln basiert auf Erfahrungswis-

sen, mentalen Prozessen und einem „empfindend-spürende[m] Wahrnehmen“ (Böhle/Wehrich 2020, S. 19) von praktischem Handeln.

Interaktionsarbeit umfasst kognitive Reflexionen ebenso wie komplexe, sinnliche Wahrnehmungen, etwa das Erspüren einer Atmosphäre oder die Wahrnehmung von körperlichen Zeichen wie Hautbeschaffenheit oder Geruch, die für die Pflegearbeit zentral sind (Böhle/Wehrich 2020, S. 19; Hülksen-Giesler 2017, S. 7).

Im pflegerischen Alltag ist jedoch meist nur begrenzt Raum und Zeit für kognitiv-rationale Reflexion. Interaktionsarbeit ist dadurch gekennzeichnet, dass Planung zwar notwendig ist, aber zugunsten von Flexibilität und agilem Agieren in den Hintergrund tritt, um so den vielfältigen Herausforderungen in der täglichen Pflegearbeit gerecht werden zu können.

Beruflichkeit zeigt sich in der Fähigkeit, situationsgerechte Entscheidungen zu treffen und die komplexen Anforderungen des Pflegealltags flexibel zu bewältigen. Ein technokratischer Steuerungsansatz wäre hier unzureichend, da die Pflegearbeit eine kontinuierliche, dialogische Wechselwirkung zwischen Planung und Durchführung erfordert. Dies unterstreicht die Bedeutung eines Steuerungsmodells, das die individuellen Kompetenzen aller Pflegenden sichtbar macht und effektiv in die Arbeitsprozesse integriert.

Ein solches kompetenzorientiertes Modell, das im Bereich der Langzeitpflege im Rahmen des PN-Systems umgesetzt wird, ermöglicht eine hohe Versorgungskontinuität, indem auch Pflegehilfspersonen aktiv in den Pflegeprozess eingebunden werden. Um dies umzusetzen, sind prozessbezogene Organisationsformen und Kommunikationsstrukturen nötig, die weniger auf starren Zuständigkeiten als vielmehr auf einem flexiblen Prozessdenken basieren.

Dazu bedarf es wiederum des Vertrauens zwischen den unterschiedlich qualifizierten Beschäftigtengruppen und zwischen Leitung und Pflegenden. So können Handlungsspielräume entstehen, die es den Pflegefach- und Assistenzpersonen ermöglichen, Entscheidungen sowohl individuell als auch im Team zu treffen. Dies fördert das berufliche Selbstverständnis und unterstützt die Entwicklung einer beruflichen Identität.

„Wir haben ganz viele Standards, wir haben Leitlinien und dergleichen, an die wir uns halten können. Was ich gut finde, dass wir bei diesen Vorgaben uns eigentlich auch im Wohnbereich entfalten können, unsere eigene Herangehensweise auch machen können. Sodass wir dann im Anschluss durch ein Feedback teilweise dann auch sagen können: „Okay, das hatten wir so erreicht“, und dadurch auch das ganze Unternehmen oder auch unser Haus gelernt. Und das Ziel ist trotzdem immer noch, dass der Bewohner sich wohlfühlt und wir uns stetig weiterentwickeln.“ (GD_LP_Team)

Dieses Zitat verdeutlicht auch, dass eine kooperative Steuerung des Qualifikationsmix zugleich das organisationale Lernen fördert, indem betrieb-

liche Veränderungen in kollektiven Deutungsmustern verankert werden. Die Organisationskultur – verstanden als „Muster an kollektiv geteilten, handlungsleitenden Werten und Prämissen“ (Zinth 2010, S. 71) – beeinflusst dabei Innovationsprozesse.

Eine kulturförderliche Organisation, die Feedback, Kritik und Verbesserungsvorschläge zulässt, unterstützt das Lernen und die kontinuierliche berufliche Weiterentwicklung der Mitarbeitenden. Diese Kulturentwicklung stärkt die berufliche Identität der Pflegenden, indem sie das Bewusstsein für die eigene Rolle und Verantwortung im Pflegeberuf vertieft.

