

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.

Wissenschaftliche Analyse (QFR-RL-Synopse) sowie Lösungsvorschläge

im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft

Prof. Gertrud Hundenborn
Leiterin der Abteilung Pflegebildungsforschung

DIP
19.05.2020

Inhalt

1	Hintergrund und Auftrag	3
Teil A – Wissenschaftliche Analyse		5
2	Beschreibung und Kennzeichnung des Materials	6
2.1	Beschreibung des Materials	6
2.2	Kennzeichnung des Materials	7
3	Eingesetzte Analysemethoden	9
4	Analyseprozess und -ergebnisse	10
4.1	Analyse der Einzelargumentationen	10
4.1.1	<i>A1 – Spezifik als Voraussetzung für die Pflege von Kindern und Jugendlichen</i>	<i>10</i>
4.1.2	<i>A2 – Höhere Stundenzahlen als bessere Bedingungen für den Kompetenzerwerb</i>	<i>12</i>
4.1.3	<i>A3 – Unterricht kompensiert Praxiserfahrungen nicht</i>	<i>13</i>
4.1.4	<i>A4 – Exemplarisches Lernen gefährdet spezifische Inhalte</i>	<i>13</i>
4.2	Argumentative Leerstellen und methodische Mängel	14
4.2.1	<i>Leerstellen und methodische Mängel in den Argumentationen</i>	<i>14</i>
4.2.2	<i>Leerstellen und methodische Mängel im Gesamtprozess</i>	<i>16</i>
4.3	Die übergeordneten Schlussfolgerungen im Fazit	18
4.4	Die Argumentationsmuster im „Generalistikdiskurs“	20
5	Fazit	21
Literatur- und Quellennachweis - Teil A		23
Teil B – Lösungsvorschläge und Empfehlungen		25
6	Hintergrund und Problemaufriss	26
7	Grundlegende Ausbildungskonzeption und Innovationen nach dem PflBG	27
7.1	Variationsbreite der Ausbildungsprofile	29
7.2	Abgeleitete Empfehlungen I	30
8	Allgemeine Pflege und Spezialisierung – Notwendige Unterschiede von Ausbildung und Weiterbildung	33
8.1	Fachweiterbildung - individuelle Qualifikationsvoraussetzung oder teambezogene Anforderung?	36
8.2	Abgeleitete Empfehlungen II	36
9	Zusammenfassung und abschließende Empfehlungen	38
10	Gesamtfazit	41
Literatur- und Quellennachweis – Teil B		43

1 Hintergrund und Auftrag

In den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses werden für verschiedene Versorgungsbereiche

1. *Versorgung von Früh- und Reifgeborenen*
2. *Herzchirurgische Versorgung bei Kindern und Jugendlichen*
3. *Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten*

besondere Anforderungen an die fachliche Qualifikation von Pflegenden vorgeschrieben. Da sich diese auf die Abschlüsse beziehen, die nach dem Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege von 2003 geregelt sind, stellt sich die Frage, welche Konsequenzen sich aus den Neuregelungen der Pflegeausbildungen nach dem Pflegeberufegesetz von 2017 für die angesprochenen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ergeben.

Eine mögliche Antwort auf diese Frage beinhaltet die von Tina Wilhelm verfasste *„Gegenüberstellung der durch die Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz (2003) und dem Pflegeberufegesetz (2017) möglichen Berufsabschlüsse vor dem Hintergrund der in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Versorgung von Kindern in der Neonatologie, Onkologie und Herzchirurgie geforderten pflegerischen Qualifikationen.“*

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP) um eine wissenschaftliche Analyse dieser *Gegenüberstellung* sowie – abhängig vom Ergebnis dieser Analyse – um die Entwicklung von Lösungsvorschlägen bzw. Empfehlungen gebeten. Nach einem entsprechenden Angebot hat die DKG dem DIP diesen Auftrag erteilt. Die nun vorgelegte wissenschaftliche Analyse wurde im Zeitraum zwischen dem 01. April und dem 19. Mai 2019 auf der Grundlage der im Angebot enthaltenen Leistungsbeschreibung und ergänzender telefonischer Absprachen ausgeführt.

