

STUDY

Study 501 · September 2026

BERUFLICHKEIT IM PERSONALMIX DES PFLEGESEKTORS

Implikationen für die Akut- und Langzeitpflege

Wolfram Gießler, Christoph Bräutigam, Johannes Laser, Nadine Nothstein,
Stefanie Hiestand und Michaela Evans-Borchers

STUDY

Study 501 · September 2026

BERUFLICHKEIT IM PERSONALMIX DES PFLEGESEKTORS

Implikationen für die Akut- und Langzeitpflege

Wolfram Gießler, Christoph Bräutigam, Johannes Laser, Nadine Nothstein,
Stefanie Hiestand und Michaela Evans-Borchers

© 2026 by Hans-Böckler-Stiftung
Georg-Glock-Straße 18, 40474 Düsseldorf
www.boeckler.de



„Beruflichkeit im Pflegemix“ von Wolfram Gießler, Christoph Bräutigam, Johannes Laser, Nadine Nothstein, Stefanie Hiestand und Michaela Evans-Borchers 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.

Satz: DOPPELPUNKT, Stuttgart

ISBN: 978-3-86593-418-5

INHALT

Abkürzungsverzeichnis	7
Zusammenfassung	8
1 Ausgangslage und Problemstellung	12
2 Beruflichkeit im Kontext der Pflege	17
2.1 Beruflichkeit im Mehrebenenmodell: Subjekt, Organisation, System	17
2.2 Systemlogiken und organisationale Rahmenbedingungen der Pflegearbeit	22
2.3 Organisationslogiken des Qualifikations- und Kompetenzmixes	24
2.4 Die identifizierten Modelle des Qualifikations- und Kompetenzmixes	28
3 Forschungsdesign und methodisches Vorgehen	33
3.1 Explorationsphase: Literaturreview, Experteninterviews und Gruppendiskussionen	33
3.2 Analysephase: Arbeitsprozessanalysen und fokussierte Interviews	34
3.3 Datenauswertung: Inhaltsanalyse, kommunikative Validierung und Konklusionsphase	37
4 Die stationäre Langzeitpflege im Kontext des Qualifikations- und Kompetenzmixes	39
4.1 Modelle des Qualifikations- und Kompetenzmixes in der Langzeitpflege	39
4.2 Die Modelle der Langzeitpflege im Kontext von Beruflichkeit – Unterschiede und Gemeinsamkeiten	58
4.3 Zwischenfazit: Personalmix und Beruflichkeit in der stationären Langzeitpflege	81

5 Qualifikations- und Kompetenzmix in der stationären Akutpflege	84
5.1 Modelle des Qualifikations- und Kompetenzmixes in der stationären Akutpflege	85
5.2 Anforderungen im Qualifikations- und Kompetenzmix	101
5.3 Auswirkungen im Qualifikations- und Kompetenzmix	113
5.4 Selbstverständnis und pflegeberufliche Identität	120
5.5 Zwischenfazit: Qualifikations- und Kompetenzmix in der stationären Akutpflege	131
6 Beruflichkeit als Aushandlungsprozess	135
6.1 Erweiterte Verantwortungsbereiche, heilkundliche Aufgaben und Beruflichkeit	137
6.2 Steuerung der Pflegeprozesse zwischen situativer Komplexität und Versorgungskontinuität	139
6.3 Beruflichkeit im Spiegel des International Council of Nurses – die internationale Perspektive	141
6.4 Handlungsempfehlungen für die betriebliche Gestaltung des Qualifikations- und Kompetenzmixes	143
7 Fazit: Beruflichkeit als dynamisches Prinzip pflegerischer Arbeit und organisationaler Entwicklung	148
Literatur	152
Autorinnen und Autoren	159

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Dimensionen von Beruflichkeit	21
Abbildung 2: Identifizierte Organisationsmodelle	29

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

APN	Advanced Practice Nursing
BEEP-Gesetz	Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege
BetrVG	Betriebsverfassungsgesetz
DRG	Diagnosis-Related Groups (Fallpauschalsystem zur Abrechnung von Entgelten in Krankenhäusern)
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GKV-Spitzenverband	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
IAT	Institut Arbeit und Technik (Westfälische Hochschule Gelsenkirchen, Bocholt, Recklinghausen)
IBW	Institut für Berufs- und Wirtschaftspädagogik (Pädagogische Hochschule Freiburg)
ICN	International Council of Nurses
PeBeM	Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben (Personalbemessungsverfahren in der stationären Langzeitpflege)
PFP	Pflegefachperson(en)
PPBV	Pflegepersonalbemessungsverordnung
PPR	Pflegepersonal-Regelung
SGB	Sozialgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege)

ZUSAMMENFASSUNG

Erwerbsförmig organisierte Pflegearbeit bewegt sich in Deutschland im Spannungsfeld zwischen dem Anspruch der Professionalisierung einerseits und begrenzten finanziellen Ressourcen sowie teilweise unterschiedlichen leistungsrechtlichen Steuerungslogiken andererseits. Dies beeinflusst die berufspraktischen Anforderungen an Pflegefachpersonen (PFP). Diese Entwicklung spiegelt sich in neuen pflegespezifischen Ausbildungsstrukturen, die sich u. a. in der generalistischen Pflegeausbildung, der grundständig akademischen Pflegeausbildung und der geplanten Einführung einer bundesweiten Pflegefachassistentenausbildung konkretisieren.

Zugleich sind pflegerische Aufgaben- und Verantwortungsstrukturen im Wandel. Am 1. Januar 2026 ist das Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP-Gesetz) in Kraft getreten, durch das die kompetenzbasierte Leistungserbringung von PFP in der Versorgungspraxis erweitert wird, u. a. durch eigenverantwortliche Heilkundenausübung und Leistungserbringung auch ohne ärztliche Diagnose. In der Pflegepraxis induzieren diese Entwicklungen neue und erweiterte Herausforderungen der Neu- und Umverteilung qualifikationsspezifischer Aufgaben- und Verantwortungsbereiche im Pflegeberuf.

Fachkräftemangel, die sozialrechtliche Regulierung im Sozialgesetzbuch (SGB V und SGB XI) hinsichtlich der refinanzierbaren Personalmenge und Personalqualifikationen (v. a. Pflegebudget und Pflegepersonalbemessungsverordnung) in der akutstationären Versorgung und das Personalbemessungsverfahren in der Langzeitpflege führen zu veränderten betrieblichen Organisationsformen von Arbeit, in denen PFP, Assistenzkräfte und weitere Berufsgruppen in unterschiedlichen Konstellationen zusammenarbeiten.

Der Pflegefachpersonalmangel droht sich künftig weiter zu verschärfen. Ausgehend hiervon sind Strategien erforderlich, um den Pflegeberuf attraktiver zu gestalten.

Pflegefachliche Berufs- und Kompetenzentwicklung einerseits und der Wandel betrieblicher Organisations- und Steuerungsformen von Arbeit in der akutstationären Versorgung und in der stationären Langzeitpflege andererseits werfen zentrale Fragen auf: Wie lässt sich die pflegerische Versorgung so gestalten, dass Fachlichkeit, Personenzentrierung und Versorgungsqualität gesichert bleiben? Welche Bedingungen fördern berufliche Identität und Selbstwirksamkeit im Pflegeberuf und können dazu beitragen, die Attraktivi-

tät des Pflegeberufs zu erhöhen? Wie können Pflegeteams unterschiedlicher Qualifikationsniveaus kooperativ und bedarfsgerecht arbeiten?

Die Studie untersucht diese Fragen anhand empirischer Analysen in der stationären Akutversorgung und in Langzeitpflegeeinrichtungen. Ziel ist es, zu verstehen, wie sich betriebliche Modelle des Qualifikations- und Kompetenzmixes in der Praxis konkretisieren, wie Kommunikation, Verantwortung und Entscheidungsprozesse in Pflegeteams organisiert sind und welche Auswirkungen dies auf Beruflichkeit, Selbstwirksamkeit und Versorgungsqualität des Pflegepersonals hat.

Empirische Grundlage der Studie sind qualitative Erhebungen in drei Forschungsphasen:

- einer *explorativen Phase* mit Literaturrecherche, leitfadengestützten Interviews mit Expertinnen und Experten und Gruppendiskussionen
- einer vertiefenden *empirischen Phase* mit Arbeitsprozessanalysen und fokussierten Interviews
- einer abschließenden *Phase der kommunikativen Validierung*

Dabei ermöglichte die Kombination von Beobachtungs- und Befragungselementen dichte Beschreibungen des pflegerischen Alltags und differenzierte Einblicke in organisationales Handeln. Die empirischen Ergebnisse zeigen, dass sich die Arbeitsorganisation in der Langzeit- und in der Akutpflege entlang der Pole Funktionsorientierung, Personenzentrierung und Beziehungskontinuität typologisieren lässt.

In Einrichtungen der Langzeitpflege mit vorwiegend ablaforientierter Organisation sind Arbeitsprozesse klar standardisiert. Zuständigkeiten folgen Schichtlogiken, Entscheidungen werden hierarchisch gefällt, Kommunikation erfolgt überwiegend situationsbezogen. Diese Struktur gewährleistet Stabilität und Berechenbarkeit, schränkt jedoch die Wahrnehmung individueller Verantwortlichkeit ein: PFP übernehmen die Gesamtkoordination und delegieren einen Großteil der pflegerischen Aufgaben an Assistenzpersonen; das Gefühl beruflicher Wirksamkeit entsteht hier vor allem aus Routinebewältigung und Teamfunktionalität, weniger aus individueller Gestaltungsfreiheit.

In Arbeitsbereichen, in denen die Beziehungskontinuität über den gesamten Pflege- und Betreuungsprozess hinweg strukturell verankert sind, tritt ein anderes Muster hervor: PFP übernehmen umfassende Verantwortung für Planung, Durchführung und Evaluation von Pflegeprozessen; die Entscheidungsfindung erfolgt gemeinsam im Team, unterstützt durch regelmäßige Besprechungen, Reflexionszeiten und digitale Dokumentationssysteme.

me. Dadurch entsteht ein Raum für fachliche Autonomie, gegenseitiges Vertrauen und geteilte Verantwortung.

PFP erleben ihre Arbeit als wirksam und sinnhaft, weil sie den gesamten Verlauf begleiten und kontinuierlich Rückmeldungen zu den Ergebnissen erhalten. Assistenzpersonen werden gezielt einbezogen, übernehmen definierte Aufgaben und erhalten Feedback zu ihrer Arbeit. Diese Form der Zusammenarbeit stärkt das Erleben beruflicher Kompetenz und fördert eine gemeinsame professionelle Identität.

In den untersuchten Einheiten der Akutversorgung treten vergleichbare Unterschiede auf:

- Auf manchen Stationen prägt eine ausgeprägte Funktionsorientierung die Arbeit: Medizinische Abläufe, diagnostische Vorgaben und enge Zeitfenster strukturieren den Alltag. PFP sind in hohem Maße mit Organisation, Dokumentation und Schnittstellenkommunikation befasst; patientennahe Tätigkeiten werden teilweise an Assistenzkräfte delegiert. Diese Form der Arbeit gewährleistet Effizienz, erschwert jedoch die kontinuierliche Beziehungspflege und reduziert Rückmeldeschleifen zur eigenen Wirksamkeit.
- Andere Stationen setzen auf eine enge multiprofessionelle Zusammenarbeit, in der pflegerische Expertise ausdrücklich Teil des interdisziplinären Behandlungsprozesses ist. PFP übernehmen eigenständig diagnostische und evaluative Aufgaben und sind gleichberechtigt in Entscheidungsprozesse eingebunden. In solchen Strukturen erfahren Pflegepersonen Anerkennung durch Kolleginnen und Kollegen anderer Professionen, erleben fachliche Selbstwirksamkeit und können die Wirkung ihres Handelns unmittelbar nachvollziehen.

Die Analyse macht deutlich, dass berufliche Identität und Selbstwirksamkeit nicht primär an Qualifikation, sondern an Handlungsspielräume gebunden sind. Dort, wo Verantwortungsübernahme möglich ist, entwickeln Pflegepersonen Selbstvertrauen, Berufsstolz und reflexive Kompetenz. Wo dagegen Abläufe stark standardisiert und Verantwortlichkeiten diffus sind, überwiegt das Gefühl des Funktionierens im System. Selbstwirksamkeit entsteht, wenn Wirkung sichtbar wird – durch den Kontakt zu Patientinnen und Patienten, Rückmeldungen aus dem Team und klare Strukturen für Verantwortung und Reflexion. Dies gilt gleichermaßen für Fachpersonen und Assistenzkräfte.

Aus den Befunden ergibt sich, dass Personenzentrierung und Patientenorientierung strukturell in der betrieblichen Organisation von Pflegearbeit abgesichert werden sollten, anstatt sie ausschließlich von individueller Moti-

vation und Verantwortung abhängig zu machen. Verbindliche Kommunikations- und Reflexionsstrukturen – etwa regelmäßige Übergaben, Fallbesprechungen oder kollegiale Supervision – fördern eine Kultur des Lernens und der gemeinsamen Verantwortung.

Hybride Modelle, die Verbindlichkeit und Eigenverantwortung verbinden, erweisen sich als besonders geeignet, um Fachlichkeit, Motivation und Qualität gleichermaßen zu sichern. Kompetenzentwicklung im Arbeitsprozess ist entscheidend: Arbeitsintegriertes Lernen, Feedback und Mentoring unterstützen den Kompetenzaufbau auf allen Qualifikationsstufen. Ebenso wichtig ist eine aktive Übersetzung gesetzlicher Veränderungen in betriebliche Strukturen, damit neue Handlungsspielräume auch tatsächlich wirksam werden.

Die vorliegende Studie unterscheidet sich von bisherigen Arbeiten, indem sie die Organisation bzw. Steuerung von Arbeitsprozessen, Beruflichkeit und Selbstwirksamkeit als miteinander verflochtene Dimensionen betrachtet. Während sich frühere Untersuchungen entweder auf die individuelle Kompetenzentwicklung oder auf organisationale Steuerungsformen konzentrieren, beleuchtet die vorliegende Studie die wechselseitigen Beziehungen beider Ebenen im konkreten Arbeitsprozess.

Neu ist auch die methodische Kombination einer modifizierten Form der Arbeitsprozessanalyse mit fokussierten Interviews, die eine kontextsensitive Rekonstruktion pflegerischen Handelns ermöglicht. Dadurch werden nicht nur funktionierende Organisationsmuster erkennbar, sondern auch die Mechanismen, durch die berufliche Identität und Handlungssicherheit entstehen.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Beruflichkeit in der Pflege ein dynamisches Konstrukt ist, das sich über betriebliche Aushandlungsprozesse auf Grundlage von institutionalisierten Organisationsstrukturen und -praktiken, individuellen Erfahrungen und subjektivem Kompetenzerleben konkretisiert. Berufliche Handlungskompetenz entsteht dort, wo Fachpersonen Verantwortung übernehmen, Entscheidungen begründen und ihr subjektives Handeln als wirksam erleben können. Professionalisierung wird hier als Prozess gefasst, der auf die strukturelle Ermöglichung organisationaler Rahmenbedingungen für reflektiertes und begründetes Handeln zielt.

Damit leistet die vorliegende Studie einen Beitrag zur theoretischen Weiterentwicklung des Beruflichkeitsbegriffs als Wechselspiel von Kompetenzen und Haltungen, organisationalen Strukturen und kollektiven Praktiken sowie gesellschaftlichen Normen. Hierzu werden im Kontext des Qualifikations- und Kompetenzmixes empirisch fundierte Hinweise dargestellt, wie durch die Gestaltung organisationaler Bedingungen fachlich begründetes, verantwortliches und reflexives Handeln in der Pflege unterstützt wird.

1 AUSGANGSLAGE UND PROBLEMSTELLUNG

Die berufliche Pflege ist traditionell durch qualifikationsgemischte Teamarbeit geprägt, in deren Rahmen Menschen mit unterschiedlichen Ausbildungen und Qualifikationsniveaus zusammenarbeiten. Lange Zeit beschränkte sich dies in Deutschland auf die Kooperation von Pflegefachpersonen (PFP) mit Ausbildung in der Krankenpflege, Kinderkrankenpflege oder Altenpflege einerseits sowie qualifizierten und nicht qualifizierten Assistenzpersonen andererseits.

Im Jahr 2024 arbeiteten in den Krankenhäusern rund 553.000 Beschäftigte im Pflegedienst, davon rund 445.000 Fachpersonen aus der Gesundheits- und Krankenpflege, 44.000 aus der Kinderkrankenpflege, 27.000 aus der Altenpflege und 29.000 PFP nach dem neuen Pflegeberufegesetz (Statistisches Bundesamt 2025).

Für die Langzeitpflege wird in der Pflegestatistik des Bundes nach dem Tätigkeitsbereich „Körperbezogene Pflege“ und dem Berufsabschluss unterschieden. 2023 waren in diesem Bereich insgesamt 505.000 Personen beschäftigt, davon 161.000 staatlich anerkannte Altenpflegekräfte, 39.000 Gesundheits- und Krankenpflegekräfte, 27.000 aus einem „sonstigen pflegerischen Beruf“ sowie gut 90.000 Alten- und Krankenpflegehelferinnen und -helfer. Mit einem sonstigen Berufsabschluss waren 72.000 und ohne Berufsabschluss 52.000 Personen in diesem Bereich tätig (Statistisches Bundesamt 2024).

Während der Anteil der Fachpersonen in den Krankenhäusern bei rund 78 Prozent lag, entfiel in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege rund die Hälfte der Beschäftigten auf Assistenzpersonen (Bundesagentur für Arbeit 2025, S.9).

Mit der Einführung des ersten Pflegestudiengangs 1981 (Weiterbildungstudiengang Pflegemanagement an der Hochschule Osnabrück) und des Aufbaus von Pflegestudiengängen insbesondere seit den 1990er Jahren (Bartholomeyczik 2017, S.107f.) veränderte sich die Zusammensetzung der Pflegeteams zunächst kaum, da sich diese Bildungsangebote weitestgehend auf Pflegemanagement und Pflegebildung bezogen und die Pflegepraxis kaum in den Blick nahmen.

Das 2020 eingeführte Pflegeberufegesetz brachte eine grundlegende Neuerung: Die bisherigen drei Ausbildungsberufe Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Altenpflege wurden im generalistischen Berufsbild „Pflegefachfrau/Pflegefachmann/Pflegefach-

person“ zusammengeführt. Parallel dazu etablierte das Gesetz den Bachelorabschluss als zweiten, gleichwertigen Zugang zum Beruf.

Mit dem Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP-Gesetz) ist es PFP seit 1. Januar 2026 erlaubt, ärztliche Leistungen eigenverantwortlich und auf Basis einer pflegerischen Diagnosestellung zu erbringen (§ 15a SGB V), und zwar sowohl im Krankenhaus als auch in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Die Berechtigung für diese heilkundlichen Aufgaben haben PFP mit akademischem Berufsabschluss, mit einer staatlich anerkannten, bundesweit einheitlichen Weiterbildung oder mit entsprechender Berufserfahrung und einer staatliche Kompetenzfeststellung durch die Länder. Ab 2027 löst zudem eine bundeseinheitliche Pflegefachassistentenausbildung die bislang 27 landesrechtlich geregelten pflegerischen Assistentenausbildungen ab (Bundesregierung 2025a).

Insgesamt sind in Deutschland 8.600 akademisch qualifizierte PFP in Krankenhäusern sowie der ambulanten und stationären Langzeitpflege beschäftigt. In der Akutpflege sind dabei die meisten in der Allgemeinen Psychiatrie (523), den sonstigen Fachabteilungen (504), der Inneren Medizin (333) und der Allgemeinen Chirurgie (333) tätig; in der ambulanten und stationären Langzeitpflege ist der überwiegende Teil als Pflegedienstleitung oder in der Geschäftsführung tätig (Rottenkolber/Thiele 2025). Eine Aufschlüsselung nach Bachelor- und Masterqualifikationen gibt es bisher nicht.

Hinzu kommen eine stark heterogene Weiterbildungslandschaft (Bergmann et al. 2024) und der Einsatz internationaler Pflegepersonen, die die Vielfalt in den Teams zusätzlich erhöhen. Diese Entwicklungen beeinflussen unterschiedliche pflegeberufliche Identitäten, die durch verschiedene Ausbildungswege, rechtliche Rahmenbedingungen und berufliche Sozialisationen geprägt sind (Theobald 2018; Rand/Larsen 2019; Lauxen/Blattert 2021).

Dies zeigt sich auch darin, dass beispielsweise im Laufe des beruflichen Sozialisationsprozesses von der Assistenzkraft zur PFP verschiedene Identitäten parallel bestehen, die zu Rollenunklarheit und Wertekonflikten führen können. So erleben sich Assistenzkräfte als Fachpersonen, wenn sie einfache behandlungspflegerische Maßnahmen durchführen, während PFP ihre selbstständige Entscheidungsfindung als Merkmal ihres Status als Fachperson empfinden (Freund/Schwertmann/Klinzing 2016).

Marschall (2021) konnte für Mitarbeitende in der Langzeitpflege zeigen, „dass eine fehlende bzw. geringfügige Berufsqualifikation und eine vorhandene Sprachbarriere aufgrund einer Migrationsgeschichte stets in eine berufliche ‚Unterklasse‘ führen, die mit Unterordnung, Abhängigkeit, Rückzug, Überforderung und Unterlegenheit einhergeht“ (ebd., S. 209).

Diese Entwicklungen im Bereich der Pflege wirken sich in besonderem Maße auf die Beruflichkeit aus. Auf betrieblicher Ebene bedeutet dies, dass die Tätigkeiten beruflich Pflegenden in veränderte Qualifikations- und Kompetenzmixe sowie neue Arbeits- und Organisationsprozesse eingebettet werden. Um diesen Wandel im Hinblick auf seine Implikationen hinreichend zu verstehen, ist empirisches Wissen erforderlich – insbesondere zu den Wirkungen, die sich ausdifferenzierende Berufszugänge und -abschlüsse und deren Einbettung in betriebliche Praktiken der Arbeitsorganisation und -prozesssteuerung auf die reflexive Handlungsfähigkeit, das berufliche Selbstverständnis bzw. die berufliche Identität und die Selbstwirksamkeit der Pflegenden haben.

Bisherige Forschungsarbeiten zur beruflichen Bildung in den Pflegeberufen konzentrieren sich vor allem auf individuelle Kompetenzanforderungen für neue Arbeits- und Tätigkeitskonzepte im Kontext betrieblicher Qualifikationsmixe. Die Dimensionen der beruflichen Identität, des Selbstverständnisses und der Selbstwirksamkeit hingegen, die für Kompetenzentwicklung und Arbeitszufriedenheit beruflich Pflegenden von zentraler Bedeutung sind, finden bislang nur wenig Beachtung.

Hier setzte das Forschungsprojekt „Beruflichkeit in der qualifikationsheterogenen Pflege“ mit dem Ziel an, dieses Forschungsdesiderat zu schließen. Das Projekt wurde im Zeitraum vom 1. April 2023 bis zum 31. Dezember 2025 durchgeführt und von der Hans-Böckler-Stiftung gefördert. Die Ausführung erfolgte in Zusammenarbeit des Instituts für Berufs- und Wirtschaftspädagogik (IBW) der Pädagogischen Hochschule Freiburg und des Instituts Arbeit und Technik (IAT) der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen, Bocholt, Recklinghausen. Im Mittelpunkt standen folgende Fragestellungen:

- Welche Modelle des Qualifikations- und Kompetenzmixes werden in der pflegeberuflichen Praxis erprobt und umgesetzt? Welche arbeitsplatz- und arbeitsprozessbezogenen Anforderungen und Veränderungen (Aufgaben/Tätigkeiten) gehen damit einher?
- Wie wirken sich der Skill- und Grade-Mix und die damit verbundenen Veränderungen auf das Kompetenzerleben und die Selbstwirksamkeit der Beschäftigten aus?
- Welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten der beruflichen Identität bestehen bei Pflegenden, die im Rahmen eines Qualifikations- und Kompetenzmixes tätig sind, und wie beeinflusst dieser Mix deren Entwicklung?
- Wie lässt sich der Qualifikations- und Kompetenzmix so umsetzen, dass eine kompetenzorientierte, teambasierte Arbeitsorganisation entsteht?

- Welche Hinweise auf Verbesserungen in der Versorgungsqualität ergeben sich, welche neuen bzw. erweiterten Kompetenz- und Führungsanforderungen entstehen und welche Gestaltungsansätze verfolgt die betriebliche Praxis?
- Wie befassen sich betriebliche Interessenvertretungen aktuell mit diesen Themen und wie können sie auf Basis ihrer kodifizierten Mitbestimmungsrechte gestaltend wirken?

Die Untersuchung wurde in zwei pflegerischen Versorgungsbereichen durchgeführt, nämlich der stationären Langzeitpflege und der klinischen Akutversorgung. Die Feldphase des Forschungsprojekts wurde arbeitsteilig durchgeführt:

- Das IBW war für den Bereich Langzeitpflege zuständig. Es konzipierte die Erhebungen und modifizierte die Erhebungsinstrumente gemäß den Gegebenheiten in der Langzeitpflege, führte die empirischen Erhebungen durch, wertete die Daten aus und erarbeitete die entsprechenden Analysen und Ergebnisdarstellungen.
- Das IAT übernahm den Bereich Akutversorgung im Krankenhaus. Es plante die Erhebungen und passte die Instrumente an die Bedingungen in der Akutpflege an, führte Untersuchungen durch, analysierte die Daten und war für die Ergebnisaufbereitung und Verschriftlichung verantwortlich.

Angesichts der strukturellen, leistungsrechtlichen und organisationalen Unterschiede zwischen stationärer Langzeit- und Akutpflege wurden die Erhebungen teilweise variiert. So erhielt die teilnehmende Beobachtung in der Langzeitpflege einen besonderen Stellenwert, da die Gegebenheiten in den beiden untersuchten Einrichtungen stark voneinander abwichen, was einen höheren Orientierungsaufwand erforderte.

Die Gegebenheiten im Krankenhaus erwiesen sich als strukturierter und übersichtlicher, daher trat hier die Bedeutung der Beobachtung hinter die der Gesprächsformate (Fachinterviews und fokussierte Interviews) zurück. Auch die Gestaltung der fokussierten Interviews unterschied sich zwischen den beiden Untersuchungsfeldern hinsichtlich der eingesetzten Stimuli, da hier die je spezifischen Gegebenheiten der Langzeit- bzw. der Akutpflege differenziert zu berücksichtigen waren.

Zentrale Gemeinsamkeit war insbesondere in den Interviews die Fokussierung auf folgende Themen:

- konkrete Organisation der Pflege, insbesondere hinsichtlich der Zusammenarbeit unterschiedlich qualifizierter Pfleger

- die jeweiligen Anforderungen an die Beschäftigten in den Pflegeteams
- Auswirkungen der herrschenden Organisationskonzepte auf Selbstwirksamkeit und Kompetenzerleben in der Praxis
- Auswirkungen des Qualifikationsmixes auf das Pflege- und Berufsverständnis in den Pflegeteams

Beide Institute arbeiteten eng zusammen, um die Befunde aus beiden Sektoren vergleichend auszuwerten, gemeinsame Schlussfolgerungen zu ziehen und daraus übergreifende Gestaltungsperspektiven für die Beruflichkeit in der qualifikationsheterogenen Pflege abzuleiten.

2 BERUFLICHKEIT IM KONTEXT DER PFLEGE

Das Konzept der Beruflichkeit lässt sich nicht auf eine einzige, unumstößliche Definition reduzieren; vielmehr existieren unterschiedliche fachtheoretische Zugänge. Während ordnungssystemische Perspektiven vor allem die Struktur von Arbeits-, Berufs- und Qualifikationssystemen in den Blick nehmen, fokussieren subjekt- und handlungstheoretische Zugänge stärker auf Prozesse individueller Aneignung, Identitätsbildung und beruflicher Gestaltung.

Zugleich wird in neueren arbeits- und bildungspolitischen Debatten betont, dass Beruflichkeit nicht auf individuelle und institutionelle Ebenen begrenzt werden kann. Ansätze einer „modernen“ bzw. „erweiterten“ Beruflichkeit, wie sie in verschiedenen gewerkschaftlichen und wissenschaftlichen Diskursen entwickelt wurden, erweitern den Blick explizit auf betriebliche Realitäten, Arbeitsprozesse, Partizipationsmöglichkeiten und Fragen von Anerkennung, Autonomie und Gestaltungsspielräumen im Arbeitskontext.

Die vorliegende Studie knüpft an diese Diskussionen an und verfolgt das Ziel, Beruflichkeit als mehrdimensionales Konstrukt zu analysieren, das individuelle, kollektive und organisationale Ebenen miteinander verschränkt. Dies ermöglicht es, Beruflichkeit nicht nur als individuelles Entwicklungsprinzip, sondern zugleich als betrieblich und gesellschaftlich gerahmte Praxis im Kontext der Pflege zu verstehen. Eine solche Perspektive trägt dazu bei, die Wechselwirkungen zwischen Bildung, Arbeit, organisationalen Bedingungen und beruflicher Identitätsbildung sichtbar zu machen und aufzuzeigen, wie beruflich Pflegende ihre berufliche Handlungsfähigkeit unter realen betrieblichen und gesellschaftlichen Bedingungen entwickeln und gestalten.

2.1 Beruflichkeit im Mehrebenenmodell: Subjekt, Organisation, System

Beruflichkeit lässt sich als ein abstraktes, aber zugleich handlungswirksames Organisationsprinzip von Arbeit, Erwerb und Qualifikation verstehen. Sie bildet die Grundlage dafür, dass sich soziale und berufliche Identität auf individueller, kollektiver und gesellschaftlicher Ebene herausbilden kann (Meyer 2019). Zentral ist dabei die Entwicklung beruflicher Handlungsfähigkeit, die sowohl durch formale Berufsbildung – also Aus- und Weiterbildung – als auch durch berufliche und betriebliche Sozialisation entsteht. Beide Prozesse

greifen ineinander und sind für die Ausbildung von Gestaltungskompetenz entscheidend (Kraus 2022).

Für die Pflege bedeutet dies, dass berufliche Handlungsfähigkeit die Kompetenz umfasst, die vielfältigen fachlichen, überfachlichen und sozialen Anforderungen des Arbeitsalltags professionell zu bewältigen (Kraus 2024). Pflegenden planen, verrichten und evaluieren ihre Tätigkeiten auf der Grundlage fachlicher Expertise, berufsethischer Werte und reflektierter Erfahrung.

Ergänzend dazu verweist Beruflichkeit auf die erwerbsbiografische Gestaltungskompetenz. Sie befähigt beruflich Pflegenden, ihren beruflichen Weg aktiv zu reflektieren und zu gestalten, etwa durch Weiterqualifizierung, Spezialisierung oder die bewusste Auseinandersetzung mit Chancen und Begrenzungen im Erwerbsverlauf.

Dieses Lernen vollzieht sich als Prozess der Aneignung: Subjekte erwerben Neues, integrieren es in ihr berufliches Handeln, reflektieren Erfahrungen und setzen sich kontinuierlich mit ethischen, professionellen und biografischen Fragen auseinander – eingebettet in soziale, interaktive und organisationale Kontexte (Kraus 2022, S. 56). Aus dieser fortlaufenden Auseinandersetzung entwickeln sich sowohl berufliche Handlungskompetenz als auch berufliche Identität.

Im Mittelpunkt von Beruflichkeit steht zunächst die individuelle Aneignung einer durch Arbeit und Beruf vermittelten gesellschaftlichen Positionierung. Beruflichkeit ist damit als dynamisches Konzept zu verstehen, das individuelle Entwicklungsprozesse ebenso umfasst wie die soziale und politische Organisation beruflich strukturierter Arbeit. Kutscha (1992) betont, dass berufliche Arbeit immer auch Ausdruck ihres gesellschaftlichen Stellenwerts ist und zugleich einen zentralen Rahmen für soziale Integration und Identitätsbildung bildet. Beruflichkeit beschreibt damit ein Prinzip der Arbeits- und Lebensgestaltung in modernen Gesellschaften, das über reine Qualifikationslogiken hinausgeht und fortlaufend neu ausgehandelt wird (Kutscha 1992, S. 538).

Während sich Beruflichkeit auf individueller Ebene also als Prozess der Aneignung und Identitätsbildung entfaltet, wird sie zugleich durch institutionelle, wirtschaftliche und politische Strukturen begrenzt oder ermöglicht. Diese bestimmen, unter welchen Bedingungen berufliches Handeln möglich ist und welche Formen der Anerkennung, Verantwortung oder Begrenzung entstehen. Wie Meyer (2024) hervorhebt, ist beruflich verfasste Arbeit immer auch Interaktionsarbeit, da sie in sozialen Aushandlungsprozessen entsteht und durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen strukturiert wird.

Auf betrieblicher Ebene entsteht Beruflichkeit im Zusammenspiel von strukturellen, organisatorischen und kulturellen Bedingungen. Dazu zählen Möglichkeiten der Weiterbildung, Arbeitszeit- und Organisationsmodelle sowie Führungsverständnisse.

Hierbei kommt aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht Kriterien menschengerechter Arbeitsgestaltung im Falle der Pflege eine besondere Bedeutung zu. Arbeitsstrukturen gelten dann als menschengerecht, wenn sie Handlungs- und Gestaltungsspielräume eröffnen, auf vielfältigen und ganzheitlichen Aufgaben beruhen, Kooperation fördern, den Bedürfnissen der zu Pflegenden entsprechen und berufliche Entwicklungschancen bieten (BAuA 2024).

Arbeits- und pflegewissenschaftliche Perspektiven erweitern diese Betrachtung, indem sie aufzeigen, wie Modelle der Arbeitsorganisation individuelle Motivation, Belastungserleben und die Qualität von Arbeitssystemen beeinflussen. Für die Pflege als personenbezogene Dienstleistungsarbeit ist dabei kennzeichnend, dass Interaktionsarbeit einen zentralen Stellenwert besitzt. Sie umfasst Kooperations-, Gefühls- und Emotionsarbeit ebenso wie subjektivierendes Arbeitshandeln, das auf implizitem Wissen, situativer Wahrnehmung und leiblichem Spüren beruht (Böhle/Wehrich 2020; Friesacher 2008, S. 328).

Die unmittelbare Einbindung von zu Pflegenden erweitert klassische Mensch-Technik-Organisation-Modelle und erhöht die Komplexität und Dynamik pflegerischer Arbeitssysteme (Melzer/Rösler/Schlicht 2022, S. 150f.). Ob Interaktionsarbeit gelingen kann, hängt wesentlich von den arbeitsorganisatorischen Rahmenbedingungen ab, die sie gleichermaßen unterstützen oder behindern können (Wehrmann/Dörflinger 2024).

Bereits Hacker (2005) und Volpert (1974) haben in der tätigkeitspsychologischen Tradition betont, dass menschengerechte Arbeit durch vollständige Handlungen gekennzeichnet ist, also durch Arbeitsprozesse, die Vorbereitung, Ausführung und Kontrolle umfassen und Anforderungen an Wahrnehmen, Denken und Entscheiden auf unterschiedlichem Niveau stellen. Diese Grundannahme wurde in der Berufsbildungsforschung aufgegriffen und weiterentwickelt, etwa in den Kriterien lernförderlicher Arbeitsgestaltung bei Dehnbostel (2022), bei denen vollständige Arbeitstätigkeiten als Voraussetzung für Erfahrungsbildung, Verantwortungsübernahme und berufliche Identitätsentwicklung gelten.

In diesem Zusammenhang verlangt auch das Arbeitsschutzgesetz (§ 2 Abs. 1) eine menschengerechte Gestaltung von Arbeit. Für die Pflege bedeutet dies, Arbeitssysteme so zu strukturieren, dass Beschäftigte vollständige,

ganzheitlich erfahrbare und verantwortbare Arbeitstätigkeiten ausführen können (Bradtke/Melzer 2016).

Ein solcher arbeitsanalytischer Zugang ist eng mit dem Beruflichkeitskonzept verzahnt, weil er Fragen der Verantwortungsverteilung, der Informations- und Entscheidungswege sowie der Führungs- und Organisationslogiken in den Blick nimmt (BAuA 2024). Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, unter welchen Bedingungen berufliche Handlungskompetenz und berufliche Identität im Arbeitsprozess entstehen und wirksam werden. Entscheidend ist dabei nicht nur die Struktur der Arbeit selbst, sondern auch, wie Betriebe Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten gestalten:

- Berufliche Entwicklung hängt wesentlich davon ab, in welchem Umfang Betriebe Lern- und Reflexionsräume bereitstellen, wie Verantwortung verteilt ist und wie kollektive Aushandlungsprozesse um Aufgaben und Tätigkeiten in Teams gestaltet werden. Eine betriebliche Lernkultur, die Wissenstransfer begünstigt, stärkt Handlungskompetenz und professionelles Selbstverständnis der Beschäftigten.
- Zugleich prägen betriebliche Regelungen – etwa Personalschlüssel, Zuständigkeiten oder Kommunikationsstrukturen – die konkrete Ausgestaltung von Beruflichkeit. Betriebe sind damit zentrale Orte der Sozialisation, an denen individuelle Fähigkeiten, soziale Interaktionen und institutionelle Anforderungen miteinander verschränkt werden (Lempert 2006). Beruflichkeit wird hier alltäglich hervorgebracht, stabilisiert oder verändert (Büchter o.J.).

Auf gesellschaftlich-politischer Ebene wird Beruflichkeit durch die Organisation des Wirtschafts- und Bildungssystems, berufsrechtliche Regelungen und branchenspezifische Besonderheiten bestimmt. Die Struktur beruflicher Bildung, die Anerkennung von Qualifikationen und gesetzliche Vorgaben definieren, welche Handlungs- und Entwicklungsspielräume für Pflegeberufe bestehen. Politische Steuerungslogiken und gesellschaftliche Wertzuschreibungen beeinflussen zudem den Status und die symbolische Anerkennung beruflicher Tätigkeiten.

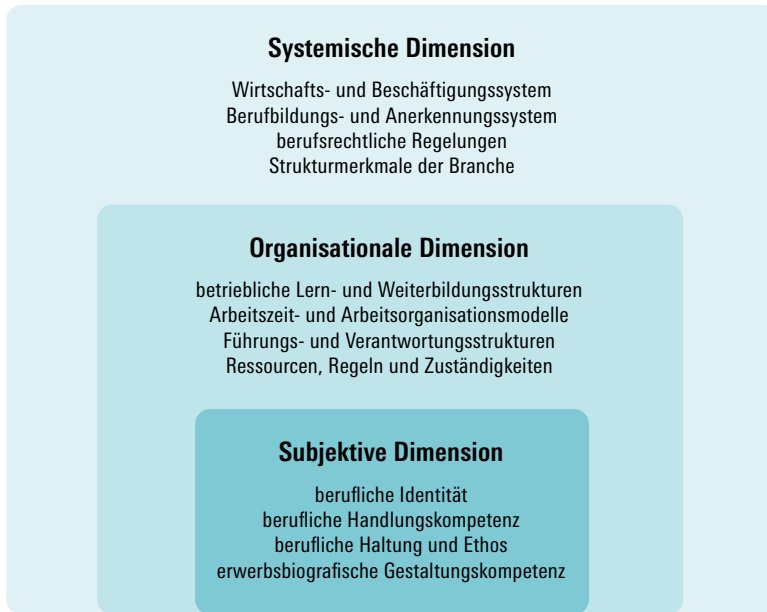
Die berufsförmig organisierte Pflege bewegt sich dabei im Spannungsfeld zwischen wohlfahrtsstaatlicher Verantwortung, ökonomischen Rahmenbedingungen sowie bildungs- und professionspolitischen Zielsetzungen und ist damit Ausdruck fortlaufender gesellschaftlicher Aushandlungsprozesse zu Arbeit, Professionalisierung und Fürsorge.

In der Verbindung dieser drei Ebenen – individuellen Aneignungsprozessen beruflicher Handlungspraktiken, betrieblichen Arbeits- und Lernbedin-

gungen und gesellschaftlich-politischen Rahmungen – wird Beruflichkeit als relationales, prozesshaftes und sozial eingebettetes Konzept verständlich. Sie entsteht im Wechselspiel von Kompetenzen und Haltungen, organisationalen Strukturen und kollektiven Praktiken sowie gesellschaftlichen Normen, die den Rahmen für Qualifikation, Arbeit und Anerkennung setzen (siehe [Abbildung 1](#)).

Abbildung 1

Dimensionen von Beruflichkeit



Quelle: eigene Darstellung

Die Heterogenität von berufsspezifischen Qualifikationen und Qualifikationsniveaus, betrieblichen Strukturen und Steuerungsmodellen des Personalmixes prägt im Feld der Pflege maßgeblich, wie Beruflichkeit konkret gelebt und erfahren wird. Unterschiedliche Ausbildungswege, Kompetenzprofile und Zuständigkeitslogiken beeinflussen – so die Untersuchungshypothese – die Möglichkeiten der Pflegenden, berufliche Identität, Verantwortung und Gestaltungsfähigkeit zu entwickeln.

Diese Vielfalt ist jedoch nicht nur ein Ergebnis betrieblicher Organisation, sondern auch Ausdruck systemischer Rahmenbedingungen des Gesundheits- und Pflegesystems, das Qualifikationsordnungen, Personaleinsatz und Arbeitsprozesse wesentlich vorgibt.

Als strukturelle Bedingungen wirken diese Vorgaben bis in die alltägliche Arbeitsorganisation und Versorgungsgestaltung hinein – etwa bei der Aufteilung von Aufgaben, Definition fachlicher Zuständigkeiten oder Bewertung pflegerischer Tätigkeiten. Dadurch entsteht ein Spannungsfeld, in dem individuelle Beruflichkeit, betriebliche Gestaltungspraxis und gesundheitssystemische Rahmenbedingungen eng miteinander verflochten sind und wechselseitig bestimmen, wie berufliches Handeln möglich wird.

2.2 Systemlogiken und organisationale Rahmenbedingungen der Pflegearbeit

Das deutsche Gesundheits- und Pflegesystem mit seiner ausgeprägten Segmentierung und Fragmentierung prägt die Beruflichkeit von PFP und Assistenzpersonen maßgeblich. Verschiedene Versorgungssektoren mit ihren jeweiligen sozial- und leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen sowie Einsatz- und Anwendungsbedingungen von Pflegearbeit bestimmen die Organisation und Finanzierung der Versorgung.

Die arztzentrierte *ambulante und stationäre Akutversorgung* ist in SGB V im Rahmen der Krankenversicherung verankert, während die *Versorgung von pflegebedürftigen Personen* auf Grundlage der Sozialen Pflegeversicherung in SGB XI organisiert ist (Gerlinger 2021). Leistungen der *langzeitpflegerischen Versorgung* werden zusätzlich nach SGB V (medizinische Behandlungspflege, häusliche Krankenpflege, außerklinische Intensivpflege) und SGB XII (Sozialhilfe, Hilfe zur Pflege) erbracht.

Diese sektorale Trennung spiegelt sich auch im Qualifikations- und Personalmix der Einrichtungen wider. Besonders wirkmächtig ist dabei die historisch gewachsene Unterscheidung zwischen Grundpflege und Behandlungspflege. Während *Grundpflege* Tätigkeiten der Unterstützung bei der Selbstversorgung umfasst, bezeichnet *Behandlungspflege* medizinisch indizierte Maßnahmen.

Die Einordnung der Grundpflege als vermeintlich „leicht erlernbar“ – ursprünglich durch eine missverständlichen Übersetzung entstanden – führte dazu, dass sie überwiegend Assistenzpersonen zugewiesen wurde (Friesacher 2008, S.193); aus pflegewissenschaftlicher Perspektive erfordern jedoch gera-

de körperbezogene Interventionen hohe professionelle Expertise (Müller 2001; Friesacher 2015). Diese historisch bedingte Arbeitsteilung wirkt bis heute fort, verstärkt durch leistungsrechtliche Vorgaben der Kranken- und Pflegeversicherung, die zwischen Pflege und Betreuung (SGB XI) und medizinischer Behandlungspflege (SGB V) unterscheiden.

Ein weiteres zentrales Spannungsfeld, das sich in allen untersuchten Settings zeigt, besteht zwischen den Anforderungen an Kosteneffizienz und dem Anspruch auf personenzentrierte Versorgung. Zum einen sind Gesundheits- und Pflegesystem auf der Makroebene durch ökonomische Steuerungslogiken wie Beitragssatzstabilität, Wirtschaftlichkeitsgebot, Kostenanalysen und Controlling geprägt, zum anderen orientieren sich pflegerische Qualitätsansprüche und Erwartungen von zu Pflegenden an Kontinuität, Nähe und Beziehungsgestaltung. Diese beiden Logiken folgen unterschiedlichen Rationalitäten, definieren eine spezifische Governance der Arbeit im Pflegesektor (Evans et al. 2014) und stehen häufig in einem Spannungsverhältnis zueinander.

Leitungen und Pflegeteams sind gefordert, Vorgaben der Kostenträger in konkrete Arbeitsorganisation zu übersetzen, ohne den Anspruch an Pflegequalität aus dem Blick zu verlieren. Damit werden Einrichtungen des Gesundheitswesens zu Orten, an denen dieser Widerspruch konkret bearbeitet werden muss. Dies zeigt sich z. B., wenn Pflegedienstleitungen den Personalmix nach Budgetvorgaben und fachlichen Erfordernissen zugleich gestalten oder wenn Teams Routinen entwickeln, die trotz begrenzter Ressourcen Kontinuität und Verlässlichkeit sicherstellen.

Diese organisationalen Aushandlungsprozesse haben unmittelbare Folgen für die Beruflichkeit von PFP und Assistenzpersonen. Wo ökonomische Logiken dominieren, drohen berufliche Handlungsspielräume tendenziell auf die Erfüllung von Teilaufgaben reduziert zu werden. Gelingt es hingegen, personenzentrierte Arbeitsorganisations- und Steuerungsprinzipien zu verankern, kann Beruflichkeit gestärkt werden, indem Handlungsspielräume für fachlich begründetes und verantwortliches Handeln entstehen.

Damit wird deutlich, dass Beruflichkeit nicht nur das Ergebnis individueller Professionalisierung, sondern in hohem Maße auch das Resultat organisationaler Übersetzungsleistungen ist. Einrichtungen können die Spannung zwischen ökonomischen Steuerungslogiken und pflegerischen Qualitätsansprüchen zwar nicht auflösen, aber produktiv bearbeiten. Dies gelingt insbesondere dann, wenn Reflexionsräume geschaffen werden, in denen Routinen überprüft, Grundannahmen hinterfragt und Lernprozesse zum Gegenstand organisationaler Entwicklung gemacht werden (Argyris/Schön 1999).

Im Anschluss daran rückt die Bedeutung gesetzlicher Steuerungsinstrumente in den Blick, die auf Einrichtungen einwirken und damit die Beruflichkeit beeinflussen. Personalbemessungsverfahren, Ausbildungs- und Prüfungsordnungen und pflegepolitische Reforminitiativen definieren Personaleinsatz, Aufgaben- und Kompetenzverteilung und Qualifikationen, sichern Kompetenzen rechtlich ab und verankern neue Berufsrollen.

Sie können zur Stärkung von Beruflichkeit beitragen, wenn sie Handlungsspielräume eröffnen, Durchlässigkeit zwischen Qualifikationsniveaus fördern und Gestaltungskompetenzen sichtbar machen. Zugleich bergen sie das Risiko, Beruflichkeit einzuschränken, wenn Tätigkeiten schematisch zugewiesen oder Berufsrollen vorrangig über quantitative Personalschlüssel definiert werden.

Entscheidend ist daher, *wie* entsprechende Vorgaben in den Einrichtungen interpretiert und umgesetzt werden. Dort wird ausgehandelt, ob sie zur Stärkung beruflicher Identität beitragen – etwa durch klar umrissene Rollen von Assistenzpersonen und eine klare Pflegeprozessverantwortung der PFP – oder ob sie eine Fragmentierung von Arbeit und damit eine Schwächung beruflicher Handlungskompetenz bewirken.

Der gesetzliche Steuerungsrahmen legt Beruflichkeit damit nicht deterministisch fest, sondern schafft Rahmenbedingungen, innerhalb derer sich berufliche Identität und Handlungskompetenz entwickeln können. Diese Rahmenbedingungen markieren Möglichkeitsräume, die von den Akteurinnen und Akteuren in den Einrichtungen ausgefüllt werden. Ob diese Markierungen zur Stärkung oder zur Einschränkung von Beruflichkeit führen, entscheidet sich nicht primär auf politischer Ebene, sondern in den alltäglichen Aushandlungsprozessen der Organisationen des Gesundheitswesens.

2.3 Organisationslogiken des Qualifikations- und Kompetenzmixes

Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen stehen vor der Herausforderung, in ihren Dienstleistungen die Orientierung an den zu Pflegenden, Pflegequalität und betriebliche Anforderungen gleichermaßen zu berücksichtigen, zu organisieren und zu steuern. Aus betriebswirtschaftlicher Perspektive prägen vor allem zwei Organisationslogiken die Gestaltung pflegerischer Arbeit:

- Während die *Funktionsorientierung* eine Dienstleistung entlang einzelner Tätigkeiten und Berufsgruppen strukturiert und dadurch Spezialisierungen, klare Zuständigkeiten und standardisierte Abläufe ermöglicht, weist

sie zugleich typische Risiken wie Schnittstellenprobleme, Informationsverlust oder Verzögerungen auf (Hensen 2022, S. 47).

- Die *Prozessorientierung* hingegen betrachtet die Versorgung aus Sicht der zu Pflegenden als abteilungs- und funktionsübergreifenden Gesamtprozess und erfordert entsprechende geregelte Kommunikationswege, abgestimmte Steuerungsmechanismen und transparente Verantwortlichkeiten zwischen allen Beteiligten (Gottschalk 2023, S. 112).

In Krankenhäusern ist eine konsequent prozessorientierte, multiprofessionelle Arbeitsorganisation jedoch bislang nur selten umgesetzt. Aufbau- und Ablauforganisation folgen dort weitgehend der Logik medizinischer Abteilungen und Berufsgruppen (Eichhorn 1993, S. 246). Auch die fallbezogene Finanzierung im sogenannten DRG-System – dem Fallpauschalsystem nach „Diagnosis-Related Groups“ – stärkt diese Ausrichtung.

Pflegepersonalkosten sind zwar seit 2020 aus den DRG-Pauschalen ausgegliedert, dennoch werden pflegerische Leistungen vor allem dann berücksichtigt, wenn sie abrechnungsrelevant sind. Interaktive Tätigkeiten oder beratende Interventionen, die für die Pflegequalität zentral sind, gelten im somatischen Bereich nicht als abrechnungsfähige Leistungen; lediglich in der Psychiatrie fließen pflegerische Gespräche in die Personalbemessung ein (G-BA 2025, S. 4). Damit verbleibt die stationäre Akutpflege in einer Struktur, die ärztlich-medizinische Logiken privilegiert und pflegerische Prozessverantwortung nur begrenzt anerkennt.

In der stationären Langzeitpflege ist die personenzentrierte Grundhaltung rechtlich verankert (G-BA 2023, S. 12), doch die konkrete organisatorische Umsetzung bleibt den Einrichtungen weitgehend selbst überlassen. Im Unterschied zur Akutpflege wird hier der Pflegeprozess durch den Medizinischen Dienst unmittelbar geprüft. Dennoch fehlen systematische Konzepte zur Aufbau- und Ablauforganisation, sodass Einrichtungen häufig auf etablierte Instrumente wie die Tourenplanung zurückgreifen, die primär eine effiziente Nutzung knapper Personalressourcen anstrebt (König/Kämmer 2022, S. 11).