Die Bedeutung kooperativer Führung wird in den Interviews ebenfalls hervorgehoben. Ein Führungsansatz, der die Mitarbeitenden aktiv in die Arbeitsorganisation einbindet und die Kompetenzen des qualifikationsheterogenen Teams wertschätzt, trägt zur Entwicklung einer identitätsstiftenden Beruflichkeit bei.

„Es braucht, glaube ich, eine starke Führung im Hintergrund, die ihre Mitarbeiter anleitet, auch mal Dinge selbst zu entscheiden und nicht nur immer alles zu kontrollieren und zu steuern. Sondern eine Leitung, die ihre Mitarbeiter in Entscheidungen solcher Hintergrundsachen auch mit einbezieht.“ (GD_AP_FK)

Es ist ein Führungskonzept notwendig, das zum einen Beschäftigte an der Gestaltung der Arbeitsorganisation partizipieren lässt und alle relevanten Beteiligten frühzeitig in Entscheidungsfindungen einbindet.

„Ich würde auf jeden Fall dazu raten, eben frühzeitig die wichtigen Beteiligten mit ins Boot zu holen. Es zu versuchen mit dem Team zusammen zu entwickeln und auch mit dem Team zusammen zum Beispiel die Tätigkeiten zu diskutieren: Wofür braucht man denn welche Kompetenz oder was kann man dann auch abgeben?“ (EI_08)

Zum anderen ist ein Führungsansatz sinnvoll, welcher sowohl die individuellen als auch die kollektiven Kompetenzen des qualifikationsheterogenen Teams in den Blick nimmt (Hiestand et al. 2024). Führungspersonen benötigen dafür nicht nur Methodenkompetenz, sondern auch eine entsprechende Haltung, geprägt von Vertrauen und Respekt gegenüber den Kompetenzen und Entscheidungen der Pflegenden.

„Ich meine, schlussendlich haben wir alle das Thema Gesamtverantwortung immer vor Augen, aber man muss den Menschen vertrauen, dass sie diese Verantwortung auch mittragen. Also Sinn und Zweck war es auch die Verantwortlichkeiten neu zu definieren, neu zu verteilen auf das komplette Pflegeteam. Und da muss man auch Entscheidungen von Primary Nurses dann entsprechend respektieren.“ (GD_LP_FK)

Insgesamt zeigt sich, dass eine kompetenzorientierte Steuerung des Qualifikationsmix nicht nur die Versorgungsqualität stärkt, sondern auch

die berufliche Identität und Beruflichkeit der Beschäftigten in der Pflege unterstützt. Indem Pflegende ihre beruflichen und sozialen Kompetenzen weiterentwickeln und anwenden können, wird die Pflege als Beruf gestärkt und ein Beitrag zur nachhaltigen Gestaltung des Gesundheitswesens geleistet.

6. Ausblick

Die dargestellten Impulse des Forschungsprojekts „Beruflichkeit in der qualifikationsheterogenen Pflege“ basieren auf Literatur- und Dokumentenanalysen sowie auf Expert:innen-Interviews und Gruppendiskussionen. Die bisherigen Erkenntnisse zeigen, dass die Entwicklung von Qualifikationen und Kompetenzen in der Pflegepraxis einer differenzierten Betrachtung bedarf: Die Anforderungen und Rahmenbedingungen in der Akutpflege unterscheiden sich signifikant von denen in der stationären Langzeitpflege, und auch innerhalb dieser Bereiche bestehen weitere Unterschiede.

Die vorläufigen Befunde aus den Interviews und Gruppendiskussionen beleuchten Chancen und Herausforderungen des sich entwickelnden Personalmix in der Pflege, wie sie bereits in der Fachliteratur beschrieben sind.