Ausgeführt wurde der Auftrag von Prof. Gertrud Hundenborn. Sie leitet im DIP seit 2002 den früheren Arbeitsschwerpunkt und die heutige Abteilung Pflegebildungsforschung. Von 1997 war sie zudem bis zu ihrer Emeritierung zum 01. März 2019 als Professorin für das Lehrgebiet Pflegepädagogik an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen (KathO NRW) beschäftigt.

Die vorliegende wissenschaftliche Analyse besteht aus zwei Teilen. Während Teil A sich auf die wissenschaftliche Analyse der von Tina Wilhelm erstellten *„Gegenüberstellung der durch die Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz (2003) und dem Pflegeberufegesetz (2017) möglichen Berufsabschlüsse vor dem Hintergrund der in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Versorgung von Kindern in der Neonatologie, Onkologie und Herzchirurgie geforderten pflegerischen Qualifikationen.“* bezieht, werden in Teil B Antworten und Lösungsvorschläge entwickelt, wie die angesprochenen Qualitätsrichtlinien des G-BA an die Abschlüsse nach dem Pflegeberufegesetz angepasst werden können.

Teil A beschreibt zunächst in Kapitel 2 die *Gegenüberstellung* als Gegenstand der Analyse und kennzeichnet die vorliegende Textsorte. Auf dieser Grundlage werden in Kapitel 3 die Analysemethoden und -verfahren begründet. Der in Kapitel 4 dargelegte Analyseprozess und die Ergebnisse berücksichtigen die verschiedenen Argumentationen, die zu Argumentationsmustern verdichtet und in den Diskurs

der Pflegeberufereform eingeordnet werden. Eine zusammenfassende Einschätzung und kritische Bewertung der untersuchten *Gegenüberstellung* schließen die wissenschaftliche Analyse mit einem Fazit in Kapitel 5 ab.

Teil B stellt nach einer kurzen Einleitung in diesen Teil, die sich in Kapitel 6 findet, in Kapitel 7 die zentralen Reformen und Innovationsansprüche dar, die mit dem Pflegeberufegesetz verbunden sind, und die für die Beantwortung der anstehenden Frage relevanten Merkmale der nach dem Pflegeberufegesetz geregelten Pflegeausbildungen werden analysiert. Die Variationsbreite der verschiedenen möglichen Ausbildungsprofile wird ausführlich dargelegt, und auf dieser Grundlage werden erste Empfehlungen für die Anpassung der G-BA Richtlinien abgeleitet. In einem zweiten Schwerpunkt unterscheidet Kapitel 8 die Ansprüche zwischen Pflegeausbildung(en) einerseits und Weiterbildung(en) für die spezialisierten Versorgungsbereiche andererseits. Auf dieser Grundlage werden die in den G-BA Richtlinien festgelegten Weiterbildungsquoten und die festgelegten Zahlenverhältnisse zwischen unterschiedlichen Berufsabschlüssen neu bewertet, woraufhin weitere Empfehlungen für die Anpassung der G-BA Richtlinien abgeleitet werden. Kapitel 9 führt die Lösungsvorschläge, die als Empfehlungen ausgesprochen werden, zusammen.

In Kapitel 10 wird schließlich ein kurzes zusammenfassendes Fazit für beide Teile der vorgelegten wissenschaftlichen Analyse und der Entwicklung von Lösungsvorschlägen gezogen.

Teil A – Wissenschaftliche Analyse

„Gegenüberstellung der durch die Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz (2003) und dem Pflegeberufegesetz (2017) möglichen Berufsabschlüsse vor dem Hintergrund der in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Versorgung von Kindern in der Neonatologie, Onkologie und Herzchirurgie geforderten pflegerischen Qualifikationen.“ (Tina Wilhelm)