Die Gestaltungsprinzipien der Funktions- und Prozessorientierung wirken auf die Organisation der Pflegearbeit. Dabei lassen sich drei zentrale Unterscheidungsdimensionen ableiten:

- die Zuordnung von PFP und Assistenzpersonen zu räumlichen Bereichen oder definierten Gruppen von zu Pflegenden
- das zugrunde liegende Pflegeprinzip, also die Frage, ob eine PFP fallbezogen und beziehungsorientiert alle Aufgaben für eine Person über-

nimmt oder ob Tätigkeiten verrichtungsorientiert arbeitsteilig ausgeführt werden (Büssing 1997, S.25)

- die Dauer der Zuständigkeit, die schichtweise, tageweise oder über den gesamten Versorgungsverlauf hinweg gestaltet sein kann

Aus der Kombination dieser Merkmale ergeben sich drei idealtypische Organisationssysteme:

- die *Funktionspflege* mit stark verrichtungsorientierter Arbeitsteilung (Dangel 2023, S. 44)
- die *Bereichspflege* mit räumlich definierter Zuständigkeit für alle pflegerischen Aufgaben eines Bereichs (Dangel 2023, S. 46)
- das *Primary Nursing*, in dessen Rahmen eine PFP über den gesamten Versorgungsverlauf hinweg die fachliche Verantwortung trägt, die Pflegeprozesse steuert und durch weitere PFP und Assistenzpersonen unterstützt wird (Wessel/Manthey 2024, S. 31)

Die Pflegeprinzipien der Patienten- und der Personenzentrierung unterscheiden sich hinsichtlich ihrer theoretischen Bezüge und ihrer Anwendungskontexte:

- *Patientenorientierung in der Akutpflege* zielt darauf ab, die Bedürfnisse und Beteiligungsmöglichkeiten der zu Pflegenden in den Mittelpunkt der Versorgung zu stellen (Ose 2011, S. 49). Badura (1994) beschreibt hierfür zentrale Aspekte wie die Koproduktion der zu Pflegenden, die Bedeutung von Gefühlsregulation, ethische Spannungsfelder und die Ungewissheit körperlicher Prozesse.
- *Personenzentrierung in der Langzeitpflege* basiert hingegen auf dem Selbstbestimmungsrecht von Menschen mit Pflege- oder Unterstützungsbedarf und auf der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen. Das von Rogers entwickelte klientenzentrierte Konzept – von Kitwood (2019) auf die Demenzpflege übertragen – betont Haltung, Beziehung, Respekt und Teilhabe als zentrale Elemente (Baranzke 2021, S. 16; G-BA 2023, S. 8).

In der Praxis finden sich in beiden Versorgungssystemen häufig Mischformen dieser Organisationsmodelle (Dangel 2023, S. 44). Auch innerhalb eines Teams kann parallel nach unterschiedlichen Pflegeprinzipien gearbeitet werden, etwa wenn bestimmte Aufgaben arbeitsteilig verteilt, andere jedoch von einer PFP oder Assistenzperson vollständig übernommen werden.

Die Folgen funktionsorientierter Pflege werden seit den 1980er Jahren kritisch diskutiert (Elkeles 1988, S. 51). Die Einführung der Pflegeplanung

1985 und später der Pflegeprozessverantwortung mit Vorbehaltsaufgaben (§4 Pflegeberufegesetz) führte zwar zu einer fachlichen Stärkung prozessorientierter Ansätze; dennoch zeigen aktuelle Untersuchungen, dass Zuständigkeiten in der Akutpflege häufig auf einzelne Dienste begrenzt sind und die Schichtplanung primär personalwirtschaftlichen Logiken folgt (Stab/Hacker 2016, S. 14). Auch dies spiegelt eine weiterhin dominante Funktionsorientierung wider.

In der Langzeitpflege wiederum wird Effizienz vielfach über den Verzicht auf Übergaben erreicht, etwa durch die Tourenplanung. Der Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege (SVR 2024, S. 73) weist jedoch darauf hin, dass Effizienz nicht nur ökonomisch, sondern auch ethisch zu verstehen ist – insbesondere im Sinne einer bestmöglichen Nutzung begrenzter Personalressourcen zum Wohle der zu Pflegenden.

Mit dem neuen Personalbemessungsverfahren PeBeM für die stationäre Langzeitpflege liegt erstmals eine fachliche Empfehlung für kompetenz- und personenzentrierte Organisationsformen in der Langzeitpflege vor (GKV-Spitzenverband 2024, S. 7). In diesem gesetzlich verankerten Modellprojekt (§8 Abs. 3b SGB XI) wurde ein „kompetenz- und bewohnendenorientierter Arbeitseinsatz“ entwickelt und über einen Zeitraum von 18 Monaten in zehn Pflegeeinrichtungen erprobt (Universität Bremen et al. 2025, S. 5). Die vorliegende Untersuchung lag jedoch zeitlich vor dem Modellprojekt, weshalb dessen Ansätze bei der Analyse in der Langzeitpflegeeinrichtung nicht berücksichtigt werden konnten.

Das zentrale Element des Modellprojekts sind Bezugspflege Tandems, bestehend aus einer PFP und einer Pflegeassistentenperson. Diese Tandems bilden feste Bezugspflegeteams, die für eine definierte Gruppe von Bewohnenden während des gesamten Aufenthalts für Pflege und Betreuung verantwortlich sind. Pflegerische Aufgaben und Interventionen sind jeweils mit Bezug auf die Komplexität von Pflegesituationen verschiedenen Qualifikationsniveaus zugeordnet.

Ziel dieser Form der Bezugspflege ist es, die Steuerung des Pflegeprozesses konsequent an den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen der Bewohnenden auszurichten. Zusätzlich wurden die vorhandenen Kompetenzen der Mitarbeitenden in den Bezugspflegeteams systematisch erfasst, um sie gezielt in der Arbeitsorganisation zu nutzen oder weiterzuentwickeln. Die Evaluation des Modellprojekts zeigte, dass diese Form der Arbeitsorganisation sowohl die Pflege- und Lebensqualität der Bewohnenden als auch die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden verbessern konnte (Universität Bremen et al. 2025, S. 5).

Auch in den identifizierten Modellen des Qualifikations- und Kompetenzmixes der vorliegenden Untersuchung zeigen sich die Wirkungen auf Versorgungsqualität und Arbeitszufriedenheit. Pflegeteams stehen dabei im Spannungsfeld zwischen den betrieblichen Effizienzanforderungen des Personaleinsatzes und dem Anspruch, das Wohlergehen der zu Pflegenden alltäglich zu bearbeiten und zu gestalten.

Damit beeinflussen die Organisationsmodelle unmittelbar, welche Verantwortungs- und Handlungsspielräume PFP und Assistenzpersonen haben, wie sie berufsfachliche Kompetenzen nutzen können und welche Herausforderungen und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten dies mit sich bringt – und damit auch, wie Beruflichkeit im jeweiligen (arbeits)organisatorischen Kontext entsteht.

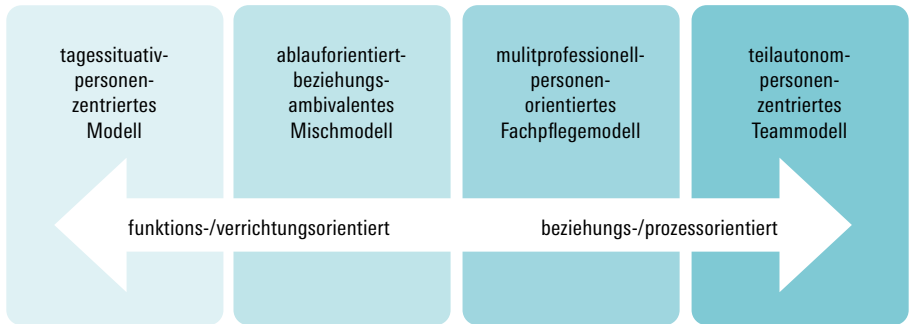
2.4 Die identifizierten Modelle des Qualifikations- und Kompetenzmixes

Die im Folgenden dargestellten Modelle des Qualifikations- und Kompetenzmixes gehen nicht auf heuristische Annahmen zurück, sondern wurden im Rahmen der empirischen Erhebung rekonstruiert. Grundlage waren Beobachtungen, Interviews und Dokumentenanalysen in zwei Einrichtungen der stationären Langzeitpflege (siehe Kapitel 4) und in zwei Stationen der Akutpflege (siehe Kapitel 5) an zwei Standorten desselben Krankenhausträgers. Ziel war es, die unterschiedlichen Ausprägungen des Qualifikations- und Kompetenzmixes sowie dessen Einfluss auf die Beruflichkeit von PFP und Assistenzpersonen zu untersuchen.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich in beiden Versorgungsbereichen heterogene Organisationsmodelle herausgebildet haben, die jeweils eigene Logiken der Aufgabenverteilung, Verantwortungsübernahme und Teaminteraktion aufweisen und damit unterschiedliche Bedingungen für die Entfaltung von Beruflichkeit bereitstellen. In [Abbildung 2](#) sind die identifizierten Organisationsmodelle entlang der Dimensionen Funktions- bzw. Verrichtungsorientierung und Beziehungs- bzw. Prozessorientierung dargestellt.

Abbildung 2

Identifizierte Organisationsmodelle



Quelle: eigene Darstellung

Tagessituativ-personen-zentriertes Modell

In der Langzeitpflege konnte zunächst ein tagessituativ-personen-zentriertes Modell rekonstruiert werden (siehe Kapitel 4.1.1). Im untersuchten Wohnbereich werden alle Mitarbeitenden flexibel bei allen zu Pflegenden eingesetzt. Die Zuordnung entspricht einer bereichspflegeähnlichen Struktur, in der sowohl verrichtungs- als auch beziehungsorientiert gearbeitet wird, jedoch in tagesbezogener Zuständigkeit.

Die Wohnbereichsleitung teilt die Mitarbeitenden schichtweise zu – nicht anhand expliziter Kriterien, sondern auf der Grundlage impliziter Erfahrungswerte. PFP übernehmen die Schichtleitung und die Behandlungspflege; Assistenzpersonen unterstützen die Selbstversorgung der zu Pflegenden. Die Wohnbereichsleitung arbeitet pflegepraktisch mit und steuert das Team primär über persönliche Beziehungen. Formale Arbeitsprozessvorgaben sind kaum ausgeprägt, weshalb die Arbeitskultur stark personenabhängig geprägt ist.

Teilautonom-personen-zentriertes Teammodell

Ein weiteres in der Langzeitpflege identifiziertes Modell entspricht weitgehend einem teilautonom-personen-zentrierten Teammodell nach dem Prinzip des Primary Nursing (siehe Kapitel 4.1.2). Dieses Modell ist trägerintern klar als solches definiert, was auch nach außen kommuniziert wird. Feste Kleinteams aus PFP und Assistenzpersonen übernehmen die Verantwortung

für eine definierte Gruppe von elf oder zwölf zu Pflegenden über deren gesamten Aufenthalt hinweg. Die PFP steuern die pflegerischen Prozesse auf Grundlage der Vorbehaltsaufgaben und führen ausgewählte direkte pflegerische Maßnahmen bewusst selbst durch, um Beziehungskontinuität sicherzustellen.

Die Durchführung der Behandlungspflege wird täglich im Rahmen der Übergabe an eine PFP delegiert, die diese Aufgaben in Abstimmung mit den Kleinteams übernimmt und an die individuelle Situation der zu Pflegenden anpasst – eine Form der Aufgabenzuordnung, die dem tätigkeitsorientierten und partnerschaftlichen Zuweisungsprinzip im Primary Nursing entspricht (Wessel/Manthey 2024, S. 153).

Die zuständige PFP führt das Kleinteam, moderiert Bewohnerinnen- und Bewohnerbesprechungen und übernimmt die Evaluation der Pflege und die Kommunikation mit Angehörigen. Die unmittelbare Führungskraft ist als Wohnbereichsmanagerin bzw. -manager tätig, arbeitet nicht in der Pflege mit und verantwortet Personalplanung, Personalentwicklung und die Gestaltung der Informations- und Kommunikationswege durch regelmäßige strukturierte Gespräche mit den PFP.

In diesem Modell sind Bezugspflegeteams im Sinne des PeBeM-Modellprojekts zur Personalbemessung bereits realisiert. Unsere empirischen Ergebnisse (siehe Kapitel 2.3) weisen darauf hin, dass sich das teilautonom-personenzentrierte Teammodell positiv auf Versorgungsqualität und Arbeitszufriedenheit auswirkt. So gehen die PFP im Vergleich zum tagessituativ-personenzentrierten Modell proaktiv auf Haus- und Fachärzte zu, damit diese bei gesundheitlichen Veränderungen von Bewohnerinnen und Bewohnern Medikation und Behandlung zeitnah anpassen. Über alle Qualifikationsniveaus hinweg wird die Zusammenarbeit und Kommunikation im Team als unterstützend und wertschätzend beschrieben.

Ablauforientiert-beziehungsambivalentes Mischmodell

In den geriatrischen Stationen der Akutpflege wurde ein ablauforientiert-beziehungsambivalentes Mischmodell identifiziert (siehe Kapitel 5.1.1). PFP delegieren hier einen großen Teil der direkten, personenbezogenen Pflege an Assistenzpersonen, insbesondere Tätigkeiten der Unterstützung bei der Selbstversorgung. Sie selbst verbringen einen erheblichen Teil ihrer Arbeitszeit mit der Planung, Koordination und Überwachung pflegerischer und ärztlich initiiert diagnostischer und therapeutischer Prozesse.

Diese weitgehende Entkopplung von Steuerung und Durchführung im Pflegeprozess ermöglicht zwar eine flexible Pufferung gegenüber anderen

Funktionsbereichen wie dem ärztlichen oder therapeutischen Dienst, führt jedoch dazu, dass PFP weniger Gelegenheit haben, tragfähige Beziehungen zu den zu Pflegenden aufzubauen. Viele erleben dies als beruflichen Verlust, da sie den direkten Kontakt zugleich als zentralen Bestandteil ihres professionellen Selbstverständnisses beschreiben.

Die zeitlichen Zuständigkeiten variieren situativ und sind kaum standardisiert geregelt. Es zeigt sich eine personengeprägte Führungskultur, die stark auf Harmonie und gegenseitige Rücksichtnahme ausgerichtet ist.

Multiprofessionell-personenorientiertes Fachpflegemodell

Demgegenüber zeigt die untersuchte neurologische Stroke-Unit ein multiprofessionell-personenorientiertes Fachpflegemodell (siehe Kapitel 5.1.2). Hier sind ausschließlich PFP tätig, die sowohl personenbezogene als auch behandlungsorientierte Aufgaben vollständig selbst übernehmen. Die Versorgung der zu Pflegenden erfolgt aus einer Hand, was die enge Kooperation mit ärztlichen und rehabilitativ-therapeutischen Berufsgruppen erleichtert und gemeinsame Behandlungsziele in den Mittelpunkt stellt. Die Teamorientierung ist hoch ausgeprägt und die Stationsleitung ist vollständig in die pflegepraktische Arbeit integriert. Dies schafft hohe Transparenz und kurze Kommunikationswege und fördert die Identitätsbildung als Fachpflegeeinheit.

Die empirischen Ergebnisse verdeutlichen, dass die Ausprägung von Beruflichkeit maßgeblich mit der jeweiligen Organisationsform verknüpft ist: Funktionsorientierte Strukturen tendieren dazu, berufliche Handlungsmöglichkeiten zu begrenzen und die Entwicklung einer gemeinsamen beruflichen Identität zu erschweren, während beziehungs- und prozessorientierte Modelle erweiterte Handlungsspielräume eröffnen und Beruflichkeit im Sinne von Verantwortungsübernahme, Gestaltungskompetenz und Selbstwirksamkeit stärken.

Je stärker Pflegearbeit in ihren Abläufen und Verantwortungsstrukturen prozess- und beziehungsorientiert gestaltet ist, desto deutlicher tritt Beruflichkeit sowohl im professionellen Selbstverständnis der PFP als auch in den alltäglichen Arbeitspraktiken hervor. Die Vielfalt der identifizierten Modelle unterstreicht, dass Beruflichkeit in der Pflege kontextspezifisch entsteht und organisatorisch aktiv gestaltet wird.

Insgesamt verdeutlichen die identifizierten Organisationsmodelle, dass Beruflichkeit im Arbeitsalltag der Pflege nicht nur durch individuelle Kompetenzen entsteht, sondern auch maßgeblich durch die Art der organisationa-

len Gestaltung – und damit immer ein Ergebnis der strukturellen Rahmenbedingungen ist, unter denen Pflege geleistet wird. Um diese Zusammenhänge präzise erfassen und die beschriebenen Modelle fundiert rekonstruieren zu können, werden im folgenden [Kapitel 3](#) das Forschungsdesign und das methodische Vorgehen detailliert dargestellt. Dies schafft die Grundlage für das Verständnis der empirischen Auswertung und der anschließenden vertiefenden Analyse der Beruflichkeitsdimensionen.

3 FORSCHUNGSDESIGN UND METHODISCHES VORGEHEN

Das Forschungsvorhaben ist interdisziplinär angelegt und verbindet berufsbildungswissenschaftliche, pflegewissenschaftliche und arbeitswissenschaftliche Fragestellungen. Die empirischen Erhebungen wurden in zwei Einrichtungen der stationären Langzeitpflege in Bayern und in zwei Krankenhäusern der Akutversorgung in Nordrhein-Westfalen durchgeführt. Dadurch konnten unterschiedliche Ausprägungen des Qualifikations- und Kompetenzmixes in den beiden zentralen Versorgungsbereichen erfasst werden.

Das Forschungsdesign folgt einer abduktiven Logik (Reichertz 2013). Abduktion ermöglicht es durch die Formulierung neuer erklärender Regeln, theoretische und empirische Perspektiven neu zu ordnen und Unerwartetes verstehbar zu machen (Reichertz 2003, S.65). Angesichts der bislang geringen empirischen Kenntnis darüber, wie sich der Qualifikations- und Kompetenzmix auf die Interaktionsarbeit und berufliche Identitäten in der Pflege auswirkt, erwies sich eine abduktive Forschungsstrategie als besonders geeignet.

Das Forschungsvorhaben wurde in die drei Phasen Exploration, Analyse und Konklusion gegliedert.

3.1 Explorationsphase: Literaturreview, Experteninterviews und Gruppendiskussionen

Die Explorationsphase diente der Aufbereitung des Forschungsstands und der ersten Annäherung an mögliche Ausprägungen des Qualifikations- und Kompetenzmixes in der Pflegepraxis. Hierzu wurde ein kriteriengeleitetes Scoping Review deutschsprachiger Literatur ab dem Jahr 2000 durchgeführt.

Eingeschlossen wurden wissenschaftliche Publikationen, praxisorientierte Beiträge und relevante graue Literatur aus Datenbanken wie GBV, Google Scholar, PubMed und CareLit. Als Suchworte wurden „Qualifikationsmix“, „Personalmix“, „Skillmix“, „Grademix“, „Skill- und Grademix“, „Beruflichkeit“, „Personalkonzept“ und „Berufliche Identität“ verwendet und jeweils durch den Operator UND mit dem Suchwort „Pflege“ verknüpft. Insgesamt gingen 89 Publikationen in die Analyse ein.

Ergänzend erfolgte ein internetgestütztes Screening aktueller Entwicklungen, Begründungen und Umsetzungspfade des Qualifikations- und

Kompetenzmixes. Parallel dazu wurden zehn leitfadengestützte Experteninterviews durchgeführt, u. a. mit Vertreterinnen und Vertretern von Berufsverbänden, einer Landespflegekammer, einer Gewerkschaft, einer Landesbehörde und Einrichtungen mit langjähriger Erfahrung im Skill- und Grade-Mix. Die Interviews fokussierten auf Umsetzungsformen, Verantwortungsstrukturen und wahrgenommene Wirkungen des Mixes auf berufliche Identität, Rollenbilder und Versorgungsqualität; die Auswertung erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018).

Zur Erweiterung der Perspektive wurden fünf Gruppendiskussionen mit betrieblichen Akteurinnen und Akteuren durchgeführt: zwei in der Langzeitpflege (eine mit Leitungspersonen, eine mit Pflegenden), zwei in der Akutpflege und eine trägerübergreifende Diskussion mit Leitungspersonen beider Bereiche. Thematisch standen die Umsetzung des Qualifikations- und Kompetenzmixes, Anforderungen an Pflegepersonen und beobachtete Spannungsfelder zwischen Qualität und Effizienz im Mittelpunkt. Auch diese Daten wurden inhaltsanalytisch nach Kuckartz (2018) ausgewertet. Die Gruppendiskussionen ermöglichten es, aktuelle Positionen und betriebliche Aushandlungsprozesse sichtbar zu machen.

3.2 Analysephase: Arbeitsprozessanalysen und fokussierte Interviews

Ziel der Analysephase war es, die in der Explorationsphase gewonnenen Erkenntnisse im Untersuchungsfeld mithilfe von Beobachtungen und vertiefenden Interviews zu überprüfen, zu konkretisieren und um neue Einsichten zu erweitern. Dabei standen insbesondere Arbeitsorganisation, Aufgabenverteilung zwischen PFP und Assistenzpersonen sowie die situativ gelebten Formen beruflicher Verantwortung und Interaktion im Mittelpunkt. Die Analysephase basierte auf einer systematischen Arbeitsprozessanalyse, die drei aufeinander aufbauende Schritte umfasste:

- Rekonstruktion organisationaler Rahmenbedingungen
- teilnehmende Beobachtungen im Arbeitsalltag
- daran anschließende Fachinterviews mit Pflegepersonen

Im ersten Schritt wurden zentrale Informationen zum organisationalen Kontext der untersuchten Einrichtungen erhoben. Dazu gehörte die Auswertung von konzeptionellen Unterlagen wie Skill- und Grade-Mix-Konzepten, Stellenprofilen, Prozessbeschreibungen, Handlungsstandards und Unterlagen

zur personellen Ausstattung. Ergänzen­de leitfadengestützte Gespräche mit Leitungspersonen ermöglichten es, Hintergründe zur Einführung bestimmter Organisationsformen nachzuvollziehen und informelle Regeln, implizite Erwartungen, Routinen und strukturelle Restriktionen zu erfassen. Dieser Schritt diente der Vorbereitung der Feldbeobachtungen und der analytischen Einordnung der beobachteten Prozesse.

Der zweite Schritt umfasste teilnehmende Beobachtungen im Arbeitsalltag (Lüders 2001), die es ermöglichten, pflegerische Tätigkeiten, Koordinationsformen und Interaktionsmuster unmittelbar im situativen Kontext nachzuvollziehen. Insgesamt wurden 83 Beobachtungsstunden in zwei Wohnbereichen der stationären Langzeitpflege eines Trägers und in zwei pflegerischen Funktionsbereichen eines Krankenhausträgers – auf zwei geriatrischen Stationen und einer Stroke-Unit – erhoben. Die Auswahl erfolgte bewusst kontrastierend, um unterschiedliche organisatorische Logiken, Aufgabenprofile und Grade-Mix-Strukturen abzubilden.

Im Fokus der Beobachtungen standen sowohl formale Abläufe (z. B. Übergaben, Routinen, dokumentationsbezogene Prozesse) als auch informelle, oft ungeregelte Formen der Arbeitsorganisation. Besondere Aufmerksamkeit galt der Frage, wie Zuständigkeiten ausgehandelt werden, wie PFP und Assistenzpersonen kooperieren und wie berufliche Entscheidungen situativ getroffen werden. Hierdurch konnten sowohl objektive Arbeitsstrukturen als auch subjektive Handlungslogiken sichtbar gemacht werden.

Ein wichtiger Bestandteil der Beobachtungen waren kommunikative Steuerungsprozesse wie Übergaben, spontane Absprachen, Kooperations- und Planungsgespräche, Umgang mit unvorhergesehenen Situationen und das Zusammenspiel unterschiedlicher Berufsgruppen. Diese Elemente sind zentral für die Bewertung von Interaktionsarbeit und beruflicher Handlungsfähigkeit. Die beobachteten Personen wurden zuvor schriftlich und mündlich über die Beobachtung aufgeklärt und erklärten mittels unterschriebener Einverständniserklärung ihre Bereitschaft zur Teilnahme. Aus Gründen des Datenschutzes erfolgte keine Beobachtung in Zimmern; relevante Situationen wurden außerhalb rekonstruiert und durch Nachfragen bei den beteiligten Mitarbeitenden ergänzt.

Im dritten Schritt wurden die Beobachtungen in Form kurzer fachlicher Nachbesprechungen mit den jeweils beobachteten PFP und Assistenzpersonen vertieft. Die insgesamt zwölf Interviews dienten der Klärung offener Fragen, der Validierung der Beobachtungen und der Erfassung subjektiver Deutungen und Entscheidungsmotive. Diese Kombination aus Beobachtung und Reflexionsinterview ermöglichte es, Unterschiede zwischen Fremd- und

Selbstwahrnehmung herauszuarbeiten und die impliziten Logiken des beruflichen Handelns zu rekonstruieren.

Ergänzt wurden die Arbeitsprozessanalysen durch 22 fokussierte Interviews, die auf dem Ansatz von Merton und Kendall (1979) basieren. Diese Interviews wurden eingesetzt, um die individuellen Wahrnehmungen, Erfahrungen und Deutungsperspektiven der PFP und Assistenzpersonen im Hinblick auf Aufgabenverteilung, interprofessionelle Zusammenarbeit, berufliche Identität, Verantwortungsübernahme und Selbstwirksamkeit zu erheben.

Die verwendeten Stimuli – fiktive Fallsituationen, Statements aus den Gruppendiskussionen und ein Auszug aus der Pflegedefinition des International Council of Nurses (ICN) – dienten als strukturierende Auslöser, um reflexive und emotionale Reaktionen anzuregen und latente Bedeutungsstrukturen sichtbar zu machen. Der teilstandardisierte Leitfaden stellte sicher, dass sowohl vergleichbare Daten erhoben als auch unerwartete Themen und Deutungen aufgegriffen werden konnten.

Die Interviewpartnerinnen und -partner wurden gezielt nach Qualifikation, Rolle, Berufserfahrung und Verantwortungsbereich ausgewählt, um ein möglichst breites Spektrum an berufsbiografischen Perspektiven abzubilden. Wie bei den Beobachtungen erfolgte zunächst eine schriftliche und mündliche Aufklärung der Teilnehmenden, bevor diese mittels unterschriebener Einverständniserklärung ihre Bereitschaft zur Teilnahme am Interview erklärten. Die Interviews dauerten zwischen 34 und 78 Minuten, wurden auditiv aufgezeichnet und anschließend transkribiert und anonymisiert.

Durch die eng verzahnte Kombination aus Arbeitsbeobachtung, reflexiven Interviews im Rahmen der Arbeitsprozessanalyse und fokussierten Interviews zur Identifizierung von Deutungsmustern konnte ein tiefes Verständnis davon gewonnen werden, wie berufliches Handeln, Verantwortungsübernahme, Rollenaushandlungen und Interaktionsarbeit im organisationalen Alltag tatsächlich gelebt werden. Die Analysephase liefert damit das empirische Fundament für die Rekonstruktion der Organisationsmodelle und deren Bedeutung für die Entwicklung von Beruflichkeit in der Pflege.

3.3 Datenauswertung: Inhaltsanalyse, kommunikative Validierung und Konklusionsphase

Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mithilfe der Software MAXQDA auf Grundlage der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018). Dabei wurde ein kombinierter deduktiv-induktiver Zugang gewählt. Die deduktiven Kategorien orientierten sich an den Forschungsfragen, dem theoretischen Rahmen und den Leitfadenstrukturen der vorausgegangenen Interviews und Gruppendiskussionen. Ergänzend wurden induktive Kategorien unmittelbar aus dem empirischen Material heraus entwickelt, um neu auftauchende Bedeutungsstrukturen, Muster in der Aufgabenverteilung, Interaktionsformen und subjektive Deutungen der Beteiligten erfassen zu können.

Dieses Verfahren erlaubte es, sowohl theoriegeleitete Erwartungen als auch empirisch überraschende Phänomene in die Analyse einzubeziehen – ein Vorgehen, das in besonderer Weise der abduktiven Forschungslogik des Projekts entsprach.

Zur Sicherung der Interpretationsgüte wurde ein kommunikativer Validierungsprozess durchgeführt. Die vorläufigen Ergebnisse wurden in Workshops in beiden untersuchten Settings – Akut- und Langzeitpflege – vorgestellt und gemeinsam mit PFP, Assistenz- und Leitungspersonen diskutiert. Durch diese Rückkopplung konnten Interpretationen geschärft, potenzielle Fehlinterpretationen identifiziert und die Anschlussfähigkeit der Befunde aus der Perspektive der Praxis geprüft werden. Die kommunikative Validierung ermöglichte es zugleich, blinde Flecken aufzudecken und implizite Deutungen sichtbar zu machen, die im reinen Analyseprozess möglicherweise unentdeckt geblieben wären (Flick 2022; Bohnsack 2017).

Die anschließende Konklusionsphase diente der theoretischen Verdichtung und Integration aller empirischen Ergebnisse. In diesem Schritt wurden die verschiedenen Datenquellen – Arbeitsprozessanalysen, Experteninterviews, Gruppendiskussionen und fokussierte Interviews – miteinander verknüpft und in einen übergeordneten Bezugsrahmen eingeordnet. Ziel war es, zentrale Muster von Arbeitsorganisation, Aufgaben- und Verantwortungsverteilung und Teaminteraktion herauszuarbeiten und ihre Bedeutung für berufliche Identität, Handlungsspielräume und die Entfaltung von Beruflichkeit in der Pflege zu rekonstruieren.

Die abduktive Logik ermöglichte es, empirisch beobachtete Widersprüche, Spannungsfelder und überraschende Befunde nicht nur zu beschreiben, sondern auch als Ansatzpunkte für konzeptionelle Weiterentwicklungen zu nutzen.

Durch die methodische Kombination aus systematischer Auswertung, dialogischer Validierung und theoretischer Reflexion entstand ein fundiertes, vielschichtiges Verständnis der organisationalen und beruflichen Dynamiken im Kontext des Qualifikations- und Kompetenzmixes. Dies bildet die Grundlage für die in den nächsten Kapiteln dargestellten empirischen Ergebnisse.

4 DIE STATIONÄRE LANGZEITPFLEGE IM KONTEXT DES QUALIFIKATIONS- UND KOMPETENZMIXES

In den folgenden Ausführungen wird deutlich, dass sich Beruflichkeit in den untersuchten Organisationsmodellen auf allen drei Ebenen unterschiedlich entfaltet:

- Auf der *individuellen Ebene* wird sie in der Fähigkeit zur Reflexion, Verantwortungsübernahme und personenzentrierten Beziehungsgestaltung sichtbar.
- Auf der *betrieblich-organisationalen Ebene* bestimmen Führungsstrukturen, Kommunikationsformen und Fehlerkultur, in welchem Maße Handlungsspielräume entstehen oder eingeschränkt werden. Während hierarchische Strukturen im tagessituativ-personenzentrierten Modell zu funktionaler Steuerung und begrenzter Selbstverantwortung führen, fördert das teilautonome Teammodell eigenverantwortliches Handeln, Lernen und kollektive Gestaltungskompetenz.
- Auf der *gesellschaftlich-politischen Ebene* wirken rechtliche und systemische Rahmenbedingungen – etwa die Abhängigkeit von Entscheidungen behandelnder Ärztinnen und Ärzte oder Abrechnungslogiken – bis in den Arbeitsalltag hinein und prägen das berufliche Selbstverständnis.

Beruflichkeit zeigt sich damit als relationales Gefüge zwischen individueller Professionalität, organisationaler Kultur und strukturellen Bedingungen.

4.1 Modelle des Qualifikations- und Kompetenzmixes in der Langzeitpflege

Bei einem kommunalen Träger der Langzeitpflege wurden Arbeitsprozessanalysen und fokussierte Interviews in zwei Einrichtungen durchgeführt, und zwar jeweils in einem ausgewählten Wohnbereich. Der Träger betreibt 14 Einrichtungen – neun Alten- und Pflegeheime sowie fünf Seniorenwohnheime – und bietet ergänzend ambulante und teilstationäre Dienste an, in deren Rahme insgesamt rund 3.000 Seniorinnen und Senioren betreut werden.

In den beiden untersuchten Wohnbereichen wurden die Pflegeorganisationsformen Bereichspflege und Primary Nursing identifiziert, die sich unterschiedlich auf die Gestaltung des Qualifikations- und Kompetenzmixes aus-

wirken. Auf Grundlage der empirischen Ergebnisse lassen sich daraus zwei Modelle ableiten: das tagessituativ-personenzentrierte Modell und das teilautonom-personenzentrierte Teammodell. Beide Modelle werden im Folgenden dargestellt und in [Kapitel 4.2](#) hinsichtlich ihrer Unterschiede und Gemeinsamkeiten beschrieben.

Der Einsatz von Betreuungskräften für die Alltagsgestaltung stellt eine Besonderheit des Personalmixes in der stationären Langzeitpflege dar und wird in [Kapitel 4.1.3](#) erläutert.

4.1.1 Bereichspflege als tagessituativ-personenzentriertes Modell

Im untersuchten Wohnbereich leben 44 Bewohnerinnen und Bewohner, die auf vier Flure mit jeweils elf Zimmern verteilt sind. Jeder Flur wird als Pflegewohngruppe bezeichnet und ist durch eine eigene Farbe gekennzeichnet. Am Ende von zwei Fluren befindet sich jeweils eine Wohnküche mit Tischen und Stühlen, in denen ein Teil der Bewohnerinnen und Bewohner die Mahlzeiten einnimmt.

Nach der Übergabe vom Nacht- zum Frühdienst ordnet die Wohnbereichsleitung das Personal den einzelnen Pflegewohngruppen zu. Eine gezielte Zuweisung auf Basis des individuellen Pflegeaufwands oder bestehender Beziehungen zu einzelnen Bewohnerinnen und Bewohner konnte bei der Beobachtung nicht festgestellt werden; für die Wohnbereichsleitung spielt jedoch die Kompetenz der Mitarbeitenden eine Rolle. So wird beispielsweise im Spätdienst darauf geachtet, dass bei einer Dienstbesetzung mit zwei Pflegeassistentenpersonen und einer PFP die erfahrenere Pflegeassistentin allein für zwei Wohngruppen verantwortlich ist, während die andere gemeinsam mit der PFP in den beiden anderen Gruppen arbeitet (L_BP_TB04, Pos.3).

Die Bereichspflege ist durch eine hierarchische Struktur geprägt, in der die Wohnbereichsleitung eine zentrale Steuerungs- und Koordinationsfunktion übernimmt. Bei der Schichtübergabe gibt sie – häufig ohne aktiven Austausch mit dem Team – die Informationen aus der Nachtschicht weiter. Rückfragen sind selten und es entsteht der Eindruck einer passiven Teilnahme der Mitarbeitenden. Nach der Übergabe erfolgt die Zuteilung der Mitarbeitenden zu den einzelnen Fluren des Wohnbereichs – meist ohne Einbezug oder Erklärung – durch die Wohnbereichsleitung:

„Dann überlasse ich das natürlich der Wohnbereichsleitung. Dann tut er das aufteilen und dann gibt es keine Probleme.“ (L_BP_FI08, Pos.25)

Trotz der hierarchischen Struktur haben die Mitarbeitenden Handlungsspielräume in der Ablaufgestaltung. So werden Aufgaben bewusst vorgezogen, etwa wenn eine PFP entscheidet, eine Bewohnerin schon heute zu duschen, weil die aktuelle Besetzung günstiger ist als am Folgetag (L_BP_TB01, Pos.62).

Die täglich wechselnde Zuteilung der Mitarbeitenden zu den Bewohnerinnen und Bewohnern führt jedoch auch zu einer nicht planbaren und vorhersehbaren Flexibilitätsanforderung im Hinblick auf Arbeitsaufgaben und Berufsrollen. Dies wird von vielen PFP als belastend erlebt, die beschreiben, wie sie ständig zwischen sehr unterschiedlichen Aufgabenbereichen wechseln müssen – von organisatorischen Tätigkeiten wie der Küchenplanung über medizinische Aufgaben bis hin zur Wäscheversorgung. Diese Vielfalt wird insgesamt als anstrengend empfunden (L_BP_TB01, Pos.43).

Besonders belastend wirkt die fehlende Kontinuität bei der Zuständigkeit für Bewohnergruppen. PFP berichten, dass ihnen durch die wechselnden Aufgaben die Möglichkeit fehlt, sich auf ihre Arbeit einzustellen und nach der Arbeit abzuschalten. Eine PFP formulierte dies mit Blick auf ihre Arbeitszufriedenheit so, dass die Belastung sie an einen Punkt gebracht habe, an dem sie überlege, in ein Krankenhaus zu wechseln, da sie „in der Freizeit nicht mehr klar denken“ könne und kaum noch Erholung finde (L_BP_TB02, Pos.9).

Durch die tagessituativ organisierte Arbeitsverteilung fehlt die Kontinuität in der Zuständigkeit für die Bewohnerinnen und Bewohner, was als wesentliche Ursache für Stress und Unzufriedenheit im Team wahrgenommen wird.

Rolle und Aufgaben der Schichtleitung

Neben der Wohnbereichsleitung wird eine PFP tageweise als Schichtleitung eingeteilt, die eine Vielzahl an organisatorischen und koordinativen Aufgaben hat, um eine strukturierte und effiziente Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner sicherstellen. Die Schichtleitung ist für die Weitergabe von Informationen aus der Übergabe oder zu Vorkommnissen der letzten Tage an die Mitarbeitenden verantwortlich, damit alle auf dem aktuellen Stand sind.

Eine weitere Aufgabe der Schichtleitung ist es, den Überblick über die tägliche Aufgabenverteilung und die Durchführung der zugeteilten Aufgaben durch die Mitarbeitenden zu behalten. Dazu gehört auch, die Tafeln im Wohnbereich zu aktualisieren, Aufgaben festzulegen und zu delegieren und die einzelnen Pflegebereiche zu koordinieren. Eine PFP beschreibt ihre Verantwortung als Schichtleitung wie folgt:

„Ich muss delegieren. Also vor allem, wenn ich in der Schichtleitung bin in diesem Fall. Ich muss einen kompletten Überblick haben über alles. [...] Ich habe das Gefühl, keiner fühlt sich herumgeschickt, weil jeder kennt seine Arbeit hier und jeder weiß, in welchem Bereich er arbeitet ungefähr.“ (L_BP_FI08, Pos. 7)

Allerdings gibt es innerhalb der Schichtleitung unterschiedliche Herangehensweisen. Manche Schichtleitungen teilen die Aufgaben gezielt unter den Teammitgliedern auf, um eine gleichmäßige Arbeitsbelastung sicherzustellen, während andere – oft unter großem Stress – alle Aufgaben selbst übernehmen. Dies geschieht häufig mit der Motivation, an Tagen ohne Schichtleitungsfunktion weniger Belastung zu haben, was jedoch nicht zwangsläufig der Fall ist. Eine PFP beschreibt diese Dynamik folgendermaßen:

„Man kommt auf sie zu und sagt: ‚Ich helfe dir gerne heute, ich nehme das Telefon, wir teilen die Aufgaben von der Fachkraft, kein Problem.‘ Aber manche Kollegen wollen das auch nicht, weil sie wollen lieber heute unter Stress sein, heute durcharbeiten und morgen, wenn sie nicht Schichtleitung haben, dann wollen sie ihre Ruhe haben.“ (L_BP_FI09, Pos. 93)

Die Schichtleitung trägt die Verantwortung für den organisatorischen Ablauf und die Pflegequalität, daher ist die Zufriedenheit der Mitarbeitenden und die Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner tagessituativ von ihrer Kommunikation und Arbeitsverteilung abhängig.

Rolle und Aufgaben der Assistenzpersonen

Assistenzkräfte nehmen eine zentrale, oft herausfordernde Rolle ein. Eine der Schwierigkeiten, mit denen sie konfrontiert sind, ist die ständige tageweise Rotation zwischen verschiedenen Bereichen. Eine Pflegeassistentzperson beschreibt diese Erfahrung mit dem Bild, sich manchmal wie ein Fußball zu fühlen:

„Und dann ist das so, ich gib Beispiel: zweiter Stock. Jetzt bist du auf dem Bereich. Morgen braucht er auf andere. Wieder für dich neu. Sind ja Fußball, Ball für Fußball. Wir sind auch Menschen hier.“ (L_BP_FI11, Pos. 58)

Dieser häufige Wechsel kann Unsicherheit und Unzufriedenheit hervorrufen, da es den Assistenzkräften schwerer fällt, sich auf bestimmte Abläufe und die Bewohnerinnen und Bewohner einzustellen. Zudem unterscheiden sich Assistenzkräfte in ihrer Motivation und Kompetenz. Manche, aber nicht alle Assistenzkräfte fühlen sich in ihrer Arbeit sicher und wissen genau, was sie tun. Dies erfordert nicht nur eine individuell angepasste Aufgabenverteilung, sondern verlangt den PFP auch ein unterschiedliches Maß an Vertrauen ab.

Zwar können Assistenzkräfte aus Sicht der Wohnbereichsleitung auch Medikamente verabreichen oder den Blutzucker messen, wenn sie darin eingewiesen wurden. Allerdings empfinden es viele von ihnen als selbstverständlich, Anweisungen zu erhalten:

„Wer bin nicht, dass ich entscheide, ob das in Ordnung ist oder nicht? Also mir wird es gesagt: ‚Das ist hier deine Aufgabe.‘“ (L_BP_FI11, Pos.96)

Ein interessanter Aspekt ist auch, wie Assistenzpersonen ihre eigene Rolle reflektieren. Dies wird beispielsweise an der Selbstbeschreibung einer Pflegeassistentin deutlich, die sich als „Arme und Füße“ der Bewohnerinnen und Bewohner beschreibt und betont, dass sie eine zentrale Bedeutung für deren Wohlbefinden hat. In ihren humorvollen Vergleichen bezeichnet sie sich auch als „Gott“ für die Bewohnerinnen und Bewohner (L_PN_FI04, Pos.295). Damit bringt sie einerseits ihre starke Verantwortungsübernahme und emotionale Verbundenheit zum Ausdruck, andererseits ihre Erkenntnis, dass sie und andere Pflegeassistentenpersonen einen enormen Beitrag zur Förderung der Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner leisten.

Dieses Rollenverständnis zeigt, dass Assistenzpersonen ihre Tätigkeit nicht nur funktional, sondern auch im Sinne einer personenzentrierten Fürsorge verstehen. In den teilnehmenden Beobachtungen zeigt sich Ähnliches. So reagierte eine Assistenzperson beispielsweise in einer konflikthafter Situation mit einer unzufriedenen Bewohnerin ruhig und empathisch, vermied Widerspruch und suchte stattdessen den Kontakt durch Berührung und wertschätzende Ansprache. Durch dieses Verhalten konnte sie die Situation deeskalieren und die Beziehung stabilisieren (L_BP_TB01, Pos.58). Dieses Beispiel verdeutlicht, wie Assistenzpersonen personenzentrierte Prinzipien situativ umsetzen und so zum emotionalen Gleichgewicht im Alltag der Bewohnerinnen und Bewohner beitragen.

Gleichzeitig zeigt sich das Spannungsfeld, in dem das Team arbeitet: Die Steuerung der Arbeitsprozesse erfolgt durch die Wohnbereichsleitung und die PFP als Schichtleitungen, deren Führungsstile variieren. Während einige Leitungen Aufgaben gezielt delegieren, übernehmen andere diese Aufgaben selbst, was mitunter zu einer ungleichmäßigen Arbeitsbelastung führt. Trotz dieser funktionalen Steuerungslogik nutzen Assistenzpersonen ihre Handlungsspielräume, um im direkten Kontakt mit den Bewohnerinnen und Bewohnern personenzentriert zu agieren.

Der häufig wechselnde Einsatz zwischen Pflegewohngruppen erschwert jedoch die Kontinuität und lässt manche Mitarbeitende das Gefühl entwickeln, als „personelle Manövriermasse“ eingesetzt zu werden. Trotz dieser

strukturellen Einschränkungen identifizieren sich viele Assistenzpersonen jedoch stark mit ihrer Arbeit und zeigen ein hohes Maß an Verantwortungsbeusstsein und Engagement.

Der Qualifikations- und Kompetenzmix folgt hier vorwiegend einer funktionalen Steuerung durch die Leitung, bietet aber zugleich situative Freiräume für personenzentriertes Handeln. Diese Handlungsoptionen sind nicht organisatorisch verankert, sondern entstehen aus dem Zusammenspiel von Wohnbereichsleitung, Schichtleitung und Assistenzpersonen im Alltag.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die PFP, die die Schichtleitung übernimmt, eine Schlüsselrolle für Struktur und Ablauf der Pflege einnimmt und die Zusammenarbeit durch ihren Führungsstil maßgeblich beeinflusst. Assistenzpersonen erleben dabei sowohl Belastung durch wechselnde Einsätze als auch Anerkennung in ihrer verantwortungsvollen Rolle, wodurch Beruflichkeit als gelebte Haltung zwischen funktionaler Steuerung und personenzentriertem Handeln sichtbar wird.

Selbstbestimmung kann im pflegerischen Kontext nicht isoliert verwirklicht werden, sondern entsteht durch die Interaktion von zu Pflegenden, deren Angehörigen bzw. Bezugspersonen und den Pflegepersonen. Damit Autonomie überhaupt realisierbar wird, ist es erforderlich, dass das jeweilige Gegenüber Handlungsspielräume eröffnet und unterstützt (Schlögl-Flierl et al. 2021).

Zudem erfordert Selbstbestimmung häufig gezielte Hilfe, entweder durch unterstützende Hilfsmittel wie Geh- oder Sehhilfen oder durch Menschen, deren Handeln Selbstbestimmung ermöglicht – etwa indem sie Fähigkeiten der Selbstversorgung erhalten, fördern oder stellvertretend handhaben. Dies gilt in besonderem Maße für Menschen mit Demenz, die auf personenzentrierte Unterstützung angewiesen sind, um Selbstbestimmung im Rahmen ihrer Möglichkeiten leben zu können (Stadelbacher/Greißl/Hillebrecht 2021; Hiestand/Gießler 2023).

4.1.2 Primary Nursing als teilautonom-personenzentriertes Teammodell

Im beobachteten Wohnbereich leben insgesamt 36 Bewohnerinnen und Bewohner, die in drei Gruppen eingeteilt sind. Jede Gruppe wird von einer PFP betreut, die als *Primary Nurse* für die Planung, Organisation und Steuerung der Pflege von jeweils zehn bis zwölf Bewohnerinnen und Bewohnern

während deren gesamtem Aufenthalt verantwortlich ist. Unterstützt wird die Primary Nurse durch eine weitere PFP, die *Associated Nurse*, die bei Abwesenheit der Primary Nurse deren Aufgaben übernimmt. Zudem sind jeder Primary Nurse zwei bis drei Pflegeassistentenpersonen als *Assistant Nurses* zugeordnet.

Auf jeder Etage befindet sich am Eingang jedes Wohnbereich ein Bildschirm mit Informationen zu den Mitarbeitenden im Primary Nursing inklusive Fotos und Zuständigkeiten. Die Verantwortlichkeiten und Aufgabengebiete der verschiedenen Funktionen im Pflegeteam sind über eine Aufgaben- bzw. RACI-Matrix¹ für alle im Pflege- und Betreuungsteam einsehbar. Für die Dokumentation und Steuerung der Pflegeprozesse nutzen alle Mitarbeitenden ein Smartphone, über das sie Informationen abrufen und Eingaben tätigen können.

Die Primary Nurse ist für die Evaluation der Pflegeprozesse „ihrer“ Bewohnerinnen und Bewohner verantwortlich und passt die Maßnahmen bei Bedarf an. Dafür steht ihr ein Bürotag pro Monat zur Verfügung. Im Büro befindet sich ein Arbeitsplatz für die Primary Nurse und der Arbeitsplatz der Wohnbereichsmanagerin bzw. des Wohnbereichsmanagers. Diese bzw. dieser betreut zwei Wohnbereiche auf einer Etage und ist nicht in die direkte Pflege eingebunden.

Zu Beginn jeder Schicht wird festgelegt, wer die behandlungspflegerischen Aufgaben im gesamten Wohnbereich übernimmt. Diese Aufgaben werden von einer Primary oder Associated Nurse durchgeführt. Bei Auffälligkeiten werden die zuständigen Primary, Associated oder Assistant Nurses informiert. Zur Unterstützung hängen im Büro eine Tafel mit den relevanten Maßnahmen für die Bewohnerinnen und Bewohner und eine ausgedruckte Liste mit den tagesaktuellen Behandlungspflegemaßnahmen.

Rolle und Aufgaben der Primary Nurse

Die Aufgaben einer Primary Nurse sind vielfältig und erfordern ein hohes Maß an Fachwissen, Kommunikationsfähigkeit und Führungskompetenz. Eine ihrer zentralen Verantwortlichkeiten ist die Leitung ihres Teams. Die Primary Nurse übernimmt die Aufgabenverteilung, identifiziert Schulungsbedarfe und bietet Unterstützung bei Fragen oder Unsicherheiten seitens der Teammitglieder. Um die Pflegequalität zu sichern und den Wissenstransfer

1 Eine RACI-Matrix ist ein Instrument aus dem Projektmanagement, mit dessen Hilfe operationalisiert wird, wer für die Ausführung einer Aufgabe verantwortlich ist (*responsible*), wer rechenschaftspflichtig ist (*accountable*), wer beteiligt wird (*consulted*) und wer informiert wird (*informed*).

im Team zu fördern, spielt insbesondere das Vormachen und Anleiten eine wichtige Rolle.

Darüber hinaus ist die Primary Nurse aktiv in die pflegerische Versorgung eingebunden, um den Pflegebedarf der Bewohnerinnen und Bewohner realistisch einschätzen zu können und fundierte Dokumentationen erstellen zu können. Ihr direktes Mitwirken ist aber nicht nur fachlich erforderlich, sondern liegt auch in der Beziehungsarbeit zu den Bewohnerinnen und Bewohnern begründet. Insbesondere bei zu Pflegenden mit gerontopsychiatrischen Veränderungen übernimmt die Primary Nurse alle Aufgaben im Zimmer selbst, um die Beziehungsebene zu stärken und eine kontinuierliche Versorgung zu gewährleisten (L_PN_TB01, Pos. 15–17).

Das Primary-Nursing-System zeichnet sich durch eine hohe Eigenverantwortung aus, da die Primary Nurses als Gestalterinnen bzw. Gestalter agieren und sowohl Führungsaufgaben übernehmen als auch die pflegfachliche Qualität sicherstellen. Ein wesentliches Merkmal dieses Modells ist auch die enge Einbindung der Assistenzpersonen bei Teamübergaben und in den Pflegeprozess selbst.

So äußert eine Primary Nurse im Gespräch während einer Beobachtungssituation, dass Assistenzpersonen, die nur Betten beziehen und Essen bringen, nicht ausreichen würden; zudem könne sie sich nicht vorstellen, dass solche „einfachen“ Tätigkeit dauerhaft sinnstiftend und erfüllend seien. Es seien vielmehr „Allrounderinnen“ gefragt – aus ihrer Sicht sollten Assistenzpersonen befähigt werden, viele Pflegeaufgaben selbstständig und selbstverantwortlich zu übernehmen, (L_PN_TB02, Pos. 21).

Ein wesentlicher Aspekt der Arbeit als Primary Nurse besteht darin, Vertrauen innerhalb des Teams aufzubauen. Um Probleme frühzeitig zu erkennen und gemeinsame Lösungen zu erarbeiten, wird eine offene und ehrliche Kommunikation aktiv gefördert. So betonen die Primary Nurses, dass es gewinnbringend für die Teamarbeit sei, Konflikte gezielt und frühzeitig anzusprechen, teilweise auch in Einzelgesprächen:

„Ich gehe gleich aktiv zu, bespreche das mit denen und schaue, was das Problem ist: Wie können wir zusammen das lösen? Ich nehme immer Vorschläge von dem selber, dass er seine Vorschläge sagt, dass er seine Meinung halt sagt, was er darüber denkt und wie es entstanden ist: Was war der Reiz [...] Auslöser? Ja genau, alles in Gesprächen halt. Aber so Einzelgespräche, da ist wichtig, dass wir alleine sind, vier Augen halt.“ (L_PN_FI05, Pos. 49–51)

Die Primary Nurse übernimmt eine zentrale Rolle in der Steuerung der Teamkommunikation und zeichnet sich dabei durch ein hohes Maß an fach-

licher Kompetenz aus. Die von ihr geleiteten Übergaben zeigen, dass der Fokus weit über die Sicherstellung grundlegender Bedürfnisse der Selbstversorgung der Bewohnerinnen und Bewohner hinausgeht. Stattdessen werden komplexe Pflegesituationen analysiert und gemeinsam mit dem Team Maßnahmen entwickelt. So wurden in einer Übergabe vom Früh- zum Spätdienst nicht nur organisatorische Aspekte besprochen, sondern auch interprofessionelle Abstimmungen mit dem behandelnden Arzt einer Bewohnerin reflektiert.