Für die berufliche Praxis entstehen Risiken in Bezug auf die berufliche Identität und das Verständnis der Pflege als Berufsfeld. Insbesondere wird die Gefahr thematisiert, dass eine Verrichtungsorientierung – die Zuweisung von Einzelaufgaben an unterschiedlich qualifizierte Personalgruppen – das gemeinsame Berufsverständnis schwächt. Gleichzeitig eröffnen sich durch den qualifikationsgerechten Einsatz von Personal jedoch auch neue Möglichkeiten: Pflegende könnten höhere Berufszufriedenheit erfahren, die Professionalität des Berufsbilds könnte gestärkt und die Versorgungsqualität gesteigert werden.

Die ersten empirischen Erkenntnisse deuten außerdem darauf hin, dass die Auswirkungen der zunehmenden Heterogenität der Qualifikationen und Kompetenzen entscheidend von der Art und Weise abhängen, wie der Personalmix in der Arbeits- und Versorgungspraxis gestaltet wird. Aspekte wie die Unternehmens- und Führungskultur und die aktive Beteiligung und Mitbestimmung der Mitarbeitenden spielen hier eine wesentliche Rolle und wirken sich direkt auf die Beruflichkeit der Pflege aus. Zentral ist auch eine verbindliche Positionierung der Einrichtung hinsichtlich der Ausrichtung an der Personenorientierung versus einer Verrichtungsorientierung.

Die Ergebnisse verdeutlichen jedoch auch, dass die Pflege sich in einem systembedingten Spannungsfeld befindet, das die Entwicklung der Beruflichkeit tendenziell eher hemmt als fördert.

Dieses Spannungsfeld reicht von der Abgrenzung der beruflichen Pflege gegenüber der sozialpolitisch bevorzugten familialen Pflege, über die auch ökonomisch bedingte Heterogenität der Qualifikationen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen bis hin zu den begrenzten Möglichkeiten zur akademischen Professionalisierung, die bisher nur wenig im

Versorgungssystem genutzt werden. Diese Spannungen machen es notwendig, Chancen und Herausforderungen in der Gestaltung des Personalmix klar und differenziert herauszuarbeiten.

Basierend auf diesen ersten Ergebnissen verfolgt der weitere Forschungsprozess des Projektes das Ziel, die Perspektive der Pflegepraxis genauer zu erschließen, indem untersucht wird, welche Bedeutung die diskutierten Entwicklungen der Personalzusammensetzung aus Sicht der Pflegenden haben und wie sich die Zusammenarbeit im Team konkret darstellt. Auch die Folgen für das kollegiale Zusammenwirken und die berufliche Identität aus Sicht der Beschäftigten werden im weiteren Forschungsprozess thematisiert.

Diese Untersuchungen sollen dazu beitragen, die Beruflichkeit in der Pflege unter den Bedingungen eines qualifikations- und kompetenzheterogenen Personalmix besser zu verstehen und Möglichkeiten zur Stärkung der beruflichen Identität und Berufszufriedenheit aufzuzeigen. Zu diesem Zweck werden in einem Krankenhaus und einer Langzeitpflegeeinrichtung jeweils auf zwei Stationen bzw. Wohnbereichen Arbeitsprozessanalysen und Fachinterviews sowie fokussierte Interviews mit Pflegenden unterschiedlicher Qualifikationen durchgeführt.

Dieses Vorgehen dient der explorativen Erschließung der Perspektive der Pflegepraxis. Die Erkenntnisse werden anschließend in den Einrichtungen kommunikativ validiert und reflektiert. Abschließend werden auf Basis der Projektergebnisse erste Handlungsempfehlungen formuliert.

Literatur

Alle im Folgenden genannten Webseiten wurden zuletzt am 27.3.2025 abgerufen.