2 Beschreibung und Kennzeichnung des Materials

Das vorliegende Dokument trägt den Titel *„Gegenüberstellung der durch die Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz (2003) und dem Pflegeberufegesetz (2017) möglichen Berufsabschlüsse vor dem Hintergrund der in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Versorgung von Kindern in der Neonatologie, Onkologie und Herzchirurgie geforderten pflegerischen Qualifikationen.“* Das Dokument ist adressiert an den Gemeinsamen Bundesausschuss in Berlin und trägt das Einreichungsdatum vom 06.12.2019. Verfasserin ist Tina Wilhelm, Gesundheits- und Pflegepädagogin M. A., Mainz. Aus einer Kopfzeile, die sich auf jeder Dokumentenseite wiederfindet, geht die Information hervor, dass das Dokument als *Anlage zu TOP 9.1.2* vermutlich Gegenstand einer Sitzung des Gemeinsamen Bundesausschusses gewesen ist. Nähere Informationen hierzu liegen der Verfasserin dieser wissenschaftlichen Analyse jedoch nicht vor.

2.1 Beschreibung des Materials

Das Dokument hat einen Gesamtumfang von 59 Seiten, wobei Titelblatt und Inhaltsverzeichnis nicht eingerechnet sind. An eine Einleitung, die nicht in die Dezimalklassifikation einbezogen wird, schließen sich vier durchnummerierte und teils mehrfach unterteilte Kapitel an. Ein kurzes Kapitel 1 (S. 2) umreißt unter der Überschrift *Ausgangslage* die fachlichen Qualifikationsanforderungen, wie sie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für die drei Bereiche

4. *Versorgung von Früh- und Reifgeborenen*
5. *Herzchirurgische Versorgung bei Kindern und Jugendlichen*
6. *Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten*

vorschreiben.

Ein umfangreiches und gliederungssystematisch mehrfach unterteiltes Kapitel 2 (S. 3 – S. 30) stellt die Pflegeausbildungen nach bisherigem und nach neuem Recht vergleichend gegenüber. Beschränkt wird der Vergleich auf den *Abschluss der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nach dem Krankenpflegegesetz von 2003* (S. 3) mit den beiden Abschlüssen *Pflegefachfrau/-mann, Pflegefachfrau/-mann mit Vertiefung Pädiatrische Versorgung und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nach dem Pflegeberufereformgesetz von 2017*. Der Vergleich wird nacheinander auf zwei verschiedenen Normebenen vorgenommen: 2.1 auf der Ebene der Ausbildungs- resp. Berufsgesetze und 2.2 auf der Ebene der korrespondierenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen. Ein drittes Unterkapitel 2.3 geht im Sinne einer kritischen Bewertung auf die Einsatzmöglichkeiten im Bereich der pädiatrischen Versorgung ein. Problematisiert werden vor dem Hintergrund der Engpasssituation in der praktischen Ausbildung auch ausgewählte landesspezifische Regelungen für alternative Einsätze in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Die der staatlichen Prüfung zugrunde gelegten Kompetenzen sind im Unterkapitel 2.4 Fokus des Vergleichs, wobei sich dieser Vergleich auf die Abschlüsse zur Pflegefachfrau / zum Pflegefachmann sowie zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin / zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger nach dem PflBG beschränkt

Kapitel 3 (S. 31 – S. 4) nimmt untergesetzlich die Lehrplanebene in den Blick, indem die erstmals seit dem 01. August 2019 vorliegenden bundeseinheitlichen Rahmenpläne der Fachkommission einer Ana-

lyse unterzogen werden. Kapitel 3.1 untersucht die Lernsituationen, die in den 11 curricularen Einheiten der Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht beispielhaft angeregt werden, während Kapitel 3.2 Ausschnitte der Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung in den Blick nimmt

Sprachlich-formal werden die Kapitel / Unterkapitel unter 2. und 3. mit einem kurzen Fließtext eingeleitet, in dem die zentralen Ergebnisse der jeweiligen Gegenüberstellung zusammengefasst werden. Dem Fließtext schließen sich umfangreiche Tabellen an, die zum einen ausgewählte Regelungen - in Form von teils eingekürzten Zitaten - aus den jeweils analysierten Regelungswerken vergleichend gegenüberstellen. Zum anderen werden Unterschiede sowie (Zwischen-)Ergebnisse und Schlussfolgerungen in der Signalfarbe rot hervorgehoben.