Die Primary Nurse berichtete von einer ärztlichen Visite und leitete daraus konkrete pflegerische Maßnahmen ab, z. B. das Lagern einer Bewohnerin durch zwei Personen, um ihre Mobilität sicherzustellen. Zudem wurden Herausforderungen in der Zusammenarbeit mit Angehörigen thematisiert, etwa bei der Frage, wie eine bestimmte Bewohnerin dazu motiviert werden könne, ihre Kleidung zu ändern. Fachlich anspruchsvolle Themen wie die Anpassung der Medikation, die Behandlung von Schmerzen, passende Kompressionsstrümpfe und die Beobachtung des Essverhaltens wurden ebenfalls angesprochen und im Team diskutiert (L_PN_TB01, Pos. 29).

Diese Form der Übergabe zeigt die fachliche Tiefe der Arbeit der Primary Nurse, die pflegerische Expertise mit einer personenzentrierten Betrachtung der Bewohnerinnen und Bewohner verbindet und den interprofessionellen Austausch mit ärztlichem Personal koordiniert. Dabei werden medizinische und psychosoziale Aspekte in die Pflegeplanung integriert, was sowohl die Überwachung der Medikamentengabe und die Organisation von Visiten umfasst als auch die Beobachtung des Gesundheitszustands der Bewohnerinnen und Bewohner und das frühzeitige Reagieren auf Veränderungen.

So nahm eine Primary Nurse Kontakt zu einem Neurologen auf, nachdem ein Bewohner die Einnahme eines bestimmten Psychopharmakons verweigerte. In enger Abstimmung mit dem Arzt wurde die Medikation angepasst und deutlich reduziert, was zu einer spürbaren Verbesserung des Zustands des Bewohners führte (L_PN_TB01, Pos. 31). Die Primary Nurse fungiert als zentrale Schnittstelle zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und verbindet die medizinische Versorgung mit der Personenzentrierung.

Ein weiteres zentrales Element der Tätigkeit einer Primary Nurse ist die gegenseitige Unterstützung und Vertretung innerhalb des Teams. Der Teamgedanke steht im Vordergrund, sodass sich die Kolleginnen und Kollegen gegenseitig in ihrer Rolle stärken:

„Ist doch egal, wenn du jetzt Primary Nurse da in der Gruppe bist. Wenn du nicht da bist, ich bin ja für dich da, genau. Und so sind wir halt gegenseitig immer füreinander da.“ (L_PN_FI06, Pos. 163)

Dies sorgt für eine stabile und verlässliche Arbeitsstruktur und verhindert eine Überlastung einzelner Teammitglieder. Dies zeigt sich auch in der Zusammenarbeit zwischen den Wohnbereichen der Etage. So kam die Primary Nurse des benachbarten Wohnbereichs vor Schichtbeginn kurz vorbei und erklärte uns:

„Wir kommen also mal gucken, wo Hilfe benötigt wird beziehungsweise wie viele Mitarbeiter an welchem Tag wo eingeteilt sind.“ (L_PN_TB02, Pos. 6)

Die Kontrolle der Arbeit von Assistenzpersonen ist eine weitere wichtige Aufgabe der Primary Nurse, insbesondere wenn Bewohnerinnen und Bewohner Beschwerden äußern oder eine Pflegesituation besonders komplex ist. Dabei wird die Zusammenarbeit auf Augenhöhe betont:

„Ich selber mache auch vieles, was auch ein Pflegehelfer macht. Also für mich gibt es nicht Fachkraft und Helfer. Natürlich, wenn es über fachliche Einschätzungen geht oder fachliche Entscheidungen, dann übernehme ich das, sag ich jetzt mal so, als ein Pflegehelfer.“ (L_PN_FI06, Pos. 3)

Diese Haltung fördert eine respektvolle Zusammenarbeit und trägt dazu bei, die Pflegequalität stetig zu verbessern.

Das Primary-Nursing-System erfordert von den Pflegepersonen ein hohes Maß an Fachwissen und umfassende Kompetenzen. Essenziell sind neben der reinen Fachlichkeit vor allem das Fallverstehen und ausgeprägte Kommunikationsfähigkeiten. Diese sind insbesondere in strukturellen Settings wie der RACI-Matrix oder bei Bewohnergesprächen von großer Bedeutung, da sie die Zusammenarbeit und Koordination innerhalb des Teams unterstützen.

Beispielsweise wurden im Falle einer Bewohnerin biografische Vorlieben zur Förderung ihrer Mobilität genutzt. Die Pflegepersonen hatten die Idee, die Bewohnerin mit Blumen, die sie früher sehr geliebt hatte, zu motivieren, ihr Zimmer zu verlassen und auf den kleinen Balkon zu gehen. Dafür müsste die Blumengestaltung jedoch von einer ehrenamtlichen Person organisiert werden. Es gab bereits eine geeignete Person, die angesprochen werden konnte, um dies gemeinsam mit der gesetzlichen Betreuerin der Bewohnerin zu koordinieren (L_PN_TB01, Pos. 31).

Darüber hinaus sind organisatorisches Geschick und Eigenverantwortung gefordert. Primary Nurses sind nicht nur für ihre eigenen Entscheidungen verantwortlich, sondern auch für die Umsetzung und Koordination der pflegerischen Maßnahmen im Team. Dies setzt ein hohes Maß an Selbstständigkeit und die Fähigkeit voraus, komplexe Prozesse zu überblicken und effizient zu steuern.

Die Primary Nurse übernimmt eine Schlüsselrolle im Pflegeprozess, indem sie das Team führt, pflegerische Maßnahmen plant und koordiniert und so die Qualität der Versorgung sichert. Durch ihre aktive Einbindung in die direkte Pflege kann sie den individuellen Bedarf der Bewohnerinnen und Bewohner besser einschätzen und gezielte Maßnahmen umsetzen. Sie fördert eine vertrauensvolle und offene Teamkultur, unterstützt die Mitarbeitenden bei fachlichen Fragen und erkennt frühzeitig Schulungsbedarf. Darüber hinaus trägt sie zur fachlichen Weiterentwicklung des Teams bei und gewährleistet ein hohes Maß an Sicherheit und Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner.

Rolle und Aufgaben der Assistenzpersonen

Primary Nurse und Wohnbereichsmanager nehmen Assistenzpersonen als mutig, engagiert und empathisch wahr. Der Wohnbereichsmanager beschreibt dies folgendermaßen:

„Ich schätze tatsächlich den Mut an erster Stelle, dass sie diesen Schritt gemacht haben, nach so vielen Geschichten, die sie gehört haben. Genau, weil das ist, wie gesagt, wie vorher gesagt ... in den Medien ist das immer alles komplett negativ dargestellt. Und wenn man einen Quereinsteiger hat [...]. Man muss auch mutig sein und sagen: ‚Okay, ich versuche das mal jetzt.‘ Und dann, was man auch noch sehr schätzt, ist der Wille tatsächlich, dass sie sich dann auch weiterentwickeln. So ist es bei mir der Fall auf der Station. Es ist nicht so: ‚Ich bin da, ich wasche und das war’s‘, sondern der Wille ist da: ‚Ich will sehen, wenn jemand jetzt herausforderndes Verhalten zeigt, wie soll ich reagieren?‘

Dann schätze ich auch sehr, wie sie sich da engagieren auch bei anderen Themen, wie sie sich dann auch einbringen und sagen: ‚Okay, ich will jetzt, dass meine Primary Nurse gute Informationen bekommt‘, zum Beispiel. Das schätze ich auch sehr. Und es ist auch nicht so einfach, sage ich mal, gefühllos zu arbeiten, sondern dass sie dann auch viel Empathie zeigen und alles.“ (L_PN_FI01, Pos. 149)

Diese Einschätzung verdeutlicht, dass Assistenzpersonen nicht nur praktische Tätigkeiten übernehmen, sondern auch aktiv zur Qualität der Pflege und zum Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner beitragen.

Assistenzpersonen sind sich des gesamten Pflegeprozesses bewusst und verstehen die Aufgabenbereiche der Primary Nurse. Dies liegt u.a. daran, dass sie explizit in Übergaben eingebunden sind und so ein umfassendes Bild der pflegerischen Abläufe erhalten. Gleichzeitig sind ihre Aufgaben klar definiert, etwa in den Bereichen Körperpflege, Essensvorbereitung und Beschäftigung der Bewohnerinnen und Bewohner. Trotz dieser klaren Zuweisung

wird eigenverantwortliches, spontanes Handeln gefördert. Eine Assistenzperson bringt dies auf den Punkt:

„Das ist zum Beispiel nicht mein Fall, dass ich also kommandiert werde: ‚Macht das, macht das.‘ Also ich fühle mich nicht so hier.“ (L_PN_FI03, Pos. 3)

„Genau, und wenn ich sehe, es gefällt mir was nicht im Zimmer, dann mach ich. Ich warte nicht, dass ... wenn jetzt in zwei Wochen dran. Also ich arbeite – wie soll ich sagen? – selbstständig. Ja, kann man sagen.“ (L_PN_FI03, Pos. 11)

Diese Aussagen unterstreichen, dass Assistenzpersonen ihre Arbeit selbstständig gestalten und sich aktiv für die Verbesserung des Wohnumfelds einsetzen.

Darüber hinaus haben Assistenzpersonen einen gestalterischen Anspruch an ihre Arbeit und planen diese bewusst. Dies zeigt sich beispielsweise darin, dass sie über ihre Tätigkeit hinausdenken und schon im Voraus überlegen, welche Maßnahmen sie am nächsten Tag umsetzen möchten:

„Dass ich sage: ‚[Es ist] okay, wenn ich stemple und nach Hause gehe.‘ Manchmal denke ich auch zu Hause: ‚Ah, morgen mache ich das mit dieser Bewohnerin vielleicht.‘ Also ich nehme das auch ein bisschen nach Hause mit, aber es ist gut. Ich freue mich dann schon auf morgen.“ (L_PN_FI03, Pos. 59)

Assistenzpersonen spielen eine wesentliche Rolle im Pflegealltag und werden gezielt in die Einarbeitung neuer Mitarbeitender, Auszubildender und Praktikantinnen und Praktikanten eingebunden. Durch ihre Erfahrung und den direkten Kontakt zu den Bewohnerinnen und Bewohnern tragen sie maßgeblich zur strukturierten Einführung neuer Teammitglieder bei und ermöglichen eine praxisnahe Einarbeitung.

Ein weiterer Aspekt ist die Offenheit gegenüber Veränderungen. Assistenzpersonen zeigen wenig Angst vor Anpassungen in ihrem Arbeitsumfeld und sind bereit, sich flexibel auf neue Anforderungen einzulassen:

„Und ich glaube, wenn man diesen Beruf macht und liebt und mit den Menschen vernünftig umgeht, dann stört ja nicht, wenn du nur Pflege machst. Also mir wird nicht stören, wenn jetzt die Fachkraft – was weiß ich – ab nächsten Jahre, die werden nicht mehr pflegen. Weil ich glaube nicht, dass ich jetzt 30 Bewohner bekomme zu pflegen, dann wird geteilt. Also ich verstehe nicht, wo ist das Problem.“ (L_PN_FI03, Pos. 79)

Diese Einstellung zeigt, dass Assistenzpersonen den Pflegeberuf nicht als festgelegten Aufgabenbereich verstehen, sondern als flexible, anpassungsfähige und sich weiterentwickelnde Arbeit.

Assistenzpersonen interessieren sich zudem für Fachaufgaben, die über ihren eigentlichen Tätigkeitsbereich hinausgehen. Dazu gehört beispielsweise das Erkennen eines beginnenden Dekubitus oder das Anlegen von Verbänden. Dieses Interesse an erweiterten pflegerischen Aufgabenfeldern deutet auf ein starkes berufliches Engagement hin.

Assistenzpersonen übernehmen im Pflegealltag eine zentrale Rolle, die über unterstützende Tätigkeiten hinausgeht. Sie sind aktiv in Pflegeprozesse eingebunden, agieren eigenverantwortlich und tragen durch ihre empathische und engagierte Haltung zur Pflegequalität, zur Stärkung der Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner und zu ihrem Wohlbefinden bei. Die Einbindung der Assistenzpersonen in Übergaben und Teamkommunikation fördert ihr ganzheitliches Verständnis der pflegerischen Abläufe. Zudem weisen sie eine hohe Bereitschaft zur Weiterentwicklung und Übernahme erweiterter Aufgabenfelder auf.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die PFP als Primary Nurse zusammen mit der Associated Nurse als Vertretung und den zugeordneten Assistenzpersonen ein teilautonomes Kleinteam für den gesamten Aufenthalt der Bewohnerinnen und Bewohner bildet, das nach dem Pflegeprinzip der Personenzentrierung arbeitet. Die teilautonome Steuerung der Kleinteams durch geregelte Kommunikations- und Informationsstrukturen im Wohnbereich führt dazu, dass der Qualifikations- und Kompetenzmix eine strukturelle Basis für die Personenzentrierung hat.

4.1.3 Exkurs: Betreuungskräfte in der Langzeitpflege

Betreuungskräfte bilden an der Schnittstelle zwischen Pflege und lebensweltlicher Alltagsgestaltung einen zentralen Bestandteil des Qualifikations- und Kompetenzmixes in der stationären Langzeitpflege. Im Folgenden werden die rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen ihres Tätigkeitsbereichs vor dem Hintergrund der Dimensionen von Beruflichkeit erläutert und mit empirischen Ergebnissen unterlegt.

Der Leistungsanspruch von Pflegebedürftigen auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Einrichtungen ist in § 43b SGB XI verankert; die Qualifikation und die Aufgaben von Betreuungskräften sind nach § 53b SGB XI in einer Richtlinie des GKV-Spitzenverbands geregelt. Vor Einführung der Pflegeversicherung am 1. Januar 1995 war die soziale Betreuung und Aktivierung in Pflegeheimen eine originäre Aufgabe der Sozialarbeit, die sich an der Entfaltung individueller Potenziale älterer Menschen orien-

tierte, soziale Ungleichheit mit einbezog und die Wechselwirkungen zwischen Alter, Umwelt und biografisch gewachsenen Kompetenzen berücksichtigte (Aner 2017).

Mit der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung wurde die „Sozialstaatsarchitektur in Richtung einer stärkeren Privatisierung umgebaut, wofür der Bereich der Pflege als Experimentierfeld diente“ (Aner 2017, S.430). Dadurch veränderten sich die Rahmenbedingungen der sozialen Arbeit mit älteren Menschen grundlegend, denn unter dem Dach der gesetzlichen Krankenversicherung wurde die Altenpflege stärker dem Gesundheitswesen zugeordnet.

Dieser Wandel zeigte sich auch in den Berichten zur Entwicklung der Pflegeversicherung, in denen Beschäftigte aus den Bereichen Sozialarbeit und Therapie seit 2008 nicht mehr gesondert ausgewiesen werden (Aner 2017, S.430). In der Pflegestatistik des Bundes wird seitdem zwischen körperbezogener Pflege, Betreuung und zusätzlicher Betreuung (§43 SGB XI) differenziert; Berufsgruppen der Sozialarbeit oder der Ergotherapie werden der Kategorie „Betreuung“ zugeordnet (Statistisches Bundesamt 2024).

Das von Aner (2017) beschriebene „Experimentierfeld“ zeigte sich in den 2000er Jahren auch in der sozialpolitischen Begründung für die Einführung zusätzlicher Betreuungskräfte. Einerseits sollten Langzeitarbeitslose für die Übernahme einfacher Tätigkeiten aktiviert werden; andererseits zielte die Maßnahme darauf ab, Personalengpässe in der Pflege durch kostengünstige und gering qualifizierte Arbeitskräfte abzufedern (Haubner 2017, S.323). Entsprechend legt die Betreuungskräfte-Richtlinie des GKV-Spitzenverbands fest, dass für diese Tätigkeit kein therapeutischer oder pflegerischer Berufsabschluss erforderlich ist. Gleichzeitig wird betont:

„Allerdings stellt die berufliche Ausübung einer Betreuungstätigkeit in stationären Pflegeeinrichtungen auch höhere Anforderungen an die Belastbarkeit der Betreuungskräfte als eine in ihrem zeitlichen Umfang geringere ehrenamtliche Tätigkeit in diesem Bereich.“ (GKV-Spitzenverband 2022, S.5)

Deshalb sind ein Orientierungspraktikum und eine Qualifizierungsmaßnahme von 160 Stunden verpflichtend, die durch regelmäßige Fortbildungen während des Beschäftigungsverhältnisses ergänzt werden. Auffällig ist dabei, dass diese Qualifizierung nicht mit fachlichen Anforderungen in der Betreuung begründet wird, sondern mit der höheren psychischen und physischen Belastung im Vergleich zu ehrenamtlicher Tätigkeit (Haubner 2017, S.326).

Eine Studie des GKV-Spitzenverbands aus dem Jahr 2011 (Schwinger/Geerdes 2011) evaluierte die Umsetzung der gesetzlichen Regelungen zur

Betreuung in stationären Einrichtungen und liefert ein eindrückliches Bild der Berufsgruppe: 92 Prozent der befragten Betreuungskräfte waren weiblich, das Durchschnittsalter lag bei 47 Jahren, und die Mehrheit arbeitete in Teilzeit, nur 13 Prozent in Vollzeit.

Hinsichtlich des Bildungsabschlusses verfügte rund die Hälfte über die mittlere Reife und 20 Prozent über die Fachhochschulreife; 28 Prozent hatten einen Hauptschulabschluss und weniger als 2 Prozent keinen Schulabschluss. Bemerkenswert war zudem, dass 30 Prozent der Betreuungskräfte mit pflegerischer Vorqualifikation angaben, aus gesundheitlichen Gründen in die Betreuung gewechselt zu haben.

Nach der aktuellen Pflegestatistik verfügen die meisten der rund 52.000 Betreuungskräfte über einen Berufsabschluss im pflegerischen, sozialen, therapeutischen oder hauswirtschaftlichen Bereich; knapp 30 Prozent besitzen einen sonstigen Berufsabschluss, während 7 Prozent ohne Abschluss tätig sind (Statistisches Bundesamt 2024).

Fachkräftemangel und Versorgungsdefizite im Pflegesektor werden somit durch den Einsatz kostengünstiger Arbeitskräfte kompensiert. Die von den Betreuungskräften eingebrachten beruflichen Kompetenzen werden von den Einrichtungen und Kostenträgern genutzt, ohne dass damit eine entsprechende Vergütung oder berufliche Anerkennung verbunden wäre (Haubner 2017, S.331).

Die Tätigkeit verbleibt – gemäß Qualifizierungs- und Einsatzregelungen – im Segment der „Einfacharbeit“, ohne Aufstiegs- oder Anschlussmöglichkeiten im beruflichen System. Für PFP wiederum eröffnet die Betreuung vielfach einen Ausweg aus gesundheitlichen Belastungen, allerdings unter deutlich schlechteren finanziellen Bedingungen (Haubner 2017, S.328).

Hier zeigen sich zwei Seiten prekärer Arbeit im Pflegesektor: Zum einen wurden ehemals zum Berufsbild der Altenpflege gehörende Aufgaben der Betreuung und Alltagsgestaltung an geringer entlohnte Betreuungskräfte ausgegliedert; zum anderen „bezahlen“ Beschäftigte, die aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in der körperbezogenen Pflege arbeiten können, mit Einkommenseinbußen und fehlenden Aufstiegsmöglichkeiten, um trotzdem ihren beruflichen Idealen entsprechend weiter in der stationären Langzeitpflege arbeiten zu können.

Die empirischen Befunde aus den untersuchten Einrichtungen bestätigen diese Rahmenbedingungen. Eine Betreuungskraft berichtete, dass sie viele Jahre als PFP tätig gewesen und aus gesundheitlichen Gründen in die Betreuung gewechselt sei – ohne dies als Abwertung zu empfinden, finanzielle Einbußen habe sie frühzeitig kompensiert (L_PN_TB01, Pos.27). Eine weitere

Betreuungskraft mit 27 Jahren Berufserfahrung in der Pflege wechselte nach zwei Bandscheibenvorfällen in die Betreuung; ihre pflegerische Erfahrung habe sich in der neuen Tätigkeit als hilfreich erwiesen (L_BP_KI01, Pos. 4).

Mehrere Betreuungskräfte erinnerten daran, dass viele der heutigen Betreuungstätigkeiten ursprünglich Bestandteil des Berufsbilds der Altenpflege waren – etwa die Vorbereitung von Festen, Kochen, Spaziergänge und weitere Aktivitäten. Diese Aufgaben seien früher – vor der Einführung von Betreuungskräften – im Team abgestimmt und gemeinsam umgesetzt worden; heute erfolge die Planung zentral. Die Betreuungskräfte wählen gezielt Angebote für einzelne Bewohnerinnen und Bewohner aus, arbeiten weitgehend eigenständig und sind der Pflegedienstleitung direkt unterstellt (L_PN_TB01, Pos. 27).

Diese Entwicklung verdeutlicht, dass biografisch erworbene pflegerische Kompetenzen in der stationären Langzeitpflege für Tätigkeiten genutzt werden, die zwischen kostengünstiger Einfacharbeit und ehrenamtlicher Beschäftigung verortet sind. Dennoch stellen diese Tätigkeiten für die Einrichtungen qualitativ wirksame Dienstleistungen mit hoher Außenwirkung dar. Sie sind zentral organisiert und ermöglichen den Beschäftigten ein hohes Maß an Handlungsspielraum – dass ihre fachlichen Kompetenzen jedoch ohne entsprechende Anerkennung oder Vergütung in Anspruch genommen werden, bleibt unsichtbar.

Ein Beispiel liefert eine ehemalige Arzthelferin, die seit 15 Jahren als Betreuungsassistentin tätig ist. Sie berichtet, dass sie morgens Duftlampen in den Pflegegruppen aufstellt, um eine angenehme Atmosphäre zu schaffen und unangenehme Gerüche zu neutralisieren. Diese Tätigkeit empfindet sie als wertvoll und sieht sich selbst als für das „Wohlfühlklima“ im Wohnbereich verantwortlich (L_PN_TB01, Pos. 19).

In der Pflegeausbildung ließe sich diese Aufgabe dem Konzept der „Mileugestaltung“ zuordnen, das zum Kompetenzbereich der PFP gehört (Fachkommission 2020b). In der Ausbildung medizinischer Fachangestellter dagegen fällt sie in den Bereich „Marketing“, da sie wesentlich zur positiven Wahrnehmung der Einrichtung beiträgt (Ärztchammer Nordrhein o.J.).

Dieses Beispiel verdeutlicht, dass die Betreuung systematisch von den ursprünglichen Berufsfeldern getrennt wurde, auch um strukturelle Bezüge zur Beruflichkeit zu vermeiden. Damit entfallen auch Ansprüche auf Gratifikation, beruflichen Aufstieg und arbeitsrechtliche Absicherung. Auch in der erlebten Zusammenarbeit mit Pflegepersonen, wo Akzeptanz häufig erst erarbeitet werden muss, spiegelt sich dies wider:

„Und ich als Betreuungsassistent bin da voll und ganz akzeptiert im Wohnbereich und ich glaube, die wissen das auch zu schätzen, die Kollegen, dass wir schon sehr wichtig sind, aber das muss man sich tatsächlich vielleicht im Laufe der Jahre erst so erarbeiten.“ (L_PN_FI02, Pos. 57)

Betreuungskräfte betonen zugleich ihre Unabhängigkeit von den eng getakteten Abläufen der Pflege – während dort Zeitpläne den Alltag strukturieren, können sie ihre Tätigkeiten flexibler gestalten (L_PN_FI02, Pos. 51). Diese Flexibilität ermöglicht es ihnen, individuell auf die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner einzugehen. Die Betreuungskräfte legen großen Wert darauf, dass alle Bewohnerinnen und Bewohner ihren Möglichkeiten entsprechend an Aktivitäten teilnehmen – auch die, die sich nicht aktiv beteiligen. In solchen Fällen werden Bewohnerinnen und Bewohner motiviert und „mitgezogen“, während andere das Geschehen nur beobachten und dennoch Freude daran haben (L_PN_KI01, Pos. 10).

Bei Gruppenangeboten wird diese Arbeitsweise besonders sichtbar. Eine Betreuungskraft leitete beispielsweise eine Bewegungsgruppe, in der Bewohnerinnen und Bewohner mit einfachen Übungen aktiviert wurden – ein Sandsäckchen in eine Kiste werfen, rhythmisch mit Stäben klopfen und sich gegenseitig einen Luftballon zuwerfen. Die Betreuungskraft motivierte individuell, reagierte bei Misserfolgen aufmunternd und achtete darauf, auch weniger aktive Bewohnerinnen und Bewohner einzubeziehen (L_PN_TB01, Pos. 25).

Solche Angebote für Menschen mit Demenz ähneln ergotherapeutischen Ansätzen, bei denen durch die Aktivierung der Sinne nonverbale Kommunikation gefördert und emotionale Reaktionen wie Freude oder Anspannung in den Prozess einbezogen werden (Alzheimer Gesellschaft Schleswig-Holstein 2024, S. 20). Dennoch bleibt die hohe Handlungskompetenz der Betreuungskräfte oft unsichtbar, da ihre Tätigkeit formal keinem ergotherapeutischen Berufsbild zugeordnet ist.

Neben Gruppenangeboten übernehmen Betreuungskräfte auch zentrale Aufgaben in der individuellen Alltagsgestaltung. Sie reagieren sensibel auf Erregungszustände von Bewohnerinnen und Bewohnern und leisten deeskalierende Unterstützung, insbesondere wenn Pflegepersonen durch andere Aufgaben gebunden sind. Darüber hinaus begleiten sie Bewohnerinnen und Bewohner in der Palliativphase, lesen ihnen vor oder setzen gezielt Entspannungsangebote wie den Snoezelwagen² ein (L_PN_FI01, Pos. 29).

2 *Snoezelen* ist ein therapeutisches Konzept zur gezielten Beeinflussung bzw. Anregung menschlicher Sinne, das in Pflegeeinrichtungen verbreitet ist. Ein *Snoezel(en)wagen* dient dem Transport dazu benötigter Gegenstände zur mobilen Anwendung in einer Einrichtung.

Die Betreuungskräfte zeichnen sich durch eine ausgeprägte Bewohnerorientierung aus und legen großen Wert auf Wertschätzung und Empathie:

„Wertschätzung des Bewohners ist für mich das Allerwichtigste, egal ob er jetzt den ganzen Tag schreit oder schläft oder auf den Tisch klopft oder was, ist egal. [...] Dieser Mensch hat ein ganzes Leben hinter sich.“ (L_PN_FI02, Pos. 123)

Diese Haltung spiegelt sich auch im Anspruch wider, den Bewohnerinnen und Bewohnern Struktur, Sicherheit und Lebensfreude zu vermitteln:

„Aber es ist mir ein Herzenswunsch, dass es den Menschen hier gut geht und dass ich ihnen diese Tagesstruktur vermittele. Das ist für mich wahnsinnig wichtig.“ (L_PN_FI02, Pos. 129)

Im Ausdruck „Herzenswunsch“ wird deutlich, wie zentral Empathie, Engagement, Verantwortung und Wertschätzung für das berufliche Selbstverständnis der Betreuungskräfte sind. Neben der individuellen Betreuung betrachten sie die Förderung der Gemeinschaft als wesentlichen Bestandteil der Lebenswelt in den Einrichtungen. Ihr Ziel ist es, dass die Bewohnerinnen und Bewohner sich wohlfühlen, Zufriedenheit erleben und sich geborgen fühlen.

Die berufliche Identität von Betreuungskräften ist eng mit ihrer Rolle als Begleiterinnen und Begleiter bzw. Unterstützerinnen und Unterstützer verknüpft. Sie definieren sich über die Interaktion mit den Bewohnerinnen und Bewohner und ihre Fähigkeit, vertrauensvolle Beziehungen aufzubauen:

„Ich bin wirklich mit Leib und Seele hier Betreuungsassistentin.“ (L_PN_KI01, Pos. 26)

Diese Aussage verdeutlicht, dass die Tätigkeit in der Betreuung in hohem Maße als Arbeit mit der ganzen Person verstanden wird. Gleichzeitig fehlt jedoch ein klarer berufsfachlicher Bezug, der dazu beitragen würde, Person und Rolle voneinander zu unterscheiden. Betreuung ist aufgrund ihrer systemischen Einordnung weniger als professionelles Tätigkeitsfeld denn als „qualifiziertes Ehrenamt“ zu verstehen, dessen Wirksamkeit stark von den individuellen Berufsbiografien der Beschäftigten abhängt.

Hier zeigt sich eine ausgeprägte Subjektivierung von Arbeit ohne institutionelle Verankerung oder erkennbare berufliche Zugehörigkeit. Als ehemals etablierter Bestandteil von Sozialarbeit und Altenpflege wurde Betreuung im Zuge des „Experimentierfelds Pflegeversicherung“ ausgelagert und in die Nähe familialer Pflegeformen verschoben.

In den untersuchten Einrichtungen zeigte sich deutlich, dass viele Betreuungskräfte zuvor viele Jahre lang in pflegerischen oder medizinischen Berufen tätig waren und aus gesundheitlichen Gründen in die Betreuung wechselten. Auch wenn manche diesen Übergang nicht als Abwertung empfinden, bleibt die Tätigkeit strukturell als „Einfacharbeit“ ohne Aufstiegs- oder Entwicklungsmöglichkeiten verortet. Die in die Arbeit eingebrachten fachlichen Kompetenzen bleiben weitgehend unsichtbar und werden von den Einrichtungen genutzt, ohne dass dies mit einer entsprechenden Anerkennung oder Gratifikation verbunden wäre.

Gleichzeitig schätzen Betreuungskräfte ihre Unabhängigkeit von den eng getakteten Strukturen der Pflegeorganisation und nutzen diesen Handlungsspielraum, um individuell auf die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner einzugehen. Betreuungskräfte übernehmen zentrale Aufgaben in der Alltagsgestaltung, deeskalieren herausfordernde Situationen und fördern sowohl Gemeinschaft als auch individuelle Lebensqualität. Ihre Arbeit ist geprägt von Empathie, Wertschätzung und einem ausgeprägten persönlichen Engagement. Zugleich bleibt die Tätigkeit im institutionellen Gefüge an der Peripherie des beruflichen Feldes angesiedelt – zwischen qualifiziertem Ehrenamt und professioneller Pflegearbeit.

Im Hinblick auf Beruflichkeit lässt sich die Position von Betreuungskräften auf drei Ebenen beschreiben:

- Auf der *gesellschaftlich-politischen Ebene* prägen §43 SGB XI, Finanzierungslogiken und statistische Klassifikationen die Einordnung der Tätigkeit. Sie positionieren Betreuung am Rand des Versorgungssystems und begrenzen damit berufliche Anschluss- und Entwicklungsmöglichkeiten.
- Auf der *betrieblichen Ebene* zeigt sich eine ambivalente Struktur: Betreuung ist zwar zentral organisiert, bietet zugleich aber individuelle Handlungsspielräume in der Alltags- und Milieugestaltung. Anerkennung muss im Arbeitsalltag fortlaufend hergestellt werden, da institutionalisierte Entwicklungswege weitgehend fehlen.
- Auf der *individuellen Ebene* schließlich stiften Empathie, biografische Bezüge, Deeskalationskompetenz und Beziehungsgestaltung ein hohes Maß an Selbstwirksamkeit und persönlicher Erfüllung. Gleichzeitig stehen diese persönlichen Ressourcen in einer Spannung zur strukturell randständigen Position der Tätigkeit.

Diese Mehrdimensionalität verdeutlicht, dass Betreuungskräfte Beruflichkeit in ihrem täglichen Handeln verkörpern, ohne dass dies gesellschaftlich und institutionell in vollem Umfang anerkannt wäre.

4.2 Die Modelle der Langzeitpflege im Kontext von Beruflichkeit – Unterschiede und Gemeinsamkeiten

In den untersuchten Wohnbereichen wurden Unterschiede und Gemeinsamkeiten der identifizierten Modelle erkennbar, die im Folgenden mit Blick auf ihre Bedeutung für Beruflichkeit dargestellt werden. Auf der individuellen Ebene stehen Handlungsfähigkeit, Gestaltungskompetenz und berufliche Identität im Fokus; auf der organisationalen Ebene rücken Pflegeorganisation, Leitung und Struktur der Einrichtungen in den Blick. Auch die gesellschaftlich-politische Dimension wird in den empirischen Ergebnissen punktuell greifbar, etwa im Zusammenhang mit der Pflegeberufsbildung und den Rahmenbedingungen des Versorgungssystems.

4.2.1 Arbeitsorganisation, Teamdynamik und Fehlerkultur

Im *tagessituativ-personenzentrierten Modell* ist die Arbeitsorganisation hierarchisch geprägt. Die Wohnbereichsleitung übernimmt zentrale Steuerungsaufgaben, so auch die Risikopotenzialanalysen bei Bewohnerinnen und Bewohnern. Hierzu zählen pflegerische Risiken wie Dekubitus, Mangelernährung, Thrombose, Schmerzen und akute oder chronische Wunden. Zwar planen die PFP die Pflegemaßnahmen, die Verantwortung für die Versorgung ist jedoch arbeitsteilig zwischen PFP und Führungskraft organisiert. Dies führt dazu, dass die PFP einen Teil ihrer organisatorischen Verantwortung an die Wohnbereichsleitung abgeben.

Die dominierende Rolle der Wohnbereichsleitung zeigt sich bei der Aufgabenverteilung und der Zuweisung an die Wohngruppen. Von allen im Wohnbereich tätigen Mitarbeitenden wird unabhängig von ihrer Qualifikation erwartet, dass sie über alle Bewohnerinnen und Bewohner informiert sind, damit sie in allen Bereichen arbeiten können und ein Mindestmaß an Personenzentrierung möglich ist. Diese Erwartung führt zu einer hohen Informationsdichte und fordert von allen Mitarbeitenden eine kontinuierliche Anpassung an wechselnde Gegebenheiten.

Die hierarchische Struktur beeinflusst Entscheidungsfähigkeit und Verantwortungsübernahme im Team. PFP reagieren darauf, indem sie verstärkt Aufgaben an Assistenzpersonen delegieren, um den Überblick zu behalten. Sie konzentrieren sich insgesamt auf Managementaufgaben wie Tagesorganisation, Aufgabenverteilung und Schichtleitung.

Dies macht deutlich, dass die Hierarchie sowohl durch implizite Regeln – etwa bei der Aufgabenverteilung während der Übergabe – als auch durch ex-

plizierte Zuständigkeiten – wie bei den Risikopotenzialanalysen – auf die Arbeitsbeziehungen zwischen den verschiedenen Qualifikationen übertragen wird. Diese Vorgehensweise kann einerseits zur Entlastung der PFP und Assistenzpersonen beitragen, andererseits jedoch deren Eigenverantwortung einschränken.

Auch die Arztzentrierung beeinflusst die fachliche Verantwortung der Pflege für die medizinische Versorgung in der stationären Langzeitpflege. Eine PFP beschreibt dies folgendermaßen:

„Hier in der Altenpflege darf ich nicht mal eine Paracetamol ohne das ärztliche Einverständnis geben. Im Krankenhaus durfte ich es, hier nicht.“ (L_BP_TB02, Pos.9)

Auch wenn diese Äußerung nicht zwischen ärztlicher Anordnungsverantwortung und der Durchführungsverantwortung bei der Medikamentengabe unterscheidet, zeigt sich, dass die PFP dies als Einschränkung ihrer Fachlichkeit erlebt. Diese Einschränkung hat auch leistungsrechtliche Ursachen, da Behandlungspflege zwar Bestandteil der Vergütung für stationäre Pflegeeinrichtungen ist, aber trotzdem von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten verordnet werden muss und auch von ihnen durchgeführt wird, z.B. bei der Wundversorgung. Durch diese fachliche Begrenzung der PFP werden Fehler begünstigt, da sie ihre Verantwortung nicht wahrnehmen können.

In einer weiteren Beobachtungssituation zeigte sich ein ähnliches Muster: Ein Bewohner wurde aus der Psychiatrie in den Wohnbereich zurückverlegt, nachdem er zuvor aufgrund aggressiven Verhaltens eingewiesen worden war. Der hinzugezogene Arzt war selbst zum Ziel von Beschimpfungen geworden und hatte die Verlegung in die psychiatrische Abteilung veranlasst. Bei der Rückkehr in die Einrichtung lag der Pflege zwar ein ärztlicher Bericht vor, jedoch kein pflegefachlicher Überleitungsbogen. Die zuständige PFP war unsicher, ob ein solcher Bogen üblicherweise vorgesehen ist und ob es entsprechende Vorgaben für die Übergabe zwischen Krankenhaus und Pflegeeinrichtung gibt (L_BP_TB01, Pos.33).

Die PFP verfügte folglich über keinerlei Informationen darüber, wie sich die psychische Situation des Bewohners während des Aufenthalts im Krankenhaus entwickelt hatte und welche Aspekte im pflegerischen Umgang nun zu beachten waren. Dies verdeutlicht, dass die Übernahme von Verantwortung im Versorgungsprozess nicht personenzentriert erfolgt, sondern wesentlich durch eine versorgungssystembedingte Arbeitsteilung geprägt ist, die sowohl medizinische als auch pflegerische Schnittstellen umfasst. Wird dies durch einrichtungsinterne Praktiken verstärkt – etwa die Zuständigkeit der

Wohnbereichsleitung für die Risikoerfassung –, können Informationslücken entstehen, die Fehler begünstigen.

Hier wird deutlich, wie sich systembedingte Rahmenbedingungen der Versorgung, also die gesellschaftlich-politische Ebene, organisational niederschlagen und schließlich auf der individuellen Ebene der PFP wirksam werden, wenn nicht betriebliche Strukturen entgegenwirken.

Im *teilautonom-personenzentrierten Teammodell* gibt es vergleichbare versorgungssystembedingte Begrenzungen, jedoch gelingt es hier eher, diese abzufedern und zu mildern. So konnte beispielsweise die Sturzgefahr eines Bewohners durch die Einführung eines Kippschutzes am Rollstuhl und die Anschaffung neuer Sessel deutlich reduziert werden. Ebenso wurde bei einer Bewohnerin mit Beinödemen vor einer anstehenden ärztlichen Visite eine erneute Evaluation der bestehenden Maßnahmen angestoßen, um die Versorgung zu optimieren (L_PN_TB01, Pos. 31).

Kommunikation ist in diesem Modell die Grundlage für den Beziehungsaufbau zwischen den Teammitgliedern und zu den Bewohnerinnen und Bewohnern. Der Wohnbereichsmanager übernimmt dabei eine Schlüsselrolle, indem er organisatorische und fachliche Rahmenbedingungen schafft, die es den Primary Nurses ermöglichen, die Pflege- und Betreuungsprozesse gemeinsam mit ihren Kleinteams zu steuern und Angehörige aktiv einzubeziehen.

Als Führungskraft kennt der Wohnbereichsmanager die Bewohnerinnen und Bewohner durch die Dokumentation und nutzt dieses Wissen, um die Primary Nurses gezielt organisatorisch und fachlich zu unterstützen. So bespricht er in regelmäßigen Gesprächen mit den Primary Nurses auch Veränderungen im Gesundheitszustand der Bewohnerinnen und Bewohner sowie mögliche Anpassungen in der Pflegeplanung, etwa bei der Frage des Umgangs mit den depressiven Symptomen eines Bewohners (L_PN_TB01, Pos. 12).

Es besteht eine offene Fehlerkultur, in der Fehler als Lernmöglichkeiten begriffen werden. Dies fördert Vertrauen und Reflexion und zeigt sich auch in der Ad-hoc-Kommunikationen einer Beobachtungssituation: Auf die Frage, ob ein Assistent mit anderen Kolleginnen und Kollegen über Fehler sprechen wolle, die ihm unterlaufen waren, antwortete er: „Ja auf jeden Fall.“ Kurz darauf gab es auch eine Situation, in der er die Primary Nurse, die ihren Bürotag hatte, um Hilfe bat, weil es Schwierigkeiten mit einer Bewohnerin gab (L_PN_TB01, Pos. 14).

Besonderer Wert wird auf enge Zusammenarbeit und eine kontinuierliche Kommunikation innerhalb des Teams gelegt. Diese Prozesse werden

durch die RACI-Matrix strukturiert und umfassen Kleinteamgespräche, Bewohnerbesprechungen und Einzelgespräche. Solche Formate dienen nicht nur der Informationsweitergabe, sondern wirken auch präventiv im Hinblick auf Fehler, Beschwerden und Konflikte.

Die Betreuungskräfte betonen ebenfalls die Bedeutung des Austauschs und sehen hierin eine wesentliche Voraussetzung für reibungslose, harmonische Abläufe im Arbeitsalltag (L_PN_KI01, Pos. 30). Die Aufgabenmatrix schafft Transparenz über Zuständigkeiten, da sie festlegt, wer für die Durchführung bestimmter Aufgaben verantwortlich ist und wer die Gesamtverantwortung trägt. Auch in Konfliktsituationen erweist sie sich als hilfreich, da die Mitarbeitenden anhand der Matrix ihre Zuständigkeitsbereiche erkennen und viele Konflikte eigenständig klären können.

Ein weiterer Bestandteil der Matrix ist das verpflichtende monatliche Gespräch zwischen dem Wohnbereichsmanager und den einzelnen Primary Nurses. In diesen Gesprächen werden die Risikopotenzialanalysen für die jeweiligen Bewohnerinnen und Bewohner besprochen. Dazu zählen Themen wie Sturzprävention und Maßnahmen, die in vorhergehenden Bewohnergesprächen vereinbart wurden. Durchgeführt werden diese Analysen von den Primary Nurses gemeinsam mit ihrem Pflegeteam, indem sie Hinweise zur Dokumentation mit dem Ziel geben, negative Vorkommnisse zu vermeiden. Positive Entwicklungen werden hingegen nicht in der Risikopotenzialanalyse erfasst, sondern in der Evaluation.

Durch die regelmäßige Durchführung dieses Gesprächs und die beratende Beteiligung von PFP und Assistenzpersonen wird die körperbezogene Pflege mit der psychosozialen Ebene verbunden:

„Nicht nur fachliche Informationen wie ‚hat Stuhlgang gehabt‘ [...], sondern auch soziale Aspekte [...] wie ‚Jemanden froh machen‘.“ (L_PN_FI01, Pos. 59)

Hier zeigt sich die Wirkung der teilautonomen Teamarbeit, die zu einem gemeinsam geteilten Pflegeverständnis beiträgt.

Diese Ergebnisse zu Arbeitsorganisation und Teamdynamik verdeutlichen, dass eine an der Tagesorganisation ausgerichtete Steuerung der Pflege durch die direkte Führungskraft oder eine Schichtleitung zu einer hohen Informationsdichte und einem starken Delegationsverhalten der PFP führt. Die Beziehung zu den Bewohnerinnen und Bewohnern und damit die Personenzentrierung wird durch die Assistenzpersonen aufrechterhalten.

Gleichzeitig sind die Assistenzpersonen in der Ablaufgestaltung durch die PFP der Puffer bei personellen Engpässen oder plötzlichen Veränderungen in der Tagesorganisation. Zudem verstärkt die Abhängigkeit der PFP von

ärztlichen Verordnungen zur Behandlungspflege ihre fachliche Begrenzung, was das Risiko für Versorgungsfehler erhöht. In der tagessituativen Gestaltung des Qualifikations- und Kompetenzmixes gibt es deshalb wenig Raum, die Ursachen von Fehlern und deren Vermeidung im Team zu bearbeiten.

Im teilautonomen Teammodell dagegen fördert eine offene Fehlerkultur den Austausch und die Reflexion im Team. PFP tragen die Verantwortung für die Risikopotenzialanalysen ihrer Bewohnerinnen und Bewohner und sind eng in die direkte Pflege eingebunden. Strukturen wie die RACI-Matrix und regelmäßige Kleinteam- und Einzelgespräche schaffen eine klare Aufgabenverteilung, die eigenverantwortliches Handeln stärkt und eine proaktive Fehlerbearbeitung ermöglicht. Primary Nurses nehmen aktiv Einfluss auf ärztliche Entscheidungen beispielsweise bei der Medikation. Die Rolle des Wohnbereichsmanagers ist auf organisatorische und unterstützende Funktionen zur Steuerung der Pflegeprozesse der Kleinteams ausgerichtet, was eine entlastende Wirkung hat.

4.2.2 Umgang mit Vielfalt

Obwohl Vielfalt nicht als eigenständiger Untersuchungsgegenstand im Forschungsdesign verankert war, zeigte sich im Verlauf der Analysephasen, dass sprachliche, kulturelle und biografische Heterogenität eine zentrale Rolle im Arbeitsalltag der Langzeitpflege spielt. Vielfalt erwies sich als empirisch emergentes Strukturmerkmal, das beeinflusst, wie berufliche Handlungsspielräume entstehen, Teaminteraktionen gestaltet werden und Beruflichkeit auf individueller und organisationaler Ebene gelebt wird. Vor diesem Hintergrund wird im Folgenden aufgezeigt, wie Vielfalt in den untersuchten Einrichtungen zum Tragen kommt und welche Bedeutung sie für die Entwicklung von Beruflichkeit im Kontext unterschiedlicher Organisationsmodelle besitzt.

Eine Gemeinsamkeit in beiden Modellen ist die ausgeprägte Vielfalt der Herkunftsländer – sowohl bei den Mitarbeitenden als auch bei den Bewohnerinnen und Bewohnern –, die auf der individuellen und organisationalen Ebene der Beruflichkeit eine große Rolle spielt. Die Herkunftsländer der Mitarbeitenden haben eine große geografischen Spannweite, die Ost- und Südosteuropa, den Nahen Osten, Nord- und Zentralafrika sowie verschiedene asiatische Länder umfasst. Um diese Vielfalt als Potenzial in der Versorgung zu fördern, hat das Unternehmen eine Stabsstelle „Vielfalt“ eingerichtet, die Diversität und Interkulturalität systematisch weiterentwickelt.

Dabei stellt die sprachliche Kompetenz der Mitarbeitenden eine zentrale Herausforderung dar, wie eine Einrichtungsleitung betont, die zugleich auf einen Lösungsansatz verweist. In einem laufenden Projekt werde geprüft, ob die Dokumentation auf ein Minimum reduziert werden könne, um die Mitarbeitenden in Pflege und Betreuung zu entlasten. Ziel sei es, mehr Zeit für die direkte Arbeit mit den Bewohnerinnen und Bewohnern zu gewinnen. Nach Einschätzung der Einrichtungsleitung würde sich dadurch die Versorgungsqualität nicht verschlechtern; vielmehr stehe in der Langzeitpflege die Beziehungsarbeit im Vordergrund, die ohnehin nicht standardisiert werden könne, da jeder Tag andere Anforderungen stelle (L_PN_TB02, Pos. 33).

Das Beziehungsarbeit einen Teil der noch nicht vorhandenen Sprachkenntnisse kompensieren kann und zu kreativen Lösungen führt, wird in einer Mahlzeitsituation deutlich. Eine männliche Assistenzperson in Ausbildung ist afrikanischer Herkunft. Sie spricht gut verständlich deutsch, hat jedoch mit der Aussprache von Umlauten Schwierigkeiten und spricht „Rührei“ wie „Ruhrei“ aus. Daraufhin schaut ihn eine Bewohnerin fragend an und er wählt eine andere Formulierung: „Möchten Sie ‚geruhrte‘ Eier?“. Auch das versteht sie nicht und er sagt zu allen Bewohnerinnen und Bewohnern im Raum: „Es gibt heute Eier, die ‚geruhrt‘ werden.“ Dabei macht er eine kreisende Bewegung mit der Hand, was die Bewohnerin versteht und ein Rührei bestellt (L_BP_TB01, Pos. 40).

In einer Einrichtung hing an der Tür eines Bewohnerzimmers der Hinweis „Keine Kontrolle in der Nacht“. Die PFP, die aus einem nordafrikanischen Land stammt und sich in Anerkennung befindet, erläutert, dass dieser Wunsch von der Bewohnerin selbst geäußert worden sei und von ihr respektiert werde (L_BP_TB01, Pos. 41). Diese Situation macht deutlich, dass Vielfalt nicht nur unter den Mitarbeitenden, sondern auch unter den Bewohnerinnen und Bewohnern eine zentrale Rolle spielt.

Selbstbestimmung gewinnt vor diesem Hintergrund besondere Bedeutung, da individuelle biografische Erfahrungen, kulturelle Prägungen und gesundheitliche Einschränkungen jeweils unterschiedliche Bedürfnisse hervorrufen – genau darauf verweist der Hinweis „Keine Kontrolle in der Nacht“ an der Zimmertür einer Bewohnerin. Die zuständige PFP respektierte diesen Wunsch nicht nur formal, sondern setzte ihn auch in ihrem alltäglichen Handeln empathisch und geduldig um, wie sich in den weiteren Beobachtungen zeigte. Trotz ihres sprachlichen Akzents kommunizierte sie ruhig und verständlich.

Dieses Beispiel verdeutlicht exemplarisch, dass Beziehungsarbeit in der Langzeitpflege einen wichtigen Rahmen schafft, in dem die vielfältige biogra-

fischen Hintergründe der Bewohnerinnen und Bewohner ernst genommen und in konkrete pflegerische Entscheidungen übersetzt werden.

Gleichzeitig berichten Mitarbeitende, dass fehlende Sprachkenntnisse die Pflegequalität im Einzelfall beeinträchtigen können, etwa wenn Maßnahmen der Behandlungspflege nicht nachvollzogen werden können (L_PN_FI06, Pos. 107) oder die Kommunikation mit Bewohnerinnen und Bewohnern erschwert ist (L_BP_FI08, Pos. 105). In solchen Situationen übernehmen häufig deutschsprachige Kolleginnen und Kollegen eine Vermittlerrolle. Eine Mitarbeiterin beschrieb auch, wie sie als Bindeglied zwischen mehrsprachigen Teams fungiert und den Kolleginnen und Kollegen ohne deutschen Hintergrund auch kulturelle Besonderheiten – etwa regionale Mentalitäten – vermittelt (L_PN_TB01, Pos. 27).

Die Fähigkeit, sprachliche und kulturelle Vielfalt konstruktiv in den Arbeitsalltag einzubinden, ist Teil der Unternehmenskultur. Offenheit gilt als grundlegende Voraussetzung und Führungskräfte berichten, dass Mitarbeitende, die damit nicht zurechtkommen, das Unternehmen langfristig verlassen (L_PN_TB03, Pos. 38). Bewerberinnen und Bewerber werden grundsätzlich zu einem persönlichen Gespräch eingeladen, um zu prüfen, ob sie zur Teamkultur passen (L_PN_TB02, Pos. 27).

Trotz der Unterschiede zwischen verschiedenen Wohnbereichen und Modellen zeigt sich, dass eine offene und vielfaltsbewusste Organisationskultur, die dem Team Raum zum Ausprobieren und gemeinsamen Lernen lässt, ein Faktor ist, der sich positiv auf die Steuerung und Gestaltung des Qualifikations- und Kompetenzmixes in der Langzeitpflege auswirkt.

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse, dass Vielfalt in den untersuchten Einrichtungen ein wesentlicher Bestandteil gelebter Beruflichkeit ist. Auf der individuellen Ebene entfaltet sie sich in der Fähigkeit der Mitarbeitenden, sprachliche und kulturelle Unterschiede durch Einfühlungsvermögen, Beziehungsarbeit und kreative Kommunikationsformen zu überbrücken. Betrieblich wird Beruflichkeit durch eine Organisationskultur gestützt, die Vielfalt als Ressource begreift, Lernprozesse ermöglicht und situatives Führungsverhalten fördert. Diese Haltung stärkt den Zusammenhalt im Team und erweitert kollektive Handlungsspielräume.

Auf der gesellschaftlich-politischen Ebene wird erkennbar, dass Migrations- und Anerkennungsverfahren, Sprachkompetenz und rechtliche Rahmenbedingungen den Zugang zur Pflegepraxis prägen und damit Teil der Aushandlung beruflicher Positionierungen sind. So wird Vielfalt zu einer Dimension von Beruflichkeit, in der individuelle Professionalität, organisationale Lernkultur und gesellschaftliche Teilhabe miteinander verschränkt sind.