- Arnold, Rolf / Schüssler, Ingeborg (2001): Entwicklung des Kompetenzbegriffs und seine Bedeutung für die Berufsbildung und für die Berufsforschung. In Guido Franke (Hg.): Komplexität und Kompetenz – ausgewählte Fragen der Kompetenzforschung, S. 52–74. Bonn/Bielefeld: Bundesinstitut für Berufsbildung.
- Benedix, Uwe (2022): Pflegehilfskräfte in der stationären Langzeitpflege. Herausforderung vor der Einführung eines neuen Personalbemessungsverfahrens – eine Bestandsaufnahme. Bremen: Arbeitnehmerkammer Bremen.
<https://doi.org/10.26092/elib/1686>
- BIBB – Bundesinstitut für Berufsbildung: (2020): Begleitmaterialien zu den Rahmenplänen der Fachkommission nach § 53 PflBG.
www.bibb.de/dienst/publikationen/de/download/16613
- BMJ – Bundesministerium der Justiz (2018): Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe.
www.gesetze-im-internet.de/pflaprv/BJNR157200018.html
- Böhle, Fritz / Wehrich, Margit (2020): Das Konzept der Interaktionsarbeit. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 74(1), S. 9–22.
<https://doi.org/10.1007/s41449-020-00190-2>
- Böhle, Fritz / Stöger, Ursula / Wehrich, Margit (2015): Interaktionsarbeit gestalten. Vorschläge und Perspektiven für humane Dienstleistungsarbeit. Berlin: Edition Sigma.
<https://doi.org/10.5771/9783845268279>
- Brandenburg, Herrmann / Kricheldorf, Cornelia (2019): Multiprofessioneller Personalmix in der Langzeitpflege. Entstehung, Umsetzung, Auswirkung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bremer, Rainer / Haasler, Bernd (2004): Analyse der Entwicklung fachlicher Kompetenz und beruflichen Identität in der beruflichen Erstausbildung. In: Zeitschrift für Pädagogik, 50(2), S. 162–181.
- Bundesagentur für Arbeit (2024): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich.
<https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?blob=publicationFile&v=17>.
- Dehnbostel, Peter (2015): Betriebliche Bildungsarbeit. Kompetenzbasierte Aus- und Weiterbildung im Betrieb (2. Aufl.). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

- Deißinger, Thomas (1998): Beruflichkeit als „organisierendes Prinzip“ der deutschen Berufsausbildung. Markt Schwaben: Eusl-Verlagsgesellschaft.
- DIP – Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (2022): Die erweiterte pflegerische Versorgungspraxis – Abschlussbericht der begleitenden Reflexion zum Förderprogramm „360° Pflege – Qualifikationsmix für Patient:innen – in der Praxis“.
www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2022-06/Abschlussbericht_360Grad%20Pflege_Qualifikationsmix.pdf.
- Erpenbeck, John / Sauter, Werner (2013): So werden wir lernen! Kompetenzentwicklung in einer Welt fühlender Computer, kluger Wolken und sinnsuchender Netze. Berlin: Springer Gabler.
<https://doi.org/10.1007/978-3-642-37181-3>
- Ewers, Michael / Lehmann, Yvonne (2020): Hochschulisch qualifizierte Pflegende in der Langzeitversorgung?! In: Klaus Jacobs / Adelheid Kuhlmei / Stefan Greß / Jürgen Klauber / Antje Schwinger (Hg.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?, S. 167–177. Berlin, Heidelberg: Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9_13
- Friesacher, Heiner (2008): Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft. Osnabrück: V&R unipress.
- GKV-Spitzenverband (2024): Qualifikations- und kompetenzorientierte Arbeitsorganisation in der vollstationären Langzeitpflege.
www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/Erste_Hinweise_zur_Umsetzung_einer_qualifikations-_und_kompetenzorientierten_Arbeitsorganisation.pdf
- Görres, Stefan / Brannath, Werner (2020): Stabilität und Variation des Care-Mix in Pflegeheimen unter Berücksichtigung von Case-Mix, Outcome und Organisationscharakteristika (StaVaCare 2.0).
www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/stavacare/StaVaCare_2.0_Endversion_Abschlussbericht.pdf
- Hähn, Katharina / Bräutigam, Christoph (2020): Beschäftigung hochschulisch ausgebildeter Pflegefachpersonen als Herausforderung für Arbeitgeber. In: BWP – Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis, 49(2), S. 33–37.
www.bwp-zeitschrift.de/dienst/publikationen/de/16482
- Hartmann, Heinz (1968): Arbeit, Beruf, Profession. In: Soziale Welt, 19, S. 193–216.