4.2.3 Image und Berufsstolz

Das Image der Langzeitpflege ist von zahlreichen Vorurteilen und Missverständnissen geprägt. Pflegeberufe werden selten positiv dargestellt und teils unterschätzt, insbesondere die direkte körperbezogene Pflege, obwohl sie der Kern pflegerischen Handelns ist:

„Das Ansetzen an der Leiblichkeit des Betroffenen (und nicht nur an seinem Körper) und die fürsorgende und fürsprechende Anteilnahme sind die pflegerische Domäne und grenzen sie ab von den anderen Professionen, begründen den ihr eigenen ‚Pflegerischen Blick‘.“ (Friesacher 2008, S. 236)

Diese pflegerische Domäne ist oft unsichtbar und entzieht sich einer einfachen ökonomischen oder evidenzbasierten Bewertung im Versorgungssystem. Ein zentrales Problem dabei ist, dass die öffentliche Wahrnehmung der Pflegebranche oft nicht durch PFP und Assistenzpersonen geprägt wird, sondern durch externe Stimmen, beispielsweise durch Angehörige. Dies kann zu einem verzerrten Bild führen:

„Die Frage ist: Wer macht diese Aussagen? Also wir als Pflegearbeiter oder Mitarbeiter machen ja bestimmt diese Aussagen nicht, dass ich sage jetzt irgendwo: ‚Ja, die Pflege macht mir nicht Spaß‘ oder dies und das, sondern das kommt immer von den Angehörigen. Die Angehörigen sind immer verschieden. Es gibt Leute, die können vollkommen verstehen, was wir hier leisten. Aber es gibt Leute, denen ist das nicht genug. Und diese Beschwerden, wenn die dann reinkommen in die Heime oder in die Kliniken ... durch diese Beschwerden oder Statistiken werden dann gewisse Statistiken gemacht und das kommt dann in die Medien.“ (L_BP_FI08, Pos. 99)

Ein weiteres Problem ist die mediale Berichterstattung, die häufig auf negativen Erlebnissen oder Beschwerden basiert, ohne die Perspektive der Mitarbeitenden in Pflege und Betreuung einzuholen. Deren Erfahrungen und Herausforderungen werden selten berücksichtigt, obwohl sie essenziell sind, um ein realistisches Bild von Pflegequalität und Arbeitsalltag in der Pflege zu vermitteln:

„Wir müssen jetzt zusammen die Pflege gehen, komplette Schicht machen und erst dann kann man sagen: ‚Okay, jetzt verstehe ich, was du meinst.‘“ (L_BP_FI08, Pos. 117)

Besonders schwierig ist es für Außenstehende, die physischen und psychischen Belastungen in der Pflege nachzuvollziehen. Pflegepersonen beschreiben ihre Arbeit oft als „Knochenjob“, der sowohl körperlich als auch mental

herausfordernd ist. Viele Menschen, die keinen direkten Bezug zur Pflege haben, können nur schwer begreifen, „was hier geleistet wird und was das für die Psyche und den Körper bedeutet“ (L_BP_FI09, Pos. 117).

Trotz dieser Herausforderungen gibt es positive Entwicklungen im Image des Pflegeberufs, der zunehmend als anspruchsvoll, aber auch als erfüllend wahrgenommen wird. Pflegepersonen erleben in ihrem Alltag, wie sie das Leben der zu Pflegenden verbessern, Fortschritte sichtbar machen und wertvolle Beziehungen aufbauen können. Besonders die persönliche Anerkennung durch Bewohnerinnen und Bewohner sowie Kolleginnen und Kollegen trägt dazu bei, dass viele von ihnen sich mit ihrem Beruf identifizieren und ihn als sinnstiftend erleben.

Gleichzeitig reagieren viele Pflegepersonen gelassen auf die bestehenden Vorurteile gegenüber ihrem Beruf:

„Überhaupt nicht, jeder kann denken und meinen, was er will. Ich denke mir nur: Wart mal 20, 30, 40 Jahre ab – vielleicht kommst du dann zu mir.“ (L_BP_FI09, Pos. 123)

Diese Haltung verdeutlicht die innere Stärke und den Berufsstolz, der in der Pflege trotz aller Schwierigkeiten vorhanden ist. Mit Berufsstolz ist das positive Selbstverständnis und die Wertschätzung gemeint, die PFP für ihren Beruf empfinden. Dieser Stolz wird durch die Erwartungen der Pflegeperson an sich selbst beeinflusst, durch vermutete oder geäußerte Erwartungen von zu Pflegenden, Angehörigen, Team oder Führungskraft und durch deren Bewertung der Dienstleistung, die wiederum gesellschaftlich gerahmt ist. All diese Bewertungen sind eingebettet in die Einrichtung und deren Image und Bild in der Öffentlichkeit.

Werden Erwartungen, Bewertungen und die Einrichtung von Beschäftigten positiv erlebt, entsteht individueller Stolz auf die Arbeit und den Beruf (Fuchs-Frohnhofer/Bessin 2019). Dieses Gefühl trägt maßgeblich zur Motivation, Arbeitszufriedenheit und Qualität der Pflege bei. Berufsstolz wiederum ist eng mit individuellem Engagement, Motivation und Arbeitszufriedenheit verbunden. Pflegepersonen mit ausgeprägtem Berufsstolz empfinden ihre Arbeit als wertvoll, bedeutend und gesellschaftlich relevant.

Trotz der Unterschiede in den beiden Modellen der Langzeitpflege lässt sich feststellen, dass PFP und Assistenzpersonen in beiden Systemen stolz auf ihre Arbeit sind und ihre Tätigkeit als sinnstiftend erleben:

„Ich bin stolz auf mich selber, dass ich das mache, weil das kann nicht jeder.“ (L_BP_FI11, Pos. 134)

Die hohe emotionale Bindung zu Bewohnerinnen und Bewohnern sowie die Wahrnehmung der eigenen Arbeit als gesellschaftlich wertvoller Beitrag tragen zum Berufsstolz bei. Pflegepersonen betonen Menschlichkeit und Personenzentrierung als zentrale Werte ihrer Tätigkeit.

Insgesamt verdeutlichen die Befunde, dass Berufsstolz und berufliches Selbstverständnis in der Langzeitpflege auf mehreren Ebenen verankert sind. Auf der individuellen Ebene gründet Beruflichkeit in der emotionalen Bindung zu den Bewohnerinnen und Bewohnern, im Erleben von Sinnhaftigkeit und in der Anerkennung durch das unmittelbare Umfeld. Betrieblich entsteht sie durch Teamkultur, kollegiale Wertschätzung und die Möglichkeit, pflegerische Kompetenz sichtbar einzubringen.

Auf der gesellschaftlichen Ebene wird Beruflichkeit durch öffentliche Wahrnehmung, mediale Diskurse und institutionelle Anerkennung geprägt – Faktoren, die häufig im Widerspruch zur alltäglichen Erfahrung der professionellen Pflege stehen. Trotz dieser Spannungen bleibt Berufsstolz ein zentrales Element der beruflichen Identität und stärkt Zugehörigkeit, Motivation und das Bewusstsein für die gesellschaftliche Bedeutung pflegerischer Arbeit.

4.2.4 Personenzentrierung, Wissens- und Handlungsformen

Eine zentrale Grundlage professioneller Pflegepraxis bildet die Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Wissens- und Handlungsformen. Diese werden im Rahmen der generalistischen Pflegeausbildung als theoretisch fundierte Bezugspunkte beschrieben, die verdeutlichen, auf welche Weise Pflegenden Wissen in Handlung umsetzen können (Fachkommission 2020a).

Die Wissens- und Handlungsformen entstammen der Berufs- und Pflegepädagogik sowie der Erkenntnistheorie professionellen Handelns und dienen dazu, die komplexen Anforderungen pflegerischer Arbeit differenziert zu beschreiben. Sie machen deutlich, dass Pflege nicht nur rational planbares Wissen bedeutet, sondern immer auch interpretativ, erfahrungsbezogen, subjektiv und kommunikativ geprägt ist.

Die Fachkommission Pflege (2020a) betont in diesem Zusammenhang, dass berufliche Handlungskompetenz in der Pflege nicht allein aus Wissen oder Fertigkeiten besteht, sondern aus dem Zusammenspiel verschiedener Wissens- und Handlungsformen. Diese werden als Grundlage für das professionelle Pflegehandeln beschrieben:

- Das *rational-analytische, kognitiv begründete Handeln* bezieht sich auf planendes, methodisches und theoretisch fundiertes Denken. Es basiert auf

wissenschaftlich gesichertem Wissen, pflegewissenschaftlichen Modellen, medizinischem Wissen und rechtlichen Rahmenbedingungen. Ziel ist ein sachlogisches und überprüfbares Vorgehen, wie es beispielsweise in der Pflegeplanung, Diagnostik oder Evaluation erforderlich ist.

- Das *Fallverstehen* bezeichnet dagegen ein interpretatives und verstehendes Handeln in konkreten Pflegesituationen. Pflege wird hier als individuelle Beziehung und kommunikativer Prozess verstanden. Im Mittelpunkt steht die Fähigkeit, die Bedeutung einer Situation aus der Perspektive der zu pflegenden Person zu erfassen, um angemessen und kontextsensibel handeln zu können.
- Das *subjektivierende Arbeitshandeln* verweist auf die Notwendigkeit, eigene Erfahrungen, Werte und Emotionen in die berufliche Handlung einzubeziehen. Pflegepersonen reflektieren ihre subjektive Perspektive, um professionell, aber zugleich empathisch und authentisch zu agieren. Ziel ist eine Balance zwischen professioneller Distanz und persönlicher Nähe, die sowohl fachliche Qualität als auch menschliche Zuwendung ermöglicht.
- Schließlich hebt die *Verständigungsorientierung* die kommunikative Dimension des Pflegehandelns hervor. Pflege wird dabei als interaktives, dialogisches Geschehen verstanden, das auf gegenseitiges Verstehen und gemeinsame Bedeutungsbildung ausgerichtet ist. Sie erfordert ein hohes Maß an kommunikativer Kompetenz, Empathie und Reflexionsfähigkeit im Umgang mit zu Pflegenden, Angehörigen und Kolleginnen und Kollegen.

Rational-analytisches, kognitiv begründetes Handeln

Das rational-analytische Handeln von PFP wird in der vorliegenden Studie vor allem in ihrem Umgang mit zu Pflegenden sichtbar. Es zeigt sich in der systematischen Anwendung von Fachwissen und in der Fähigkeit, pflegerische Entscheidungen begründet zu treffen und zu verantworten.

Im *teilautonom-personenzentrierten Teammodell* verknüpfen Primary und Associated Nurse ihr praktisches Handeln mit theoretischen Überlegungen und nutzen ihr Wissen, um den Gesundheitszustand der Bewohnerinnen und Bewohner gezielt zu beeinflussen. So werden ärztliche Anordnungen kritisch hinterfragt und, wo erforderlich, aktiv angepasst, etwa durch die Initiative zur Änderung einer Medikation oder die Überprüfung des Pflegegrads in Abstimmung mit der Leitung (L_PN_TB01, Pos. 31).

Im Unterschied dazu bleibt das Handeln im *tagessituativ-personenzentrierten Modell* stärker verrichtungsorientiert. Dort wird Fachwissen zwar einge-

setzt, aber seltener genutzt, um pflegerische oder medizinische Entscheidungen zu gestalten. Eine PFP beschreibt, dass sie in der Altenpflege bestimmte Maßnahmen wie das Messen der Sauerstoffsättigung nicht ohne ärztliche Anordnung durchführen darf, was sie als Einschränkung ihrer Fachlichkeit empfindet.

Das rational-analytische Handeln zeigt sich somit nicht nur in der Umsetzung pflegerischer Tätigkeiten, sondern auch im bewussten Umgang mit Wissen, Verantwortung und Entscheidungsspielräumen, und umfasst auch die Weitergabe dieses Wissens an Kolleginnen und Kollegen, insbesondere an Assistenzpersonen. PFP erklären nicht nur die Durchführung von Pflegemaßnahmen, sondern auch deren fachliche Begründung und fördern dadurch ein reflektiertes, wissensbasiertes Handeln im Team. Im tagessituativen Modell hängt diese Wissensvermittlung stark von der Schichtleitung ab, während die Primary Nurse im teilautonomen Teammodell durch strukturierte Kommunikation gezielt zur Entwicklung von Handlungskompetenz beiträgt.

Fallverstehen

Das Fallverstehen enthält ein umfangreiches Spektrum, das von der biografisch begründeten Bewältigung von Krisensituationen bei Bewohnerinnen und Bewohnern über die Erfüllung biografisch hergeleiteter Bedürfnisse, z.B. nach Teilhabe, Mobilitätsförderung oder Sturzprävention, bis hin zur Einbindung von Angehörigen in die gesundheitliche Versorgungsplanung und die Gestaltung von individuellen Abschiedsritualen im Falle von verstorbenen Bewohnerinnen und Bewohnern reicht.

In beiden Modellen liegt ein gemeinsames Fallverstehen im Team vor, das zu einem einheitlichen Umgang mit einzelnen Bewohnerinnen und Bewohnern führt. Beispielsweise verlangte ein gerontopsychiatrisch erkrankter Bewohner in der Wohnküche innerhalb weniger Minuten mehrmals zu rauchen. Alle drei dort tätigen Mitarbeitenden antworteten freundlich und zugewandt, dass er seine Zigarette zur vereinbarten Zeit bekomme und bis dahin noch etwas warten müsse.

Für die Einordnung eines Falls ist das „Dreieck von Biografie, institutionellem Kontext und professionellem Handeln“ (Ader 2006, S.229) relevant, das häufig einen Perspektivwechsel erfordert:

„Aber solche Situationen gibt es auch mit dementen Leuten. Die haben einen eigenen Film, die leben in einer eigenen Welt und man muss sich auf dieses Niveau einlassen zum Beispiel.“ (L_BP_FI08, Pos.75)

Diese Aussage einer PFP aus dem tagessituativen Modell steht für ein Fallverstehen, das ohne Einfühlung in die subjektive Situation von Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz und in ihre Wahrnehmung nicht möglich ist.

Im teilautonomen Teammodell zeigt sich Fallverstehen darin, dass Pflegepersonen den Rollator einer Bewohnerin mit Demenz, die immer wieder stürzte, weil sie den Rollator nicht benutzte, zusammen mit dem Ehemann zu einem Putzwagen umbauten. Dies knüpfte an ihre frühere Tätigkeit als Reinigungskraft an, sodass sie den Rollator nutzte und weitere Stürze verhindert wurden (L_PN_TB02, Pos. 32).

Subjektivierendes Arbeitshandeln

Implizites Wissen und subjektivierendes Arbeitshandeln prägen die alltägliche Pflegepraxis maßgeblich. PFP und Assistenzpersonen entwickeln im Verlauf ihrer beruflichen Erfahrung ein tiefes Verständnis für Situationen, Abläufe und Bewohnerinnen und Bewohner, das über formale Qualifikationen hinausgeht. Dieses Erfahrungswissen ermöglicht es ihnen, Handlungen intuitiv und zugleich verantwortungsvoll zu steuern. Eine PFP beschreibt diesen Lernprozess als schrittweise Entwicklung eines „guten Gefühls für die Aufgabe“, das Sicherheit und Orientierung im pflegerischen Alltag vermittelt (L_BP_FI10, Pos. 108).

Subjektivierendes Arbeitshandeln zeigt sich besonders in Situationen, die Flexibilität und situatives Abwägen erfordern. Eine Primary Nurse berichtet, dass sie Entscheidungen bei psychisch veränderten Bewohnerinnen und Bewohnern spontan trifft und je nach Stimmung und Belastung der Betroffenen Prioritäten setzt, etwa indem sie zunächst medizinische Maßnahmen wie Blutzuckermessung durchführt und die Körperpflege später nachholt (L_PN_TB01, Pos. 14). Solche Entscheidungen beruhen auf situativem Erfahrungswissen, das nicht explizit erlernt, sondern durch Praxis und Reflexion erworben wird.

Das implizite Wissen der Pflegenden umfasst auch die soziale und emotionale Dimension – das Gespür für angemessene Nähe und Distanz, das Bewusstsein für eine wohnliche Atmosphäre in der Einrichtung und die Fähigkeit, das eigene Handeln fortlaufend an die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner anzupassen. In beiden untersuchten Modellen wird diese Balance als Teil der professionellen Haltung verstanden und regelmäßig im Team reflektiert. Damit bildet implizites Wissen eine zentrale Grundlage für berufliche Handlungsfähigkeit, die individuelle Erfahrung und kollektive Aushandlung verbindet.

Verständigungsorientierung

Verständigungsorientierung ist ein zentrales Element pflegerischen Handelns. PFP und Assistenzpersonen beziehen Bewohnerinnen und Bewohner sowie Kolleginnen und Kollegen aktiv in Entscheidungen und Handlungsprozesse ein – auch wenn kognitive Einschränkungen bestehen. Dabei erfordert Pflege emotionale Stärke, Einfühlungsvermögen und kommunikative Sensibilität. Eine PFP beschreibt diese Herausforderung treffend:

„Natürlich gibt es auch viele Emotionen. Leute sterben auch, Leute werden krank, manche sind wegen anderen Sachen traurig und man muss auch diese Kompetenz haben, auf die Leute zuzugehen, mit denen zu sprechen, herauszufinden, was ist das Problem, was hat der Bewohner oder der Patient. [...] Man soll auch mit Herz arbeiten und auch viel mit Verstand und wenn man diese Mischung hat, glaube ich, kann man seinen Job sehr gut durchführen.“
(L_BP_FI08, Pos. 11)

Die Herz-Metapher verweist auf den fürsorglichen und empathischen Anteil der Pflegearbeit – eine Dimension, die sich der quantitativen Erfassung entzieht, aber wesentlich zur Qualität der Beziehung beiträgt. In den Beobachtungen wird diese Haltung z. B. greifbar, wenn eine Pflegehelferin eine emotional erregte Bewohnerin beruhigt, sie zärtlich berührt und in Dialog mit ihr tritt (L_PN_TB03, Pos. 48). Verständigungsorientierung äußert sich auch im respektvollen Umgang mit individuellen Bedürfnissen wie dem Wunsch nach Privatsphäre, der durch den bereits erwähnten Hinweis „Keine Kontrolle in der Nacht“ an der Zimmertür sichtbar wird (L_PN_TB04, Pos. 41).

Im professionellen Verständnis umfasst Verständigungsorientierung Beziehungsgestaltung, empathische Kommunikation, Teilhabe und emotionale Präsenz. Sie bildet – neben rational-analytischem Handeln, Fallverstehen und subjektivierendem Arbeitshandeln – eine zentrale Dimension der individuellen Beruflichkeit. PFP richten ihr Handeln dabei am subjektiven Erleben und den Deutungsmustern der zu pflegenden Menschen aus und begegnen ihnen achtsam, wertschätzend und kongruent (Fachkommission 2020b).

Im Vergleich der untersuchten Modelle wird deutlich, dass Verständigungsorientierung im tagessituativen Modell stark von der persönlichen Haltung und Kommunikationsfähigkeit der Mitarbeitenden abhängt. Im teil-autonomen Teammodell hingegen wird Verständigungsorientierung gezielt gefördert – durch die fachliche Steuerung der Primary Nurse, regelmäßige Reflexion und strukturierte Kommunikationsprozesse.

Personenzentrierung

Personenzentrierung stellt eine übergreifende Dimension pflegerischer Beruflichkeit dar, in der sich fachliche Kompetenz, kommunikative Sensibilität und Verantwortungsbewusstsein verbinden. PFP verstehen ihre Arbeit nicht nur als Ausführung fachlicher Aufgaben, sondern als ganzheitliches Beziehungs- und Verantwortungsfeld. Ziel ist es, die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner und die Zusammenarbeit im Team in Einklang miteinander zu bringen.

Eine PFP beschreibt, wie sich berufliche Zufriedenheit und Verantwortung gegenseitig bedingen:

„Wenn ich am Ende des Dienstes jetzt zufriedene Kollegen halt sehe, wenn mein Dienst jetzt ohne Konflikt ausgegangen ist [...]. Dass ich weiß, dass ich nach Hause zufrieden komme, ohne Kopfschmerzen oder ohne Denken, ob ich was vergessen habe oder falsch gemacht habe.“ (L_PN_FI05, Pos. 69)

Diese Aussage verweist auf eine Haltung, die berufliche Verantwortung, Teamorientierung und Beziehungsarbeit miteinander verknüpft. Personenzentrierung zeigt sich hier nicht nur im Umgang mit den Bewohnerinnen und Bewohnern, sondern auch in der Art, wie PFP Fürsorge, Kommunikation und Reflexion innerhalb des Teams gestalten. Der soziale Kontakt zu den Kolleginnen und Kollegen und den zu Pflegenden wird als wesentlicher Bestandteil des professionellen Selbstverständnisses erlebt:

„Ich muss unter Menschen sein. Das sind auch Bewohner und meine Kollegen. Das ist mir wichtig.“ (L_PNS_FI05, Pos. 107)

Offenheit für Rückmeldungen und die Bereitschaft, aus Kritik zu lernen, werden als Voraussetzung für berufliche Entwicklung verstanden:

„Ich bin sehr offen, kritisch, sage ich mal. Ich nehme Kritik auf, weil dadurch kann man sich ja nur verbessern.“ (L_PN_FI06, Pos. 33)

Pflege wird von vielen Fachpersonen als zutiefst menschliche und beziehungsorientierte Tätigkeit verstanden, die Rationalität und Empathie vereint:

„Pflege ist wie eine Humanität [...]. Das ist wie eine Beziehung, die wir mit den Bewohnern haben. Das muss man den jungen Menschen sagen, dann können sie lernen, diesen Beruf zu lieben.“ (L_BP_FI10, Pos. 123)

In dieser Aussage wird deutlich, dass Personenzentrierung nicht nur eine Methode ist, sondern eine Haltung. Sie umfasst die Fähigkeit, Beziehungen

wertschätzend zu gestalten, Verantwortung zu übernehmen und berufliches Handeln kontinuierlich zu reflektieren. Damit bildet sie den verbindenden Rahmen für die vier zuvor beschriebenen Handlungs- und Wissensformen und macht deutlich, dass Beruflichkeit in der Pflege wesentlich durch personale und relationale Bezüge verwirklicht wird.

4.2.5 Selbstwirksamkeit und Kompetenzerleben

Die Selbstwirksamkeit von Pflegepersonen ist ein zentrales Element ihrer beruflichen Identität und prägt ihr Empfinden von Handlungskompetenz maßgeblich. Nach Bandura (1994) beschreibt Selbstwirksamkeit das Vertrauen in die eigene Fähigkeit, durch gezielte Handlungen bestimmte Ergebnisse zu erzielen. In den untersuchten Modellen wird dieses Empfinden durch verschiedene strukturelle und organisatorische Faktoren beeinflusst.

Im *teilautonomen Teammodell* zeigt sich eine hohe Selbstwirksamkeit insbesondere durch die ausgeprägte Fachlichkeit und Personenzentrierung, klare Strukturen, umfassende Kommunikation und eine starke Partizipation an Entscheidungsprozessen. PFP sind eng in medizinische und organisatorische Abläufe eingebunden, was ihre Eigenverantwortung und ihr Bewusstsein für den eigenen Einfluss stärkt.

Die enge Zusammenarbeit zwischen ihnen und dem Wohnbereichsmanager fördert das Erleben von Selbstwirksamkeit zusätzlich. Gemeinsame Beratungen und Abstimmungen ermöglichen direkte Einflussnahmen auf die Versorgung, beispielsweise bei der Anpassung der Medikation oder der individuellen Pflegeplanung. Diese Mitgestaltungsmöglichkeiten erhöhen die Kontrolle über den Arbeitsalltag und wirken sich positiv auf die Motivation aus.

Ein weiterer Aspekt ist die Einbindung der Assistenzpersonen in komplexe Aufgabenfelder. Anstatt ihre Aufgaben auf Routinetätigkeiten zu beschränken, sind Assistenzpersonen aktiv in herausfordernde Pflegeprozesse eingebunden. So beschreibt eine Beobachtung, wie eine Pflegeassistentin einfühlsam auf eine weinende Bewohnerin zugeht, sie liebevoll anspricht und beruhigt (L_PN_TB03, Pos.48). Solche Erfahrungen führen nicht nur zu Kompetenzzuwachs, sondern stärken auch das Selbstwirksamkeitserleben, da die Assistenzpersonen ihre Fähigkeiten weiterentwickeln und deren Wirkung unmittelbar wahrnehmen können.

Allerdings bringt die große Verantwortung als Primary Nurse, die Entscheidungen häufig eigenständig trifft und allein tragen muss, auch He-

rausforderungen mit sich. Die Alleinverantwortung kann belastend sein, insbesondere in unvorhergesehenen Situationen oder bei schwierigen Entscheidungen.

Im *tagessituativen Modell* stützt sich die Selbstwirksamkeit der PFP auf die Verantwortung für die Steuerung der Schicht und die Aufgabendelegation. Für diese empfundene Alleinverantwortung wird keine Unterstützung durch die Führungskraft wahrgenommen:

„Ich bin die Fachkraft und der Nächsthöhere ist die Wohnbereichsleitung, die sowieso viel zu tun hat.“ (L_BP_FI08, Pos. 19)

Eine Ursache für diese Wahrnehmung kann die Übernahme von pflegerischen Aufgaben durch die Wohnbereichsleitung sein, die den PFP eine beratende und unterstützende Führungsrolle erschwert. Im Bereich der medizinischen Versorgung, insbesondere beim Wundmanagement, wird deutlich, dass PFP zwar über die notwendigen Kompetenzen verfügen, diese aber aus leistungsrechtlichen Gründen nicht einsetzen können (siehe Kapitel 4.2.1).

Assistenzpersonen erleben sich durch die Zufriedenheit, die die Bewohnerinnen und Bewohner zeigen oder äußern, als selbstwirksam. Dies ist ihr Anreiz für den lebensweltlich personenzentrierten Umgang, was eine Pflegeassistentin folgendermaßen auf den Punkt bringt: Für die Arbeit in der Pflege brauche es „Geduld, Nerven und Liebe zu den Menschen“ (L_BP_FI11, Pos. 128).

Die flexible Zuteilung von Aufgaben ist häufig belastend; der ständige Wechsel zwischen verschiedenen Tätigkeiten und Bereichen wird als anstrengend beschrieben. Im Gegensatz dazu werden klar definierte Aufgabenbereiche als positiv wahrgenommen, da sie Sicherheit und Orientierung bieten. „Ich weiß, was meine Arbeit ist, und stehe dahinter“, betont eine Pflegeassistentin (L_BP_FI11, Pos. 98). Diese Aussage verdeutlicht, dass eine klare Aufgabenverteilung die Zufriedenheit und Selbstwirksamkeitsüberzeugung von Assistenzpersonen stärkt.

Im Kontext von Beruflichkeit verweist dieses Zusammenspiel von Fachwissen, Entscheidungsfähigkeit und emotionaler Stabilität auf ein ausgeprägtes Erleben von Selbstwirksamkeit. PFP erfahren sich als kompetent und handlungsfähig, wenn sie auch in Belastungssituationen die Kontrolle über ihr Tun behalten und ihre Entscheidungen begründet vertreten können. Die Fähigkeit, berufliche Anforderungen eigenständig zu strukturieren und emotionale Distanz zu wahren, stärkt zugleich das Vertrauen in die eigene Wirksamkeit. Damit wird deutlich, dass Selbstwirksamkeitserfahrungen in der Pflege nicht allein auf fachlichem Wissen beruhen, sondern in der gelunge-

nen Verbindung von Erfahrung, emotionaler Balance und reflektiertem Handeln entstehen.

Gemeinsam ist beiden Modellen ist ein hohes Maß an emotionaler Stabilität und Belastbarkeit der PFP. Diese müssen nicht nur über solides Wissen verfügen, sondern auch in der Lage sein, Entscheidungen eigenständig zu treffen und mit Überzeugung zu vertreten. „Man muss wissen, was man macht, und hinter seinen Entscheidungen stehen“, betont eine PFP (L_BP_FI09, Pos. 13).

PFP sind täglich mit herausfordernden und oft belastenden Situationen konfrontiert, ohne dabei ihre psychische Ausgeglichenheit zu verlieren. „Mit den Nerven muss man gut stabil sein“, beschreibt eine PFP diese Anforderung (L_BP_FI09, Pos. 13). Um die eigene mentale Gesundheit zu schützen, ist eine klare Trennung zwischen Beruf und Privatleben wichtig. So achten auch Assistenzpersonen darauf, private Sorgen nicht mit in den Arbeitsalltag zu nehmen und umgekehrt berufliche Belastungen nicht ins Privatleben zu übertragen:

„Ich lasse private Probleme zu Hause.“ (L_PN_FI03, Pos. 59)

Auch der bewusste Umgang mit Stress gehört zu den zentralen Ressourcen im Pflegeberuf. Strategien wie Achtsamkeit, innere Ruhe und feste Routinen unterstützen Pflegepersonen dabei, Prioritäten zu setzen und in schwierigen Situationen professionell zu handeln. „Innere Ruhe hilft, auch stressige Tage zu bewältigen“, beschreibt eine PFP ihre Herangehensweise (L_PN_FI06, Pos. 13).

Darüber hinaus spielt Erfahrungswissen eine große Rolle: Mit den Jahren entwickeln PFP ein Gespür für ihre Aufgaben und lernen, Situationen schnell und angemessen einzuschätzen. „Man entwickelt ein Gefühl für die Aufgaben“, so eine PFP (L_BP_FI10, Pos. 108).

Berufsstolz und Selbstwirksamkeit

Berufsstolz und Selbstwirksamkeit werden in der Literatur häufig gemeinsam genannt und als eine Ressource professionellen Handelns verstanden, bezeichnen jedoch unterschiedliche Dimensionen.

Berufsstolz beschreibt das positive Selbstverständnis einer beruflichen Gruppe und die individuelle Identifikation mit dem eigenen Beruf. Er entsteht wesentlich durch soziale Anerkennung, kollektive Zugehörigkeit und gesellschaftliche Wertzuschreibungen (Fuchs-Frohnhofen/Bessin 2019).

Selbstwirksamkeit dagegen ist ein handlungspsychologisches Konzept und bezeichnet das Vertrauen in die eigene Fähigkeit, berufliche Anforderungen erfolgreich bewältigen zu können (Bandura 1994).

Während Berufsstolz somit stärker auf die soziale und kollektive Ebene beruflicher Identität verweist, bezieht sich Selbstwirksamkeit auf die subjektive Dimension beruflicher Handlungskompetenz. Beide Konzepte wirken wechselseitig aufeinander, bleiben jedoch theoretisch unterscheidbar.

4.2.6 Lernen und Entwicklung

Fort- und Weiterbildungen spielen eine zentrale Rolle in der Pflegepraxis und werden von PFP als bedeutende Ressource für die berufliche Entwicklung wahrgenommen. Dies gilt für beide untersuchte Modelle. Während Fortbildungen vor allem der Aktualisierung bestehender Kenntnisse dienen, eröffnen Weiterbildungen die Möglichkeit zur Erweiterung von Qualifikationen und zur persönlichen wie professionellen Weiterentwicklung. Besonders geschätzt wird das breite Angebot an Schulungen und Projekten, die der Träger bereitstellt. So hebt eine Wohnbereichsleitung die hohe Qualität der Angebote hervor:

„Die verlangen von uns viel, die geben uns viel. Es gibt zahlreiche Schulungen – von Arbeitssicherheit bis hin zu Medizinprodukte- oder Hygieneschulungen – und das regelmäßig. Andere Heime bieten das nicht in dieser Form.“ (L_BP_FI07, Pos. 17)

Diese Vielfalt ermöglicht es, gezielt auf unterschiedliche Qualifikationsstufen einzugehen und sowohl Fachkräfte als auch Assistenzpersonen in ihrer Entwicklung zu unterstützen. Zentrale Bedeutung hat dabei das Lernen im Prozess der Arbeit (Dehnbostel 2022).

Neben formalen Schulungen werden Kompetenzen besonders durch informelle Lernprozesse wie Erfahrungslernen und situiertes Lernen aufgebaut. Erfahrungslernen entsteht durch Handeln in herausfordernden Situationen und wird vor allem dann wirksam, wenn das Erlebte als subjektiv bedeutsam reflektiert wird. Situirtes Lernen erfolgt im sozialen Kontext des Teams, in dem Wissen durch Interaktion und kollegialen Austausch vermittelt wird.

Kompetenzentwicklung geschieht in zahlreichen Facetten des Pflegealltags – in der Teamarbeit, der Reflexion beruflicher Situationen, der Vielfalt

der Aufgaben, der Bewältigung von Notfällen und im interkulturellen Austausch in heterogen zusammengesetzten Teams. Auch die Einführung neuer Technologien und die Einarbeitung neuer Kolleginnen und Kollegen erfordern die Reflexion bestehender Routinen und fördern das Lernen. Eine zentrale Rolle kommt dabei informellen Mentoring-Prozessen zu, in denen erfahrene Pflegepersonen neue Mitarbeitende gezielt in spezifische Verfahren einführen.

Die Befragten verweisen zudem auf ein strukturiertes, intern verankertes Fort- und Weiterbildungsangebot, das durch einen systematischen Aufbau gekennzeichnet ist und eine zielgerichtete Kompetenzentwicklung unterstützt, deren Elemente aufeinander abgestimmt sind. Engagierte Assistenzpersonen werden gezielt zu Fortbildungen geschickt, beim Lernen im Arbeitsprozess unterstützt und zur Aufnahme einer Fachkraftausbildung motiviert – ein wichtiger Beitrag zur Fachkräftesicherung:

„Von meiner Station letztes Jahr habe ich zwei Pflegehelferinnen, die jetzt mit Generalistik [...] angefangen haben [...]. Wo sie sich die ganze Zeit als engagiert gezeigt haben und wo sie dann auch Wunsch geäußert haben, dass sie die Ausbildung machen. Und klar entscheiden wir dann uns auch für diese Leute, dass wir vielleicht die halt dann intern auch übernehmen, dass sie da halt bei uns bleiben.“ (L_PN_FI01, Pos. 23)

Assistenzpersonen profitieren demnach besonders von solchen Lernprozessen. Durch den Wechsel zwischen verschiedenen Wohnbereichen, das eigenständige Übernehmen von Aufgaben und gezielte Anleitung durch erfahrene Kolleginnen und Kollegen erweitern sie kontinuierlich ihre Kompetenzen. Ein Beispiel für einen solchen Lernprozess ist die Strategie, neue Begriffe aufzuschreiben und in der Pause in die eigene Muttersprache zu übersetzen (L_PN_FI06, Pos. 68). Geduldige Begleitung durch PFP und Führungskräfte schafft hier die Grundlage für sprachliche und fachliche Weiterentwicklung.

Neben der fachlichen Entwicklung fördern solche Lernprozesse auch soziale Kompetenzen. Viele Assistenzpersonen berichten, dass sie sich durch ihre Tätigkeit als wirksam empfinden und ihre Fähigkeit zur Beziehungsgestaltung deutlich gestärkt haben:

„Früher konnte ich nicht gut mit Menschen sprechen oder schnell eine Beziehung aufbauen. Jetzt kann ich das mit den Patienten.“ (L_BP_FI10, Pos. 137)

Für eine nachhaltige Kompetenzentwicklung sind jedoch strukturelle Rahmenbedingungen entscheidend. Zeit, Geduld und die transparente Darstellung der Vorteile von Fort- und Weiterbildung müssen gewährleistet sein. Eine offene Haltung gegenüber Kritik und Neugier auf Neues bilden die

Grundlage, damit Lernprozesse nicht nur individuell, sondern auch im Team erfolgreich verlaufen:

„Wenn Kollegen neugierig sind, kann Wissen weitergegeben werden. Und Kritik hilft, den Menschen und das Team zu verbessern.“ (L_PN_F106, Pos. 25–31)

Zusammenfassend zeigt sich, dass Kompetenzentwicklung in der Pflege auf mehreren Ebenen stattfindet; neben formalen Schulungen ist das Lernen im Arbeitsprozess zentral. Reflektierte Erfahrungen, kollegialer Austausch und eine offene Lernkultur tragen wesentlich zur Kompetenzentwicklung bei. Hierfür sind die Bedingungen im teilautonomen Teammodell mit seinen strukturierten Kommunikationswegen günstiger als im tagessituativen Modell.

Kompetenzentwicklung stärkt zugleich die individuelle Beruflichkeit, indem sie Handlungsfähigkeit, Selbstwirksamkeit und Reflexionsfähigkeit fördert. Auf organisationaler Ebene trägt sie zur Professionalisierung der Pflege bei, indem sie Erfahrungswissen, Verantwortung und Lernprozesse als integrale Bestandteile beruflicher Praxis sichtbar macht.

4.2.7 Berufliche Sozialisation und Identität in der Pflege

Berufliche Sozialisation beschreibt den Prozess, in dem Individuen die Werte, Normen und Praktiken ihres Berufs übernehmen und verinnerlichen. Sie verläuft im Spannungsfeld zwischen strukturellen Vorgaben und individuellen Aneignungsprozessen (Lempert 2006; Klement 2016). In der Pflege ist dieser Prozess stark durch organisatorische Rahmenbedingungen geprägt, die definieren, welche Formen von Eigenverantwortung und Gestaltungsspielräume möglich sind. Hier zeigen sich zwischen den untersuchten Modellen deutliche Unterschiede.

Im teilautonomen Teammodell erfolgt die Sozialisation primär über Eigenverantwortung, Reflexivität und den direkten Kontakt zu Bewohnerinnen und Bewohnern. PFP und Assistenzpersonen übernehmen die Verantwortung für „ihre“ zu Pflegenden und erleben dadurch ein hohes Maß an Selbstwirksamkeit. Fehler werden nicht primär als Defizite betrachtet, sondern als Lerngelegenheiten, die Reflexion und Weiterentwicklung fördern.

Im Gegensatz dazu ist die Sozialisation im tagessituativen Modell stärker hierarchisch geprägt. PFP wie Assistenzpersonen agieren überwiegend als ausführende Kräfte, während Verantwortung delegiert wird und Entschei-

dungsprozesse klar strukturiert sind. Diese Organisation führt dazu, dass die Mitarbeitenden sich eher als Teil eines kollektiven Pflegekörpers verstehen und individuelle Gestaltungsmöglichkeiten in den Hintergrund treten.

Während das teilautonome Teammodell eine aktive und eigenverantwortliche Aneignung beruflicher Werte unterstützt, fördert das tagessituative Modell eine kollektive Subjektivierung (Fischer et al. 2020). In diesem Kontext definieren sich Mitarbeitende weniger über persönliche Kompetenzen, sondern stärker über den gemeinsam bewältigten Arbeitsablauf in einer Schicht.

Auch der Personalmix spielt eine zentrale Rolle für die Sozialisation. Marschall (2021) betont, dass der Habitus von Pflegepersonen nicht nur durch die Arbeitsorganisation, sondern auch durch die Zusammensetzung des Teams geprägt wird. In interdisziplinären Teams aus Pflegeassistenten, Pflegefachkräften und Therapeutinnen und Therapeuten entwickelt sich eine spezifische berufliche Praxis, die unterschiedliche Werte und Normen vermittelt.

Eng verbunden mit der Sozialisation ist die berufliche Identität, die beschreibt, wie Pflegepersonen sich selbst in ihrer Rolle wahrnehmen. Sie entsteht im Laufe eines langfristigen Prozesses, der durch Ausbildung, Berufserfahrung, Anerkennung und die strukturellen Bedingungen der Organisation geprägt ist (Holland 1997; Heinzer/Reichenbach 2013). Während der Begriff Berufsstolz das positive Selbstverständnis und die Wertschätzung für die eigene Tätigkeit beschreibt, umfasst berufliche Identität darüber hinaus auch Werte, Normen, Rollenbilder und Erwartungen an die eigene Arbeit.

Im teilautonomen Teammodell erleben Mitarbeitende ihre Arbeit oft als sinn- und identitätsstiftend. Die Verantwortung für den gesamten Pflegeprozess stärkt die Wahrnehmung der eigenen Fachlichkeit und vermittelt das Gefühl, einen wichtigen Beitrag zu leisten:

„Ich bin froh, dass ich etwas für meine Bewohner getan habe, sodass sie lächeln und zufrieden sind.“ (L_PN_FI03, Pos. 59)

PFP nehmen sich hier als *Gestalterinnen und Gestalter* wahr, die Verantwortung übernehmen und eine aktive Führungsrolle im Team einnehmen:

„Ich bin als Führungsrolle da und schaue, dass ich meine Gruppe gut führe.“ (L_PN_FI05, Pos. 9)

Im tagessituativen Modell hingegen definieren sich PFP stärker über ihre Rolle innerhalb der Hierarchie und erleben ihre Arbeit häufig als weniger anerkannt. Sie verstehen sich eher als *Vorarbeiterinnen und Vorarbeiter*, die orga-

nisatorische Aufgaben übernehmen und die Verantwortung nach oben weitergeben:

„Wenn jemand, der am Schreibtisch sitzt, eine höhere Position hat als ich und mir sagt: ‚Bitte mach das‘, dann muss ich das akzeptieren.“ (L_BP_FI08, Pos. 95)

Die berufliche Identität in der Pflege ist somit eng mit den strukturellen Rahmenbedingungen und der jeweiligen Modelle verknüpft. Während das teilautonome Teammodell Eigenverantwortung und Reflexivität fördert, ist die Identitätsentwicklung im tagessituativen Modell stärker durch Hierarchie und funktionale Ablauforganisation geprägt.

4.2.8 Akademisierung in der Langzeitpflege

In den Interviews zeigte sich, dass sowohl Führungs- als auch Fach- und Assistenzpersonen einer Akademisierung in der Langzeitpflege positiv gegenüberstehen. Die Zusammenarbeit zwischen akademisch ausgebildeten PFP und solchen mit berufspraktischer Erfahrung kann dazu beitragen, die Vorteile eines wissenschaftlich fundierten Pflegeansatzes in der Praxis sichtbar zu machen.

Ein zentraler Aspekt in diesem Zusammenhang ist die Notwendigkeit, dass Studierende frühzeitig Praxiserfahrung sammeln – insbesondere in der Langzeitpflege. Neben fundiertem Fachwissen und der Kompetenz, die Langzeitpflege wissenschaftsbasiert weiterzuentwickeln, sind Fallverstehen, subjektivierendes Arbeitshandeln und Verständigungsorientierung zentral für personenzentriertes Handeln.

Aus Sicht der interviewten Pflegenden ist es essenziell, dass Studierende die Möglichkeit erhalten, ihre theoretischen Kenntnisse in der Praxis anzuwenden und zu vertiefen – die anspruchsvolle Praxis der Langzeitpflege macht diese zu einem idealen Lernfeld für angehende Pflegefachkräfte. Gleichzeitig wird betont, dass es einen größeren Anteil an akademisch qualifizierten Pflegepersonen geben sollte, um die Professionalität im Pflegebereich zu steigern.

Um festzulegen, in welchen Bereichen und in welcher Funktion diese Fachkräfte eingesetzt werden, bedarf es klarer Konzepte und Strategien. Die Einbindung akademisch ausgebildeter Pflegepersonen sollte so gestaltet sein, dass sie einen echten Mehrwert für die Praxis bringt und zur Verbesserung der Versorgungsqualität beiträgt. Eine Führungskraft bringt es so auf den Punkt:

„Weil wir können von jemandem mit akademischer Ausbildung dann auch, sage ich mal, keinen Nachteil haben, sondern nur profitieren. Dann muss man auch so ein bisschen umdenken, aber ich glaube, dass viele das nicht anerkennen und diese Professionalisierung der Pflege nicht verstehen und nicht akzeptieren, sondern dass sie tatsächlich bleiben bei dem Waschen, Essen, Duschen, wie auch immer. Und das ist, glaube ich, das Problem. Sie können es nicht akzeptieren, dass jetzt Pflege eine Wissenschaft ist.“ (L_PN_FI01, Pos. 145)

Die Interviews verdeutlichen, dass Führungskräfte, PFP und Assistenzkräfte einer Akademisierung in der Langzeitpflege grundsätzlich aufgeschlossen gegenüberstehen. Auf individueller Ebene wird sie als Möglichkeit gesehen, fachliches Wissen zu vertiefen und mit reflektiertem, verstehensorientiertem und personenzentriertem Handeln zu verbinden. Auf betrieblicher Ebene eröffnet der Einsatz akademisch qualifizierter Pflegepersonen neue Impulse für Qualitätssicherung, Wissensweitergabe und die Weiterentwicklung pflegerischer Praxis – vorausgesetzt, ihre Aufgaben und Zuständigkeiten werden klar definiert und sinnvoll in die Arbeitsorganisation eingebunden.

Auf gesellschaftlich-politischer Ebene trägt die Akademisierung dazu bei, Pflege als wissensbasiertes Handlungsfeld sichtbarer zu machen und ihre Bedeutung im Versorgungssystem aufzuwerten. Damit unterstützt sie durch die Verbindung von wissenschaftlicher Fundierung, praktischer Erfahrung und personenzentriertem Handeln auch die Weiterentwicklung von Beruflichkeit in der Langzeitpflege.

4.3 Zwischenfazit: Personalmix und Beruflichkeit in der stationären Langzeitpflege

Die Analyse der beiden Wohnbereiche und die daraus abgeleiteten Modelle zur Organisation des Qualifikations- und Kompetenzmixes verdeutlichen, wie unterschiedlich Arbeitsorganisation, Verantwortungsübernahme und Teamstrukturen die Ausprägung von Beruflichkeit und beruflicher Identität in der Langzeitpflege beeinflussen. Beruflichkeit erweist sich dabei als mehrdimensionales Konzept, das weit über formale Qualifikationen und funktionale Aufgaben hinausgeht.

Sie umfasst – wie Kraus (2024) betont – die individuelle Aneignung von Werten, Normen und Handlungspraktiken, die emotionale Bindung an den Beruf und die gesellschaftliche Anerkennung der Tätigkeit. Beruflichkeit ist somit immer auch ein Prozess der Subjektivierung – sie bestimmt, wie Pflegepersonen ihre Rolle verstehen, Verantwortung übernehmen und sich als Teil

eines größeren organisationalen und gesellschaftlichen Zusammenhangs begreifen.

Im *teilautonomen Teammodell* ermöglicht die Arbeitsorganisation PFP und Assistenzpersonen ein hohes Maß an Eigenverantwortung und Gestaltungsspielraum. PFP steuern den gesamten Pflegeprozess für „ihre“ Bewohnerinnen und Bewohner, treffen Entscheidungen eigenständig und fungieren als fachliche Bezugspersonen für Teammitglieder und Angehörige.

Diese Struktur stärkt das Erleben von Selbstwirksamkeit und fördert eine berufliche Identität, die ebenso auf fachlicher Kompetenz wie auf Beziehungsarbeit beruht. Fehler werden hier nicht als Defizit, sondern als Lernanlass verstanden. Dies ist Ausdruck einer offenen, reflexiven Fehlerkultur, die die Entwicklung von Handlungskompetenz und Verantwortungsbewusstsein unterstützt. Auch Assistenzpersonen sind stärker in komplexe Abläufe eingebunden, was ihre fachliche Sicherheit und ihr Selbstbewusstsein stärkt.

Demgegenüber zeigt sich im *tagessituativen Modell* eine stärker hierarchisierte, funktional geprägte Arbeitsorganisation. PFP übernehmen vor allem koordinierende und dokumentierende Aufgaben, während die direkte Versorgung überwiegend an Assistenzpersonen delegiert wird. Diese Trennung von Planungs- und Durchführungsebene führt dazu, dass die Fachlichkeit der PFP weniger sichtbar ist und ihre berufliche Identität an Handlungstiefe verliert.

Einige Assistenzpersonen erleben ihre Rolle als austauschbar und beschreiben sich selbst als „Fußball“, der zwischen verschiedenen Bereichen verschoben wird. Dieses fehlende Kontinuitätserleben schwächt ihr Selbstwirksamkeitsempfinden und erschwert die Entwicklung eines stabilen beruflichen Selbstverständnisses.

Vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Transformationsprozesse – etwa Digitalisierung, Rationalisierung und zunehmende Fragmentierung von Zuständigkeiten – stellt sich die Frage, inwiefern traditionelle Konzepte von Beruflichkeit noch tragfähig sind. Meyer (2019) betont, dass Beruflichkeit unter diesen Bedingungen neu gedacht werden müsse – nicht als statisches Konstrukt, sondern als reflexive Identität, die lebenslanges Lernen, situative Flexibilität und ethische Verantwortung integriert. Gerade in der Langzeitpflege, wo Beziehungsarbeit und situatives Handeln zentrale Bestandteile der Versorgung sind, bleibt Beruflichkeit ein entscheidendes Fundament für Qualität, Selbstwirksamkeit und Sinnstiftung.

Die empirischen Ergebnisse zeigen, dass Beruflichkeit in der Langzeitpflege kein vorhandenes Merkmal, sondern ein prozesshaftes Aushandlungsfeld ist, das im Spannungsfeld zwischen organisationalen Rahmenbedingun-

gen, individuellen Aneignungsprozessen und gesellschaftlicher Anerkennung steht. Während das teilautonome Modell Beruflichkeit durch partizipative Entscheidungsstrukturen und gemeinsame Reflexion stärkt, birgt es auch das Risiko erhöhter individueller Belastung. Das tagessituative Modell hingegen bietet klare Zuständigkeiten und Stabilität, limitiert aber die Möglichkeit, Fachlichkeit sichtbar zu machen und weiterzuentwickeln.

Langfristig wird die Zukunftsfähigkeit der Langzeitpflege davon abhängen, in welchem Maße es gelingt, Gestaltungsfreiheit und Struktur zu verbinden – durch Organisationsformen, die Eigenverantwortung und Mitgestaltung ermöglichen, aber zugleich durch kollektive Reflexion, Führung und Unterstützung abgesichert sind. Eine klare Aufgabenverteilung, die Aufwertung direkter Pflegearbeit und eine Kultur der Wertschätzung und kollegialen Zusammenarbeit sind Schlüsselfaktoren, um Beruflichkeit als gelebte Praxis zu sichern.

Beruflichkeit darf dabei nicht auf formale Kompetenzen reduziert werden, sondern muss als integratives Prinzip von Fachlichkeit, Identität und Beziehungshandeln verstanden werden – als Grundlage einer Pflege, die sowohl individuell sinnstiftend als auch gesellschaftlich unverzichtbar ist.

5 QUALIFIKATIONS- UND KOMPETENZMIX IN DER STATIONÄREN AKUTPFLEGE

Für die Arbeitsprozessanalyse und die fokussierten Interviews im Bereich der stationären Akutpflege wurden zwei Fachbereiche an zwei Standorten eines großen Krankenhausträgers in Nordrhein-Westfalen ausgewählt. Dort werden unterschiedliche Modelle eines Qualifikations- und Kompetenzmixes erprobt und umgesetzt. Es gibt ein Trainee-Programm, bei dem PFP mit einem Bachelorabschluss für erweiterte Aufgaben im Sinne des Advanced Practice Nursing (APN) qualifiziert werden. Hierbei handelt es sich um Pflegeexpertinnen und -experten mit erweitertem Aufgabenprofil, die auf Masterniveau qualifiziert und häufig auf bestimmte Zielgruppen oder Aufgabenfelder spezialisiert sind.

Bei den ausgewählten Fachbereichen handelt es sich um die Geriatrie (zwei Stationen) und die Stroke-Unit (eine Station). Beide Bereiche werden von einer pflegerischen Bereichsleitung geführt; die einzelnen Stationen verfügen jeweils über eine Fachteamleitung. Die Auswahl erfolgte, weil die beiden Fachbereiche unterschiedliche Modelle des Qualifikationsmixes aufweisen und sich dadurch ein möglichst breites Spektrum an Qualifikationen abbilden ließ.

In der Geriatrie arbeiten neben PFP aus der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Altenpflege auch einige Pflegeassistentenpersonen, teils mit und teils ohne formale Qualifikation. Auf der Stroke-Unit hingegen sind ausschließlich PFP tätig, von denen ein Teil über eine Fachweiterbildung in Anästhesie- und Intensivpflege oder eine spezielle Weiterbildung für die Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten verfügt.