- Haubner, Tine (2017). Die Ausbeutung der sorgenden Gemeinschaft. Frankfurt am Main: Campus.
- Heintze, Cornelia (2015): Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem. Ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.
<https://library.fes.de/pdf-files/wiso/11337.pdf>
- Heinzer, Sarah / Reichenbach, Roland (2013): Schlussbericht zum Forschungsprojekt. Die Entwicklung der beruflichen Identität.
[www.ife.uzh.ch/dam/jcr:00000000-272b-1a72-0000-00002d44d5b6/Schlussbericht zum BBT-Projekt Berufliche Identitaet.pdf](http://www.ife.uzh.ch/dam/jcr:00000000-272b-1a72-0000-00002d44d5b6/Schlussbericht_zum_BBT-Projekt_Berufliche_Identitaet.pdf)
- Hiestand, Stefanie / Rempel, Kira (2021): Lern- und Entwicklungsprozesse im Kontext der digitalen Transformation – Glossar für die betriebliche Bildungsarbeit. Mitbestimmungspraxis Nr. 38. Düsseldorf: Institut für Mitbestimmung und Unternehmensführung der Hans-Böckler-Stiftung.
www.mitbestimmung.de/html/lern-und-entwicklungsprozesse-im-17446.html?code=6bdac55fab6d82519044ca43777121a4&c=&cm_sid=
- Hiestand, Stefanie / Gießler, Wolfram / Kaiser, Sophie / Wegemann, Franziska (2024): Betriebliche Bildungsarbeit in der Langzeitpflege: Wege zur individuellen und kollektiven Entwicklung. In: Karin Reiber / Jutta Mohr / Michaela Evans-Borchers / Miriam Peters (Hg.): Fachkräftesicherung, Versorgungsqualität und Karrieren in der Pflege. Forschung zur beruflichen Bildung im Lebenslauf, S. 305–318. Bielefeld: wbv Publikation.
<https://doi.org/10.3278/978763974337>
- Holland, John L. (1997): Making vocational choices. A theory of vocational personalities and work environments (3. Aufl.). Florida: Psychological Assessment Resources.
- Hülsken-Giesler, Manfred (2017): Dynamiken im Berufsfeld Pflege und Folgen für die Fachkräftequalifizierung. In: BWP – Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis 46(1), S. 6–9. Bonn: Franz Steiner.
- Kraus, Katrin (2022): Die Entwicklung von Beruflichkeit über iterative Lern- und Bildungsprozesse. Zur theoretischen Verortung beruflicher Weiterbildung. In: Zeitschrift für Weiterbildungsforschung, 45(1), S. 51–67.
<https://doi.org/10.1007/s40955-022-00208-8>

- Kraus, Katrin (2024): Beruflichkeit als Form der Subjektivierung. Ein Beitrag zur Debatte der Berufsbildungstheorie zum Subjektbezug in der Berufsbildung. bwp@ Spezial, 19, S. 1–23.
www.bwpat.de/spezial19/kraus_de_spezial19.pdf
- Kuckartz, Udo (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung (4. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Lauxen, Oliver / Blattert, Barbara (2021): Irritationen und Brüche in der beruflichen Identität internationaler Pflegefachpersonen: Eine qualitative Untersuchung. In: Pflegewissenschaft, 23(2), S. 75–82. Hungen: hpsmedia.
- Lempert, Wolfgang (2006): Berufliche Sozialisation und berufliches Lernen. In: Arnold, Rolf / Lipsmeier, Antonius (Hg.): Handbuch der Berufsbildung (2. Aufl.), S. 413–420. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
<https://doi.org/10.1007/978-3-531-90622-5>
- Manthey, Marie (2011): Primary Nursing: Ein personenbezogenes Pflegesystem (3. Aufl.). Bern: Huber.
- Marschall, Eva Maria (2021): Habitus und Personalmix in der stationären Langzeitpflege: eine praxeologisch-wissenssoziologische Studie.
<https://kidoks.bsz-bw.de/frontdoor/index/index/docId/2572>
- Messner, Helmut / Reusser, Kurt (2000): Die berufliche Entwicklung von Lehrpersonen als lebenslanger Prozess. In: Beiträge zur Lehrerbildung, 18(2), S. 157–171.
<https://doi.org/10.25656/01:13427>
- Meyer, Rita / Hiestand, Stefanie (2021): Die Professionalisierung der Pflegeberufe braucht mehr als Akademisierung – Möglichkeiten und Grenzen des Konzepts der Beruflichkeit in der Pflege.
<https://denk-doch-mal.de/rita-meyer-stefanie-hiestand-beruflichkeit-in-den-gesundheits-und-pflegeberufen/>
- Meyer, Rita (2019): „Beruflichkeit 4.0“ – Qualifizierung für die Arbeit von heute und morgen. Herausforderungen und Handlungsoptionen. In: Kohlrausch, Bettina / Schildmann, Christina / Voss, Dorothea (Hg.): Industrie 4.0 und Digitalisierung von Arbeit. Neue Arbeit – neue Ungleichheiten? Folgen der Digitalisierung, S. 142–163. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Meyer, Rita (2023): Beruflichkeit und Interaktion. In: Hiestand, Stefanie (Hg.): Beruflichkeit – Interaktionsarbeit – Kompetenz: Impulse für eine kompetenzorientierte Interaktionsarbeit in der Pflege, S. 19–35. Bielefeld: wbv Publikation.
<https://doi.org/10.3278/9783763974344>