Für die Arbeitsprozessanalyse und die fokussierten Interviews wurden in beiden Bereichen PFP und Pflegeassistentenpersonen mit verschiedenen Qualifikationen und unterschiedlicher Berufserfahrung ausgewählt. Genauere Angaben zu den Qualifikationen der Pflegenden finden sich in [Kapitel 5.1](#) im Zusammenhang mit der Beschreibung der beiden Modelle des Qualifikationsmixes.

Insgesamt wurden Arbeitsbeobachtungen einschließlich kurzer Fachinterviews mit acht Pflegenden durchgeführt, fünf davon aus der Geriatrie, drei aus der Stroke-Unit. Die Beobachtungen fanden zwischen Mai und September 2024 jeweils rund fünf Stunden lang im Frühdienst statt. Die anschließenden Fachinterviews dauerten zwischen 13 und 36 Minuten. An den fo-

kussierten Interviews nahmen insgesamt elf Pflegendе teil, davon fünf aus der Geriatrie und sechs aus der Stroke-Unit. Sieben dieser Personen waren zuvor im Rahmen der Arbeitsprozessanalyse beobachtet und befragt worden.

In den folgenden Kapiteln werden die Ergebnisse der Erhebungen deskriptiv dargestellt. Zunächst erfolgt die Vorstellung der beiden in den ausgewählten Fachbereichen beobachteten Modelle des Qualifikationsmixes (Kapitel 5.1). Anschließend werden bereichsübergreifende Ergebnisse zu Anforderungen und Auswirkungen im Qualifikationsmix (Kapitel 5.2 und Kapitel 5.3) sowie zur beruflichen Identität (Kapitel 5.4) präsentiert.

5.1 Modelle des Qualifikations- und Kompetenzmixes in der stationären Akutpflege

Ein zentrales Unterscheidungsmerkmal zwischen den in der Akutpflege untersuchten Organisationsmodellen ist der Einsatz von Pflegeassistentenpersonen:

- Im *ablauforientiert-beziehungsambivalenten Mischmodell* der Geriatrie arbeiten sowohl PFP aus der Gesundheits- und Krankenpflege und der Altenpflege als auch Pflegeassistentenpersonen mit und ohne formale Qualifikation. Während der Beobachtungen waren vormittags pro Schicht in der Regel etwa drei PFP und eine Assistentenperson je Station im Dienst, teilweise ergänzt durch eine Auszubildende. Die Aufgabenverteilung ist durch die strukturellen Anforderungen der Geriatrie und das Arbeitsverständnis der Teams geprägt und führt zu einem variablen Zusammenspiel von Steuerungs- und Durchführungstätigkeiten im Pflegeprozess.
- Im *multiprofessionell-personenorientierten Fachpflegemodell* der Stroke-Unit arbeiten hingegen ausschließlich PFP. Ein Teil von ihnen verfügt über spezialisierte Weiterbildungen, etwa in der Anästhesie- und Intensivpflege oder in der Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten. Dieser höhere Spezialisierungsgrad bildet sich sowohl in der Aufgabenverteilung als auch in der interprofessionellen Zusammenarbeit ab.

5.1.1 Ablauforientiert-beziehungsambivalentes Mischmodell

In diesem Modell arbeiten PFP und Pflegeassistentenpersonen im Team zusammen. Die PFP sind in der Gesundheits- und Krankenpflege oder in der Altenpflege qualifiziert und verfügen teilweise über eine zusätzliche geriatri-

sche (Fach-)Weiterbildung oder andere Weiterbildungen, z. B. zum Bobath-Konzept. Eine PFP mit Bachelorqualifikation nimmt am hauseigenen APN-Trainee-Programm teil und absolviert berufsbegleitend ein Masterstudium. Die Pflegeassistentenpersonen verfügen nur zum Teil über eine Assistenzqualifikation. Es gibt auch Assistentenpersonen, die als An- oder Ungelernte ohne formale Qualifikation arbeiten oder ihre Qualifikation nachholen. Bei der Berufserfahrung besteht eine große Spannweite unter den Pflegepersonen.

Zusammenarbeit auf der Station

In den Beobachtungen und Interviews zeigt sich eine klare Aufteilung der Aufgaben. Die primären Aufgaben der PFP sind den Aussagen der Befragten zufolge, die durch die Beobachtung bestätigt wurden, überwiegend personenferne Tätigkeiten. Dazu gehören die Organisation des Stationsablaufs, die Planung, Steuerung und Dokumentation des Pflegeprozesses sowie – in Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Personal – die Begleitung der Visite und die Organisation und Umsetzung ärztlich initiiert diagnostisch-therapeutischer Maßnahmen.

Auch die Kommunikation mit anderen Bereichen des Krankenhauses und externen Stellen verantworten die PFP zum größeren Teil. Hierbei und bei der Organisation werden sie von der Stationsassistentin, einer Medizinischen Fachangestellten, unterstützt.

Zu Schichtbeginn werden die Zimmer der Station in zwei bis drei Bereiche aufgeteilt, für die jeweils eine PFP verantwortlich ist. Personennahe Tätigkeiten sind einerseits Aufgaben der speziellen Pflege im Sinne der sogenannten PPR 2.0³ wie die Gabe von Medikamenten, die Katheterisierung und Wundversorgung, die von den PFP durchgeführt werden. Andererseits führen die PFP weitere personennahe Arbeiten wie die Unterstützung bei der Körperpflege oder Mobilisation fast nur morgens durch, wenn der Aufwand für diese Pflegetätigkeiten am größten ist und von den Pflegeassistentenpersonen allein nicht bewältigt werden kann, oder wenn keine Assistenzperson verfügbar ist.

Die primären Aufgaben der Pflegeassistentenpersonen sind überwiegend personennahe Tätigkeiten, die sich auf Körperpflege, Mobilisation und Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme oder beim Toilettengang beziehen.

3 Die „Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege“, kurz Pflegepersonal-Regelung (PPR), wurde von 1992 bis 1996 zur Ermittlung des Personalbedarfs auf Basis des Pflegeaufwands angewandt. Seit dem 1. Juli 2024 gilt die Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV), die auch als „PPR 2.0“ bezeichnet wird.

Ein wichtiger Aspekt ist dabei, auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten einzugehen:

„So ein bisschen die Menschen auch im Auge behalten, ne, ich sag mal, dafür haben wir dann auch unsere Assistenten, unsere Helfer. Ja und so der Rest, das ist dann so leider auch das, was dann am Helfer hängen bleibt, ne, so die Arbeit am Menschen direkt, ne, gucken, dass das Zimmer ordentlich ist, dass die Bedürfnisse, die Wünsche so weit auch erfüllt sind.“ (A_G_FI02, Pos. 35)

Außerdem unterstützen Assistenzpersonen die PFP bei bestimmten Aufgaben, etwa bei der Medikamentengabe oder Wundversorgung. Weiterhin sind die Assistenzpersonen häufig die erste Kontaktperson für neu aufgenommene Patientinnen und Patienten, die sie auf der Station empfangen und an deren pflegerischer Erstanamnese sie zum Teil beteiligt sind. Da die PFP weniger Kontakt zu den Patientinnen und Patienten haben, ist die Patientenbeobachtung und Weitergabe von Auffälligkeiten an die Fachpersonen eine wesentliche Aufgabe der Assistenzpersonen. Zusätzlich führen sie noch Aufgaben wie die Begleitung von Patientinnen und Patienten zu Untersuchungen sowie personenferne Aufgaben wie Botengänge aus.

Diese klare Aufgabenteilung wird auch durch eine räumliche Trennung der Arbeitsbereiche deutlich. So halten sich die PFP häufig im Stationszimmer auf, während die Pflegeassistenten überwiegend außerhalb des Stationszimmers tätig sind, wie eine PFP beschreibt:

„Ja und dann sind halt so die Hauptaufgaben auch eines Assistenten einfach so, ich sag jetzt mal, auf Deutsch gesagt, Stellung halten, ne, [...] so halt diese Stellung außerhalb, ne. Ich sag immer, [...] Fachkräfte halten die Stellung im Büro, so diese Hauptstellung, und die Helfer sind dann draußen, und halten da die Stellung.“ (A_G_FI02, Pos. 35)

Dieselbe PFP vergleicht die Zusammenarbeit von Fachpersonen und Assistenzpersonen im weiteren Verlauf des Interviews mit einem Bienenvolk:

„Ich glaube, man kann das so ein bisschen wie so ein Bienenvolk ... kann man das, glaube ich, so ein bisschen beschreiben. So die Hauptarbeiter sind drin [lacht] und dann gibt es noch das Arbeitervolk, die sind draußen und die arbeiten ja auch alle miteinander. Rein, raus, die gehen rein, die gehen raus so. Einfach Zusammenarbeit, jeder guckt, wo er auch helfen kann, ja. [lacht]“ (A_G_FI02, Pos. 55)

Begründung der Zusammenarbeit von Fach- und Assistenzpersonen

In den Interviews begründen die Pflegenden die Aufgabenverteilung mit den Anforderungen, die u. a. aufgrund der Organisation und Dokumentation des Pflegeprozesses erfüllt werden müssen und die nur PFP aufgrund ihrer Qualifikation erfüllen können. Deshalb müssten die Fachpersonen einen großen Teil ihrer Arbeitszeit im Stationszimmer verbringen:

„Dass einfach die Büroarbeit immer mehr wird und ich selber als Pflegefachkraft immer eigentlich mehr von der Pflege wegkomme. [...] wenn wir gut besetzt sind, hab ich morgens meine zwei Patienten, die ich versorge, und dann bin ich hauptsächlich mit der Dokumentation, Organisation, Wundversorgung – was halt gerade anfällt – Visite, mit zugange, ne.“ (A_G_FI02, Pos. 23)

Ihre Qualifikation führen die PFP auch als Begründung für die Zuständigkeit bei Aufgaben wie der Medikamentengabe an, denn sie können bei möglichen Fehlern oder auftretenden Nebenwirkungen besser intervenieren.

Als weiterer Grund für die Aufgabenverteilung werden die Regeln der Organisation genannt. So haben etwa die Assistenzpersonen nicht die Berechtigung, umfangreiche Dokumentationen anzufertigen. Längere Aufenthalte im Stationszimmer begründen die befragten PFP auch damit, dass sie oftmals auf ärztliche Anordnungen warten müssen. Die häufig verspäteten und nur nach und nach eintreffenden ärztlichen Anordnungen seien durch verzögerte Entscheidungsprozesse im ärztlichen Team bedingt.

Es konnte beobachtet werden, wie dies auch in einer Reflexionsrunde des Pflegeteams einer Station thematisiert wurde, die wöchentlich stattfindet. Hierbei wurde kritisiert, dass ärztliche Anordnungen nicht nur verspätet erfolgen, sondern teilweise auch an der falschen Stelle in der elektronischen Dokumentation eingetragen würden, sodass die PFP diese Anordnungen zusätzlich übertragen müssten (Beobachtungsprotokoll G_01, Pos. 28).

In einer anderen Situation wurde beobachtet, dass die Stationsleitung den Pflegenden die Anweisung gab, die ärztliche Visite am aktuellen Tag bis höchstens elf Uhr zu begleiten, um so Verzögerungen in der Pflegearbeit zu begrenzen (Beobachtungsprotokoll G_01, Pos. 7).

In Bezug auf körpernahe Unterstützung zeigte sich ein egalitäres Prinzip. Manche PFP schätzen ihre eigene Kompetenz und die Kompetenz der Assistenzpersonen bei personennahen Tätigkeiten als gleichwertig ein und es war sogar eine Tendenz zu beobachten, Assistenzpersonen als kompetenter einzuschätzen, da sie personennahe Tätigkeiten häufiger ausführen und mehr Erfahrung darin haben. So beschreibt eine PFP:

„Das Gemeinsame ist [...] die Pflege am Patienten, da gibt es keine Unterschiede, ne. Also das machen die Assistenten genauso gut wie wir. [...] Die machen das teilweise wahrscheinlich sogar noch besser und noch aufwendiger, weil einfach die andere Seite nicht dabeikommt, ne. Die haben halt einfach mehr Zeit für ihre Arbeit.“ (A_G_FI03, Pos.75)

Darüber hinaus verfügten Assistenzpersonen durch den häufigeren Kontakt zu den Patientinnen und Patienten über mehr personenbezogenes Wissen.

Verantwortung und Kontrolle

Die Verantwortung für die Pflege in ihrem Bereich tragen die PFP, auch wenn sie Aufgaben an die Assistenzpersonen delegieren, die wiederum die Durchführungsverantwortung tragen. Häufig ist lediglich eine Assistenzperson pro Schicht im Dienst. Da die Fachpersonen nur wenig Zeit für personennahe Tätigkeiten aufwenden können, fehlt ihnen in vielen Situationen der direkte Blick auf die Patientinnen und Patienten. Daher bemühen sich zumindest einige PFP um einen eigenen Eindruck, indem sie etwa Kontrollgänge durchführen und einzelne personennahe Aufgaben selbst übernehmen, sofern sie dafür Zeit finden.

Eine PFP äußert, dass sich Fachpersonen zumindest zu Beginn und Ende der Schicht einen Überblick über die Patientinnen und Patienten verschaffen sollten:

„Wenn die Pflegeassistentin ein Zimmer zugewiesen bekommt, muss die Pflegefachkraft morgens erst in das Zimmer gehen, um die Medikamente zu bringen, um sich halt ein Bild zu machen: Wie ist der Patient heute zurecht? [...] muss immer noch die Pflegefachkraft den letzten Blick drauf werfen, bevor sie den Bereich übergibt, wie es den Patienten geht, [...] diese Abschlusskontrolle quasi, ne.“ (A_G_FI01, Pos.49)

Um die fehlende Übersicht der Fachpersonen über die Patientinnen und Patienten zu kompensieren, übernehmen Pflegeassistentenpersonen deren Wahrnehmungsfunktion. Eine PFP bezeichnet die Assistenzpersonen in diesem Zusammenhang als „meine Augen und meine Ohren“ (A_G_FI02, Pos.45). Die Assistenzperson ist für die Weitergabe relevanter Informationen zu Auffälligkeiten bei Patientinnen und Patienten verantwortlich, hat aber keine weitergehende Verantwortung in entsprechenden Situationen.

Fachpersonen delegieren Aufgaben laut eigener Aussage an Assistenzpersonen, denen sie diese Aufgaben zutrauen, oder übernehmen die Aufgaben ansonsten selbst. Nach Aussage einer PFP gibt es jedoch auch Situationen, in denen keine geeignete Assistenzperson zur Verfügung steht und sie selbst die

Aufgabe aufgrund anderer Anforderungen nicht übernehmen kann. Dann wird die Aufgabe dennoch an eine Assistenzperson delegiert. In der Folge kann Unsicherheit bei der PFP darüber entstehen, ob die Aufgabe korrekt ausgeführt worden ist:

„Also dann die Aufgabe, die ich delegiere, gebe ich dann auch einer Person, wo ich genau weiß, dass sie das kann und dass ich ihr das zutrauen kann, und wenn so eine Person nicht zur Verfügung ist, dann mache ich es selber. Das muss ich schon dazusagen. [...] es kommt natürlich mal vor, dass das nicht möglich ist und dass ich dann nicht weiß, ob die Aufgabe jetzt so durchgeführt wurde, wie es richtig ist.“ (A_G_FI05, Pos.9)

Da PFP nicht alle Arbeiten der Assistenzpersonen kontrollieren können, müssen sie sich darauf verlassen, dass Assistenzpersonen die ihnen zugeteilten Aufgaben fachgerecht ausführen und von ihnen beobachtete Auffälligkeiten weitergeben. Eine PFP berichtet, dass sie vereinzelt die Arbeit der Assistenzpersonen kontrolliert, indem sie nachfragt, ob erfasste Vitalzeichen dokumentiert wurden, oder die Dokumentation überprüft. Sofern Auffälligkeiten festgestellt werden, die der Fachperson nicht mitgeteilt wurden, wird die Assistenzperson darauf angesprochen.

Das Vertrauen in die Arbeit der Assistenzpersonen ist nach Aussage der Befragten von der konkreten Person und der Dauer der Zusammenarbeit abhängig. Mit länger andauernder Zusammenarbeit wächst auch das Vertrauen zwischen PFP und Assistenzperson. Eine wechselseitige Kontrolle der PFP untereinander erfolgt in der Regel nicht oder nur vereinzelt und beiläufig, etwa indem Auffälligkeiten in der Dokumentation angesprochen werden.

Eine beobachtete Fachteamleitung kontrolliert in der Regel täglich etwa zur selben Zeit sämtliche Dokumentationen. Sie begründet dies zum einen damit, dass sie so die Vollständigkeit der Dokumentation sicherstellen könne, denn die anderen PFP hätten zu wenig Zeit zur Kontrolle ihrer Dokumentationen. Bei Unstimmigkeiten in der Dokumentation werde die jeweils zuständige PFP daraufhin angesprochen.

Zum anderen verschafft sich die Fachteamleitung auf diese Weise einen Überblick über alle Patientinnen und Patienten (A_G_TB01, Pos.7). Im Gespräch formuliert sie den Anspruch, alle Patientinnen und Patienten der Station zu kennen, und übernimmt aus diesem Grund bei jeder Patientin und jedem Patienten zumindest einmal während des Aufenthalts die personennahe morgendliche Versorgung im Frühdienst.

Kriterien für die Aufgabenverteilung

Für die Verteilung konkreter Aufgaben sind den befragten Pflegenden zufolge die Qualifikation und die Kompetenzen der Pflegepersonen gleichermaßen relevant. Beides muss der jeweiligen Aufgabe entsprechend zusammenpassen. Notwendig ist sowohl theoretisches Wissen als auch die Fähigkeit, dieses Wissen in der Praxis umzusetzen. Fehlende Qualifikation kann teilweise durch Kompetenz aufgrund von Erfahrung kompensiert werden. Welche Aufgaben PFP an Assistenzpersonen delegieren, hängt stark von den beteiligten Personen ab.

Zum einen folgt die Delegation offiziellen Vorgaben des Krankenhauses zur Durchführung von Aufgaben durch Assistenzpersonen. So delegieren manche Fachpersonen nur die Aufgaben an Assistenzpersonen, die diese aufgrund ihrer Qualifikation auch durchführen dürfen; darüber hinausgehende Aufgaben werden nur unter Anleitung und Aufsicht der PFP durchgeführt. Zum anderen gibt es PFP, die abweichend von den offiziellen Regeln auch weitergehende Aufgaben an Assistenzpersonen delegieren, die über Kenntnisse und Berufserfahrung verfügen:

„Andersrum würde ich aber auch sagen, dass es aber auch Helfer gibt, die wirklich fitter sind als andere, vielleicht auch mit mehr Berufserfahrung, ne, das ist immer die Sache. Die sich dann schon ein bisschen auskennen, die kriegen dann dementsprechend natürlich auch dann mehrere Aufgaben zugeteilt, und das ist aber sehr individuell und unterschiedlich.“ (A_G_FI02, Pos.21)

Unabhängig von der formalen Qualifikation erfolgt eine Zuteilung von Aufgaben auch danach, ob die notwendigen Kompetenzen vorhanden sind, die sich aus einer konkreten Pflegesituation heraus oder aufgrund der konkreten Anforderungen bei bestimmten Patientinnen und Patienten ergeben. So werden etwa sensiblere Patientinnen und Patienten eher von Pflegenden mit ausgeprägter Empathie versorgt:

„Weil wenn ich jetzt zum Beispiel merke, eine Kollegin, egal jetzt was, ob Assistentin oder Fachkraft, hat eine gewisse Art und Weise oder hat Haare auf den Zähnen, wie man so schön sagt, und da ist jetzt grade ein Patient gekommen, sehr sensibel, der vielleicht noch zusätzlich sehr weinerlich ist, dann würde ich direkt als Fachkraft sagen: ‚Hey, pass auf, lass mich da noch mal lieber reingehen, finde ich grade persönlich besser.‘ [...] es ist nun mal so, wir sind nun mal nicht alle gleich, ne.“ (A_G_FI02, Pos.73)

Darüber hinaus ist die Motivation der Pflegepersonen ein wesentlicher Faktor für die Aufgabenverteilung, denn laut einer der interviewten PFP zeigen Pflegende bei Aufgaben, für die sie speziell qualifiziert sind, eine besonders hohe Motivation.

Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit

Es gibt einzelne PFP, die ihre Arbeitszeit gerne im Stationszimmer verbringen, aber die befragten PFP äußern mehrheitlich Unzufriedenheit mit dieser Aufgabenverteilung, weil sie lieber näher an den zu Pflegenden arbeiten würden. So sagt eine PFP, dass sie gerne direkt mit den Patientinnen und Patienten arbeite, aber durch die Routine der Aufgabenverteilung daran gehindert werde:

„Ungewollt, sag ich jetzt mal, weil ich auch gerne vorne einfach bei den Patienten bin, aber von der Aufgabenteilung her ist das dann halt einfach nicht anders möglich, ne.“ (A_G_FI02, Pos.39)

Diese Einstellung nimmt sie auch bei anderen PFP wahr. Auch aufseiten der Pflegeassistentenpersonen wird Unzufriedenheit wahrgenommen, wenn Fachpersonen Aufgaben delegieren und selbst den Großteil der Arbeitszeit im Stationszimmer verbringen. Die PFP müssen ihre eigenen Tätigkeiten und die Aufgabenverteilung immer wieder gegenüber den Assistentenpersonen, aber auch gegenüber Auszubildenden und dem ärztlichen Personal rechtfertigen. Die Ursache hierfür ist nach Aussage einer PFP der fehlende Überblick der Assistentenpersonen über die vielfältigen Aufgaben und Verantwortlichkeiten der PFP:

„Na, erst mal quasi fehlt auch der Assistentkraft so ein bisschen der Blick: Was macht die? Was gehört zu den Fachkräften noch zusätzlich zu ihren Aufgaben hinzu, ne? Ich sehe sie aus der Perspektive: Die Fachkräfte sitzen im Dienstzimmer und delegieren vom Computer aus Aufgaben an sie und sie muss draußen diese Aufgaben erledigen. Und eine Unzufriedenheit quasi, ne. Sie ... den ... die sieht den Sinn nicht dahinter, warum diese Tätigkeit dahinter jetzt eben wichtig ist, dass sie das macht, ne, also Unzufriedenheit.“ (A_G_FI01, Pos.7)

Um mehr Verständnis auf beiden Seiten zu erreichen, ist es laut derselben PFP notwendig, umfassend über die Aufgaben der verschiedenen Qualifikationsgruppen zu informieren:

„Ich habe gemerkt, wenn ich es visualisiere, den einzelnen Berufsgruppen visualisiere, was zusätzlich bei uns noch hinzukommt, dass es mehr Verständnis rüberkommt. [...] oft höre ich dann: ‚Das war mir gar nicht so bewusst‘, ne. Habe ich mehr von, als wenn ich meine Arbeit rechtfertigen muss.“ (A_G_FI01, Pos.15)

In diesem Zusammenhang wird der Versuch unternommen, die Zufriedenheit der Assistentenpersonen zu erhöhen, indem sie mehr Gestaltungsspiel-

raum bei der Erledigung der delegierten Aufgaben erhalten, wobei die Arbeit am PC zur Motivation eingesetzt wird:

„Wenn wir zwei Springer haben, dass man sagt: ‚Pass mal auf, die ... da stehen jetzt drei [Blutgasanalysen], die kümmerge ich mich, dann machst du bitte jetzt die Zugänge dort ziehen.‘ Dass man [...] lernt, mehr miteinander zu kommunizieren und damit ... und eigenständig unter Beobachtung am PC dieses auch auszuarbeiten, dass die auch mehr mit einem PC ... was gleichzeitig uns entlastet, weil wir müssen es nicht machen, ne. Das probiere ich jetzt mal aus, weil das fördert die Zufriedenheit der Mitarbeiter, der Assistenzmitarbeiter, wenn die auch mehr an den PC dürfen.“ (A_G_FI01, Pos. 21)

Eine andere PFP äußert hingegen den Eindruck, dass die Pflegeassistentenpersonen mit ihren zugeteilten Aufgaben überwiegend zufrieden sind, und stellt dabei einen Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit und dem in der Regel fest zugeteilten Arbeitsbereich her:

„Deswegen haben wir zurzeit, glaube ich, nur zwei oder drei Assistenten hier, die aber, glaube ich, ganz gut zufrieden sind hier von meinem Eindruck her in dem Bereich, wo sie ... und die sind eigentlich auch fast immer da eingesetzt, wo sie auch zugehören zu der Station. Selten, dass sie mal springen müssen.“ (A_G_FI03, Pos. 7)

5.1.2 Multiprofessionell-personenorientiertes Fachpflegemodell

In diesem Modell arbeiten ausschließlich PFP und keine Pflegeassistentenpersonen auf der Station, wodurch sich die Situation deutlich vom zuvor dargestellten ablauforientiert-beziehungsambivalenten Mischmodell unterscheidet. Im multiprofessionell-personenorientierten Fachpflegemodell ist eine Differenzierung nach Qualifikationen insbesondere hinsichtlich des Vorhandenseins einer Fachweiterbildung gegeben. Die PFP verfügen überwiegend über eine Fachweiterbildung für die Bereiche Stroke-Unit oder Intensivpflege. Ähnlich wie im ablauforientiert-beziehungsambivalenten Mischmodell verfügen sie über eine unterschiedlich lange Berufserfahrung, sowohl in der Pflege insgesamt als auch im spezifischen Fachbereich.

Zusammenarbeit auf der Station

Im multiprofessionell-personenorientierten Fachpflegemodell übernehmen PFP bei den ihnen zugeteilten Patientinnen und Patienten sämtliche personennahen und personennahen Aufgaben. Die Fachweiterbildungen spielen

bei der Aufteilung der zu Pflegenden unter den PFP keine Rolle, wie eine PFP ohne Weiterbildung berichtet:

„Wir profitieren von den Kollegen schon, die wissen einige Dinge mehr. Eine Anästhesie-Intensivschwester hat schon ein ganz anderes Fachwissen. Wir beatmen hier natürlich nicht, aber trotz alledem können wir viel von denen profitieren. Die machen keine andere Arbeit wie wir, wie eine Stroke-Fachschwester, macht die gleiche Arbeit wie eine Intensivfachkraft hier.“ (A_SU_FI02, Pos.37)

In diesem Zitat wird auch deutlich, dass Fachweiterbildungen dennoch eine Rolle spielen, wenn es darum geht, das dadurch erworbene Wissen in das gesamte Pflegeteam einzubringen, sodass alle PFP in ihrer täglichen Arbeit profitieren. Die Aussage einer weiteren PFP, die zur Zeit des Interviews erst kurze Zeit auf der Station arbeitet und bei Bedarf die Unterstützung erfahrenerer PFP in Anspruch nimmt, zeigt, dass ihr zum Teil gar nicht bekannt ist, wer über eine Fachweiterbildung verfügt bzw. dass dieses Kriterium für sie keine Relevanz hat:

„Ich weiß ja von der Hälfte gar nicht, ob die die haben oder nicht. Ich frage einfach den Nächsten, der mir vor Augen tritt. [lacht]“ (A_SU_FI04, Pos.41)

Prinzipiell gibt es nach Aussage der befragten Personen eine große kollegiale Unterstützung im Team, vor allem, indem PFP ihren Kolleginnen und Kollegen Aufgaben abnehmen, wenn diese eine hohe Arbeitsbelastung haben:

„Ansonsten direkt delegieren nicht, Zusammenarbeit schon, insofern: ‚Ich kann jetzt gerade nicht‘ oder ‚Ich habe gerade eine Aufnahme‘ – dann kümmert sich der andere darum, dass das Essen ausgeteilt wird oder Blutzuckerwerte gemessen werden. Das ist aber so ein Ineinander-Arbeiten, das ist jetzt auch nicht daran gebunden: ‚Der hat jetzt die Intensivausbildung, der macht jetzt das und der andere macht das.‘ Das ist gerade, wie es passt.“ (A_SU_FI05, Pos.35)

Bei einigen speziellen Aufgaben werden entsprechend qualifizierte Pflegenden aus anderen Bereichen hinzugezogen. So wird etwa bei anspruchsvoll zu versorgenden Wunden eine Wundexpertin involviert und bei Bedarf werden aufgrund der fehlenden Erfahrung der Station im Umgang mit arteriellen Zugängen PFP von der Intensivstation hinzugezogen:

„Wenn wir Patienten mit arteriellen Zugängen haben, [...] das haben wir selten hier, [...] es kommt aber immer mehr jetzt bei uns auch auf die Abteilung, und da sind viele von uns einfach anfangs auch sehr überfordert gewesen, damit umzugehen, wo wir dann einfach auch gesagt haben: ‚Mensch, ja, jetzt müssten wir wieder gucken‘, oder wir haben uns auch Hilfe vom Intensiv ge-

holt, wenn jetzt keiner mit im Dienst war, der es kann, ja. Dann ... also dann geht es auch wirklich stationsübergreifend, dass wir uns da Hilfe holen.“ (A_SU_FI05, Pos. 41–43)

Bei der Schichtplanung achtet die Stationsleitung laut eigener Aussage darauf, dass immer mindestens eine PFP mit Fachweiterbildung und Berufserfahrung gemeinsam mit weniger erfahrenen Kolleginnen und Kollegen im Dienst ist. Zudem ist die Mindestbesetzung mit einer fachweitergebildeten PFP eine Anforderung, die sich aus der Stroke-Zertifizierung der Station ergibt.

Ein weiterer Aspekt ist die multiprofessionelle Zusammenarbeit der PFP mit den Ärztinnen und Ärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten. Dies konnte beispielsweise im Rahmen der Visite beobachtet werden, an der neben allen PFP, die aktuell im Dienst waren, der Oberarzt, die Stationsärztin und zeitweise auch Therapeutinnen und Therapeuten teilnehmen. Jede Patientin und jeder Patient wird ausführlich besprochen, wobei alle teilnehmenden Personen zu Wort kommen und den anderen aufmerksam zuhören (A_SU_TB03, Pos. 18).

Auch außerhalb der Visite wurde eine Situation beobachtet, in der die Stationsärztin eine PFP nach ihrer Einschätzung zum Zustand eines Patienten fragte, bevor sie ein Medikament verordnete (A_SU_TB01, Pos. 23).

Verantwortung und Kontrolle

Genau wie im ablauforientiert-beziehungsambivalenten Mischmodell trägt jede PFP letztendlich die Verantwortung für die ihr zugeteilten Patientinnen und Patienten. Diese Verantwortung kann in der Regel auch vollumfänglich wahrgenommen werden, da die PFP sämtliche Aufgaben selbst übernimmt und so in einem regelmäßigen und engen Kontakt zu ihren Patientinnen und Patienten steht.

Sofern bei diesen andere PFP Aufgaben übernehmen, wird das Vertrauen hinsichtlich einer fachlich korrekten Umsetzung deutlich. Jedoch zeigt sich, dass die durchgeführten Maßnahmen dann nicht in allen Fällen dokumentiert werden. So besteht häufig Unklarheit darüber, ob und in welchem Umfang eine Dokumentation erfolgt ist. Deshalb kontrollieren manche PFP in solchen Fällen die Dokumentation:

„Wenn dann irgendwie man irgendjemanden gebeten hat: ‚Kannst du da mal eben?‘ oder ‚Ja, geht gerade bei mir‘ oder ‚Wer kümmert sich darum?‘, und hat gesagt: ‚Ich habe dem schon das Essen, der hat auch schon seine Tabletten gekriegt‘, da wo man einfach guckt, wer die Tabletten auch eingetragen hat [...]. Aber im Großen und Ganzen verlässt man sich dann eigentlich auch darauf.“ (A_SU_FI05, Pos. 39)

Weniger erfahrene PFP werden häufiger an ihre Aufgaben erinnert, ohne dass sie direkt kontrolliert werden. Dies zeigte sich besonders in einer beobachteten Situation, in der zwei PFP mit geringer Berufserfahrung und eine erfahrenere PFP zusammenarbeiteten. Die erfahrenere PFP unterstützte ihre Kolleginnen, erinnerte sie an Aufgaben und koordinierte übergreifende Aufgaben. Diese Funktion übernahm sie laut eigener Aussage eher ungeplant, da sie in dieser Teamzusammensetzung die meiste Erfahrung habe. Auch deshalb hätten die Kolleginnen sie immer wieder gezielt bei Fragen oder Unterstützungsbedarf angesprochen. Die formalisierte Funktion einer Schichtleitung, die übergreifende Koordinations- oder Kontrollaufgaben übernehmen würde, gibt es laut ihrer Aussage nicht.

Kriterien für die Aufgabenverteilung

Da jede PFP auf der Stroke-Unit sämtliche Aufgaben für die Patientinnen und Patienten übernimmt, für die sie verantwortlich ist, findet keine Verteilung einzelner Aufgaben statt. Es gibt zwar Kriterien, nach denen die Zuteilung der Patientinnen und Patienten erfolgt, aber die Aussagen dazu sind unterschiedlich, zum Teil auch widersprüchlich. Qualifikation, Kompetenz und persönliche Eigenschaften sind zu unterschiedlichen Anteilen für die Zuteilung relevant.

Nach Aussage mehrerer Befragter soll jede PFP grundsätzlich alle Patientinnen und Patienten betreuen können, unabhängig von deren Gesundheitszustand oder dem erforderlichen Betreuungsaufwand:

„Was heißt Aufgabenverteilung? Es ist Fakt: Wer zum Dienst erscheint, hat die Aufgabe, die hier ... ich sage ... wie gesagt, wir arbeiten mit drei Leuten eigentlich tagsüber im Tagdienst. Und das sind drei Leute und das wird dann verteilt und dann hat jeder seine Aufgabe. [...] ja, so im Großen und Ganzen, wenn wir alle eingearbeitet sind, sind wir wirklich alle hier gleich, ja, dann macht jeder seine Patienten. Dann wird wirklich auch gleichmäßig aufgeteilt, dass jeder einen aufwendigen dabei hat und einen etwas leichteren, ja.“ (A_SU_FI05, Pos. 49)

In dieser Aussage zeigt sich auch, dass der Betreuungsaufwand für die einzelnen Patientinnen und Patienten insofern eine Rolle spielt, als dass darauf geachtet wird, dass jede PFP in der Summe etwa denselben Arbeitsaufwand hat.

In der Zuteilung der Patientinnen und Patienten lassen sich aber auch Unterschiede in Abhängigkeit von den jeweiligen PFP feststellen. Während die formale Qualifikation, d.h. Fachweiterbildungen, den Interviewten zufolge wenig Relevanz hat, können Erfahrung und Kompetenz eine Rolle spielen. So bekommen PFP, die neu im Beruf oder auf der Station sind, eher Pa-

tientinnen und Patienten mit stabilerem Gesundheitszustand und geringerem Pflegeaufwand zugeteilt – diese Zuteilung ist allerdings in Abhängigkeit von der Personalbesetzung nicht immer möglich. Allerdings bekommen auch neue PFP Patientinnen und Patienten mit höherem Betreuungsbedarf zugeteilt, sofern sie sich deren Versorgung zutrauen, und erhalten dabei Unterstützung durch erfahrene PFP.

Laut den Aussagen der Interviewten betreuen PFP mit mehr Erfahrung, vor allem mit bereichsspezifischer Berufserfahrung, tendenziell eher Patientinnen und Patienten mit hohem Versorgungsaufwand, was teilweise auch ihrem eigenen Wunsch nach herausfordernder Arbeit entspricht. Eine PFP betont, dass zu Pflegende von einer Versorgung durch erfahrene PFP profitieren; eine andere, dass sowohl die Berufserfahrung als auch das Vertrauen der PFP in die eigenen Kompetenzen eine wichtige Rolle bei der Zuteilung der Patientinnen und Patienten spielt. Allerdings sagt dieselbe PFP auch, dass selbst sehr lange Berufserfahrung eine fehlende Qualifikation nicht ersetzen kann.

Persönliche Eigenschaften der PFP spielen bei der Aufgabenverteilung meist nur eine geringe Rolle. Es gibt nach Aussage der Interviewten einzelne Fachpersonen, die lieber personenferne Tätigkeiten übernehmen. Dies soll bei der Zusammensetzung des Teams berücksichtigt werden, was jedoch nicht immer möglich ist.

5.1.3 Zusammenfassung: Modelle des Qualifikations- und Kompetenzmixes in der Akutpflege

Beim Vergleich der beiden Modelle treten deutliche Unterschiede im Qualifikations- und Kompetenzmix sowie der Organisation der Pflegearbeit zutage. Im ablauforientiert-beziehungsambivalenten Mischmodell der Geriatrie arbeiten PFP und Pflegeassistentenpersonen gemeinsam; im multiprofessionell-personenorientierten Fachpflegemodell der Stroke-Unit hingegen wird eine hundertprozentige Fachkraftquote umgesetzt. Qualifikationsunterschiede beziehen sich dort ausschließlich auf die Weiterbildung.

Im *ablauforientiert-beziehungsambivalenten Mischmodell* verteilt sich die Pflegearbeit entlang einer funktionalen Linie – PFP übernehmen überwiegend personenferne Tätigkeiten wie Organisation, Koordination, Dokumentation und die Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst, während Pflegeassistentenpersonen vor allem für personennahe Aufgaben wie Körperpflege, Unterstützung bei der Selbstversorgung und Beziehungsarbeit eingesetzt

werden. Diese Trennung ist sowohl räumlich als auch funktional sichtbar und führt zu einer stabilisierten Arbeitsteilung, in deren Rahmen Nähe und Distanz zu den Patientinnen und Patienten ungleich verteilt sind.

Wenn PFP unmittelbar mit Patientinnen und Patienten arbeiten, geschieht dies meist im Rahmen fachlich vorbehaltener Tätigkeiten oder wenn nicht genügend Pflegeassistentenpersonen zur Verfügung stehen. Dabei zeigt sich eine deutliche Hierarchie der Aufgaben: Tätigkeiten im Zusammenhang mit Diagnostik, Therapie, Dokumentation und Organisation genießen Priorität gegenüber Aufgaben, die der Sorge- und Beziehungsarbeit zuzuordnen sind. Letztere werden, sofern möglich, an Assistentenpersonen delegiert. Dies bestätigt sich beispielsweise, wenn Pflegeassistentenpersonen bei den Patientinnen und Patienten „Stellung halten“, um die PFP zeitlich für ihre dokumentationsintensiven Tätigkeiten zu entlasten.

Verzögerungen bei ärztlichen Entscheidungen führen bei den PFP zu Wartezeiten und verdeutlichen die interprofessionellen Interdependenzen in der komplexen Krankenhausorganisation. Insgesamt verstärkt der höhere Qualifikationsgrad eine Distanz zu den Patientinnen und Patienten – ein Trend, der sich bei einem größeren Anteil an Assistentenpersonen vermutlich noch deutlicher abzeichnen würde.

Die Delegation von Aufgaben folgt im Alltag weniger festen Regeln als vielmehr einer situativen Einschätzung von Vertrauen, Kompetenz und Verfügbarkeit. Die PFP prüfen fortlaufend, wem sie welche Aufgaben zutrauen können – ein Prozess, der sowohl Autorität als auch Abhängigkeit sichtbar macht. Kontrolle entsteht dabei nicht formal, sondern primär relational – durch Rückfragen, punktuelle Überprüfung und wechselseitiges Vertrauen. Die Delegationspraxis zeigt, dass Qualifikation nicht automatisch Handlungshoheit bedeutet, sondern im Arbeitsalltag durch Erfahrungswissen und gelebte Verlässlichkeit ergänzt oder sogar relativiert wird. Gleichzeitig wird die soziale Bedeutung des Pflegeteams deutlich.

PFP sind aufgrund der eingeschränkten Nähe zu den Patientinnen und Patienten nur begrenzt in der Lage, ihrer fachlichen Verantwortung vollständig nachzukommen. Sie sind auf korrekte Informationen geringerer qualifizierter Teammitglieder angewiesen und müssen sich auf deren situative Kompetenz verlassen. Diese Spannung zwischen Kontrolle und Vertrauen führt teilweise zu Unsicherheit und Unzufriedenheit – insbesondere weil die eigentlich gewünschte Beziehungsarbeit angesichts der Arbeitsteilung kaum möglich ist.

Daher kommt die höhere Qualifikation der PFP im ablaforientiert-beziehungsambivalenten Mischmodell vor allem in medizinischen, steuernden

und dokumentationsbezogenen Aufgabenbereichen zum Tragen; bezüglich personennaher, sorge- und beziehungsbezogener Tätigkeiten bleibt die höhere Qualifikation weitgehend ungenutzt. Diese Kopplung höherer Qualifikation an Tätigkeiten, die als „wichtiger“ bewertet werden, wird von einer egalitären Teamkultur überlagert, die betont, dass alle Aufgaben gleich bedeutsam sind und das Arbeitsziel nur gemeinsam erreicht werden kann.

Für die PFP ergibt sich daraus ein deutlicher Widerspruch. Während ihr formuliertes Pflege- und Berufsverständnis Nähe und Beziehung als Kern pflegerischer Arbeit betont, ist der Arbeitsalltag durch Regeln und Strukturen geprägt, die diese Nähe verhindern. Dieser Konflikt bleibt weitgehend ungelöst; nur vereinzelt übernehmen PFP bewusst personennahe Tätigkeiten, um zusätzlichen Kontakt zu ihren Patientinnen und Patienten zu erhalten.

Im *multiprofessionell-personenorientierten Fachpflegemodell* der Stroke-Unit tritt dieser Konflikt nicht auf, denn mangels geringer qualifizierter Teammitglieder findet keine Delegation statt. Unterschiede im Qualifikationsniveau, etwa durch Fachweiterbildungen, haben lediglich Einfluss auf die Zuteilung von Patientinnen und Patienten. Sämtliche personennahen und personenfernen Tätigkeiten werden von den PFP selbst ausgeführt. Dadurch kann die fachliche Verantwortung umfassend wahrgenommen werden, was viele der Pflegenden als Grund für ihre Zufriedenheit und die Wahl dieses Fachbereichs nennen. Allerdings können auch hier zunehmende Dokumentationsanforderungen und der Wegfall entlastender Dienste den Umfang direkter Patientenkontakte einschränken.

Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit

Die PFP zeigen sich weitgehend zufrieden mit der Zusammenarbeit im Team. Ein wichtiger Grund hierfür ist die überwiegend personennahe Tätigkeit, bei der sämtliche Aufgaben von der jeweils verantwortlichen PFP übernommen werden.

Eine PFP nennt die hundertprozentige Fachkraftquote explizit als Motiv für die Wahl des Fachbereiches Stroke-Unit. Sie berichtet von ihren Erfahrungen in qualifikationsgemischten Teams, wo Aufgaben an Assistenzpersonen delegiert wurden und Fachpersonen nur die „übrig gebliebenen“ Aufgaben übernehmen, die nicht von den Assistenzpersonen ausgeführt werden dürfen. Dies sind häufig personenferne Aufgaben, die sie lieber abgeben würde, um mehr Zeit für die direkte Arbeit mit Patientinnen und Patienten zu haben:

„Wenn man jetzt mit verschiedenen Berufsgruppen arbeitet, muss man gucken, dass alle am Laufen sind in dieser Zeit und alle was tun und, ja, und das bleibt natürlich übrig. Was die anderen nicht dürfen, müssen wir dann machen, ja, und was aber nicht damit zu tun hat, dass man der jetzt ... das als Drecksarbeit oder so ansieht, weil manchmal wäre man sehr gerne und viel lieber am Patienten und hätte hier jemanden, der für einen im Schwesternzimmer schreibt, ja, so.“ (A_SU_FI05, Pos. 11)

Bezogen auf die aktuelle Arbeitssituation auf der Stroke-Unit äußert dieselbe Person jedoch Unzufriedenheit darüber, dass die PFP aufgrund des Wegfalls von Servicekräften zusätzliche Aufgaben im Zusammenhang mit der Speiseversorgung übernehmen müssen, was viel Zeit in Anspruch nimmt. Sie äußert den Wunsch, diese Aufgaben wieder abgeben zu können:

„Aber als die Servicekräfte noch da waren, die haben uns halt eben die Sachen schon auf den Wagen gepackt, haben uns das schon dahingestellt, haben sich gekümmert, dass immer alles bestellt war an ... an Wasser, Joghurts und so was alles. Das Essen wurde aufgenommen, was die Patienten sich wünschen, und ... und das ist alles mehr Arbeit, die auf uns zurückfällt, und das ist jetzt so, das brauche ich jetzt nicht unbedingt. Also da wäre ich schon froh, wenn es mir einer abnehmen würde, ja.“ (A_SU_FI05, Pos. 65)

5.1.4 Exkurs: Vorstellungen zum Einsatz hochschulisch qualifizierter Pfleger

Konkrete Erfahrungen mit hochschulisch qualifizierten PFP liegen bislang nur in begrenztem Umfang vor. Häufig sind die Inhalte der verschiedenen Studiengänge nicht bekannt und es wird kaum zwischen berufsqualifizierenden Studiengängen, Programmen zum Advanced Practice Nursing (APN), Pflegepädagogik oder Pflegewissenschaft unterschieden.

Nach Einschätzung der befragten PFP sollten die Aufgaben hochschulisch qualifizierter PFP jedoch klar an den im Studium erworbenen Kompetenzen ausgerichtet sein. Entsprechend können fundierte Aussagen zu möglichen Einsatzbereichen erst getroffen werden, wenn die jeweiligen Studieninhalte transparent sind. Als Voraussetzung gilt ein für alle Berufsgruppen nachvollziehbares und klar definiertes Aufgabenprofil.

Die Einschätzungen darüber, wo studierte PFP eingesetzt werden sollten, gehen teilweise auseinander. Einige Gesprächspartnerinnen und -partner verorten ihre Aufgaben eher im Bereich von Leitungsfunktionen oder in der Pflegewissenschaft; andere sehen bei Pflegepersonen mit einem Studium der Pflegepädagogik das Potenzial zur Anleitung von Auszubildenden.

Nach überwiegender Ansicht der Interviewten sollten bachelorqualifizierte PFP und solche mit einem APN-Abschluss regulär im pflegerischen Team mitarbeiten. Ihre pflegepraktischen Aufgaben sollten zunächst denen der anderen PFP entsprechen, sodass sie umfassend in das Versorgungsgeschehen eingebunden bleiben. Der kontinuierliche Praxisanteil wird als wesentliche Voraussetzung gesehen, um die Relevanz der wissenschaftlichen Expertise für den pflegerischen Alltag sicherzustellen. Studierte PFP gelten damit nicht als „etwas Besseres“, sondern bleiben Teil der direkten Pflege; ihre besondere Stärke wird in der Verbesserung des Theorie-Praxis-Transfers gesehen.

Je nach Qualifikation können studierte PFP zusätzliche Aufgaben übernehmen, gegebenenfalls auch mit einer anteiligen Freistellung im Umfang von etwa 20 Prozent. Genannt werden hier insbesondere Konzeptentwicklung, Qualitätskontrolle, Prozessoptimierung, Weitergabe und Nutzbarmachung wissenschaftlicher Erkenntnisse in Form von formalisierter oder informeller Wissensweitergabe, Verbesserung der Dokumentation, Übernahme von Expertenaufgaben für besondere Zielgruppen und die Unterstützung der Leitung bei administrativen Tätigkeiten oder der Dienstplanung. Von diesen zusätzlichen Funktionen profitiert nach Einschätzung der Befragten das gesamte Team.

5.2 Anforderungen im Qualifikations- und Kompetenzmix

Im Folgenden werden die Anforderungen an die Gestaltung des Qualifikations- und Kompetenzmixes betrachtet. Die Sortierung und Analyse des empirischen Materials nimmt insbesondere die Bedingungen für die Zusammenarbeit, die Handlungs- und Tätigkeitsspielräume, den Zusammenhang von Kompetenzerfordernissen, Wissen und Fertigkeiten sowie das individuelle Kompetenzerleben der PFP und Assistenzpersonen im Arbeits- und Versorgungsprozess in den Blick. Zudem wird betrachtet, welche Bedingungen für eine gelingende Pflege im Zusammenspiel struktureller Rahmenbedingungen im Arbeitskontext und individueller Handlungspraktiken erkennbar werden.

5.2.1 Bedingungen guter Zusammenarbeit

Zu den Bedingungen guter Zusammenarbeit finden sich in den Interviews beider Modelle der stationären Akutpflege ähnliche Aussagen. Viele der ge-

nannten Kriterien zielen auf die zwischenmenschliche Ebene. So ist für eine PFP aus der Geriatrie unabhängig von der Qualifikation der Pflegenden ein respektvoller und rücksichtvoller Umgang miteinander auch in stressigen Situationen wichtig:

„Respekt auf jeden Fall, ja, respektvoller Umgang. Der Ton macht die Musik. Auch ist egal, je nachdem welche Berufsgruppe, wie gestresst ich bin, muss man immer gucken: Wie spreche ich mit der Person, auch wenn ich gerade gestresst bin? Weil die andere Person weiß gerade nicht, wie es mir geht. [...] Also, wenn ich ... je nachdem, wie ich behandelt werden will, muss ich ja auch meinen Kollegen gegenüber sein, ne. Es ... und da spielt es aber auch keine Rolle, ob es jetzt eine Assistenz ist oder ob es jetzt eine Fachkraft ist, ne.“ (A_G_FI01, Pos. 57)

Hier wird auch auf die Bedeutung einer guten Kommunikation hingewiesen. Diese bezieht sich sowohl auf die Art der Kommunikation als auch darauf, dass alle Pflegepersonen denselben Informationsstand haben und Transparenz über die Aufgaben der einzelnen Personen besteht, wie eine PFP aus der Stroke-Unit äußert:

„Arbeiten auf Augenhöhe finde ich eine gute ... gute Charaktereigenschaften, Empathie und natürlich auch, dass alle auf einem Stand sind, zumindest was die Pflege angeht, dass man gut miteinander arbeiten kann und der eine weiß, was der andere tut. Gute Einarbeitung, das gehört für mich dazu.“ (A_SU_FI06, Pos. 51)

Eine Pflegeassistentperson aus der Geriatrie äußert sich in ähnlicher Weise, fügt dabei jedoch wechselseitiges Vertrauen insbesondere zwischen Fach- und Assistenzpersonen als weitere Grundlage für die Zusammenarbeit hinzu:

„Also wichtig ist sowieso immer Kommunikation, dass auch untereinander wirklich kommuniziert wird, auch grade die wichtigen Sachen kommuniziert werden. Vertrauen gehört dazu. Also ich muss der Fachkraft vertrauen können, andersrum sie aber auch, ja, und ein gutes Miteinander einfach, ne, muss schon sein. Das reicht eigentlich, Kommunikation und Vertrauen.“ (A_G_FI04, Pos. 43)

In der Zusammenarbeit zwischen Fach- und Assistenzpersonen sind darüber hinaus nach Aussage einer PFP aus der Geriatrie konkrete schichtbezogene Absprachen zu Aufgaben und Zuständigkeiten notwendig:

„Kommunikation ist immer das A und O. Es fängt schon frühmorgens an nach der Übergabe, da, wo kommuniziert wird: Wer geht mit wem in einen Bereich, wer und welche Aufgaben werden gemacht, welche Aufgaben wer-

den delegiert und welche Aufgaben mache ich selbst, ne? Also, wenn das nicht vor ... wenn das nicht morgens stattfindet, dann wüsste ja die eine halt nicht, was die andere tut.“ (A_G_FI01, Pos.53)

Im Zusammenhang mit der Verteilung von Aufgaben und Zuständigkeiten steht nach Aussage einer Pflegeassistentenperson auch das Erkennen der eigenen Grenzen:

„Es ist nie abwertend für einen selbst, wenn man was abgibt an ... Ich bin nun mal keine Fachkraft. Das muss ich wissen, das muss mir bewusst sein und dann hole ich mir eine Schwester dabei. Ich muss wissen, was ich kann und was ich nicht kann, und dementsprechend auch arbeiten, damit der Patient am besten versorgt wird, ne.“ (A_G_FI04, Pos.47–53)

In der Geriatrie hat die Qualifikation der Pflegenden – abgesehen von der klaren Aufgabenverteilung zwischen PFP und Pflegeassistentenpersonen – nur eine geringe soziale Relevanz für die Zusammenarbeit. In der Stroke-Unit ist die Qualifikation der einzelnen Pflegepersonen, also ob eine Fachweiterbildung vorhanden ist oder nicht, nach Aussage einer PFP insofern für die Zusammenarbeit relevant, dass alle PFP vom Fachwissen und der Erfahrung der PFP mit Fachweiterbildung profitieren. In beiden Bereichen hat die Weitergabe von (Fach-)Wissen im Team, die sowohl formalisiert als auch informell und situativ erfolgen kann, eine hohe Relevanz für eine gute Zusammenarbeit.