- Müller, Elke (2001). Leitbilder in der Pflege Eine Untersuchung individueller Pflegeauffassungen als Beitrag zu ihrer Präzisierung. Bern: Huber.
- Muths, Sabine / Darmann-Finck, Ingrid (2013). Aufgaben von Pflegeassistent/innen im Rahmen abgestufter Qualifikationen. In: Darmann-Finck, I. / Hülsken-Giesler, M. (Hg.): bwp@ Spezial 6 – Hochschultage Berufliche Bildung 2013, Fachtagung 14, S. 1–18. www.bwpat.de/ht2013/ft14/muths_darmann-finck_ft14-ht2013.pdf
- Rand, Sigrid / Larsen, Christa (2019): Herausforderungen und Gestaltung betrieblicher Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland. Einblicke aus der Krankenhauspraxis. Working Paper Forschungsförderung Nr. 114. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung. www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-007114
- Schubert, Maria / Herrmann, Luzia / Spichiger, Elisabeth (2018): Akademisierung der Pflege – Evidenz- und Wirksamkeitsforschung. In: Simon, Anke (Hg.): Akademisch ausgebildetes Pflegepersonal, S. 85–100. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Simon, Michael (2020): Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser. Kritische Bestandsaufnahme und Eckpunkte für eine Reform der Krankenhausfinanzierung jenseits des DRG-Systems. Working Paper Forschungsförderung Nr. 196. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung. www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-007898
- Socium Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik / Institut für Public Health und Pflegeforschung / Institut für Arbeit und Wirtschaft / Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (2020): Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM). Bremen. https://www.gs-gsa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Abschlussbericht_PeBeM.pdf
- Statistisches Bundesamt (2024a): Grunddaten der Krankenhäuser 2023. www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/publikationen-innen-grunddaten-krankenhaus.html