Bei der Dienstplanung wird in der Stroke-Unit darauf geachtet, dass im Team mindestens eine PFP mit Fachweiterbildung und entsprechender Berufserfahrung eingeteilt ist. Eine ungünstige Zusammensetzung des Teams kann die Zusammenarbeit erschweren, etwa wenn in einer Schicht PFP zusammenarbeiten, die nicht eingespielt sind:

„Es gibt Kombinationen, da weiß man: ‚O Gott, das wird heute ganz schrecklich‘ [lacht], und es gibt natürlich Kombinationen, wo ich denke: ‚Kann kommen was will, das wird auf jeden Fall irgendwie geschafft werden und auch mit Spaß‘, ne. Es gibt ja immer Mitarbeiter, oder Kolleginnen, mit denen man gar nicht so eingespielt ist. Da kann man sich nicht blind auf den anderen verlassen und dadurch wird dann die Arbeit manchmal schon erschwerter, ne.“ (A_SU_FI06, Pos.73)

Diese Aussage verdeutlicht auch, dass eine ungünstige Teamzusammensetzung das gegenseitige Vertrauen erschweren kann – ein Aspekt, der wie bereits beschrieben eine wesentliche Grundlage für eine gute Zusammenarbeit bildet.

5.2.2 Können – Sollen – Wollen

Die Anforderungen an die Arbeit und die Verteilung der Aufgaben im Qualifikationsmix lassen sich als ein Zusammenspiel von Können, Sollen und Wollen beschreiben. In den fokussierten Interviews wurden die Pflegenden nach der Bedeutung dieser drei Aspekte und ihrem Zusammenwirken befragt.

Das Sollen bezeichnet die Aufgaben, die der Pflege einerseits durch das Gesundheitssystem vorgegeben sind und die den Pflegenden andererseits vom Arbeitgeber oder Vorgesetzten aufgetragen werden. Diese Aufgaben sind prinzipiell zu erledigen, ohne dass die Pflegenden darauf großen Einfluss nehmen können:

„Das Sollen, das ist einfach. Klar, wir haben alle unsere Aufgaben. Es gibt Aufgaben, die ich machen muss, die erledigt werden müssen, aber da steckt nicht nur mein Arbeitgeber dahinter, sondern da steckt das ganze System dahinter. [...] Das heißt, da hab ich gar keine ... gar keinen großen Einfluss da drauf.“ (A_G_FI02, Pos. 75)

Auf der Stroke-Unit bezeichnet eine andere PFP das Sollen dagegen als ein Minimum von Anforderungen, die an die Pflegenden gestellt werden:

„Sollen ist auf jeden Fall ja schon ein ... ein Hauptpunkt, weil das ist ja eigentlich das Minimum, was wir auch leisten müssen, oder die Arbeit, die von uns erwartet wird. Manchmal würde man gerne mehr machen wollen, aber nicht können, weil keine Zeit da ist, nicht genug Personal oder heute jetzt einfach mal wirklich ein ... ein wilder Tag war oder so.“ (A_SU_FI05, Pos. 55)

In dieser Aussage wird das Zusammenspiel von Sollen mit Wollen und Können deutlich. PFP wollen unter Umständen zusätzliche Aufgaben übernehmen, sehen sich dazu aber aufgrund der gegebenen Bedingungen nicht in der Lage. Ähnlich äußert sich eine andere PFP, die den eigenen Anspruch beschreibt, das erlernte Können in der Praxis bestmöglich umsetzen zu wollen. Wie gut das gelingt, hängt aber auch von den aktuell gegebenen Bedingungen auf der Station ab:

„Ich sag mal so: Ich gehe ja schon, wenn ich arbeite, mit einem gewissen Ziel zur Arbeit. Also ich will ja schon das, was ich gelernt habe, umsetzen. Ob ich das immer kann, liegt ja auch immer daran, was grade auf Station los ist. Also es gibt ja Tage, da kann man alles, was man gelernt hat, super umsetzen, das sind aber die wenigsten Tage. Und es gibt Tage, da hängt man ja quasi und rennt der Arbeit hinterher, aber letztendlich ist der Anspruch immer der gleiche.“ (A_SU_FI06, Pos. 65)

Auch wenn sich Können in diesen Beispielen auf die faktische Möglichkeit bezieht, etwas zu tun, setzen die befragten Pflegepersonen Können überwiegend mit Kompetenzen gleich. So wird dem Können eine hohe Relevanz für die Übernahme der vorgegebenen Aufgaben zugeschrieben, denn die Durchführung jeder Aufgabe erfordert die passenden Kompetenzen. Es werden nur Aufgaben übernommen, für die die nötigen Kompetenzen vorhanden sind.

Zum Können gehört laut den Pflegepersonen aus beiden Bereichen auch die fachliche Beurteilung von ärztlich delegierten Aufgaben. So wird die Durchführung von Aufgaben abgelehnt, die als fachlich falsch oder als patientengefährdend beurteilt werden:

„Also wir machen grundsätzlich nichts, was wir nicht können. Da halten wir immer Rücksprache mit dem Arzt. Ich mache grundsätzlich auch nichts, womit ich nicht konform bin. Also wenn ich sage: ‚Nein, dann mach es bitte selber‘ ... Das kriegt der Arzt von uns auch gesagt. Wir haben oft hier ganz junge Assistenzärzte, die von vielen Dingen keine Ahnung haben, die auf uns noch mit angewiesen sind. Da machen wir gar nichts.[...] und ich mache gar nichts, was ich nicht vertreten kann. Was ich kann, mache ich.“ (A_SU_FI02, Pos.59)

Auf der Geriatriestation wurde beobachtet, wie die Durchführung einer ärztlichen Anordnung aus fachlichen Gründen abgelehnt wurde. Die Stationsärztin ordnete bei einer Patientin eine Flüssigkeitsbilanzierung an, wozu ein Blasenkatheter gelegt werden müsste. Nach Intervention der zuständigen PFP ordnete die Ärztin stattdessen eine tägliche Gewichtskontrolle an (A_G_TB05, Pos.1) an.

In einer anderen Situation verordnete der Stationsarzt Kompressionsstrümpfe, obwohl die PFP aufgrund von Adipositas Kompressionswickel empfahl. Eine andere PFP, an die diese Aufgabe delegiert wurde, stellte fest, dass die Durchführung nicht möglich war und legte der Patientin entgegen der Anordnung Kompressionswickel an, worüber der Stationsarzt informiert wurde (A_G_TB05, Pos.1, 5 und 9).

Wollen und können spielen auch dann zusammen, wenn die eigenen Kompetenzen für die Arbeit im Fachbereich oder eine konkrete Aufgabe nicht genügen. Die grundlegenden Kompetenzen sind durch die Ausbildung, also die formale Qualifikation gegeben, müssen jedoch aufgabenbezogen erweitert werden. Eine PFP äußert, sie wolle sich fehlende Kompetenzen aneignen, indem sie sich diese von anderen Pflegepersonen zeigen und erklären lasse:

„Können und wollen, das ist auf jeden Fall meiner Meinung nach ein Zusammenspiel. Klar muss ich schon was können. Es gibt viele Dinge, die kann ich nicht, weil es mir nicht gezeigt wurde oder weil ich es nicht gelernt habe. Das ist nicht schlimm. Wichtig finde ich dann, das zu sagen und mir dann einfach zeigen zu lassen, mir dann eine Person zu holen, eine Fachkraft, Kollegen, der mir das dann einmal zeigen kann, dass ich es dann auch dementsprechend kann.“ (A_G_FI02, Pos.75)

An einem Beispiel beschreibt dieselbe Person, dass das Wollen die Qualität der Arbeit steigert, weil Aufgaben, die man erledigen will, sorgfältiger ausgeführt werden:

„Und ich finde, wenn ich selber dann diese Aufgaben machen will, finde ich, dann leidet die Qualität auch nicht drunter, wenn die nicht sogar dann dadurch gebessert wird, weil ich dann wirklich auch drauf achte, ne, wenn ich wirklich Bock drauf habe, die Aufgabe jetzt zu machen: Hab ich alles ausgefüllt, ist alles korrekt?“ (A_G_FI02, Pos.75)

Insbesondere die PFP auf der Stroke-Unit äußern, dass sich Können, Sollen und Wollen insgesamt im Gleichgewicht befinden, auch wenn – abhängig von der konkreten Situation – einer der Aspekte stärker hervortreten kann.

5.2.3 Gelingende Pflege

Auf die Frage, wann Pflege gelungen sei, heben Pflegepersonen aus beiden untersuchten Bereichen die Bedeutung des Pflegeteams hervor:

„Was da eine Rolle spielt, ist das Team selber, meine Kollegen, die da sind, weil einfach ... ich finde, wenn das Team zusammenarbeitet und gut zusammenarbeitet, auch noch gute Laune bei hat, Späßchen macht, viel lacht, das macht schon eine ganze Menge aus. [...] Wo man dann sagen kann: ‚Der Dienst, der Tag war gut.‘“ (A_G_FI02, Pos. 81)

„Und wenn die ganze Kombination passt, und man kann noch so viel zu tun haben und die ganze Nacht oder den ganzen Tag gearbeitet haben wie verrückt, aber die Patienten am Ende zufrieden sind, gehe ich dann auch mit einem guten Gefühl nach Hause.“ (A_SU_FI06, Pos. 69)

Diese beiden Beispiele zeigen noch weitere Aspekte, die für eine gelingende Pflege relevant sind. Neben der Zusammenarbeit im Team spielen auch zwischenmenschliche Aspekte wie die Stimmung im Team eine wesentliche Rolle. Außerdem ist die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen entscheidend, in diesem Fall mit Ärztinnen und Ärzten. Ein weiterer Aspekt ist die

Zufriedenheit der zu Pflegenden, die von Pflegepersonen beider Bereiche als Kriterium für eine gelingende Pflege genannt wird. Daneben ist es auch entscheidend, sich Ziele zu setzen und diese dann auch zu erreichen:

„Erst mal, dass ich das, was ich mir vorgenommen habe für den Tag, auch erreiche als Ziel. Dass die Patienten zufrieden sind mit dem, wie ich sie versorgt habe. Dass das, was ich vielleicht persönlich angemerkt habe [...] oder aufgefallen ist bei den Patienten zum Beispiel, dass das auch angenommen wird von anderen Berufsgruppen wie Therapie, Ärzte et cetera, dass das umgesetzt wird, wenn ich was sage. Das wird es aber auch im Allgemeinen, ja.“ (A_G_FI03, Pos. 117)

Etwas differenzierter in Bezug auf Zielsetzung und Erfolg äußern sich PFP aus der Stroke-Unit. Demnach ist es für eine gelingende Pflege entscheidend, verschiedene Kompetenzen und persönliche Eigenschaften wie Fachwissen, Erfahrung, Intuition und Empathie situativ zu kombinieren. So kann die Pflege individuell gestaltet werden, was zu einer hohen Pflegequalität führt. Laut einer PFP aus der Stroke-Unit ermöglicht der gute Personalschlüssel auf dieser Station die individuelle Gestaltung der Pflege:

„Das hängt natürlich mit der Anzahl der Patienten zusammen, ja, und dann mit dem Personalschlüssel. Wir sind oft zu viert oder zu dritt halt, je nachdem. Wir haben einfach mehr Zeit für den Patienten. Wir können auch mal ein Gespräch führen, wir hören ein bisschen was Privates auch und ist natürlich auch wichtig bei den Krankheitsbildern, die wir haben. Ja, wir können ganz anders pflegen hier.“ (A_SU_FI02, Pos. 61)

Neben der Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten ist für die befragten Pflegepersonen auch die eigene Zufriedenheit mit der geleisteten Arbeit ein Kriterium für gelingende Pflege. Dazu gehört laut einer PFP auch das Gefühl, die an sie gerichteten und die eigenen Erwartungen erfüllt zu haben:

„Wenn ich mit meiner Arbeit zufrieden oder das Gefühl habe, dass ich wirklich das, was von mir erwartet wurde, auch gebracht habe, ja, dass ich das, also die Leistung gebracht habe und, ja, es den Patienten hinterher auch wirklich gut geht, dann ist das für mich in Ordnung.“ (A_SU_FI05, Pos. 61)

Eine weitere PFP äußert sich in ähnlicher Weise. Demnach ist es für gelingende Pflege wichtig, die eigene Arbeit zum Ende des Dienstes abgeschlossen zu haben:

„Und mein Ziel ist immer, meine Arbeit zu Ende zu bringen und dann zu gehen. Das ist immer noch so der Punkt, wo ich denke: ‚So, jetzt hab ich ein gutes Gefühl. Ich hab alles erledigt, was ich machen konnte.‘ [...] Aber es

gibt natürlich auch viele Dienste, wo man quasi aus dem Chaos raus nach Hause geht, sich dann noch irgendwie Kollegen krankmelden, die Kollegen schon genervt sind, weil der Dienst schon fürchterlich beginnt. Das sind dann halt so Dienste, wo man halt sagt: ‚Hm, jetzt gehe ich mit keinem guten Gefühl‘, und es rattert dann immer noch zu Hause weiter.“ (A_SU_FI06, Pos. 69)

Dieses Beispiel zeigt auch, wann Pflege als nicht gelungen beurteilt wird. Wenn Unzufriedenheit besteht, weil die eigene Arbeit aufgrund der gegebenen Umstände nicht abgeschlossen werden konnte, ist diese Person auch nach Dienstschluss gedanklich mit der Arbeit beschäftigt. Diese Umstände hängen oftmals auch von den Patientinnen und Patienten ab und sind durch die Pflegepersonen in der Regel nicht beeinflussbar.

Eine PFP aus der Geriatrie äußert sich in ähnlicher Weise, relativiert aber gleichzeitig die Bedeutung solcher Umstände für gelingende Pflege, da sowohl die Tagesverläufe als auch die Patientinnen und Patienten unterschiedlich seien:

„Aber, ha, das ist individuell und das kommt halt auch ein bisschen auf die Patienten drauf an und die Angehörigen. Es gibt nun mal auch Tage, da sitzen die Patienten förmlich auf der Klingel wegen nichts, wo man alle zwei Sekunden gefühlt dahin läuft. Dann kommen noch die Angehörigen dazu, die dann einem ständig hinterherlaufen und Fragen stellen. [...] Nicht jeder Tag ist gleich, ne, das kommt auch noch dazu.“ (A_G_FI02, Pos. 81)

5.2.4 Wissen und Fähigkeiten

Auf die Frage, welches Wissen und welche Fähigkeiten für die Arbeit notwendig seien, benennen die meisten befragten Pflegepersonen aus beiden untersuchten Bereichen zunächst Teamfähigkeit, Empathie, Respekt, Intuition, Wachsamkeit, Offenheit und Organisationsfähigkeit. Kommunikationsfähigkeit spielt eine wichtige Rolle in der Zusammenarbeit im Pflorgeteam, aber auch in der direkten Arbeit mit den Patientinnen und Patienten. Eine PFP aus der Geriatrie hebt hervor, wie wichtig es sei, Patientinnen und Patienten zuhören zu können, besonders wenn sie Kommunikationsschwierigkeiten haben:

„Wie gesagt, vielleicht Empathie haben, zuhören können, finde ich ganz wichtig, vor allem wenn ein Patient bisschen langsamer redet, leiser redet, dass ich ihm dann das Gefühl gebe oder wirklich zeige: ‚Hey, ich höre dir jetzt zu‘, weil ich glaube, das fällt vielen auch schwer.“ (A_G_FI02, Pos. 83)

Eine PFP aus der Stroke-Unit schließt auch die Fähigkeit zur Kommunikation mit anderen Berufsgruppen ein:

„Und ich muss kommunikativ sein. Also ich kann oder ich muss einfach mit meinen Kollegen sprechen, genauso wie mit den Ärzten auch, und halt ganz viel dadurch weitergeben, weil ansonsten würde ja keine Informationsweitergabe erfolgen.“ (A_SU_FI06, Pos. 77)

Neben den personalen Kompetenzen nennen Pflegepersonen aus beiden Bereichen auch das notwendige Fachwissen. Dabei ist neben dem in der Ausbildung erworbenen grundlegenden Wissen auch jeweils bereichsspezifisches Fachwissen erforderlich. Eine PFP aus der Geriatrie nennt in diesem Zusammenhang das Wissen über Krankheitsbilder aus unterschiedlichen medizinischen Disziplinen:

„Ich muss mich ein bisschen auskennen in Neurologie, ich muss mich ein bisschen auskennen in Chirurgie, ich muss mich ein bisschen auskennen in Orthopädie. Das heißt, ich muss Wunden beurteilen können, ich muss Mobilität beobachten können, ich muss dann auch die Demenz begleiten können. [...] Ich muss eigentlich sehr viel wissen, um viele Sachen beurteilen zu können, wie sie funktionieren hier auf Station und wie es läuft.“ (A_G_FI03, Pos. 123)

Dieselbe PFP führt weiter aus, dass bereichsspezifisches Fachwissen mit zunehmender Berufserfahrung erworben wird, wobei das medizinische Wissen durch Ärztinnen und Ärzte vermittelt wird:

„Und das Können ergibt sich durch die Berufserfahrung. Man lernt es einfach, man lernt es mit den Ärzten. Die Ärzte ... man kann die Ärzte ansprechen: ‚Hör mal, das weiß ich nicht. Kannst du mir das noch mal erklären?‘ Wissen muss man sich aneignen im Laufe der Arbeitszeit. Das ist so, das kommt nicht angefliegen. Das ist mit der Ausbildung, ich sag mal, das ist wie mit dem Führerschein. Man lernt das Autofahren, wenn man den Führerschein hat, und das ist genauso in der Pflege.“ (A_G_FI03, Pos. 123)

Auch andere PFP beschreiben die Notwendigkeit, das eigene Wissen stetig zu erweitern. Dazu ist es u.a. erforderlich, fehlendes Wissen zu hinterfragen, wie eine Fachperson am Beispiel des Wissens über Medikamente beschreibt:

„Ich finde auch selber, ich weiß nicht, ob man das jetzt irgendwie als Fähigkeit werten kann, aber wenn ich zum Beispiel was nicht weiß oder so, ne, oder ich kenne ein Medikament nicht, dass ich selber ... oder ist meine Meinung, dass ich selber das hinterfrage. Ich kann nicht alles wissen, gar keine Frage, aber ich kann mich drum kümmern, das Wissen zu erlangen, ne. Das würde ich auch so ein bisschen da mit einbringen, das sollte man auf jeden Fall schon haben.“ (A_G_FI02, Pos. 83)

Die Erweiterung des Fachwissens kann auch strategisch und formalisiert durch Weiterbildungen erfolgen. So beschreibt eine PFP aus der Stroke-Unit das Ziel, dass sukzessive alle PFP die Fachweiterbildung für den Bereich Stroke absolvieren:

„Ja, wir machen immer ... einmal im Jahr darf nur die Fachweiterbildung machen, wir können nur einen schicken immer, die ist in [Ort]. Fange ich jetzt im [Monat] an, die Stroke-Fachweiterbildung [...] ein Jahr, ja. Nur nach und nach gucken wir, dass die irgendwann alle haben, dass wir auf einem Level ... und es ändert sich auch jedes Jahr wieder irgendwas und jeder, der die gemacht hat, bringt wieder was Neues mit.“ (A_SU_FI02, Pos. 113–115)

In beiden Bereichen zeigt sich, dass das vorhandene Wissen einzelner Pflegepersonen im Team weitergegeben wird. Dies bezieht sich sowohl auf Fachwissen, das in Weiterbildungen erworben wurde, als auch auf Erfahrungswissen durch langjährige Berufserfahrung. So werden etwa bei Fragen oder Unsicherheiten erfahrene oder fachweitergebildete Pflegepersonen gefragt oder um Unterstützung gebeten.

Neben dem Fachwissen ist auch die Fähigkeit wichtig, dieses mit den personalen Kompetenzen zu verbinden und in der Arbeit mit den Patientinnen und Patienten anwenden zu können. So beschreibt eine PFP:

„Da ist Erfahrung mit drin, da ist ... ich ... mir fällt kein Wort dafür ein, aber es ist auch ganz viel Empathie und Bauchgefühl, Fachwissen logischerweise, ja, also Bauchgefühl in dem Sinne: Ist es jetzt möglich, einen schwerstbetroffenen Patienten zu mobilisieren? Ist es zu früh, ist es nicht zu früh? Macht der Kreislauf das mit? Da spielen die Vitalparameter ... also diese Verknüpfungen auch zwischen Fachwissen und was traut man dem Patienten zu.“ (A_SU_FI01, Pos. 83)

In Bezug auf das Fachwissen differenziert eine Pflegeassistentzperson aus der Geriatrie zwischen dem Wissen der Fach- und der Assistenzpersonen. Demnach verfügen Fachpersonen über wesentlich mehr Hintergrundwissen, während Assistenzpersonen aufgrund ihrer überwiegend personennahen Arbeit, die ihnen Zeit für Beziehungsaufbau gibt, über mehr patientenbezogenes Wissen verfügen:

„Also eine Fachkraft hat natürlich dieses ganze Hintergrundwissen, sei es jetzt im medizinischen oder anatomisch oder all das, und hat diesen ganzen Background. Eine Hilfskraft hat das Ganze nur in ganz, ganz, ganz abgeschwächter Form, aber eine Hilfskraft ist für den Patienten da. Die nimmt sich die Zeit, die ist viel am Patienten und die kriegt vielleicht auch Sachen mitgeteilt, die eine Fachkraft nicht mitgeteilt bekommen würde, weil dieses Vertrauen kann

sich bei einer Fachkraft mit einem Patienten nicht so aufbauen wie bei einer Hilfskraft, glaube ich, weil ich einfach viel öfter an diesem Patienten bin, andere Beziehung aufbaue.“ (A_G_F104, Pos.39)

5.2.5 Zusammenfassung: Anforderungen im Qualifikations- und Kompetenzmix

Hinsichtlich der Anforderungen an die Pflegenden im Qualifikationsmix wird in den beiden Modellen der stationären Akutpflege die dominierende Bedeutung des Pflegeteams deutlich. Unabhängig von seiner Zusammensetzung stellt das Team auf der betrieblichen Ebene von Beruflichkeit den zentralen Bezugspunkt der Pflegenden dar. Ein funktionierendes Team und gute kollegiale Zusammenarbeit sind wesentlich für Motivation, soziale Anerkennung und pflegerischen Erfolg.

Folglich sind in beiden Modellen sozial-kommunikative Anforderungen von besonderer Relevanz, wie etwa die Notwendigkeit, wechselseitige Rücksichtnahme und Respekt einzuüben und Vertrauen insbesondere zwischen den Qualifikationsebenen aufzubauen. Operativ bedarf es zudem konkreter Absprachen sowie Information und Transparenz bezüglich der Aufgaben.

Diese Anforderungen der kommunikativen Abstimmung im Team spielen insbesondere bei der Zusammenarbeit von Fach- und Assistenzpersonen eine große Rolle. Eine entfaltete Beruflichkeit im Team erfordert zunächst persönliche Eigenschaften und insbesondere soziale und organisatorische Kompetenzen auf der individuellen Ebene der Teammitglieder.

Insbesondere bei Pflegeassistenten wird im ablauforientiert-beziehungsambivalenten Mischmodell eine weitere Anforderung im Sinne individueller Beruflichkeit deutlich, nämlich das Erkennen der eigenen Grenzen. Da Assistenzpersonen einen Großteil ihrer Arbeitszeit mit den Patientinnen und Patienten verbringen, obliegt ihnen die Entscheidung, ob und wann sie die zuständige PFP einschalten. Diese wiederum ist trotz ihrer Gesamtverantwortung von der Entscheidungskompetenz der Assistenzperson abhängig.

Von besonderer Relevanz ist das persönliche Fach- und Erfahrungswissen insbesondere in seiner bereichsspezifischen Vertiefung. Pflegende steuern die Entwicklung ihres persönlichen Wissens eigenmotiviert, gezielt und ausgerichtet an den bereichsspezifischen Anforderungen, was ihre erwerbsbiografische Gestaltungskompetenz als ein Element von Beruflichkeit zeigt. Die Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen wird zudem betrieblich geregelt unterstützt.

Diese Entwicklung auf der Ebene der individuellen Beruflichkeit verbindet sich durch die Weitergabe des erworbenen Wissens im Team mit der betrieblichen Ebene von Beruflichkeit und auch mit der gesellschaftlichen Ebene, indem sie sich auf den pflegerischen Bedarf bezieht.

In der beruflichen Praxis wird das persönliche Wissen nicht als „Besitz“ im Sinne eines „Herrschaftswissens“ aufgefasst, sondern in beiden betrachteten Bereichen im Team geteilt und so zum gemeinsamen Wissensbestand des Teams. Das gilt sowohl für das Fachwissen, das in Weiterbildungen erworben wurde, als auch für das Erfahrungswissen aufgrund langjähriger Berufspraxis. Im Berufsalltag spielt der situationsbezogene Wissenstransfer auf kollegialer Basis eine wichtige Rolle.

Bei der Reflexion der Anforderungen wird Beruflichkeit exemplarisch als mehrdimensionales und relationales Konstrukt erkennbar. In beiden Modellen sehen die Pflegenden, dass Arbeitsanforderungen aus unterschiedlichen Quellen stammen. Sie unterscheiden zwischen Anforderungen, die der Arbeitgeber und betriebliche Regelungen an sie stellen, und erkennen, dass dahinter gesellschaftliche Anforderungen stehen. Diese setzen sie in Bezug zu ihren an sich selbst gestellten professionellen Anforderungen, wobei hinsichtlich der eigenen Ansprüche interindividuelle Unterschiede deutlich werden.

Die extern gestellten Anforderungen werden insbesondere im ablaforientiert-beziehungsambivalenten Mischmodell als gegeben hingenommen und als zu erfüllender Standard betrachtet. Andere betrachten die externen Vorgaben lediglich als Minimalstandard, über den der eigene selbstgestellte Anspruch hinausgeht, was eher im multiprofessionell-personenorientierten Fachpflegemodell deutlich wird. Diesem höheren Anspruch zu genügen, wird teilweise durch die Umstände am Arbeitsplatz verhindert, die die intendierte Entfaltung der Beruflichkeit auf individueller und auf Teamebene einschränken.

Die reflektierte Beruflichkeit der Pflegenden wird in beiden Modellen deutlich, indem die Übernahme nicht kompetenzadäquater bzw. als fachlich falsch oder patientengefährdend eingeschätzter Anforderungen – beispielsweise vonseiten des ärztlichen Dienstes – problematisiert und notfalls zurückgewiesen wird.

Gelingende Pflege zeigt sich in der Erreichung von Arbeitszielen, der individuellen Gestaltung des Pflegeprozesses und damit verbunden in der Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten. Neben den betrieblichen Einflüssen beruht gelingende Pflege insbesondere auf der beruflichen Handlungskompetenz der Pflegenden, also der individuellen Ebene der Beruflichkeit.

Erfolg ist entscheidend davon abhängig, dass die verschiedenen Wissens- und Handlungsformen – also das rational-analytische Handeln, Fallverstehen, subjektivierendes Arbeitshandeln und Verständigungsorientierung (siehe Kapitel 4.2.4) – situativ und patientenbezogen verbunden werden. Dieses professionelle Handeln der Pflegenden wird allerdings von den Umständen im betrieblichen Umfeld determiniert.

Unterschiede in den Anforderungen an Wissen und Kompetenz zwischen den Qualifikationsebenen sind hinsichtlich der körpernahen Unterstützung und Beziehungsarbeit im ablauforientiert-beziehungsambivalenten Modell nicht erkennbar. PFP sehen sich hier nicht als höher qualifiziert oder kompetenter an, sondern erkennen im Gegenteil eine ausgeprägtere Kompetenz bei den Assistenzpersonen. Während Fachpersonen über wesentlich mehr „Hintergrundwissen“, also wissenschaftlich begründetes Wissen als Fundament des rational-analytischen Handelns verfügen, werden die Wissens- und Handlungsformen Fallverstehen, subjektivierendes Arbeitshandeln und Verständigungsorientierung eher den Pflegeassistenten zugeordnet.

Im Gegensatz zu dieser Aufteilung der Wissens- und Handlungsformen und ihrer Zuordnung zu den Qualifikationsebenen im ablauforientiert-beziehungsambivalenten Modell wird im Rahmen des multiprofessionell-personenorientierten Fachpflegemodells die Notwendigkeit der situativen Verbindung der Wissens- und Handlungsformen betont. Dies markiert einen deutlichen Unterschied zwischen den beiden Modellen.

5.3 Auswirkungen im Qualifikations- und Kompetenzmix

Die intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit und die Beziehungsgestaltung zu den Patientinnen und Patienten sind konstitutive Bestandteile pflegerischer Prozessqualität und können die Arbeitszufriedenheit beeinflussen. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass Maßnahmen zur Stärkung der Beziehungsgestaltung im Pflegeprozess durch betrieblich-organisatorische Rahmenbedingungen der Arbeitsgestaltung – z.B. Arbeitsverdichtung und fehlende Zeitressourcen – supprimiert werden können (Braun et al. 2025).

Ausgehend hiervon liefert die folgende Analyse der Auswirkungen des Qualifikationsmixes auf die berufliche Selbstwirksamkeit, die Arbeitszufriedenheit und das subjektive Kompetenzerleben wichtige Hinweise auf relevante Gestaltungsdimensionen für Arbeitszufriedenheit und -qualität.

5.3.1 (Selbst-)Wirksamkeit

In den Interviews finden sich differenzierte Schilderungen, wie Pflegepersonen in ihrer Arbeit Selbstwirksamkeit erleben. Diese ist das Resultat verschiedener Umstände und Handlungen. Die Wirksamkeit des pflegerischen Handelns zeigt sich in Form pflegerischer oder interprofessionell herbeigeführter Erfolgserlebnisse bezüglich des Gesundheitszustands der Patientinnen und Patienten.

Angesichts der rehabilitativen Aufgabenstellung, die sowohl in der geriatrischen Fachabteilung als auch bei der Pflege von Menschen mit Schlaganfall bedeutsam ist, werden hier insbesondere Beispiele für rehabilitative Wirksamkeit angeführt. So ist das Erreichen definierter Rehabilitationsziele ein konkreter Indikator für die wahrgenommene Wirksamkeit pflegerischen Handelns:

„Wir kriegen oft Patienten, [...] die sind sehr schmerzbelastet, die sind traurig. Alles, was sie vorher konnten, konnten sie nicht mehr. [...] wenn man dann diesen Fortschritt sieht und man weiß ganz genau, man hat daran mitgewirkt, vor allem, wenn man auch mit dem Patienten redet, denen ein gutes Gefühl gibt, und dann halt merkt, denen geht es dann besser, das ist für mich eigentlich das, was am meisten Wirksamkeit hat.“ (A_G_FI05, Pos.61)

Ähnlich wie dieses Zitat aus der Geriatrie wird Selbstwirksamkeit auch auf der Stroke-Unit geschildert, wo ebenfalls eine gesundheitliche Verbesserung der Patientinnen und Patienten durch die eigene Arbeit wahrgenommen wird, z. B. wenn Menschen mit Aphasie durch Motivation immer mehr sprechen oder die Mobilisation immer besser funktioniert:

„Genau, weil die werden ja bei uns auch wirklich oft noch gefordert, die Patienten oder gerade so Aphasiker oder so, dass man die immer wieder motiviert zu sprechen, ja. Man kommt den nächsten Tag und der spricht wieder ein bisschen mehr und dann ... Okay, ja, wir haben den jetzt mal richtig flott gemacht oder wir haben den jetzt noch mal zusätzlich gestern Nachmittag mobilisiert, obwohl er vielleicht noch gar nicht so unbedingt wollte, und man merkt jetzt, das wird jetzt immer besser, und kriegt auch die Rückmeldung vom Patienten, der sich jetzt freut, dass es wieder besser ist. Ja, das wird einem dann schon noch bewusst.“ (A_SU_FI05, Pos.75)

Solche Rehabilitationserfolge werden sowohl dem persönlichen Handeln als auch dem Handeln im Team zugeschrieben. Auf individueller Ebene wird diese Form der Wirksamkeit durch Gespräche mit den Patientinnen und Patienten erreicht, die beispielsweise der Motivation dienen: „Ich glaube schon,

dass unsere Gespräche viel bewirken“ (A_SU_FI02, Pos.67). Entsprechend wird formuliert, dass „jede Minute am Patienten“ eigentlich wertvoll sei (A_SU_FI05, Pos. 69).

Wichtig ist auch die Anwendung von Wissen, das in Fort- und Weiterbildungen erworben wurde. So wird in der Geriatrie beispielhaft die Anwendung von Wissen beschrieben, wenn nach einem Schlaganfall das Bobath-Konzept zur Unterstützung der Rehabilitation angewendet wird:

„Je nachdem, wie ich den Patienten aktiviere, mobilisiere und nach Bobath arbeite, sehe ich frühzeitige Entwicklung am Patienten, was für mich Erfolgsergebnisse sind.“ (A_G_FI01, Pos.27)

Dieselbe Gesprächspartnerin schildert, wie sie konkrete Handlungsanweisungen für ihre Kolleginnen und Kollegen verfasst und auch die Angehörigen der Patientinnen und Patienten einbezieht. So wird das individuelle Handeln im Kontext des Teams verortet. Pflege wird im Team wirksam, wenn z.B. das Wissen aus Fortbildungen vom ganzen Team aufgenommen und umgesetzt wird. Insbesondere auf der Stroke-Unit wird diese Teamarbeit auch interprofessionell definiert:

„Das bin jetzt nicht nur ich als Pflegekraft, das ist ja insgesamt ... ja, das fängt ja in der Aufnahme an und mit den Untersuchungen, was gemacht wird, und dass es ihnen dann wieder besser geht, aber da hat man irgendwie so das Gefühl: ‚Okay, da... ich bin da jetzt ein Teil von diesem ganzen Apparat, dass es geholfen hat und dass die jetzt so zufrieden sind, ja.‘“ (A_SU_FI05, Pos. 73)

Auch konkretes fachliches Handeln in Kooperation mit anderen erzeugt ein Gefühl der Selbstwirksamkeit und Zufriedenheit:

„Ich finde die Zusammenarbeit mit den Therapeuten sehr wichtig, also dass die mir eine Rückmeldung geben: Wie ist es mit der Aphasie? Wie ist es mit der Schluckstörung? Wie hat es mit dem Mobilisieren geklappt? Ich mag es auch sehr gerne, mit den Physiotherapeuten zusammen zu mobilisieren. Das macht mich zufrieden.“ (A_SU_FI01, Pos.71)

Aufgrund der teils lebensbedrohlichen Situation der Patientinnen und Patienten bei der Aufnahme wird deutlich, dass das eigene Handeln als Teil kooperativer Bemühungen als existenziell wirksam erlebt wird. Dadurch, dass die Pflegenden schnell und eng zusammenarbeiten, wird der kritische Zustand von Patientinnen und Patienten erheblich verbessert. Diese Erfahrung wirkt bestärkend und bestätigt, dass richtig gehandelt wurde:

„Das sind natürlich so Dinge im Alltag, die einen total, na ja, beflügelt schon ... also die halt einen positiv stärken, und dann weiß man in dem Moment, dass was man kann und was man getan hat, auf jeden Fall das Richtige ist, weil man sieht ja dadurch, dass man Menschen damit oder Patienten auf jeden Fall in dem Moment erst mal das Leben retten kann, ne.“ (A_SU_FI06, Pos. 81)

Ein spezieller Aspekt der Selbstwirksamkeit bezieht sich auf den Schutz der Patientinnen und Patienten vor Überforderung durch ärztliche Entscheidungen und die Vertretung ihrer Interessen gegenüber dem ärztlichen Dienst. Dies ist durch die Nähe der Pflegenden zu den Patientinnen und Patienten möglich, die ein Verstehen ihrer momentanen Situation erlaubt:

„Oder wenn ich jetzt weiß: ‚Da ist was, ich muss da jetzt mit dem Arzt sprechen, muss jetzt mit dem diskutieren, ich muss mich jetzt für den Patienten einsetzen, weil er es jetzt gerade nicht kann.‘ Das ist, finde ich, für mich auch so Wirksamkeit, dass man sich für den Patienten halt einsetzt und weiß: ‚Das hat jetzt gefruchtet, das hat sich jetzt gelohnt, was ich jetzt gemacht habe.‘“ (A_G_FI05, Pos. 61)

Als weitere Form des Erlebens pflegerischer Selbstwirksamkeit werden Zufriedenheit und Dankbarkeit der zu Pflegenden und Angehörigen genannt. In diesem Sinne ist die eigene Arbeit gelungen, wenn sie zur Patientenzufriedenheit führt, die zur eigenen Zufriedenheit beiträgt. Schon die Erfüllung kleiner Wünsche kann dies bewirken, wie eine Pflegeassistentin betont:

„Also an allererster Stelle, wenn die Patienten zufrieden sind, wenn ich [...] für ganz banale Sachen gesorgt habe, wie für einen Patienten, der seit drei Tagen da ist und immer noch kein Brötchen kriegt, so ganz lächerliche Sachen, oder einem Patienten eine Freude machen einfach. [...] Also diese Dankbarkeit, die dann von diesen Patienten kommt, das ist das schönste Gefühl.“ (A_G_FI04, Pos. 87)

Die Pflegenden haben das Gefühl, im komplexen Versorgungsprozess ihren Teil zur Verbesserung des Zustands und zur Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten beizutragen. Der Anspruch dabei ist, möglichst bei jedem Kontakt mit Patientinnen und Patienten wirksam sein zu können. Eingeschränkt wird die Wirksamkeit des pflegerischen Handelns allerdings durch zu hohe Arbeitsanforderungen und konkurrierende Aufgaben, insbesondere durch eine immer komplexer werdende Dokumentation, deren Sinn infrage gestellt wird.

5.3.2 Kompetenzerleben

In der Darstellung zur Selbstwirksamkeit zeigte sich bereits, dass diese eng mit der individuellen Kompetenz verknüpft ist, wenn auf dieser Grundlage wirksam gehandelt werden kann. Wirksamkeit beruht also zumindest in Teilen auf Kompetenz. Die eigene Kompetenz wird zum einen durch die Beobachtung des eigenen erfolgreichen Handelns sichtbar, zum anderen durch die Bestätigung vonseiten anderer Personen.

In den Interviews wird geschildert, wie die Erfahrung der eigenen Kompetenz in unterschiedlichen Zusammenhängen aussieht. So erlebt sich eine Gesprächspartnerin als kompetent, wenn sie einen Pflegeprozess auf der Grundlage einer absolvierten Weiterbildung detailliert und rehabilitationsorientiert plant und die Mitwirkung des gesamten pflegerischen Teams organisiert.

Eine PFP aus der Stroke-Unit, die dort noch nicht lange arbeitet, schätzt ihr eigenes fachbereichsbezogenes Wissen aufgrund fehlender Fachweiterbildung und geringer Erfahrung zwar als mittelmäßig ein, differenziert dies aber dahingehend, dass sie sich als hochkompetent erlebe, wenn es ihr gelinge, ihr Erfahrungswissen aus ihrer langjährigen Tätigkeit in einem anderen Arbeitsbereich im neuen Arbeitskontext anzuwenden:

„Da würde ich mich jetzt mal so im Mittelmaß halten. Wie gesagt, ich habe diese Zusatzausbildung nicht [...] und dadurch, dass ich jetzt gerade auf dieser Abteilung erst [kurze Zeit] bin ... ich bin zwar eingearbeitet, aber da sind immer noch immer wieder Sachen, die auftauchen, wo ich denke: ‚Okay, da bräuchte ich jetzt noch ein bisschen mehr ... mehr Sicherheit.‘“ (A_SU_FI05, Pos. 79).

„Und manchmal gibt es ja dann einfach auch kleine fokale Anfälle oder dass man auf einmal denkt: ‚Der ist jetzt gerade aber komisch, das könnte auch eventuell ein Krampfanfall sein oder so‘, und man hinterher jetzt dann auch die Bestätigung kriegt oder hört im EEG: ‚Ja, da war was‘, wo man dann denkt: ‚Okay, ja, das hast du jetzt, hm ... gut, dass du es so erkannt hast.‘ Ja, solche Sachen, solche Zusammenhänge die man durch die Berufserfahrung dann irgendwann aber auch sich so aneignet, ja.“ (A_SU_FI05, Pos. 81)

Ähnlich erlebt es auch eine Pflegeassistentzperson auf der Geriatrie als Ausdruck persönlicher Kompetenz, wenn sie eine Auffälligkeit bei einer Patientin oder einem Patienten erkennt, diese Beobachtung einer PFP mitteilt und so dazu beiträgt, Komplikationen zu vermeiden. Dieses Erleben löst Zufriedenheit bei ihr aus: „Fühlt man sich nützlich, ja [lacht]“ (A_G_FI04, Pos. 89). Auch eine Berufsanfängerin ohne nennenswerte Berufserfahrung erlebt sich in allgemeinen, nicht fachbereichsspezifischen Bereichen bereits als kompetent:

„Ich würde schon sagen, dass die Kompetenzen auch mit der Berufserfahrung kommen oder dass ich vielleicht andere Kompetenzen habe als meine Kollegen. Zum Beispiel bin ich mehr empathisch oder ich habe mehr die methodische Kompetenz oder organisatorische Kompetenz.“ (A_G_FI05, Pos. 59)

Eine andere PFP aus der Geriatrie bezieht sich ebenfalls auf ihr Einfühlungsvermögen, das es ihr erlaube, sich individuell auf Patientinnen und Patienten einzustellen und im Gespräch Kooperationsbereitschaft zu erreichen. Diese Kompetenz wird als sehr bedeutsam empfunden:

„Dass ich wie gesagt eine gewisse Empathie zeige und dadurch hab ich auch einen besseren Zugang zu den Patienten. [...] Und ich finde, meiner Meinung nach ist das schon sehr, sehr wichtig und das bringe ich auf jeden Fall mit. Also wenn ich merke, eine Kollegin hat keine Chance, dann sage ich immer direkt: ‚Lass mich mal versuchen‘, und meistens hab ich wirklich bis jetzt immer Glück und bin da auch dann immer angekommen.“ (A_G_FI02, Pos. 89)

Eine erfahrene Fachperson betont ihr Vertrauen in die eigene Kompetenz, die es ihr ermögliche, in interprofessionellen Prozessen erfolgreich und im Interesse eines Patienten initiativ zu werden und eigene Entscheidungen zu treffen, ohne sich vorher abzusichern:

„Ja, zum Beispiel heute war auch die [...] war die Entscheidung, ein Patient soll heute ein Erykonzentrat kriegen, EK, ja. Da habe ich jetzt auch heute Morgen schon um sieben Uhr im Labor angerufen, ohne dass der Arzt da war [...]. Ich habe das jetzt auf meinen ... für mich entschieden: Das kriegt er jetzt heute Morgen, weil das ist besser wie heute Abend, dann hat er den Tag davon noch was, dass er das gekriegt hat, ist er vielleicht ein bisschen motivierter heute, weil der Körper besser versorgt ist jetzt mit allem, ja. War richtig, ne, ja.“ (A_G_FI03, Pos. 133)

Eigene Kompetenz wird auch in Form von Bestätigung durch andere erlebt. Genannt werden in diesem Zusammenhang Patientinnen und Patienten, pflegerisches Personal, die pflegerische Leitung, Ärztinnen und Ärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten, die ihre Anerkennung zum Teil direkt äußern. So berichtet eine PFP, dass andere ihren Umgang mit Patientinnen und Patienten wiederholt als bemerkenswert beurteilt und als positives Beispiel für Dritte dargestellt hätten. Eine andere Fachperson macht deutlich, dass sie eine solche Anerkennung sehr positiv erlebt: „Was natürlich auch immer gut ist, was einem guttut, ist, wenn man mal gelobt wird“ (A_G_FI03, Pos. 117).

Auch indirekt tragen andere Personen dazu bei, die eigene Kompetenz erfahrbar zu machen, beispielsweise wenn Kolleginnen und Kollegen um Rat fragen oder wenn Ärztinnen und Ärzte um eine Einschätzung zum Zustand

und zur Behandlung von Patientinnen und Patienten bitten. Eine Assistenzperson erlebt ihre eigene Kompetenz, wenn Fachpersonen Aufgaben an sie delegieren und damit zeigen, dass man sie für verlässlich hält:

„Also mir wird viel delegiert, was Patienten anbelangt, also hab ich das Gefühl, dass ich schon ... wenn man mir was delegiert, hat man das Gefühl als Fachkraft, man könne sich verlassen, genau. Das gibt mir das Gefühl, dass ich kompetent in dem bin, was ich mache.“ (A_G_FI04, Pos.91)

5.3.3 Zusammenfassung: Auswirkungen im Qualifikations- und Kompetenzmix

Die (Selbst-)Wirksamkeit pflegerischen Handelns bezieht sich sowohl auf das persönliche Handeln als auch auf die gemeinsame Anstrengung im Pflegeteam und kann daher sowohl auf der individuellen wie auf der betrieblichen Ebene des Beruflichkeitskonzepts verortet werden. In beiden Organisationsmodellen der stationären Akutpflege entsteht (Selbst-)Wirksamkeit, wenn Pflegende den Verlauf des Genesungsprozesses sichtbar mitgestalten und Ziele erreichen, sei es durch eine gelungene Mobilisation, die Wiedergewinnung von Sprache oder Interventionen gegenüber ärztlichen Entscheidungen im Interesse der Patientinnen und Patienten.

Wirksamkeit pflegerischen Handelns zeigt sich auch in der Dankbarkeit und Zufriedenheit von Patientinnen, Patienten und Angehörigen. Insbesondere für Pflegeassistentinnen und -assistenten sind die persönlichen Rückmeldungen der zu Pflegenden – vermutlich aufgrund der persönlichen Nähe – von hoher Relevanz.

Im Kontext des multiprofessionell-personenorientierten Fachpflegemodells wird die therapeutische Relevanz des pflegerischen Gesprächs und der Wert jedes Kontakts mit den Patientinnen und Patienten betont. Im ablaufforientiert-beziehungsambivalenten Mischmodell hingegen besteht diese Möglichkeit zur pflegerischen Wirksamkeit nur mit Einschränkungen. Dies macht – ebenso wie die zeitlich konkurrierenden Dokumentationsanforderungen – deutlich, dass Regeln auf der betrieblichen Ebene die Möglichkeit zur Entfaltung beruflicher Handlungskompetenz auf der individuellen Ebene der Beruflichkeit beschränken können.

In qualifikations- und kompetenzgemischten Teams wird die eigene Kompetenz in beiden Modellen – unabhängig vom Qualifikationsniveau – sowohl durch Selbsterfahrung als auch durch Bestätigung von anderen erlebbar. Insbesondere bei PFP zeigt sich die eigene Kompetenz im pflegerischen

Erfolg auf der Grundlage eigener pflegepraktischer Erfahrung und erweiterter Qualifikationen durch Fort- und Weiterbildungen. Auch Pflegeassistentinnen und -assistenten erleben sich als kompetent, wenn sie im Kontakt mit Patientinnen und Patienten ihr Fachwissen und ihre Kompetenz im Fallverstehen einsetzen können und so dazu beitragen, Komplikationen zu vermeiden.

Das Erleben von Kompetenz bezieht sich auf unterschiedliche Wissens- und Handlungsformen (Fachkommission 2020a). Rückmeldung, Anerkennung und Lob von Kolleginnen, Kollegen und zu Pflegenden sowie – im ablauforientiert-beziehungsambivalenten Mischmodell – von Leitung und Angehörigen kooperierender Berufe (Therapie und Medizin) sind Formen indirekten Kompetenzerlebens. Assistentinnen und Assistenten erleben sich zudem dann als kompetent, wenn PFP Aufgaben an sie delegieren und so Vertrauen signalisieren. Sofern PFP nur einen geringen Anteil ihrer Arbeitszeit mit den Patientinnen und Patienten verbringen, besteht im Gegensatz zu den Pflegeassistentinnen und -assistenten für sie wenig Gelegenheit, Bestätigung seitens der Patientinnen und Patienten direkt zu erleben.

5.4 Selbstverständnis und pflegeberufliche Identität

Berufliche Bildung und berufliche Identität haben ihren Bezugspunkt im Konstrukt des „Berufs“. Prinzipiell eröffnen Berufe ein Identifikationspotenzial; die Berufsausübung an sich schafft jedoch nicht notwendigerweise berufliche Identität. Für den Pflegeberuf wird eine Untrennbarkeit von Kompetenz- und Identitätsentwicklung ins Feld geführt, die im Begriff der „professionellen Identität“ konzeptualisiert wurde (Cassier-Woidasky 2007). In diesem Zusammenhang konnte gezeigt werden, dass sich berufliche als professionelle Identitätsentwicklung maßgeblich erst nach der Ausbildung vollzieht (Fischer 2013, S.281), wodurch das Zusammenspiel von pflegeberuflicher Identität und der Ausgestaltung des Qualifikationsmixes in den Fokus rückt.

5.4.1 Berufliche Motivation

Die Pflegenden der stationären Akutpflege machten differenziert deutlich, welche Aspekte ihrer beruflichen Tätigkeit motivierend auf sie wirken. Dabei lassen sich mehrere Themen unterscheiden. Das wesentliche Element im

Pflegeberuf ist die Arbeit mit Menschen und die Möglichkeit, ihnen erfolgreich helfen zu können. Allein die Tatsache, bei der Arbeit regelmäßig Kontakt mit unterschiedlichen Menschen zu haben, stellt ein motivierendes Charakteristikum des Pflegeberufs dar, das bereits bei der Berufswahl eine entscheidende Rolle spielt:

„Ich mag es, dass die Menschen so unterschiedlich sind, ne, dass nicht jede Pflege gleich ist. [...] Aber [...] was mir eigentlich wirklich am meisten Spaß macht oder mich motiviert weiterzumachen, das ist wirklich so, sind die Patienten selber, ja, ja.“ (A_G_FI02, Pos.97)

„Das kann man ja ... Also wenn ich jetzt in so einem Bürojob da rumsitze und die ... meinen PC da ansteuere, hätte ich da keinen Spaß bei.“ (A_SU_FI04, Pos. 149)

Dabei stellt das Motiv des Helfens – die Möglichkeit, im Rahmen der Arbeit mit Menschen Gutes zu tun und positive Reaktionen zu bewirken – eine erste Konkretisierung dar. Etwas für andere tun zu können und für sie da zu sein, wird explizit als sinnstiftend bezeichnet:

„Also eigentlich täglich finde ich meine Arbeit sinnstiftend und jeden Tag bin ich auch motiviert, weil ich halt weiß ... Manchmal denke ich mir: ‚Warum machst du das eigentlich alles?‘ Und dann weiß ich aber: ‚Okay, du machst das ja für die Patienten.‘“ (A_G_FI05, Pos. 63)

In der Geriatrie wird zudem auf die Zielgruppe älterer Menschen und ihre Lebensleistung Bezug genommen:

„Also gerade auf der Geriatrie sind halt die älteren Patienten überwiegend und ich hab dann immer im Hinterkopf: ‚Das sind so ... das sind Persönlichkeiten.‘ Das ist nicht die alte Dame, die nicht mehr laufen kann, die ist vielleicht früher Marathon gelaufen. Die haben viel der Gesellschaft gegeben und das einfach zurückgeben zu können, das ist schon ... das ist schon sehr motivierend.“ (A_G_FI04, Pos. 101)

Zusätzlich wirkt es motivierend, wenn Patientinnen und Patienten Dankbarkeit zeigen und Zufriedenheit ausdrücken:

„Die Dankbarkeit teilweise, auch wenn nicht jeder Dankbarkeit zeigt, doch sind sie alle dankbar auf ihre Art und Weise.“ (A_G_FI02, Pos.97)

Eine weitere Konkretisierung des Helfens wird in den beiden untersuchten Arbeitsbereichen hinsichtlich rehabilitativer Erfolge deutlich:

„Ich sag mal, Patienten, denen es schlecht geht, die mit einem schlechten Zustand kommen, dass die auf jeden Fall auf einen guten Weg kommen. Das geht nicht immer, aber es geht ganz oft und das ist halt das Gute auf der Schlaganfall-Station, dass man aus vielen Situationen noch Positives erwirken kann.“ (A_SU_FI06, Pos. 89)

„Richtig, ne, die Entwicklung. Ich sehe einfach diese Entwicklung am Patienten und das macht Spaß, ne, das nährt.“ (A_G_FI01, Pos. 157)

Neben dem zentralen motivierenden Aspekt des Helfens werden in den Interviews noch weitere Merkmale deutlich. So wird es auch als motivierend empfunden, einer verantwortungsvollen und abwechslungsreichen Arbeit nachzugehen, bei der keine Langeweile aufkommt. Auch dies spielt bereits bei der Berufswahl eine Rolle:

„Also in erster Linie motiviert es mich, dass ich keinen reinen Bürojob habe, das ist ja gar nichts für mich. Mich motiviert, dass die Tage komplett unterschiedlich sind.“ (A_SU_FI01, Pos. 99)

Schließlich werden auch die Arbeit im Team und die damit verbundene Wertschätzung, die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten sowie die Möglichkeit genannt, das eigene Wissen zu erweitern. Trotz nachteiliger Umstände wie z. B. Schichtarbeit wird eine grundsätzliche Zufriedenheit deutlich.