- Statistisches Bundesamt (2024b): Pflegekräftevorausberechnung.
www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Publikationen/Downloads-Vorausberechnung/statistischer-bericht-pflegekraeftevorausberechnung-2070-5124210249005.html
- SVR – Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege (2024): Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource.
www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/2._durchgesehene_Auflage_Gutachten_2024_Gesamt_bf_2.pdf
- Theobald, Hildegard (2018): Pflegearbeit in Deutschland, Japan und Schweden. Study Nr. 383. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-006953
- ver.di (2023): Stellungnahme der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di zu den Empfehlungen der Arbeitsgruppe der Ausbildungsinitiative Pflege (2019–2023). Aufgabenprofile akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen.
https://gesundheits-soziales-bildung.verdi.de/++file++652e30ead59d570756665fe8/download/ver.di-stn-AG_T%C3%A4tigkeitsprofile.pdf
- Walter, Anja / Bohrer, Annerose (2020): Die neue Pflegeausbildung gestalten – eine Handreichung für Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter.
www.eh-berlin.de/fileadmin/Redaktion/2_PDF/FORSCHUNG/Projekt_CurAP/Handreichung_fuer_Praxisanleitende_barrierefreies_PDF.pdf
- Winter, Vera / Schreyögg, Jonas / Blume, Kai Svane (2023): Pflegeintensität und pflegesensitive Ergebnisindikatoren in deutschen Krankenhäusern. In: Jürgen Klauber / Jürgen Wasem / Andreas Beivers / Carina Mostert (Hg.): Krankenhaus-Report 2023. Schwerpunkt Personal, S. 59–84. Berlin: Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-66881-8>
- Wissenschaftsrat (2023): Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe.
www.wissenschaftsrat.de/download/2023/1548-23.pdf?blob=publicationFile&v=9
- Zinthe, Class- Philip (2010): Organisationales Lernen als Lernweg des Subjekts. Report Zeitschrift für Weiterbildungsforschung. Lernorte und Lernwege, 33(2), S. 65–74. Bielefeld: wbv.

Autorinnen und Autoren

Christoph Bräutigam ist Pflegewissenschaftler und wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsschwerpunkt „Arbeit und Wandel“ am Institut Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule. Er forscht u. a. zu den Themen Professionalität in der Pflege und berufliche Bildung und Kompetenz in der Pflege.

Jennifer Dittrich, M. A. ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Berufs- und Wirtschaftspädagogik der Pädagogische Hochschule Freiburg. Sie forscht in Drittmittelprojekten u. a. zu den Themen digital-adaptives Lernen, Personalentwicklung und nachhaltige Entwicklung in der Pflege.

Michaela Evans-Borchers ist Sozialwissenschaftlerin und Direktorin des Forschungsschwerpunktes „Arbeit und Wandel“ am Institut Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule. Sie forscht zur Governance von Transformationsprozessen in pflegeberuflichen Arbeitssystemen und im pflegeberuflichen Berufsbildungssystem.

Wolfram Gießler, B. B. A. ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Berufs- und Wirtschaftspädagogik der Pädagogische Hochschule Freiburg. Er forscht in Drittmittelprojekten u. a. zum Lernen in der Langzeitpflege, zur Veränderung der Beruflichkeit in der Pflege und zur kompetenzorientierten Personalentwicklung im Gesundheitswesen.

Prof. Dr. Stefanie Hiestand forscht und lehrt zu den Themen Kompetenz- und Organisationsentwicklung, qualifikationsheterogene Zusammenarbeit, Beruflichkeit in der Pflege sowie Didaktik und Methodik der beruflichen Aus- und Weiterbildung im Gesundheitswesen an der Pädagogischen Hochschule Freiburg.

Sophie Kaiser, M. A. ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Berufs- und Wirtschaftspädagogik der Pädagogische Hochschule Freiburg. Sie forscht und lehrt zu den Themen Personal- und Organisationsentwicklung und zur kollektiven Kompetenzentwicklung im Gesundheitswesen.

Johannes Laser, M. Sc. ist Pflegewissenschaftler und wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsschwerpunkt „Arbeit und Wandel“ am Institut Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule. Er forscht u. a. zu den Themen Professionalität und Berufsbildung in der Pflege.

Nadine Nothstein, M.Sc. ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Berufs- und Wirtschaftspädagogik der Pädagogische Hochschule Freiburg. Sie forscht in Drittmittelprojekten u. a. zur kompetenzorientierten Personal- und Organisationsentwicklung im Krankenhaus und zur Gestaltung von qualifikationsheterogenen Teams in der Pflege.

Franziska Wegemann, M.Sc. ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Berufs- und Wirtschaftspädagogik der Pädagogische Hochschule Freiburg. Sie forscht und lehrt zu den Themen digital-adaptives Lernen, Nachhaltigkeit in der Pflege und zur professionellen und organisationalen Gesundheitskompetenz.