5.4.2 Berufsstolz

In den Interviews bezeichnen sich die Gesprächspartnerinnen und -partner überwiegend als stolz auf ihren Beruf. Eine wichtige Quelle dieses Berufsstolzes ist die Erfahrung, durch die eigene Arbeit Gutes zu tun und Menschen erfolgreich zu helfen. Dies bezieht sich sowohl auf die einzelne Person als auch auf die Gesellschaft insgesamt:

„Dass ich was Gutes tun kann auch, dass ich für den Menschen auch da sein kann, dass ich was für die Gesellschaft tue, weil einfach auch immer mehr Menschen Hilfe benötigen, und ich finde, dass die die Hilfe dann auch kriegen sollten, ja.“ (A_G_FI02, Pos. 119)

Bestärkt wird dies, wenn Patientinnen, Patienten und Angehörige positiv reagieren, zufrieden oder dankbar sind und wenn Fortschritte als Ergebnis des eigenen Handelns sichtbar werden:

„Ich mache das an den Rückmeldungen von den Patienten fest, dass die mir rückmelden, dass ich eine gute Arbeit gemacht habe, dass die dankbar sind, dass die froh sind, dass ich für sie da war, und das ist eigentlich das, was mich am meisten stolz macht.“ (A_G_FI05, Pos.75)

Eine besondere Facette zeigt sich, wenn die Zumutungen des Pflegeberufs in den Blick genommen werden, z.B. schwierige Patientinnen und Patienten, hohe Anforderungen an die Arbeitsorganisation oder ein großer Arbeitsdruck. Die Überwindung solcher Herausforderungen, die Tatsache, dass auch unter schwierigen Voraussetzungen gute Arbeit geleistet wird, ist eine der Quellen für den Stolz auf die eigene berufliche Tätigkeit:

„Ich sag mal, Sterbende zu pflegen, aggressive Patienten zu pflegen, Schichtarbeit zu leisten, Schichtwechsel zu machen, ganz viele Dienste ohne Pause, ganz viele Dienste, wo man Überstunden macht, wenig Anerkennung eigentlich im Beruf bekommt, macht mich aber letztendlich stolz, weil ich es trotzdem immer noch gerne mache und auch noch nie drüber nachgedacht habe, irgendwas anderes zu machen.“ (A_SU_FI06, Pos. 121)

Neben diesen Aspekten der beruflichen Tätigkeit selbst kann auch Anerkennung durch das private Umfeld dazu beitragen, stolz auf den Pflegeberuf zu sein, wie folgendes Zitat zeigt:

„Ich war jetzt vor kurzem in einem privaten Gespräch und da haben wir drüber gesprochen, was ich so den ganzen Tag mache und da hat die Person mir ein sehr positives Feedback gegeben. Da ist man sehr stolz. Wenn ich jetzt, weiß ich nicht, Fremden gegenüber sage: ‚Ich bin Gesundheits- und Krankenpflegerin‘, bin ich auch stolz.“ (A_SU_FI01, Pos. 147)

Der in den meisten Gesprächen identifizierte Stolz auf die berufliche Tätigkeit wird allerdings durch die Arbeitsbedingungen im Gesundheitssystem konterkariert. Angesichts der Vergütung im Vergleich zu anderen Berufen und der mangelnden Wertschätzung der Pflege sind die Pflegenden explizit nicht stolz:

„Ja, tut mir leid, das System, Politik, da muss definitiv noch sehr viel passieren. Und nee, da bin ich nicht stolz drauf. [lacht].“ (A_G_FI02, Pos. 123).

Insbesondere Situationen, in denen Patientinnen und Patienten wegen mangelnder Zeitressourcen vernachlässigt werden müssen, trüben den Berufsstolz deutlich. In einigen Gesprächen wurde die Idee des Berufsstolzes auch zurückgewiesen – der Beruf sei nichts Besonderes, werde aber dennoch gerne ausgeübt.

5.4.3 Persönliches Pflegeverständnis

In den Interviews wird ein weit gefasstes Pflegeverständnis erkennbar, das die physische und psychische Dimension des Menschen umfasst und den „ganzen Menschen“ im Blick hat. Für Pflegenden ist es wichtig, nah am Menschen zu sein, denn Pflege bedeutet auch körperliche Versorgung.

Die Vielfalt pflegerischen Handelns lässt sich an den Verben ablesen, die in den Interviews zur Beschreibung der Pflege herangezogen werden: begleiten, unterstützen, fördern, heilen, versorgen, betreuen, vermeiden, organisieren, beraten, gesundheitsbezogen helfen, beobachten, kommunizieren, zusammenarbeiten und verhüten. Hier wird eine gewisse Ambivalenz deutlich – einerseits wird darauf hingewiesen, dass Pflege auch Grenzen haben müsse, andererseits heißt es in einem Interview auf der geriatrischen Abteilung:

„Aber gerade auf der Geriatrie ist das ganz viel. Da ist man alles, da ist man vielleicht Enkelkind teilweise.“ (A_G_FI04, Pos. 103)

Je nach pflegerischem Handlungskontext ändern sich die Prioritäten, beispielsweise in der Akutsituation auf der Stroke-Unit:

„Die Förderung der Gesundheit, klar macht man das ja automatisch mit, ja, die Verhütung von Krankheiten auch natürlich, dass man wie gesagt, ja, beobachtet und guckt, ob alles in Ordnung ist. Diese Gesundheitsfürsorge, das kommt ja natürlich auch darauf an, in was für einem Bereich ich jetzt als Krankenschwester auch arbeite [...]. Ich meine, bei uns ist ja eigentlich schon der Worst Case da, wenn die Patienten bei uns liegen. Ja, da ist jetzt dann [...] natürlich auch eine gewisse Vorsorge wieder, damit nicht noch Weiteres passiert oder noch ein Schlaganfall kommt, das schon, aber das tritt bei uns hier wirklich so ein bisschen in den Hintergrund, muss man dann sagen. Ja, da ist jetzt wirklich diese Akutphase, wo wir uns dann jetzt wirklich um, ja ... darum kümmern.“ (A_SU_FI05, Pos. 97)

Dem Auszug aus der ICN-Definition von Pflege (siehe Kapitel 6.3), der ihnen in den Interviews im Anschluss an die Beschreibung ihres persönlichen Pflegeverständnisses präsentiert wurde, stimmten die Gesprächspartnerinnen und -partner durchweg zu. Ergänzungsvorschläge bezogen sich auf den zum Teil zeitaufwendigen Einbezug von Angehörigen und auf die Relevanz von medizinischem und psychologischem Wissen.

Das persönliche Pflegeverständnis entwickelt sich mit zunehmender Berufserfahrung, beispielsweise von einer ursprünglichen Aufgabenorientierung hin zu einer personenbezogenen differenzierten Wahrnehmung spezifischer Ressourcen der Patientinnen und Patienten. Im Laufe der Zeit wird auch erkannt, dass auch banal scheinende Aufgaben wichtig sind:

„Das hat sich mit der Zeit ja erst entwickelt, ja, dass ich erst auf solche Sachen achte, dass ich, sage ich mal ... dass ich rundum denke. [...] Vorher war ich sehr fokussiert auf meine Aufgabe für den Tag, ja, und so nach und nach quasi kam dieses ... der Weitblick dabei, ne.“ (A_G_FI01, Pos. 189)

„Ganz am Anfang hätte ich vielleicht anders von der Pflege geredet: ‚Ich mache nur ein paar Toilettengänge oder gucke nur da, ne, dass die Station ... dass alles läuft‘ und so, aber wie wichtig das ... auch diese Arbeit ist, das kommt mit den Jahren. Also man nimmt sich anders wahr, je länger man auf der ... also in dem Beruf ist.“ (A_G_FI04, Pos. 117)

5.4.4 Berufliches Selbstverständnis

Beim Thema „berufliches Selbstverständnis“ verweisen die Pflegenden in den Interviews wiederum auf das Grundmotiv des Helfens. In der Pflege zu arbeiten bedeutet, Menschen gesundheitsbezogen zu helfen. Wie differenziert und anspruchsvoll sich dies darstellt und wie vielseitig der Pflegeberuf ist, ist Außenstehenden weitgehend unbekannt:

„Der ist vielseitig, der ist ... Menschen helfen auch, aber das Vielseitige, ne. Die Pflege ist [...] wie ein Baum mit vielen Ästen und es gibt so viele tolle Aspekte der Pflege, dass man halt quasi aus einem Buffet jede Menge für sich herausnehmen kann, ja [...]. Und diese verschiedenen Aspekte, die eigentlich gar nichts miteinander zu tun haben, aber trotzdem in all dem Beruf Pflege drin sind, das ist das, was ja diesen Beruf ja so ausmacht, so viele tolle einzelne Aspekte.“ (A_G_FI01, Pos. 163)

Betont wird auch, dass der Beruf durch Herausforderungen, Verantwortung und eine ausgeprägte Unvorhersehbarkeit charakterisiert ist, was große Flexibilität erfordert. Auch die kollegiale Zusammenarbeit im Team wird hervorgehoben, ebenso wie der Stellenwert von Kommunikation und Organisation. Die hohen Ansprüche und die vielfältigen Inhalte seien Außenstehenden kaum bekannt, sodass dem Beruf ein nur geringes gesellschaftliches Ansehen zugeschrieben wird, wie folgendes Zitat zeigt:

„Es ist prinzipiell ein sehr schöner Beruf, der, ja, leider in der Gesellschaft nicht so ... nicht so akzeptiert wird. Sie reden zwar alle ganz viel von Pflege oder nach Coronazeiten auch, ja, aber im Prinzip hat sich ja danach auch nicht viel geändert. [...] ich glaube generell, wenn ich es jetzt verallgemeinere, in der Gesellschaft ist die Pflege ... hat die keinen hohen Stellenwert, ja.“ (A_SU_FI05, Pos. 85)

Gleichwohl wird in der öffentlichen Wahrnehmung zwischen verschiedenen pflegerischen Tätigkeitsbereichen unterschieden – die Arbeit auf der Intensivstation beispielsweise wird als anspruchsvoller eingeschätzt als die Arbeit in einer Pflegeeinrichtung:

„Ja, das glaube ich schon, dass da auch noch ein ... ein Unterschied ist, wenn man, dass jemand sagt oder einer stellt sich vor und sagt: ‚Ich bin in ... ich arbeite auf einer Intensivstation‘, und der andere sagt: ‚Ich arbeite im Pflegeheim oder auf einer normalen Pflegestation‘, dass dann doch schon so der Otto Normalverbraucher schon zu der Intensivkraft schon ein bisschen mehr heraufschaut. [...] aber die Normalstationen haben auch eine Verantwortung [...] und da hat man ja für viel mehr Patienten eine Verantwortung. Also ich glaube, das wird nach außen hin dann nicht so gesehen.“ (A_SU_FI05, Pos. 93)

Die Gesprächspartnerinnen und -partner machen deutlich, dass der direkten Arbeit mit den Patientinnen und Patienten ein entscheidender Stellenwert zukommt. „Pflege am Bett“ ist keineswegs schlechtere Arbeit; vielmehr ist dieser direkte Kontakt essenziell für den Erfolg der Arbeit:

„Also ich finde, eine Pflegefachkraft muss auch am Patienten sein, aber die Arbeit am Patienten, auch was die Pflege betrifft, ist enorm wichtig. Also man beobachtet, man nimmt wahr, Sachen, die man so vielleicht nicht wahrnehmen würde. [...] Und kriegt dann auch viel mit vom Patienten, was vielleicht gar nicht so sonst einem mitgeteilt werden würde, ne. Diese Smalltalks bei der Pflege, die da entstehen, die können auch ganz schnell ein bisschen tiefgründiger werden, ne, und der Patient öffnet sich dann auch mehr und gibt vielleicht auch Sachen preis, die er dann vielleicht so bei einer schnellen Visite nicht preisgibt oder, ne ... weil er das Gefühl hat, es hat keiner Zeit. Und dann nimmt man sich die Zeit, grade bei der Pflege, und kann so vom Patienten auch viel mitbekommen, was vielleicht wichtig ist. Also die Pflege am Patienten, wichtig, sehr wichtig.“ (A_G_FI04, Pos. 17)

„Und wenn ich den Patienten nicht gescheit betreue, dann habe ich keinen zufriedenen Patienten, dann ist dem das egal, ob der ... ob ich da drei Striche mache oder vier im Computer. Der will vernünftig versorgt sein und deswegen ist die Pflege am Bett sicherlich genauso wichtig wie das andere.“ (A_G_FI03, Pos. 91)

Der besondere Stellenwert, den die Pflegenden der Nähe zu den Patientinnen und Patienten zuweisen, zeigt sich auch, wenn diese Nähe als Berufswahlmotiv genannt wird:

„Also ich glaube nicht, dass die Pflegefachkraft das ... die Arbeit am Bett als schlecht empfindet, weil das ist ja eigentlich für mich persönlich erst mal der Grund, warum man halt überhaupt Pflegekraft geworden ist, dass man an den

Patienten arbeitet. Also ich setze da für mich persönlich die Priorität immer noch, auch heute noch, in die Versorgung, Erstversorgung der Patienten und dann kommt für mich der Rest.“ (A_G_FI03, Pos. 23)

Dieser Teil der Arbeit wird allerdings zunehmend eingeschränkt:

„Und das ist auch das, was uns allen auch so ein bisschen fehlt, weil wir das nicht mehr so in dem Umfang machen können, wie wir das früher gemacht haben.“ (A_SU_FI05, Pos. 9)

5.4.5 Gemeinsames Verständnis vom Pflegeberuf

Sowohl in den Pflegeteams der geriatrischen Abteilung als auch auf der Stroke-Unit wird ein im Wesentlichen gemeinsames Verständnis vom Pflegeberuf erkennbar. Über das Thema Berufsverständnis wird in den Teams nicht gesprochen, es wird aber in der Interaktion mit den Patientinnen und Patienten sichtbar. Dass Unterschiede im Berufsverständnis zu Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit im Team führen würden, wird in keinem der Interviews berichtet. Dennoch ist eine gewisse Heterogenität zu konstatieren, die weitgehend auf die individuelle Haltung der Pflegenden zurückgeführt wird, aber kaum auf Qualifikationsunterschiede o.Ä.:

„Ja, schon, ich denke schon, dass wir uns das teilen. Klar gibt es schon, denke ich, immer so kleine Punkte, die vielleicht immer so ein bisschen abweichen, das kommt aber auch auf die eigene Einstellung drauf an, aber ich denke schon, dass im Großen und Ganzen das so gleich ist.“ (A_G_FI02, Pos. 127)

„Aber es gibt natürlich wie überall auch Kollegen, für die ist das ein Beruf, keine Berufung, und dann arbeitet man anders.“ (A_G_FI04, Pos. 125)

In den Gesprächen wird deutlich, dass – jenseits der persönlichen Haltung – verschiedene Gruppen von Pflegenden erkennbare Unterschiede repräsentieren, die am deutlichsten zwischen verschiedenen Generationen hervortreten. Berufserfahrene Pflegenden attestieren jüngeren Kolleginnen und Kollegen häufig, die Nähe zu Patientinnen und Patienten eher zu meiden und andere Aufgaben zu bevorzugen:

„Die sind mehr auf dieses Administrative bedacht, ja. [...] Ja, eher dass die Pflege am Patienten nicht mehr erstrangig ist, sondern eigentlich gleichgesetzt ist mit den anderen Aufgaben und nicht ... Bei uns früher, wo ich gelernt habe, da war die Pflege am Patienten das Wichtigste.“ (A_G_FI03, Pos. 173)

„Aber ich denke, der Pflegeansatz bei den meisten älteren [lacht] Kollegen ist schon gleich. Bei jüngeren Kollegen denke ich manchmal, die denken so, wie ich früher gedacht habe, ne: ‚Zack, zack, zack, die Arbeit fertig machen, ab nach Hause‘, und die denken auch nicht weiter drüber nach. Aber ich denke, das ist einfach davon abhängig, wie lange man in dem Beruf arbeitet und wie alt auch das eigene Umfeld ist, und man selber wird ja auch älter und entwickelt sich einfach mit der Einstellung allein schon zur Pflege.“ (A_SU_FI06, Pos. 107)

Diese Unterschiede werden von einigen Gesprächspartnerinnen und -partnern auch auf die im Jahr 2020 eingeführte generalistische Pflegeausbildung zurückgeführt. Zudem sei beim Nachwuchs eine Tendenz zu beobachten, sich durch Fortbildungen von der personennahen Arbeit zu befreien:

„Es wird sich fortgebildet, um quasi sich von der ... vom Bett weg zu bilden. Mehr zum Schreibtisch anstatt zum Bett, ne.“ (A_G_FI01, Pos. 25).

Die auf den geriatrischen Stationen beschäftigten Altenpflegerinnen und -pfleger weichen hinsichtlich ihres Berufsverständnisses in einigen Aspekten leicht von den im Krankenhaus ausgebildeten Fachpersonen ab. So führen sie zusätzliche pflegerische Handlungen an Patientinnen und Patienten aus, die von anderen eher als nicht notwendig angesehen werden. Dies beschreibt ein Altenpfleger wie folgt:

„Ich finde sogar manchmal, was mir dann zu Ohren kommt, dass viele Kollegen dann sagen: ‚Ah, man merkt, du kommst aus der Altenpflege.‘ Also da hab ich dann wahrscheinlich noch gewisse ... mehr Sachen, die ich an dem Patienten noch mache, wo dann die Gesundheits-, Krankenpfleger dann eher sagen: ‚Ist nicht nötig‘ oder so, ne.“ (A_G_FI02, Pos. 115)

Umgekehrt beobachtet ein Gesundheits- und Krankenpfleger, dass Kolleginnen und Kollegen, die aus Pflegeeinrichtungen ins Krankenhaus wechseln, ihre Arbeitsweise auf Kosten der Nähe zu den zu Pflegenden an die Bedingungen am neuen Arbeitsplatz anpassen:

„Also, man merkt das gerade, wenn die Kollegen neu aus der Altenpflege kommen, [...] die sind schon doch patientenorientierter [...]. Das ist schon so ein kleiner Kulturschock für die, weil die sind das gewohnt, hauptsächlich den Patienten und dann dokumentieren. [...] Aber nee, das ... nach einer Zeit, dann stabilisiert sich das und dann läuft das auch gut, ne.“ (A_G_FI03, Pos. 65)

Auch das Qualifikationsniveau kann zu Unterschieden im Berufsverständnis beitragen. Hochschulisch qualifizierten Pflegenden wird nachgesagt, sie neigten dazu, sich von patientennaher Arbeit zu distanzieren und „in die Büros“

zu gehen (A_G_FI01, Pos.25). Mit Blick auf die Unterschiede zwischen PFP und Assistenzpersonen werden gewisse Unterschiede beschrieben, die auf fehlendes Fachwissen der Assistenzpersonen zurückgeführt werden; allgemein sei aber auch hier von einem relativ gleichen Berufsverständnis auszugehen.

Eine Gesprächspartnerin aus der Stroke-Unit ist der Ansicht, dass das Absolvieren einer Fachweiterbildung keine Rolle für das Berufsverständnis spiele. Das Berufsverständnis kann sich zudem je nach Arbeitsbereich unterscheiden, wie in einem Interview auf der Stroke-Unit deutlich wird:

„Hier, glaube ich, würde keine Gesundheits- und Krankenpflegerin arbeiten, wenn sie kein medizinisches Interesse hätte, oder auch technisches Interesse.“
(A_SU_FI01, Pos. 135)

5.4.6 Zusammenfassung: Selbstverständnis und berufliche Identität

In beiden Modellen der stationären Akutpflege weisen die Motivation für den Pflegeberuf und der Berufsstolz deutlich altruistische Züge auf, wenn sie sich auf das Grundthema Helfen und den Erfolg der Arbeit für Patientinnen und Patienten beziehen. Darüber hinaus beziehen sie sich auch auf die Arbeit im Team – dessen große Bedeutung auch hier wieder deutlich wird – und auf Verantwortung, hohe Anforderungen, Abwechslungsreichtum und persönliche Entwicklungsperspektiven. Außerdem benennen die Pflegenden auch die gesellschaftliche Relevanz ihrer Arbeit.

Motivation und Berufsstolz werden allerdings durch mangelnde Wertschätzung, schlechte Arbeitsbedingungen und Überlastung konterkariert und bedroht, was zur Vernachlässigung von Patientinnen und Patienten führt. Dennoch ist gerade die Überwindung widriger Arbeitsbedingungen, also der Arbeitserfolg trotz schwieriger Umstände, eine Quelle für Berufsstolz, was vom bisherigen Forschungsstand zum Thema abweicht (Adlhoch 2024). Motivation und Stolz der Pflegenden, die auf der individuellen Ebene von Beruflichkeit zu verorten sind, behaupten sich auch gegen restriktive Bedingungen und Mängel auf der betrieblichen Ebene – deren Überwindung durch individuelle und teamkollektive Anstrengung die Motivation und den Berufsstolz sogar stärken können.

Das Pflege- und Berufsverständnis der Pflegenden entspricht in beiden Modellen im Wesentlichen der Definition des International Council of Nurses (ICN) und schlägt so einen Bogen von der individuellen Ebene der Beruf-

lichkeit über die gesellschaftliche Ebene hinaus hin zu einer globalen Identität (siehe Kapitel 6.3). Das Berufsverständnis beinhaltet einerseits Aspekte von Fachlichkeit und die Betonung von umfassendem und vielfältigem Wissen; andererseits haben zugleich auch traditionelle Elemente wie Ganzheitlichkeit, Fürsorge und Beziehung einen weiterhin zentralen Stellenwert.

Dies verweist erneut auf das notwendige Zusammenspiel der unterschiedlichen Wissens- und Handlungsformen, nämlich rational-analytisches, kognitiv begründetes Handeln, Fallverstehen, subjektivierendes Arbeitshandeln und Verständigungsorientierung (siehe Kapitel 4.2.4). Professionelles pflegerisches Handeln als Element der Beruflichkeit besteht in der fallorientierten Verbindung von abstraktem Wissen und individueller Pflegesituation.

Pflege ist durch die Nähe zu Menschen charakterisiert, die ein wichtiges Berufswahlmotiv ist. Aufgrund konkurrierender Anforderungen auf betrieblicher Ebene – die wiederum von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen beeinflusst werden – wird diese konstitutive Nähe als bedroht angesehen. Dennoch herrscht bei den Pflegenden beider Modelle weitgehend Zufriedenheit mit der Berufswahl und der Beruf wird gerne ausgeübt.

Dies zeigt insbesondere die Situation der PFP im ablaforientiert-beziehungsambivalenten Mischmodell. Die dort täglich erlebte Distanzierung der PFP von den Patientinnen und Patienten steht in deutlichem Widerspruch zu ihrem Berufsverständnis. Diese Problematik wird zwar erkannt und beklagt, aber hingenommen. Im multiprofessionell-personenorientierten Fachpflegemodell ist die Beziehung der Fachpersonen zu den Patientinnen und Patienten intensiver; die betrieblichen und gesellschaftlichen Restriktionen treten hier deutlich abgeschwächer zutage.

Im Wesentlichen kann von einem unausgesprochenen gemeinsamen Pflegeverständnis ausgegangen werden. Unterschiede sind zwar erkennbar, stellen aber kein Hindernis für eine gute Zusammenarbeit im Team dar. Das pflegeberufliche Verständnis ist deutlich vom individuellen Commitment beeinflusst und hängt eher von Alter, Berufserfahrung und Herkunftsland ab als von der Qualifikation.

Dem beruflichen Nachwuchs wird eine Distanzierung den Patientinnen und Patienten gegenüber und eine Flucht in Bürotätigkeiten nachgesagt. Hierbei bleibt zum einen die Tatsache unberücksichtigt, dass sich das pflegeberufliche Verständnis im Laufe des Berufslebens häufig weg von einer funktionalen Aufgabenorientierung hin zu einer Personen- und Beziehungsorientierung wandelt; zum anderen leben die PFP im ablaforientiert-beziehungsambivalenten Modell eine solche Distanz in der Praxis selbst vor.

Unterschiede nach Qualifikation werden einerseits in Bezug auf den Berufsabschluss deutlich, wenn Personen aus der Altenpflege einen stärkeren Personenbezug zeigen als im Krankenhaus sozialisierte Pflegende. Andererseits kann sich das Pflege- und Berufsverständnis auch nach Qualifikationsniveau unterscheiden, da Personen mit höherer Qualifikation, insbesondere Fachkräfte mit Weiterbildung, auch komplexere Vorstellungen entwickeln.

Insgesamt kann trotz der zu erkennenden Differenzen in beiden Modellen von einem hinreichend homogenen kollektiven Berufsverständnis ausgegangen werden. So wird das Selbstverständnis als individuelle Ebene von Beruflichkeit zu einer Klammer für die Arbeit im Pflegeteam, also für die betriebliche Ebene.

5.5 Zwischenfazit: Qualifikations- und Kompetenzmix in der stationären Akutpflege

Die Analyse der beiden untersuchten Modelle – des ablauforientiert-beziehungsambivalentem Mischmodells mit Fach- und Assistenzpersonen sowie des multiprofessionell-personenorientierten Fachpflegemodells ausschließlich mit Fachpersonen – zeigt insbesondere für die Fachpersonen mögliche Auswirkungen der konkreten Arbeitsorganisation im Qualifikations- und Kompetenzmix auf die Beruflichkeit.

Im ablauforientiert-beziehungsambivalenten Mischmodell besteht bei Fachpersonen eine deutliche Tendenz zur Verringerung des Anteils der Arbeitszeit, der im direkten Kontakt mit Patientinnen und Patienten verbracht wird. Wird dies zugelassen, widerspricht es dem eigenen Berufsbild und kann Unsicherheiten und Unzufriedenheit auslösen. Aufgrund der fehlenden Nähe zu den Patientinnen und Patienten sind die PFP nur eingeschränkt in der Lage, ihrer Verantwortung nachzukommen, und auf korrekte Informationen von geringer qualifizierten Teammitgliedern angewiesen, auf deren Kompetenz sie sich verlassen müssen.

Mit der umfangreichen Delegation personennaher Arbeit an Assistentinnen und Assistenten ist einerseits eine Trennung von Planungs- und Evaluierungsanteilen im Pflegeprozess verbunden, andererseits eine Trennung von der Umsetzung des Geplanten. Dies wirkt deprofessionalisierend und schränkt die individuelle Beruflichkeit der PFP deutlich ein.

Das Fach- und Erfahrungswissen der PFP wird im Kontext der Interaktion und Beziehungsgestaltung mit Patientinnen und Patienten nur teilweise

genutzt, ebenso wie die weiteren Wissens- und Handlungsformen. Dass Fachpersonen auch in diesem Bereich über deutlich mehr theoretisches Wissen verfügen, wird in der Regel nicht thematisiert. Der ohnehin große zeitliche Aufwand im Zusammenhang mit medizinischer Diagnostik und Therapie erhöht sich zusätzlich durch Verzögerungen bei ärztlichen Entscheidungsprozessen, die zu Wartezeiten bei den PFP führen.

Diese Situation wird im Wesentlichen hingenommen. Der Konflikt zwischen dem formulierten Wunsch nach Nähe zu den zu Pflegenden einerseits und dem von Zwängen und Regeln geprägten Arbeitsalltag andererseits bleibt aufgrund der Ambivalenz der PFP ungelöst. Hier mangelt es an Initiative, sich in Aushandlungsprozesse zu begeben, die eine entfaltete Beruflichkeit zum Ziel haben.

Die Assistenzpersonen kommen mit der umfassenden Patientennähe und ihren Handlungsspielräumen subjektiv gut zurecht und fühlen sich wertgeschätzt, insbesondere wenn sie Kontinuität beim Einsatzort und Patientenkontakt erleben. Sie empfinden ihre Arbeit als wertvoll und sich selbst als selbstwirksam und im Rahmen ihrer Möglichkeiten als kompetent.

Fachpersonen werden durch die Assistenzpersonen von patientennaher Arbeit „entlastet“, um ihnen den Freiraum für ihre wichtigen, überwiegend personenfernen Aufgaben zu sichern. Allerdings kann die dauerhafte Delegation von Einzelverrichtungen nach der Logik der Funktionspflege und der häufige Wechsel des Arbeitsortes z. B. beim Einsatz auf anderen Stationen zu Unzufriedenheit bei den Assistenzpersonen führen. Im Gegensatz hierzu steht die Situation im multiprofessionell-personenorientierten Fachpflegemodell, wo solche Ambivalenzkonflikte durch die homogene Personalstruktur nicht entstehen können.

In beiden Modellen ist das Pflgeteam als sozialer Ort von entscheidender Bedeutung. Hier wird Fach- und Erfahrungswissen geteilt und für die Arbeit nutzbar gemacht, was zu pflegerischem Erfolg führt.

Professionelle Identität beruht für die Pflegenden sowohl auf Fachwissen und Kompetenz als auch auf Beziehungsarbeit und der Nähe zu Patientinnen und Patienten. Letztere können PFP nur im multiprofessionell-personenorientierten Modell in ausreichendem Umfang erleben, während sie im ablauforientiert-beziehungsambivalenten Modell nur mit Einschränkungen praktizieren können, was auch eine Einschränkung ihrer Beruflichkeit ist.

Hier wird auch die qualifikationsbedingte formale Hierarchie im Team deutlich sichtbarer. Die Kopplung höherer Qualifikationen an Aufgaben, die als wichtiger beurteilt werden, wird aber gerahmt von einer egalitären Erzählung der sozialen Situation im Pflgeteam. Es wird postuliert, dass alle Team-

mitglieder gleichermaßen bedeutsam seien, keine Hierarchie der Aufgaben bestehe und das Arbeitsziel nur gemeinsam erreicht werden könne. So werden qualifikations- und statusbedingte Differenzen sozial nivelliert, was perspektivisch auch für die Integration von hochschulisch qualifizierten PFP gilt, die überwiegend „normal pflegen“ sollen.

Auch die Einschätzung personennaher Arbeitsanteile ist im gemischten Team des ablauforientierten-beziehungsambivalenten Modells in der Geriatrie durch eine Ambivalenz charakterisiert, die im deutlich homogenen Team der Stroke-Unit nicht erkennbar ist. Die Arbeitsteilung zwischen Fach- und Assistenzpersonen in der Geriatrie, die durch organisationale Vorgaben und Routinen gestützt und mit der formalen Qualifikation begründet wird, impliziert eine eindeutige Hierarchie der Aufgaben.

Tätigkeiten der Fachpersonen im Zusammenhang mit Dokumentation, Planung, Organisation, medizinischer Diagnostik und Therapie werden als höherwertig gegenüber Aufgaben im Bereich der personennahen Sorgearbeit erkennbar, die überwiegend von Assistenzpersonen umgesetzt werden. Im Gegensatz dazu sehen die Fachpersonen personennahe Arbeit explizit nicht als geringerwertig an, sondern schätzen diese als konstitutives und die Berufswahl begründendes Kernelement professioneller Pflege. Im Kontext des Teams werden alle Anteile der Pflege als gleichwertig und komplementär dargestellt, die Ambivalenz aber nicht aufgelöst.

Das Pflege- und Berufsverständnis innerhalb der Teams ist bei beiden Modellen hinreichend homogen. Unterschiede hinsichtlich persönlichem Commitment, Qualifikation oder Berufserfahrung sind erkennbar, werden von den Interviewten aber als unproblematisch eingeschätzt.

Auf der konzeptionellen Ebene ist eine etwaige Erosion traditioneller Aspekte wie Ganzheitlichkeit und Beziehungsorientierung im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht nachweisbar, allerdings gilt dies für die Praxis des ablauforientiert-beziehungsambivalenten Mischmodells nur bedingt. Sollte es zu einer Ausweitung des Einsatzes von Pflegeassistentinnen und -assistenten in Krankenhäusern kommen, könnte das pflegeberufliche Selbstverständnis perspektivisch einem Veränderungsdruck ausgesetzt sein.

Unabhängig von der Zusammensetzung stellt das Team bei beiden Modellen den zentralen Bezugspunkt für die Pflegenden dar und wird als wesentlicher Aspekt von Beruflichkeit auf betrieblicher Ebene erkennbar. Ein funktionierendes Stationsteam, kollegiale Atmosphäre und gute Zusammenarbeit sind wesentlich für Motivation, soziale Anerkennung und den pflegerischen Erfolg. Folglich sind sozial-kommunikative Anforderungen von besonderer Relevanz, z. B. die Notwendigkeit, wechselseitige Rücksichtnahme und

Respekt einzuüben und Vertrauen insbesondere zwischen den Qualifikationsebenen aufzubauen.

Der dominierenden Bedeutung der Teamarbeit entsprechend stehen für die Pflegenden Charaktereigenschaften, soziale und organisatorische Fähigkeiten der Teammitglieder im Vordergrund. Fach- und Erfahrungswissen stellen weitere Anforderungen dar, wobei bereichsspezifisches Erfahrungswissen von besonderer Relevanz ist.

Pflegende steuern die Entwicklung ihres persönlichen Wissens als Teil individueller Beruflichkeit eigenmotiviert, gezielt und an den bereichsspezifischen Anforderungen ausgerichtet. Das individuelle Fach- und Erfahrungswissen wird jedoch im Team geteilt und so zum gemeinsamen Wissensbestand. Dies bezieht sich sowohl auf Fachwissen, das z. B. in Weiterbildungen erworben wurde, als auch auf Erfahrungswissen durch langjährige Berufspraxis.

In beiden untersuchten Modellen basiert die berufliche Identität der Pflegenden zum einen auf dem klassisch-altruistischen Motiv des Helfens, zum anderen auf dem Bewusstsein, hohe Anforderungen im Team zu bewältigen, erfolgreich zu handeln und eine gesellschaftlich relevante Aufgabe zu erfüllen. Unzureichende Arbeitsbedingungen, konkurrierende Anforderungen im betrieblichen Umfeld und mangelnde gesellschaftliche Anerkennung bergen die Gefahr, dass dieses Fundament erodiert.

Die Distanzierung gegenüber den Patientinnen und Patienten, die Fachpersonen im ablauforientiert-beziehungsambivalenten Mischmodell täglich erleben, steht im Widerspruch zu ihrem Berufsverständnis – was beklagt, aber hingenommen wird. Dennoch herrscht auch hier weitgehend Zufriedenheit mit der Berufswahl und der Beruf wird gerne ausgeübt.

Die vorliegende Betrachtung des Qualifikations- und Kompetenzmixes – die Pflegenden mit und ohne Assistenzqualifikation, PFP aus der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Altenpflege, Personen mit (Fach-)Weiterbildung und hochschulisch Qualifizierte berücksichtigt – lässt die Frage aufkommen, welche Relevanz fachwissenschaftliche und berufspolitische Diskurse um den Einsatz und die Zusammenarbeit Pflegenden mit unterschiedlichen Qualifikationen für die Berufspraxis haben. Es entsteht der Eindruck, dass sich diese Berufspraxis mittels ihrer egalitären Grundhaltung gegen von außen herangetragene Konflikte sowie eine Entsolidarisierung und Hierarchisierung infolge von Qualifikationsheterogenität zu immunisieren versucht: „Im Team sind wir alle gleich!“

6 BERUFLICHKEIT ALS AUSHANDLUNGSPROZESS

Die empirischen Ergebnisse zeigen exemplarisch, wie die individuelle und die betriebliche Ebene von Beruflichkeit in den identifizierten Modellen des Qualifikations- und Kompetenzmixes miteinander verschränkt sind. Zugleich wird deutlich, wie politische Reformen, betriebliche Organisationsformen und individuelle Aneignungsprozesse ineinandergreifen und gemeinsam die Bedingungen beruflicher Pflegepraxis prägen.

Während die Langzeitpflege seit Jahren durch einen qualifikationsheterogenen Personalmix gekennzeichnet ist, verändert sich im Krankenhaussektor die Zusammensetzung des Personals infolge von Personalknappheit, Veränderungen des Leistungsspektrums und rückläufigen Bettenkapazitäten. Der Anteil an Assistenzpersonen nimmt zu, während die Potenziale akademisch qualifizierter PFP in beiden Versorgungsbereichen bislang kaum systematisch genutzt werden. Damit spiegeln beide Felder strukturelle Spannungsfelder zwischen Qualifikationsanforderungen, Aufgabenverteilungen und beruflicher Identität wider.

Die identifizierten Organisationsmodelle verdeutlichen, wie stark Beruflichkeit von Aushandlungsprozessen zu betrieblichen Rahmenbedingungen, Arbeitsorganisation und individueller Aneignung abhängt.

In der Langzeitpflege zeigt das identifizierte *tagessituativ-personenzentrierte Modell*, dass die operative Verantwortung für Organisation und Steuerung der Pflege- und Betreuungsprozesse bei der Führungskraft und der Schichtleitung liegt. Assistenzpersonen und Betreuungskräfte verfügen zwar über Handlungsspielräume in der Alltags- und Beziehungsgestaltung, aber als organisatorische Vorgabe gilt, dass alle Mitarbeitenden alle Bewohnerinnen und Bewohner im Wohnbereich kennen und versorgen können.

Die täglich wechselnden Zuständigkeiten führen zu heterogenen Anforderungen, deren Bewältigung von situativen Entscheidungen der Führungskraft oder Schichtleitung abhängt. Behandlungspflegerische Maßnahmen wie die Wundversorgung werden den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten überlassen, obwohl einzelne PFP hierfür speziell qualifiziert sind.

Strukturell verankerte Kommunikations- oder Reflexionsformate fehlen. Die Aushandlung beruflicher Rollen wird daher individualisiert und hängt stark vom situativen Verhalten der Führungskräfte ab. Im Vordergrund steht die Erfüllung externer leistungsrechtlicher Vorgaben; die Möglichkeit einer systematischen Verbindung von Personenzentrierung und professioneller Pflegeverantwortung ist nicht vorhanden.

Die zweite in der Langzeitpflege identifizierte Organisationsform, das *teilautonom-personenzentrierte Teammodell*, verbindet die Grundsätze des Primary Nursing mit einer reflexiven, kommunikativen Steuerung in Kleinteams. Die Fachlichkeit der Pflege wird hier durch gemeinsame Verantwortung, kontinuierliche Abstimmung und gegenseitige Unterstützung gesichert. Diese Organisationsform fördert nicht nur Handlungssicherheit, sondern ermöglicht auch eine lernende Auseinandersetzung mit beruflichen Anforderungen.

Die Aushandlung beruflicher Rollen ist strukturell verankert und trägt zu einer ausgeprägten Selbstwirksamkeit über alle Qualifikationsniveaus hinweg bei. Die enge Abstimmung mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie der proaktive Umgang mit medizinischen Veränderungen bei den Bewohnerinnen und Bewohnern verdeutlichen die hohe professionelle Verantwortung in diesem Modell.

In der Akutpflege übernehmen PFP im *ablauforientiert-beziehungsambivalenten Mischmodell* der geriatrischen Abteilung überwiegend Steuerungs- und Organisationsaufgaben, während die direkte, personennahe Pflege von Assistenzpersonen getragen wird. Diese Arbeitsverteilung wird ambivalent erlebt. Einerseits entlastet sie die PFP, andererseits nehmen diese den Rückzug aus der Pflegebeziehung als Verlust von Fachlichkeit und Sinnhaftigkeit wahr, was sich negativ auf die berufliche Identität auswirkt.

Assistenzpersonen erhalten durch ihre Eigenständigkeit in der direkten Pflege zwar Anerkennung, stehen aber im Spannungsfeld ambivalenter Erwartungen vonseiten einzelner PFP, was sowohl Überforderung als auch Kontrolle der Tätigkeiten bewirken kann. Die Aushandlung beruflicher Rollen und Verantwortlichkeiten verlagert sich in diesem Modell stark in die alltägliche Beziehung zwischen PFP und Assistenzpersonen, ohne dass formale Möglichkeiten bestehen, erlebte Ambivalenzen zu reflektieren oder die Zusammenarbeit strukturell zu verändern.

Im *multiprofessionell-personenorientierten Fachpflegemodell* der Stroke-Unit hingegen haben PFP die umfassende Verantwortung für alle Aufgaben im Pflegeprozess der ihnen zugeteilten Patientinnen und Patienten. Die enge Abstimmung mit ärztlichen und therapeutischen Berufsgruppen ist integraler Bestandteil ihres Arbeitsalltags. Individuelle Fachkompetenz wird sowohl durch Weiterbildungen als auch durch situatives Lernen gefördert und fließt unmittelbar in die fallbezogene Versorgung ein.

Beruflichkeit wird hier durch Handlungsspielräume und kontinuierliche Verantwortungsübernahme ermöglicht. Die Arbeitsorganisation ist an vollständigen Handlungen orientiert und verbindet pflegfachliche Autonomie

mit multiprofessioneller Kooperation. Die damit erlebte Selbstwirksamkeit stärkt die berufliche Identifikation und fördert kompetenzentwickelnde Arbeitsstrukturen.

Die Unterschiede zwischen den Modellen machen deutlich, dass Beruflichkeit immer ein Ergebnis organisationaler Gestaltung ist – wo Strukturen Raum für Eigenverantwortung, Kommunikation und Reflexion bieten, kann berufliche Identität entstehen und sich stabilisieren.

6.1 Erweiterte Verantwortungsbereiche, heilkundliche Aufgaben und Beruflichkeit

Mit dem Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP-Gesetz) werden neue Rahmenbedingungen für die Beruflichkeit geschaffen, indem PFP ihre Kompetenzen künftig auch für heilkundliche Aufgaben einsetzen können (Bundesregierung 2025b). Bis Ende 2027 soll ein Katalog derjenigen medizinischen Behandlungsleistungen festgelegt werden, die PFP eigenverantwortlich erbringen dürfen. Dieser Katalog wird zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem GKV-Spitzenverband, den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Pflegedienste auf Bundesebene und den Vereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen vereinbart.

Leistungen der ärztlichen Behandlung – zunächst in den Bereichen Wundversorgung, Diabetes Typ 2 und Demenz – können künftig von akademisch qualifizierten PFP oder von PFP mit einer als gleichwertig anerkannten Qualifikation eigenverantwortlich durchgeführt werden. Gleichwertigkeit liegt vor, wenn eine bundesweit einheitliche Weiterbildung oder entsprechende Berufserfahrung besteht, die durch eine staatliche Kompetenzfeststellung der Länder nachgewiesen wird.

In der Langzeitpflege könnte die Übertragung heilkundlicher Aufgaben eine Entlastung darstellen, da die Abhängigkeit von ärztlichen Verordnungen reduziert wird. PFP hätten dadurch mehr Gestaltungsfreiheit im Pflegeprozess und könnten schneller auf Veränderungen im Gesundheitszustand der Bewohnerinnen und Bewohner reagieren. Bei Organisationsformen, die dem *tagessituativ-personenzentrierten Modell* entsprechen, ist jedoch darauf zu achten, dass die Ausweitung heilkundlicher Kompetenzen nicht zu einer Verfestigung hierarchischer Steuerungsformen führt, die sowohl die Belastung der Fachpersonen erhöhen als auch die Fehleranfälligkeit steigern könnten.

Das *teilautonome, personenzentrierte Teammodell* bietet dagegen günstige Voraussetzungen für die Übernahme heilkundlicher Aufgaben. Durch die kontinuierliche Zuständigkeit der PFP für „ihre“ Bewohnerinnen und Bewohner und die enge Abstimmung im Kleinteam lassen sich heilkundliche Tätigkeiten fallbezogen steuern, reflektieren und evaluieren. So können Handlungssicherheit, fachliche Verantwortung und Versorgungsqualität miteinander verbunden werden.

In der Akutpflege ist in Bereichen, die dem *ablauforientiert-beziehungsambivalenten Mischmodell* entsprechen, davon auszugehen, dass die Übernahme heilkundlicher Aufgaben durch PFP einerseits eine fachliche Aufwertung ihrer Position bedeutet, andererseits jedoch die bestehende Arbeitsteilung und Hierarchie zwischen Fach- und Assistenzpersonen verstärken könnte.

Ohne gemeinsame Prozesssteuerung erhöht sich die Fehleranfälligkeit und damit das Risiko. Zudem könnten PFP die neuen Aufgaben als zusätzliche Belastung erleben, da sie diese neben Steuerungs- und Koordinationsaufgaben und der Abstimmung mit dem ärztlichen Dienst übernehmen müssen. Gleichzeitig sind positive Effekte denkbar, etwa der Wegfall zeitaufwendiger Abstimmungsprozesse, eine größere Handlungssouveränität im Versorgungsprozess und – je nach Gestaltung – mehr Nähe zu den Patientinnen und Patienten.

Im *multiprofessionell-personenorientierten Fachpflegemodell* hingegen dürfte die Übernahme heilkundlicher Aufgaben eine deutlich aufwertende Wirkung entfalten. Rollen, Verantwortlichkeiten und Kommunikationsstrukturen sind hier bereits so ausgelegt, dass PFP über die erforderliche Autonomie und fachliche Einbindung verfügen, um komplexe Behandlungsprozesse eigenverantwortlich zu gestalten. Die Erweiterung heilkundlicher Befugnisse kann somit zu einer Stärkung der pflegerischen Entscheidungsfreiheit beitragen und zugleich die Versorgungsqualität erhöhen, indem Schnittstellen reduziert und Entscheidungswege verkürzt werden.

Insgesamt zeigt sich, dass die Stärkung der Beruflichkeit durch die Übernahme heilkundlicher Aufgaben maßgeblich von der betrieblichen Aushandlung der Organisationsform und Kommunikationskultur abhängt. Nur bei einer prozess- und personenzentrierten Arbeitsorganisation kann die Erweiterung von Zuständigkeiten zu einer tatsächlichen Aufwertung des Pflegeberufs beitragen. Eine isolierte Übertragung heilkundlicher Befugnisse ohne gleichzeitige Weiterentwicklung der pflegerischen Organisationskultur wird weder Beruflichkeit noch Versorgungsqualität nachhaltig fördern.

Für die Personalentwicklung in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern ergibt sich daraus die Empfehlung, auch klassisch ausgebildete PFP, die

über langjährige Berufserfahrung, aber keine formale Weiterbildung verfügen, aktiv darin zu unterstützen, ihre Kompetenzen für heilkundliche Aufgaben im Rahmen der vorgesehenen landesrechtlichen Kompetenzfeststellungen anerkennen zu lassen. Auf diese Weise können betriebliche Gleichwertigkeit und Durchlässigkeit im Qualifikations- und Kompetenzmix erreicht werden, sodass die individuelle Erfahrung anerkannt und zugleich die strukturelle Entwicklung von Beruflichkeit gestärkt wird.

6.2 Steuerung der Pflegeprozesse zwischen situativer Komplexität und Versorgungskontinuität

Ab 2027 wird das Gesetz über die Einführung einer bundeseinheitlichen Pflegefachassistentenausbildung die bisherigen landesrechtlichen Regelungen ablösen. Die 18-monatige Ausbildung soll Absolventinnen und Absolventen befähigen, Pflegemaßnahmen in nicht komplexen Pflegesituationen eigenständig durchzuführen, in komplexen Situationen mitzuwirken und ärztlich verordnete einfache medizinische Maßnahmen für Menschen aller Altersgruppen eigenverantwortlich umzusetzen (Bundesregierung 2025a).

Laut der Gesetzesbegründung gelten Pflegesituationen als komplex, wenn ein erhöhtes Risiko für die Gesundheit der zu pflegenden Menschen besteht oder eine Verschlechterung ihrer Situation droht. Solche Situationen entstehen typischerweise durch die Kumulation schwerwiegender Pflegebedarfe, gesundheitlicher Instabilität und wiederkehrender sozialer Herausforderungen. Die damit verbundene Unübersichtlichkeit erfordert fachlich anspruchsvolle Überlegungen und gegebenenfalls die Entwicklung neuer Lösungsansätze.

Diese Situationen setzen berufliche Handlungskompetenzen von PFP voraus, sowohl in der Steuerung des Pflegeprozesses als auch in der eigenständigen Durchführung eines Großteils der erforderlichen Pflegemaßnahmen. Pflegefachassistentinnen und -assistenten handeln in komplexen Situationen nicht eigenverantwortlich, sondern stets gemeinsam mit PFP, bei denen die Durchführungsverantwortung verbleibt (Bundesregierung 2025a, S.78).

Nicht komplexe Pflegesituationen sind dadurch gekennzeichnet, dass die zu pflegenden Menschen ein gewisses Maß an Selbstständigkeit besitzen und ihre Bedürfnisse teilweise eigenständig erfüllen können. Das Risiko akuter Verschlechterungen ist gering. Zwar verknüpft die Gesetzesbegründung den Erhalt von Selbstständigkeit mit nicht komplexen Situationen; zugleich wird aber betont, dass heilkundliche und sozialpflegerische Aufgaben untrennbar

miteinander verflochten sind. Zur Sicherung der Qualität des entstehenden Personalmixes wird daher eine „zielgenaue und kompetenzorientierte Aufgabenverteilung“ gefordert (Bundesregierung 2025a, S. 78).

Damit ist die gemeinsame Einschätzung von PFP und Pflegeassistentenpersonen zum Grad der Komplexität einer Pflegesituation zentral für die gesundheitliche Sicherheit von Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnenden. Hinzu kommt, dass hochschulisch qualifizierte PFP nach § 37 Pflegeberufegesetz die Aufgabe haben, hochkomplexe Pflegeprozesse zu steuern und zu gestalten. Auch wenn ihr Einsatz in der vorliegenden Untersuchung erst in Ansätzen zu erkennen war, wird ihre Bedeutung mit der bevorstehenden Übernahme heilkundlicher Aufgaben weiter steigen.

Eine schematische Zuordnung von Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnenden zu Kategorien wie „hochkomplex“, „komplex“ oder „nicht komplex“ kann leicht in Konflikt mit hermeneutischem Fallverstehen und Verständigungsorientierung geraten, zwei Kernelemente beruflicher Handlungskompetenz. Zusätzlich verändern sich Pflegesituationen fortlaufend, sodass starre Kategorisierungen schnell an Gültigkeit verlieren (Fischer et al. 2020).

Eine hierarchisch organisierte Zuordnung unterschiedlicher Qualifikationsniveaus birgt das Risiko von Versorgungsdefiziten, wenn keine strukturierte Kommunikation über die Steuerung der Pflegeprozesse stattfindet. Insbesondere in der Langzeitpflege erweist sich daher das teilautonom-personnenzentrierte Teammodell als geeignet, die Dynamik von Pflegesituationen aufzufangen. Seine fallreflexive Kommunikation und kontinuierliche Steuerung fördern Prävention, Stabilität und Versorgungssicherheit und ermöglichen es, Verschlechterungen frühzeitig zu erkennen.

Dieses Prinzip lässt sich auch in die Akutpflege übertragen, sofern im multiprofessionell-personenorientierten Fachpflegemodell hochschulisch qualifizierte und dreijährig ausgebildete PFP die Kontinuität der Versorgung sicherstellen. Eine gemeinsame Fallsteuerung, die situative Komplexität berücksichtigt und klare Verantwortlichkeiten definiert, kann die Qualität und Sicherheit der Versorgung nachhaltig verbessern.

Damit wird einmal mehr die Bedeutung der betrieblichen Ebene für die Aushandlung von Beruflichkeit sichtbar. Werden die rechtlich definierten Komplexitätsgrade schematisch in die Arbeitsorganisation und Prozesssteuerung übersetzt, fördert dies eine funktions- und verrichtungsorientierte Pflege. Die Aufgabenverteilung orientiert sich dann strikt an Komplexitätsgraden – PFP überwachen Pflegefachassistentinnen und -assistenten; akademisch qualifizierte PFP kontrollieren PFP in hochkomplexen Fällen.

Entsprechende Empfehlungen existieren bereits, etwa dass PFP mit Masterabschluss die fachliche Prozessleitung „ähnlich wie ein Oberarzt bzw. eine Oberärztin für Krankheitsprozesse“ übernehmen sollen (Genz/von Gahlen-Hoops 2024, S.288). Die Übertragung ärztlicher Organisationslogiken auf die Pflege verkennt jedoch, dass diese zwar klinische Expertise erfordert, im Kern aber Interaktionsarbeit ist, also Fallverstehen, Aushandlung und Verständigungsorientierung. Diese Elemente entziehen sich einer rein direktiven Steuerung.

Die gesetzlich verankerte Komplexität von Pflegesituationen kann daher nur dann eine sinnvolle Orientierung für den Personaleinsatz bieten, wenn die betriebliche Umsetzung die kommunikative Aushandlung und gemeinsame Fallsteuerung zwischen allen am Pflegeprozess Beteiligten umfasst. Wie die typisierten Modelle des Qualifikations- und Kompetenzmixes zeigen, ist die personelle Beziehungs- und Versorgungskontinuität ein zentraler Faktor für die Versorgungsqualität – und nicht die schematische Verteilung des Personals entsprechend gesetzlicher Komplexitätsgrade.

6.3 Beruflichkeit im Spiegel des International Council of Nurses – die internationale Perspektive

Im internationalen Vergleich bestehen erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Zuständigkeiten, Rollen und Aufgaben in der beruflichen Pflege. Vor diesem Hintergrund hat der International Council of Nurses (ICN) die Begriffe „Nursing“ und „Nurse“ 2025 neu definiert, um den globalen Wandel der Pflegeberufe abzubilden und ein zeitgemäßes, international anschlussfähiges Berufsverständnis zu formulieren. In einer sinngemäßen Übersetzung beschreibt der ICN Nursing als einen Beruf,

„der sich dafür einsetzt, das Recht jedes Menschen auf den höchstmöglichen Gesundheitsstandard zu verwirklichen – durch gemeinsames Engagement für eine kollaborative, kulturell sensible und personenzentrierte Versorgung und Betreuung. Pflege trägt Verantwortung dafür, dass Menschen gerechten Zugang zu Gesundheit, Gesundheitsversorgung sowie zu sicheren und nachhaltigen Lebensumfeldern erhalten.“ (White et al. 2025, S. 12)

„Nurses“ werden im ICN-Verständnis als „professionelle Pflegefachpersonen“ beschrieben, die Gesundheitskompetenz fördern, Gesundheit unterstützen, Krankheiten vorbeugen, Patientensicherheit gewährleisten, Leiden lindern, Genesung erleichtern und individuelle Anpassungsprozesse begleiten.

ten – stets unter Wahrung der menschlichen Würde über den gesamten Lebensverlauf hinweg. Sie arbeiten eigenverantwortlich wie auch im Team, agieren in unterschiedlichen Versorgungsbereichen und gestalten Versorgung durch Interessenvertretung, evidenzbasierte Entscheidungsfindung und kulturell sensible therapeutische Beziehungen.

Darüber hinaus umfasst das Berufsbild Aufgaben wie Organisations- und Prozesssteuerung, Stärkung von Gesundheitssystemen, Förderung der öffentlichen Gesundheit, Mitwirkung an sicheren und nachhaltigen Lebensbedingungen, Übernahme von Führungsaufgaben, Lehren, Forschen, Innovationsentwicklung sowie Mitgestaltung der Gesundheitspolitik mit dem Ziel, gesundheitliche Ergebnisse zu verbessern (White et al. 2025, S. 12).

Im Vergleich zu diesem internationalen Leitbild zeigt sich, dass Beruflichkeit in der Pflege in Deutschland bislang nur teilweise an das vom ICN formulierte Berufsprofil heranreicht. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung verdeutlichen, dass systemische und leistungsrechtliche Rahmenbedingungen weiterhin Grenzen setzen, die eine durchgängig menschenzentrierte klinische und soziale Versorgung erschweren. Zugleich wird erkennbar, dass auf der betrieblichen Ebene bereits Organisationsformen existieren, die zentrale Elemente des ICN-Verständnisses realisieren und das Potenzial besitzen, dieses Berufsprofil schrittweise einzulösen.

Sowohl das teilautonom-personenzentrierte Teammodell in der Langzeitpflege als auch das multiprofessionell-personenorientierte Fachpflegemodell im Krankenhaus bietet günstige Voraussetzungen, um sich dem ICN-Zielbild anzunähern. Beide Modelle ermöglichen Selbstverantwortung, fördern interprofessionelle Zusammenarbeit und unterstützen reflexives Handeln im Pflegeprozess. Entscheidend dafür ist eine partizipative Gestaltung des Qualifikations- und Kompetenzmixes, die sowohl PFP als auch Assistenzpersonen in kontinuierliche Lern- und Entwicklungsprozesse einbindet.

Die Berufsbeschreibung des ICN kann auf der betrieblichen Ebene als Impuls dienen, die strukturellen Voraussetzungen für eine erweiterte Beruflichkeit zu schaffen – mit Gestaltungsräumen, in denen Beschäftigte neue Aufgaben und Verantwortlichkeiten im Sinne des Nursing übernehmen und aktiv mitentwickeln können. Beruflichkeit zeigt sich hier als dynamischer, reflexiver Prozess, in dem Wissen, Haltung und Handeln in wechselseitiger Beziehung stehen und die berufliche Identitätsentwicklung fördern.

Diese Entwicklung zu unterstützen und hierfür geeignete Lern- und Entwicklungsräume zu schaffen, ist Aufgabe der Träger und des Managements von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Betriebliche Interessenvertretungen verfügen über gesetzliche Mitbestimmungsrechte und damit über

wesentliche Hebel, um gemeinsam mit den Beschäftigten partizipative Gestaltungsräume zu eröffnen und Beruflichkeit im Sinne des ICN nachhaltig zu stärken.

6.4 Handlungsempfehlungen für die betriebliche Gestaltung des Qualifikations- und Kompetenzmixes

Die Gestaltung eines Qualifikations- und Kompetenzmixes, der die Aushandlung von Beruflichkeit reflexiv fördert, setzt einen veränderungsorientierten Entwicklungsprozess voraus, der Organisations- und Personalentwicklung eng miteinander verknüpft. Zentrale Voraussetzung ist die aktive Beteiligung der Beschäftigten, da diese durch ihr alltägliches berufliches Handeln sowohl bestehende Strukturen reproduzieren als auch verändern können. Die Einführung neuer Organisationsformen erfordert daher die bewusste Reflexion und Auflösung bestehender Prägungen – etwa funktionsorientierter Routinen und damit verbundener Deutungsmuster (Hiestand 2023, S. 170).

Strukturelle Veränderungen sind immer auch Lernprozesse, die arbeitsintegriert gestaltet und begleitet werden müssen, um nachhaltig kompetenzförderlich zu wirken. Hierfür bestehen in den empirisch identifizierten Modellen – dem teilautonom-personenzentrierten Teammodell und dem multiprofessionell-personenorientierten Fachpflegemodell – bereits günstige Voraussetzungen. Beide bieten strukturierte Reflexionsräume, fördern kooperatives Lernen und unterstützen den Austausch über Verantwortung, Rollen und Schnittstellen. Diese Elemente entsprechen einer menschengerechten sowie lern- und kompetenzförderlichen Arbeitsgestaltung, die

- den Beschäftigten Handlungs- und Entscheidungsspielräume eröffnet,
- Vertrauen zwischen Führung, Mitarbeitenden und Teams durch kontinuierliche Reflexion und Feedback stärkt und dadurch
- individuelle Entfaltung und Selbstwirksamkeit fördert (Hiestand 2023, S. 173).

In der betrieblichen Weiterentwicklung sollte dieser Ansatz konsequent mit dem Ziel der Versorgungskontinuität verbunden werden. Ein geeignetes Instrument ist ein lernförderndes Projektdesign, das Veränderungen in überschaubare und ergebnisorientierte Entwicklungszyklen übersetzt. Leitprinzipien sind Handlungsspielraum, Vertrauen, Selbstentfaltung und Kontinuität in der Versorgung.

Als methodisches Format bieten sich sogenannte Experimentierräume an – partizipative Entwicklungsräume, in denen Beschäftigte, Führungskräfte

te und weitere relevante Akteurinnen und Akteure neue Arbeitsformen erproben, reflektieren und weiterentwickeln. Grundlage dafür ist ein arbeitswissenschaftlicher Ansatz, der Wandel als Lernen durch Experimente versteht (Becke 2013). Die iterative Arbeitsweise orientiert sich an Prinzipien des agilen Projektmanagements (Friemer/Bleses 2024); regelmäßige Rückkopplungen minimieren das Risiko von Fehlentwicklungen und ermöglichen Korrekturen.

Zudem können Veränderungen zunächst in einem begrenzten Bereich, etwa einer Station oder einem Wohnbereich, erprobt werden. Jeder Lernzyklus sollte mit einer verbindlichen Erprobung konkreter Veränderungen verbunden sein. Hilfreich sind Zielsetzungen nach SMART-Kriterien – also spezifisch, messbar, attraktiv, realistisch und terminiert –, um Fortschritte transparent zu machen und im nächsten Zyklus zu berücksichtigen.

Für die Moderation eignen sich Mitarbeitende aus Qualitätsmanagement oder betrieblicher Bildung, die den Prozess zugleich ergebnisoffen und zielorientiert steuern. Der Zeitbedarf pro Einheit liegt bei etwa 1,5 Stunden, mit einem Intervall von zwei bis vier Wochen zur Umsetzung vereinbarter Maßnahmen. Als inhaltliche Orientierung können Leitfragen dienen, die schrittweise im Prozess bearbeitet werden, etwa:

- Wie ist die Ausgangslage in unserer Organisation?
- Welche Konzepte und Planungen bestehen bereits?
- Wie können diese in überschaubarem Rahmen erprobt werden?
- Wie wird die Beteiligung von Beschäftigten, Angehörigen, Patientinnen und Patienten sowie Ehrenamtlichen gesichert?
- Welche Lern- und Kompetenzbedarfe ergeben sich aus der Erprobung und mit welchen Formaten können sie begleitet werden?
- Wie lassen sich Wirkungen auf Versorgungsqualität, Zufriedenheit und Unternehmensentwicklung evaluieren und in die nächste Entwicklungsphase überführen?

Vorrang sollte stets der konkret vereinbarte Lern- und Entwicklungszyklus haben, da er die soziale Energie und Veränderungsbereitschaft der Beteiligten bündelt – Ressourcen, die durch rein top-down-gesteuerte Veränderungsprozesse nur schwer aktiviert werden können. Hierfür ist eine ermöglichende, lernorientierte und partizipative Führungskultur hilfreich, die Fehler als Lernchance begreift, die Eigenverantwortung der Teams stärkt und komplexe Veränderungen nicht hierarchisch erzwingt.

Führungskräfte haben auch die Aufgabe, externe Vorgaben – wie z. B. die Personalbemessung oder die Übernahme heilkundlicher Aufgaben – betrieb-

lich so zu übersetzen, dass die Spannungsfelder und Widersprüche zwischen begrenzten Ressourcen, Beschäftigteninteressen und Versorgungsqualität transparent werden. So können diese von den Beschäftigten in ihren Wirkungen auf die Beruflichkeit reflektiert und in der Umsetzung der Vorgaben berücksichtigt werden.

Auch betriebliche Interessenvertretungen, die über Mitbestimmung und Beteiligung aktiv Einfluss nehmen und den Entwicklungsprozess mitgestalten können, spielen für die Gestaltung des Qualifikations- und Kompetenzmixes eine zentrale Rolle. Entscheidend ist dabei, dass sie ihre Rolle als co-gestaltende Akteure verstehen, denn Untersuchungen zu Betriebsräten in der industriellen Transformation zeigen, dass sich die Gremien in ihrer Handlungsorientierung stark unterscheiden:

- *Reaktive Gremien* warten zunächst ab und handeln erst auf Basis konkreter Erfahrungen.
- *Pragmatische Gremien* wollen mitgestalten, ohne sich das erforderliche Wissen systematisch anzueignen.
- *Zufriedene Gremien* agieren in einem Umfeld hoher Vertrauenskultur, greifen aber selten aktiv in den Arbeitsalltag ein.
- *Co-gestaltende Gremien* beteiligen sich aktiv an Veränderungsprozessen, entwickeln Strategien für die Personal- und Kompetenzentwicklung und nutzen wissenschaftliche Unterstützung (Georg/Katenkamp/Guhleemann 2017).

Für die komplexe Steuerung des Personalmixes kann diese Typologie als Orientierung dienen, um den eigenen Entwicklungsstand und Handlungsbedarf einzuschätzen. Essenziell ist, dass in den Interessenvertretungen grundlegendes Orientierungswissen zu den versorgungs- und berufspolitischen Rahmenbedingungen vorhanden ist. Nur wenn sie die Wechselwirkungen zwischen Versorgungssystem, Berufsbildung und betrieblicher Struktur verstehen, können Interessenvertretungen Prioritäten für die Mitbestimmung setzen.

Exemplarisch werden hier die Mitbestimmungsmöglichkeiten nach dem Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG; BMJV 2024) für die Gestaltung des Personalmixes skizziert. Zentral ist zunächst die frühzeitige Nutzung der Informations- und Beratungsrechte in der Personalplanung (§ 92 BetrVG). Diese sollte der Betriebsrat vom Arbeitgeber einfordern und die entsprechenden Informationen als Basis für die eigene Einschätzung des zukünftigen Organisations- und Kompetenzentwicklungsbedarfs des Unternehmens systematisch auswerten.

Die Mitbestimmungsrechte in sozialen Angelegenheiten (§ 87 BetrVG) wie Arbeitszeit, Arbeits- und Gesundheitsschutz, Digitalisierung und die Grundsätze des betrieblichen Vorschlagswesens bieten die Möglichkeit zur Einflussnahme auf die Gestaltung des Personalmixes. Dabei sollten sowohl die Perspektiven und Interessen der Beschäftigten sowie der Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnenden als auch die des Arbeitgebers mit einbezogen werden, um die betriebliche Ausgangslage einschätzen zu können. Hierzu gehören die Arbeitsbedingungen ebenso wie Qualifikationsstruktur, Versorgungsqualität und Unternehmensentwicklung.

Darauf aufbauend kann dann eine proaktive Mitbestimmungsstrategie entwickelt werden. So können Korridore für die Kompromissfindung mit der Arbeitgeberseite entwickelt und Konfliktfelder identifiziert werden, bei denen rechtliche Klärungen notwendig sind. Darüber hinaus eröffnet das Vorschlagsrecht des Betriebsrats zur Beschäftigungssicherung nach § 92a BetrVG die Möglichkeit, eigene Konzepte zur Arbeitsorganisation, Aufgabenverteilung und Kompetenzentwicklung einzubringen.

Ein weiterer zentraler Hebel liegt in der Mitbestimmung bei der Berufsbildung (§§ 96–98 BetrVG), denn die Anpassung des Personalmixes erfordert in der Regel eine gezielte Weiterentwicklung von Kompetenzen. Daher sollte der Betriebsrat auf eine systematische Ermittlung des Qualifikationsbedarfs hinwirken und sich aktiv an der Gestaltung entsprechender Fort- und Weiterbildungsangebote beteiligen. Dies trägt dazu bei, dass neue Aufgabenverteilungen die Beschäftigten nicht überfordern, sondern ihre berufliche Handlungskompetenz und Selbstwirksamkeit stärken.

Schließlich kommt der Schutzfunktion des Betriebsrats eine besondere Bedeutung zu. Im Rahmen seiner Mitbestimmungsrechte bei personellen Einzelmaßnahmen (§ 99 BetrVG) sollte er darauf achten, dass Veränderungen im Personalmix nicht zu gesundheitlichen Belastungen, fachlichen Fehlentwicklungen oder Benachteiligung und Diskriminierung einzelner Beschäftigtengruppen führen.

Für betriebliche Interessenvertretungen liegt das Potenzial für eine gelingende Gestaltung des Qualifikations- und Kompetenzmixes in der Etablierung kontinuierlicher, partizipativer Aushandlungs- und Lernprozesse im Betrieb. Hierfür ist die Betriebskultur entscheidend. Je stärker diese durch Hierarchien geprägt ist, desto wichtiger ist es, begrenzte geschützte Bereiche für partizipative Veränderungsprozesse zu schaffen und Vertrauen aufzubauen. In Organisationen mit hoher Veränderungsbereitschaft ist darauf zu achten, dass die Dynamik der Gestaltung des Personalmixes nicht zu Überforderung und neuen Belastungen führt.

Insgesamt ist die Gestaltung des Qualifikations- und Kompetenzmixes ein normativ-strategischer Entwicklungsprozess, der das gesamte Unternehmen betrifft. Ausgangspunkt ist stets die Versorgungskontinuität, basierend auf Patienten- und Personenzentrierung sowie lern- und kompetenzförderlicher Arbeitsgestaltung. Ziel ist der Aufbau einer lernenden Organisation, in der Beschäftigte, Patientinnen und Patienten, Bewohnende, Angehörige und Ehrenamtliche gemeinsam Verantwortung für die Entwicklung übernehmen.

Dass dies möglich ist, zeigen die empirisch untersuchten Modelle – das teilautonom-personenzentrierte Teammodell und das multiprofessionell-personenorientierte Fachpflegemodell. Beide fördern nicht nur Beruflichkeit, sondern stärken zugleich Demokratie und Gemeinwohl in der Gesundheitsversorgung.

7 FAZIT: BERUFLICHKEIT ALS DYNAMISCHES PRINZIP PFLEGERISCHER ARBEIT UND ORGANISATIONALER ENTWICKLUNG

Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass Beruflichkeit in der Pflege nicht statisch zu verstehen ist, sondern ein dynamisches, sozial eingebettetes und fortlaufend neu hergestelltes Prinzip ist. Beruflichkeit entsteht im Spannungsfeld zwischen individuellen Aneignungsprozessen, organisationalen Strukturen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen – in einer Mehrebenenlogik, die in [Kapitel 2.1](#) als Grundverständnis beruflicher Entwicklung entfaltet wurde.

Aus subjekt- und handlungstheoretischer Perspektive ist Beruflichkeit eng mit Prozessen der Aneignung, Identitätsbildung und professionellen Selbstverortung verbunden. PFP entwickeln berufliche Handlungskompetenz, indem sie neues Wissen integrieren, Erfahrungen reflektieren, Verantwortung übernehmen und Entscheidungen im Dialog mit zu Pflegenden, Angehörigen, Teammitgliedern und Angehörigen anderer Berufe treffen.

Diese individuelle Entwicklung findet jedoch nie im luftleeren Raum statt, sondern ist – wie die arbeitswissenschaftlichen und systemisch ausgerichteten Zugänge in [Kapitel 2.2](#) herausgearbeitet haben – immer an die konkreten Arbeitsbedingungen, Lernmöglichkeiten und Kommunikationsstrukturen der Organisation gebunden.

Die empirischen Befunde machen deutlich: Beruflichkeit entsteht dort, wo PFP Handlungen vollständig ausführen, Verantwortung tragen, komplexe Situationen fallbezogen steuern und Entscheidungen gemeinsam mit anderen Berufsgruppen abstimmen können. Wo dagegen Tätigkeiten stark funktionalisiert und Verantwortungszuschreibungen unklar sind und Kommunikationsprozesse fragmentieren, werden berufliche Handlungsfähigkeit und berufliche Identität eingeschränkt.

Die Analyse der identifizierten Organisationsmodelle zeigt, wie stark Beruflichkeit durch die Gestaltung von Pflegeprozessen beeinflusst wird:

- Das *tagessituativ-personenzentrierte Modell* der Langzeitpflege zeigt, dass organisational unscharfe Strukturen zu Unsicherheiten führen. Obwohl Beziehungsgestaltung im Alltag gelingt, sind die Verantwortlichkeiten unklar, Reflexionsräume fehlen und Beruflichkeit wird individualisiert statt kollektiv getragen.

- Das *teilautonom-personenzentrierte Teammodell* nach dem Prinzip des Primary Nursing dagegen verdeutlicht, wie Beruflichkeit durch klare Rollen, kontinuierliche Zuständigkeiten, reflexive Fallsteuerung und kooperative Lernprozesse gestärkt wird. Es schafft über alle Qualifikationsniveaus hinweg die Bedingungen für Verantwortungsübernahme, fachliche Entscheidungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit.
- Im *ablauforientiert-beziehungsambivalenten Mischmodell* der stationären Akutpflege in der Geriatrie verlieren PFP Teile jener Beziehungsarbeit, die sie selbst als Kern ihres Berufsverständnisses definieren. Die Entkopplung von Steuerung und Durchführung führt zu Distanz, Rollenkonflikten und Ambivalenzen. Häufig ist Beruflichkeit hier nur in Ausschnitten realisierbar.
- Im *multiprofessionell-personenorientierten Fachpflegemodell* der Stroke-Unit dagegen können PFP Verantwortung über den gesamten Prozess hinweg wahrnehmen. Handlungsspielräume, Teamorientierung und enge interprofessionelle Kooperation fördern berufliche Identität und Selbstwirksamkeit. Beruflichkeit wird in diesem Modell systematisch ermöglicht.

Übergreifend wird sichtbar, dass Organisationsmodelle Systemlogiken in Arbeitspraxis übersetzen – und damit faktisch darüber entscheiden, wie Beruflichkeit lebbar ist.

Ein weiteres zentrales Ergebnis der Untersuchung ist, dass Versorgungskontinuität eine operative Grundbedingung beruflicher Pflegepraxis darstellt. Kontinuität schafft Vertrauen, Beziehungsqualität, präzise Situationsdeutung, sichere Entscheidungswege und die Grundlage für professionsspezifische Verantwortungsübernahme. Beruflichkeit kann dort wachsen, wo pflegerische Interaktionsarbeit nicht durch schichtbezogene Fragmentierung unterbrochen wird, sondern in einem stabilen kommunikativen Rahmen stattfindet.

Gleichzeitig zeigt sich, dass Pflegesituationen selten stabil sind, sondern sich dynamisch verändern und situative Entscheidungen sowie ein hermeneutisches Fallverstehen erfordern. Diese Komplexität kann nur bewältigt werden, wenn Organisationen reflexive dialogische Prozesse etablieren – etwa strukturierte Fallbesprechungen, kollegiale Beratung und kontinuierliche Teamkommunikation.

Eine besondere Erkenntnis betrifft die strukturell randständige, aber praktisch bedeutsame Rolle der Betreuungskräfte, deren Tätigkeiten trotz hoher biografischer und erfahrungsbasierter Kompetenzen formal nicht als berufliche Pflegearbeit anerkannt sind. Die vorliegende Studie zeigt, dass Betreuungskräfte einen zentralen Anteil an Beziehungsarbeit, Milieugestaltung

und situativer Deeskalation haben – Tätigkeiten, die im pflegewissenschaftlichen Verständnis eindeutig als professionell gelten.

Hier wird sichtbar, dass Beruflichkeit nicht nur durch Qualifikationsprofile, sondern auch durch Anerkennungssysteme und institutionelle Wertschätzung geprägt wird. Pflegeorganisationen nutzen vorhandene Kompetenzen, ohne diese beruflich sichtbar zu machen – ein Befund, der sowohl für die Fachpolitik als auch die betriebliche Personalentwicklung bedeutsam ist.

Eine weitere Erkenntnis der vorliegenden Studie ist, dass Beruflichkeit insbesondere dort gefördert wird, wo dialogische und situative Führung praktiziert wird, Entscheidungswege transparent sind und Beschäftigte Zugang zu Reflexionsräumen haben, in denen sie Erfahrungen gemeinsam auswerten und Deutungsmuster teilen können. Ebenso zentral ist eine Fehler- und Lernkultur, die Irritationen und Missverständnisse nicht sanktioniert, sondern als Ausgangspunkt für gemeinsames Lernen nutzt. Ergänzend tragen bewusst eingerichtete Experimentierräume dazu bei, neue Formen der Arbeitsorganisation zu erproben und schrittweise zu verstetigen.

Schließlich spielt die aktive Mitbestimmung durch betriebliche Interessenvertretungen eine wichtige Rolle, da sie strukturelle Rahmenbedingungen mitgestalten und so dazu beitragen kann, Beruflichkeit nicht nur individuell, sondern auch kollektiv zu stärken.

Unter solchen Bedingungen werden Organisationen zu Orten beruflicher Identitätsbildung; wo diese Voraussetzungen fehlen, können sie hingegen zu Orten beruflicher Restriktion werden. Entscheidend ist, ob es gelingt, Lernprozesse zu ermöglichen, Routinen kritisch zu hinterfragen und eine kooperative Arbeitskultur zu etablieren, in der Beschäftigte mit unterschiedlichem Qualifikationsniveau ihre Erfahrungen, Kompetenzen und Perspektiven einbringen können.

In der Gesamtschau der Untersuchung wird deutlich, dass Beruflichkeit in der Pflege nicht auf einzelne Faktoren zurückzuführen ist, sondern durch ein komplexes Zusammenspiel von individuellen Kompetenzen, organisationalen Strukturen und systemischen Rahmenbedingungen entsteht. Sie zeigt sich, wo PFP und Assistenzpersonen Verantwortung in vollständigen Arbeitsprozessen wahrnehmen können und Beziehungen, Kommunikation und Kontinuität durch die Organisation unterstützt werden.

Ebenso wird erkennbar, dass der Umgang mit sprachlicher, kultureller und biografischer Vielfalt Teil dieser beruflichen Praxis ist und sich sowohl auf die Zusammenarbeit im Team als auch auf die Versorgung der zu Pflegenden auswirkt. Darüber hinaus weisen die Ergebnisse darauf hin, dass Lernkulturen, Formen der dialogischen Führung, klare Kommunikationswe-

ge und die Einbindung betrieblicher Interessenvertretungen eine wichtige Rolle für die Entwicklung beruflicher Handlungssicherheit spielen.

Die Umsetzung gesetzlicher Reformen – etwa zur Pflegefachassistenz oder zur Übertragung heilkundlicher Aufgaben – wirkt sich dabei nicht unmittelbar determinierend aus, sondern erhält ihre konkrete Form erst durch betriebliche Interpretationen und Anpassungsprozesse. Je stärker diese an pflegerischen Prozessen orientiert sind, desto eher können sie zur Weiterentwicklung beruflicher Handlungskompetenz beitragen.

Die in dieser Studie rekonstruierten Organisationsmodelle – insbesondere das teilautonom-personenzentrierte Teammodell in der Langzeitpflege und das multiprofessionell-personenorientierte Fachpflegemodell im Krankenhaus – machen nachvollziehbar, wie Beruflichkeit unter verschiedenen strukturellen Bedingungen entstehen kann. Beide Modelle verbinden prozessbezogene Verantwortung mit kollektiven Lern- und Reflexionsformen und zeigen, dass berufliche Identitätsbildung zugleich ein individuelles wie ein organisationales Geschehen ist.

Vor diesem Hintergrund erscheint Beruflichkeit als verbindendes Element zwischen individueller Kompetenzentwicklung, organisationaler Gestaltung und den gesellschaftlichen Anforderungen an eine verlässliche und qualitativ hochwertige Pflege. Dies weist mit Blick auf die Zukunftsfähigkeit der Pflege darauf hin, dass Beruflichkeit nicht als nachgelagerte Aufgabe der Personalentwicklung verstanden werden kann. Vielmehr bildet sie ein grundlegendes Prinzip der Gestaltung professioneller Pflege an der Schnittstelle von Qualitätsentwicklung, organisationalem Lernen und gesellschaftlicher Verantwortung.

LITERATUR

Alle im Folgenden genannten Webseiten wurden zuletzt am 5.8.2026 abgerufen.

Ader, Sabine (2005): Was leitet den Blick? Wahrnehmung, Deutung und Intervention in der Jugendhilfe. Weinheim/München: Juventa.

Adlhoch, Lisa (2024): Berufsstolz in der Pflege: Eine empirische Analyse zum Phänomen des Stolzlebens aus Sicht von deutschen Pflegefachpersonen. In: Pflegewissenschaft 5/2024, S. 237–243.
<https://zeitschrift-pflegewissenschaft.de/content/component/content/article/14362-berufsstolz-in-der-pflege-ein321576>

Alzheimer Gesellschaft Schleswig-Holstein, Selbsthilfe Demenz (Hrsg.) (2024): Ergotherapie und Demenz. Konzept der Ergotherapie zur Behandlung dementiell erkrankter Menschen. Norderstedt: Kompetenzzentrum Demenz.
www.demenz-sh.de/wp-content/uploads/2025/01/Konzept_Ergotherapie-neu-DRUCK.pdf

Aner, Kirsten (2017): Soziale Altenarbeit und Soziale Gerontologie. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 50, S. 429–433.
<https://doi.org/10.1007/s00391-017-1261-z>

Argyris, Chris / Schön, Donald A. (1999): Organizational Learning: A Theory of Action Perspective. Reading, MA: Addison-Wesley.

Ärztammer Nordrhein (o. J.): Ausbildungsrahmenplan für die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten / zur Medizinischen Fachangestellten.
www.aekno.de/mfa/informationen-fuer-ausbilderinnen-und-ausbilder/ausbildungsrahmenplan

Badura, Bernhard / Feuerstein, Günter (1994): Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Weinheim/München: Juventa.

Bandura, Albert (1994): Self-Efficacy. In: Ramachandran, Vilayanur S. (Hrsg.): Encyclopedia of Human Behavior. Bd. 4. New York: Academic Press, S. 71–81.

Baranzke, Heike (2021): Personenzentrierte Pflege als beziehungsassistierende Selbstbestimmung bei Menschen mit Demenz. Ethische Sondierungen in einem komplexen Spannungsfeld unter besonderer Berücksichtigung der stationären Langzeitpflege. In: Riedel, Annette / Lehmeier, Sonja (Hrsg.): Ethik im Gesundheitswesen. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 1–20.
https://doi.org/10.1007/978-3-662-58685-3_64-1

Bartholomeyczik, Sabine (2017): Zur Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland – eine schwere Geburt. In: Pflege & Gesellschaft 22 (2), S. 101–118.
https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2018/07/PG-2_2017.pdf

BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) (2024): Gute Stationsorganisation – Ein Leitfaden für Pflegeteams in Kliniken. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
<https://doi.org/10.21934/baua:praxis20231017>

Becke, Guido (2013): Mit Veränderungen experimentieren. In: Becke, Guido / Behrens, Miriam / Bleses, Peter / Meyerhuber, Sylke / Schmidt, Sandra (Hrsg.): Organisationale Achtsamkeit. Veränderungen nachhaltig gestalten. Stuttgart: Schäffer-Poeschel, S. 77–98.

Bergmann, Dana / Kretschmer, Susanne / Müller, Julia / Pedde, Charley / Richter, Katja / Schatt, Viktoria / Scheele, Melanie / Weber, Heiko / Wittig, Wolfgang (2024): Qualifizierungsanforderungen von Weiterbildungen in der Pflege. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung.
www.bibb.de/dienst/publikationen/de/19838

BMJV – Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (Hrsg.) (2024): Betriebsverfassungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. September 2001 (BGBl. I S. 2518), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Juli 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 248) geändert worden ist.

www.gesetze-im-internet.de/betrvg/BJNR000130972.html

Böhle, Fritz / Wehrich, Margit (2020): Das Konzept der Interaktionsarbeit. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 74, S. 9–22.
<https://doi.org/10.1007/s41449-020-00190-2>

Bohnsack, Ralf (2017): Praxeologische Wissenssoziologie. Opladen/Toronto: Barbara Budrich.
<https://doi.org/10.36198/9783838587080>

Bradtke, Elisa / Melzer, Marlen (2016): Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – Vollständige Arbeitstätigkeiten (Poster). Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
<https://doi.org/10.21934/baua:berichtkompakt20161005/1c>

Braun, Alexander / Latzke, Markus / Pferzinger, Manfred / Schönthaler, Adelheid (2025): Organisationale Maßnahmen zur Stärkung der Arbeitszufriedenheit in der stationären Langzeitpflege: eine Querschnittstudie aus Österreich. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 194, S. 31–39.
<https://doi.org/10.1016/j.zefq.2025.01.001>

Büchter, Karin (o. J.): Corona, Geschlecht und Beruflichkeit. Über ‚Systemrelevanz‘, ‚Re-traditionalisierung‘ und die Ökonomie der Geschlechter in Arbeit und Beruf. In: Denk-doch-mal.de. Das online-Magazin.
<https://denk-doch-mal.de/karin-buechter-corona-geschlecht-und-beruflichkeit-ueber-systemrelevanz-re-traditionalisierung-und-die-oekonomie-der-geschlechter-in-arbeit-und-beruf/>

Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2025): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich.
https://web.archive.org/web/20260222153827/https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile

Bundesregierung (2025a): Entwurf eines Gesetzes über die Einführung einer bundes-einheitlichen Pflegefachassistentenausbildung.
www.bmbfsfj.bund.de/resource/blob/268524/ad1c730d48794b10471a4dbfbc21ce93/gesetzentwurf-der-bundesregierung-entwurf-eines-gesetzes-ueber-die-einfuehrung-einer-bundeseinheitlichen-pflegefachassistentenausbildung-data.pdf

Bundesregierung (2025b): Entwurf eines Gesetzes zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege, 6.8.2025.
www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/GE_Befugnisserweiterung_Entbueroekratisierung_Pflege.pdf

Büssing, André (1997): Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

Cassier-Woidasky, Anne-Kathrin (2007): Pflegequalität durch Professionsentwicklung. Frankfurt am Main: Mabuse.

Dangel, Bärbel (2023): Pflegesystem. In: Karmann, Christine / Simski, Sabine / Stab, Nicole (Hrsg.): Stationen organisieren. 2. Auflage. Stuttgart: Thieme, S. 44–49.

Dehnbostel, Peter (2022): Betriebliche Bildungsarbeit. Kompetenzbasierte Berufs- und Weiterbildung in digitalen Zeiten. 3., erweiterte und vollständig neubearbeitete Auflage. Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren.

Eichhorn, Siegfried (1993): Patientenorientierte Krankenhausorganisation. In: Badura, Bernhard / Feuerstein, Günter / Schott, Thomas (Hrsg.): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim/München: Juventa, S. 241–253.

Elkeles, Thomas (1988): Arbeitsorganisation in der Krankenpflege. Zur Kritik der Funktionspflege. In: Jahrbuch für Kritische Medizin. Band 13. Schwerpunkte Pflege und Krankenhaus, S. 5–19.

Evans, Michaela / Thiele, Günter / Ziegler, Kai / Risthaus, Franziska (2014): Zwischen Ökonomisierungsangst und Wachstumseuphorie: Zur Governance der Arbeit im Pflegesektor. In: Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung 83 (4), S. 123–136.
<https://doi.org/10.3790/vjh.83.4.123>

Fachkommission – Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz (2020a): Begleitmaterialien zu den Rahmenplänen der Fachkommission nach § 53 PflBG. O. O.
www.bibb.de/dienst/publikationen/de/16613

Fachkommission – Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz (2020b): Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG. O. O.
www.bibb.de/dienst/publikationen/de/16560

Fischer, Gabriele / Lämmel, Nora / Mohr, Jutta / Riedlinger, Isabelle (2020): Zum Beispiel Pflege – Fragen an den arbeitssoziologischen Topos der Subjektivierung von Arbeit. In: Gender – Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft 12 (2), S. 45–60.
<https://doi.org/10.3224/gender.v12i2.04>

Fischer, Renate (2013): Berufliche Identität als Dimension beruflicher Kompetenz. Entwicklungsverlauf und Einflussfaktoren in der Gesundheits- und Krankenpflege. Bielefeld: wbv.
<https://doi.org/10.3278/6004350w>

Flick, Uwe (2022): Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. In: Baur, Nina / Blasius, Jörg (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. 3. Auflage. Wiesbaden: Springer VS, S. 533–547.
https://doi.org/10.1007/978-3-658-37985-8_34

Freund, Kerstin C. / Schwertmann, Bärbel / Klinzing, Kristin (2016): Kompetenzorientierter Personaleinsatz in stationären Altenpflegeeinrichtungen. Modellprojekt für den Caritasverband der Diözese Fulda. Gießen: Technische Hochschule Mittelhessen.
www.thm.de/ges/images/Bericht_komPe_final_2016-08-10.pdf

Friemer, Andreas / Bleses, Peter (2024): Digitalisierung der Arbeit in Krankenhäusern – Partizipation als Strategie und Instrument für Technikaneignung. In: Schröer, Laura / Bräutigam, Christoph / Schmidt, Christopher / Evans, Michaela (Hrsg.): Krankenhausarbeit digital. Betriebliche Digitalisierungsprozesse mitarbeiterorientiert gestalten. Stuttgart: Kohlhammer, S. 170–181.
<https://doi.org/10.17433/978-3-17-039901-3>

Friesacher, Heiner (2008): Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft. Osnabrück: Universitätsverlag.

Friesacher, Heiner (2015): Wider die Abwertung der eigentlichen Pflege. In: intensiv 23 (4), S. 200–214.
<https://doi.org/10.1055/s-0035-1556893>

Fuchs-Frohnhofen, Paul / Bessin, Claudia (2019): Von der Wertschätzung zum Arbeitsstolz – Bezugspunkte und Grundüberlegungen zum PflegeWert-Projekt. In: Fuchs-Frohnhofen, Paul / Isfort, Michael / Wappenschmidt-Krommus, Ellen / Duisberg, Malte / von der Malsburg, Andrea / Rottländer, Ruth / Brauckmann, Arno / Bessin, Claudia (Hrsg.): PflegeWert. Wertschätzung erkennen – fördern – erleben. 2., durchgesehene Auflage. Heidelberg: medhochzwei, S. 60–83.

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2023): Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege vom 23.11.2018, zuletzt geändert am 5.4.2023.
https://gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2023/06/MuG-vollstationaer_Vereinbarungstext.pdf

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2025):

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie / PPP-RL), in der Fassung vom 19. September 2019, zuletzt geändert am 18. Juni 2025.

www.g-ba.de/downloads/62-492-3993/PPP-RL_2025-06-18_iK_2026-01-01.pdf

Genz, Katharina / Gahlen-Hoops, Wolfgang von

(2024): Bildungsarchitektur der Pflege in Deutschland (BAPID). Bielefeld: Transcript.
<https://doi.org/10.14361/9783839473887>

Georg, Arno / Katenkamp, Olaf / Guhlemann, Kerstin (2017):

Digitalisierungsprozesse und das Handeln von Betriebsräten. Strategien und Handlungsoptionen von Betriebsräten in der Arbeitswelt 4.0. In: Arbeit 26 (2), S. 251–274.
<https://doi.org/10.1515/arbeits-2017-0015>

Gerlinger, Thomas (2021): Vom versäulten zum integrierten Versorgungssystem: Reformbedarf und Handlungsempfehlungen. Working Paper Forschungsförderung 205. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-007958

GKV-Spitzenverband (2022): Richtlinien nach § 53b SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen (Betreuungskräfte-RL) vom 19. August 2008, zuletzt geändert durch Beschluss vom 21. Oktober 2022.

www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/betreuungskraefte/20221121_Richtlinien_nach_53b_SGB_XI_Betreuungskraefte-RL_nach_Genehmigung_BMG.pdf

GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2024):

Qualifikations- und kompetenzorientierte Arbeitsorganisation in der vollstationären Langzeitpflege. Erste Hinweise zur Umsetzung.
www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/Erste_Hinweise_zur_Umsetzung_einer_qualifikations-_und_kompetenzorientierten_Arbeitsorganisation.pdf

Gottschalk, Wolfgang (2023):

Prozessmanagement in der Seniorenwirtschaft. In: Reinhardt, Elke Maria / Grunwald, Klaus (Hrsg.): Seniorenwirtschaft. Management und Perspektiven. Wiesbaden: Springer VS, S. 231–256.

https://doi.org/10.1007/978-3-658-39843-9_9

Hacker, Winfried (2005):

Allgemeine Arbeitspsychologie: Psychische Regulation von Wissens-, Denk- und körperlicher Arbeit. 2. Auflage. Bern: Hans Huber.

Haubner, Tine (2017):

Die Ausbeutung der sorgenden Gemeinschaft. Laienpflege in Deutschland. Frankfurt am Main: Campus.

Heinzer, Sarah / Reichenbach, Roland (2013):

Die Entwicklung der beruflichen Identität. Schlussbericht zum Forschungsprojekt. Zürich: Universität Zürich.

www.ife.uzh.ch/dam/jcr:00000000-272b-1a72-0000-00002d44d5b6/Schlussbericht_zum_BBTProjekt_Berufliche_Identitaet.pdf

Hensen, Peter (2022): Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Grundlagen für Studium und Praxis. 3. Auflage. Wiesbaden: Springer Gabler.

<https://doi.org/10.1007/978-3-658-38299-5>

Hiestand, Stefanie (2023):

Didaktische Überlegungen zum Lernort Praxis in der Langzeitpflege. In: Hiestand, Stefanie (Hrsg.): Beruflichkeit – Interaktionsarbeit – Kompetenz. Impulse für eine kompetenzorientierte Interaktionsarbeit in der Pflege. Bielefeld: wbv, S. 161–183.

<https://doi.org/10.3278/9783763974344>

Hiestand, Stefanie / Giebler, Wolfram (2023): Selbstbestimmt Leben, Arbeiten und Lernen in der Langzeitpflege. In: Berufsbildung. Zeitschrift für Theorie-Praxis-Dialog 77 (1), S. 32–35.

Holland, John L. (1997): Making vocational choices. A theory of vocational personalities and work environments. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Kitwood, Tom (2019): Demenz. Der personen-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Deutschsprachige Ausgabe, herausgegeben von Christian Müller-Hergl und Helen Güther. 8., überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hans Huber.

Klement, Karl (2016): Aneignungsdidaktik und Kompetenzorientierung. Didaktische und methodische Gestaltung von Prozessen des Lehrens und Lernens in einem kompetenz-orientierten Unterricht. In: Fontana, Olivia de / Pelzmann, Brigitte / Sturm, Hildegard (Hrsg.): Weißt du noch oder tust du schon? Impulse aus Theorie und Praxis für die Weiterentwicklung von Kompetenzen an Schulen. Wien: Facultas, S. 17–37.

König, Jutta / Kämmer, Karla (2022): Gestalten Sie die Zukunft mit der PeBeM. So funktioniert das Personalbemessungsinstrument – und so setzen Sie es richtig um. Hannover: Schlütersche.

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.
www.bwpat.de/spezial19/kraus_de_spezial19.pdf

Kuckartz, Udo (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 4. Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

Kutscha, Günter (1992): ‚Entberuflichung‘ und ‚Neue Beruflichkeit‘. Thesen und Aspekte zur Modernisierung der Berufsbildung und ihrer Theorie. In: Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik 88 (7), S. 535–548.
<https://doi.org/10.25656/01:1593>

Lauxen, Oliver / Blattert, Barbara (2021): Irritationen und Brüche in der beruflichen Identität internationaler Pflegefachpersonen. In: Pflege-wissenschaft 23 (2), S. 75–82.
<https://zeitschrift-pflegewissenschaft.de/archiv/artikel/210483/irritationen-und-brueche-in-der-beruflichen-identitaet-internationaler-pflegefachpersonen>

Lempert, Wolfgang (2006): Berufliche Sozialisation – Persönlichkeitsentwicklung in der betrieblichen Ausbildung und Arbeit. Studentexte. Basiscurriculum Berufs- und Wirtschaftspädagogik. Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren.

Lüders, Christian (2001): Teilnehmende Beobachtung. In: Bohnsack, Ralf / Marotzki, Winfried / Meuser, Michael (Hrsg.): Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. Opladen: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 151–153.

Marschall, Eva Maria (2021): Habitus und Personalmix in der stationären Langzeitpflege. Eine praxeologisch-wissenssoziologische Studie. Nürnberg (Dissertation).
<https://kidoks.bsz-bw.de/frontdoor/deliver/index/docId/2572/file/Marschall.pdf>

Melzer, Marlen / Rösler, Ulrike / Schlicht, Larissa (2022): Digitale Transformation personenbezogener Arbeit – am Beispiel der professionellen Pflege. In: Bamberg, Eva / Ducki, Antje / Janneck, Monique (Hrsg.): Digitale Arbeit gestalten. Herausforderungen der Digitalisierung für die Gestaltung gesunder Arbeit. Wiesbaden: Springer, S. 147–166.
https://doi.org/10.1007/978-3-658-34647-8_12

Merton, Robert K. / Kendall, Patricia L. (1979): Das fokussierte Interview. In: Hopf, Christel / Weingarten, Elmar (Hrsg.): Qualitative Sozialforschung. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 171–204.

Meyer, Rita (2019): „Beruflichkeit 4.0“ – Qualifizierung für die Arbeit von heute und morgen. Herausforderungen und Handlungsoptionen. In: Kohlrausch, Bettina / Schildmann, Christina / Voss, Dorothea (Hrsg.): Industrie 4.0 und Digitalisierung von Arbeit. Neue Arbeit – neue Ungleichheiten? Folgen der Digitalisierung. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 142–163.

Meyer, Rita (2024): Beruflichkeit und Interaktion. In: Denk-doch-mal.de. Das online-Magazin. <https://denk-doch-mal.de/rita-meyer-beruflichkeit-und-interaktion/>

Müller, Elke (2001): Grundpflege und Behandlungspflege. Altlasten einer theoriefernen Pflegedidaktik. In: PflegeMagazin 2 (6), S. 4–17.

Ose, Dominik (2011): Patientenorientierung im Krankenhaus. Welchen Beitrag kann ein Patienten-Informations-Zentrum leisten? Wiesbaden: Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-93374-0>

Rand, Sigrid / Larsen, Christa (2019): Herausforderungen und Gestaltung betrieblicher Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland. Einblicke aus der Krankenhauspraxis. Working Paper Forschungsförderung 114. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung. www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-007114

Reichertz, Jo (2003): Die Abduktion in der qualitativen Sozialforschung. Opladen: Leske + Budrich.

Reichertz, Jo (2013): Die Abduktion in der qualitativen Sozialforschung. Über die Entdeckung des Neuen. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-93163-0>

Rottenkolber, Dominik / Thiele, Günter (2025): Akademisierte Pflegefachkräfte: Berufsverbleib? In: Pflegezeitschrift 78 (5), S. 59–62. <https://doi.org/10.1007/s41906-025-2817-y>

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (2024): Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource. Gutachten 2024. 2., durchgesehene Auflage. <https://doi.org/10.4126/FRL01-006473488>

Schlögl-Flierl, Kerstin / Schneider, Werner / Greißl, Kristina / Harzbecher, Moritz / Heutling, Pia / Hillebrecht, Moritz / Schneider, Sibylle / Senneke, Julia / von Hayek, Julia / Stadelbacher, Stephanie (2021): Selbstbestimmtes Leben im Pflegeheim – Die Würde des pflegebedürftigen Menschen in der letzten Lebensphase. Augsburg: Zentrum für Interdisziplinäre Gesundheitsforschung an der Universität Augsburg. www.pflegenetzwerk-deutschland.de/fileadmin/files/Downloads/pflegenetzwerk-deutschland-selep-ergebnisbericht.pdf

Schwinger, Antje / Geerdes, Sara (2011): Evaluation der Betreuungskräfte-Richtlinie gem. § 87b Abs. 3 SGB XI. Evaluation im Auftrag des GKV-Spitzenverbands. Abschlussbericht. Berlin. https://web.archive.org/web/20231220115751/https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemittelungen/2011/Evaluation_der_Betreuungskraefte_nach__87_b_SGB_XI_2011_09_07_V_182511.pdf

Stab, Nicole / Hacker, Winfried (2016): Stationsorganisation im Krankenhaus. Entwicklung und Erprobung eines kriteriengeleiteten Bewertungs- und Gestaltungsverfahrens. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/F2253.html

Stadelbacher, Stephanie / Greißl, Kristina / Hillebrecht, Moritz (2021): Was bedeutet würdevoll? In: Altenheim 7, S. 24–27. https://assets.uni-augsburg.de/media/filer_public/0a/3a/0a3ac04c-b6b4-40e7-839c-2d439022f174/ah7_2021_s24ff_bedeutung_wurdevoll.pdf

Statistisches Bundesamt (2024): Statistischer Bericht – Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – 2023, 18.12.2024.

www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/statistischer-bericht-pflege-deutschlandergebnisse-5224001239005.html

Statistisches Bundesamt (2025): Statistischer Bericht – Grunddaten der Krankenhäuser 2024, 6.11.2025.

www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhauser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-grunddaten-krankenhaeuser-2120611247005.html

Theobald, Hildegard (2018): Pflegearbeit in Deutschland, Japan und Schweden. Wie werden Pflegekräfte mit Migrationshintergrund und Männer in die Pflegearbeit einbezogen? Study 383. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-006953

Universität Bremen / Hochschule Bremen / contec – Gesellschaft für

Organisationsentwicklung (2025):

Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines Konzepts zum qualifikations- und kompetenzorientierten Personaleinsatz gemäß § 8 Abs. 3b SGB XI. Los 1: Konzeptentwicklung, Konzepterprobung und Strategieentwicklung. Bremen/Bochum.

www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/implementation_projekte_8_abs_3b/Abschlussbericht_Los_1__8_Abs._3b_SGB_XI.pdf

Volpert, Walter (1974): Handlungsstrukturanalyse als Beitrag zur Qualifikationsforschung. Köln: Pahl-Rugenstein.

Wehrmann, Jonas / Dörflinger, Nadja (2024): Gesundheitsschutz für Beschäftigte im Dienstleistungsbereich. Menschengerechte Interaktionsarbeit. In: baua: Aktuell 2/24, S. 8.
www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Aktuell/2-2024

Wessel, Susanne / Manthey, Marie (2024): Primary Nursing – Primäre Pflege. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe.

White, Jill / Gunn, Michelle / Chiarella, Mary / Catton, Howard / Stewart, David (2025): Renewing the Definitions of 'Nursing' and 'a Nurse'. Final Project Report. Genf: International Council of Nurses.
www.icn.ch/sites/default/files/2025-06/ICN_Definition-Nursing_Report_EN.pdf

AUTORINNEN UND AUTOREN

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

Orcid-ID: <https://orcid.org/0009-0003-6775-5483>

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

Orcid-ID: <https://orcid.org/0009-0001-3197-2457>

Wolfram Gießler, BBA, ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Berufs- und Wirtschaftspädagogik (IBW) der Pädagogischen 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.

Orcid-ID: <https://orcid.org/0009-0001-2060-9417>

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

Orcid-ID: <https://orcid.org/0009-0007-9939-1468>

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

Orcid-ID: <https://orcid.org/0000-0002-4933-0495>

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

Orcid-ID: <https://orcid.org/0009-0008-4571-1865>

Wie ist der Qualifikationsmix in der Pflegebranche in unterschiedliche Organisationsformen der Pflegearbeit eingebettet und wie wirkt sich dies auf Beruflichkeit und Selbstwirksamkeit aus? Qualitative Analysen in der Akut- und Langzeitpflege verdeutlichen das Spannungsfeld zwischen Prozesssteuerung und patientenorientiertem Handeln. Die Ergebnisse zeigen, dass berufliches Selbstverständnis gestärkt wird, wenn Verantwortung strukturell verankert ist, Kommunikation reflexiv gestaltet wird und Handlungsspielräume vorhanden sind. Damit liefert die Studie – auch vor dem Hintergrund gesetzlicher Reformen – aktuelle Impulse für die Weiterentwicklung pflegerischer Arbeits- und Organisationsformen.

WWW.BOECKLER.DE

ISBN 978-3-86593-418-5