Ein kurzes Kapitel 4 (S. 50 – S. 51) formuliert zum Abschluss der *Gegenüberstellung* ein Fazit. Die weiteren Seiten verteilen sich auf ein Literaturverzeichnis sowie auf 2 Anhänge. Anhang 1 beinhaltet eine Tabelle aus *Eckpunkte zur Umsetzung des Pflegeberufgesetzes aus der Perspektive der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege des Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V.*; Anhang 2 gibt *Anlage 1 (zu § 1 Abs. 1) der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV)* mit den 12 fächerintegrativen Themenbereichen für die Ausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege / Gesundheits- und Kinderkrankenpflege wieder.

2.2 Kennzeichnung des Materials

Das Dokument trägt den Titel „*Gegenüberstellung der durch die Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz (2003) und dem Pflegeberufgesetz (2017) möglichen Berufsabschlüsse vor dem Hintergrund der in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Versorgung von Kindern in der Neonatologie, Onkologie und Herzchirurgie geforderten pflegerischen Qualifikationen*“ (nachfolgend als „*Gegenüberstellung*“ abgekürzt. Da sich weder auf dem Deckblatt noch im Dokumententext selbst Angaben dazu finden, welche Textsorte vorgelegt wird bzw. produziert wurde und wie die eher implizit angesprochene Fragestellung methodisch beantwortet wird, muss dies aus den Merkmalen des Dokumentes selbst erschlossen werden.

Aufgrund des Titels mit dem Schlüsselbegriff der „*Gegenüberstellung*“ ergibt sich dies keinesfalls eindeutig. Eine Gegenüberstellung lässt einen einfachen Vergleich von (wenigstens) zwei Sachverhalten ebenso zu wie eine Bewertung verschiedener Sachverhalte. Da Grundlage dieser Gegenüberstellung ausbildungsrelevante Regelungen sind, käme auch eine wissenschaftliche Evaluation von Bildungsprogrammen infrage, in welcher Ausbildungskonzeptionen in den Pflegeberufen nach bislang geltendem und nach neuem Recht vergleichend analysiert und bewertet werden. Bei der Fragestellung, die mit Hilfe dieser *Gegenüberstellung* beantwortet werden soll, würde man dies durchaus vermuten oder gar erwarten, auch wenn im Bereich der Evaluation der mehrdeutige Begriff der Gegenüberstellung unspezifisch wäre und nicht der Fachsprache entspräche, sondern vielmehr der mit dem Attribut versehene Begriff der vergleichenden Evaluation. Auch Argumente und Argumentationen können - mittels Pro- und Contraargumenten - gegenübergestellt werden, wie sie für (politische) Argumentations- und Positionspapiere sowie für Stellungnahmen üblich sind.

Dass es sich bei der vorliegenden Gegenüberstellung um eine vergleichende Evaluation von Ausbildungskonzeptionen und curricularen Grundlagen handelt, dagegen sprechen verschiedene Hinweise. So findet man eine klar formulierte und ggf. operationalisierte Analyse- oder Bewertungsfrage ebenso

wenig wie Hinweise auf ein hierauf abgestimmtes Evaluationsverfahrens mit Analyse- und Bewertungskriterien und entsprechenden Indikatoren. Für eine vergleichende Evaluation von Ausbildungskonzeptionen und curricularen Materialien auf der Grundlage von Dokumenten, wie sie hier vorliegen, würde man beispielsweise das von BERNARD/ BIELEFELDT & NOSKA (2002) entwickelte und von BIELEFELDT & NOSKA (2010) auf der Grundlage neuerer berufs- und pflegepädagogischer Entwicklungen aktualisierte und revidierte Konzept zur vergleichenden Beschreibung und Bewertung von Pflegecurricula anhand von Curriculumdokumenten erwarten. Grundlagen des Konzeptes sind verschiedene allgemeine Verfahren der Curriculumanalyse, die mit domänenspezifischen Verfahren und Kriterien der Pflegedidaktik (u. a. KNIGGE-DEMAL 2001, HUNDENBORN 2005, GREB 2008, ERTL-SCHMUCK & FICHTMÜLLER 2009) zu einem domänenspezifischen Instrument entwickelt worden sind, das in seiner Breite und Tiefe flexibel für unterschiedliche Evaluationsfragen von Pflegecurricula herangezogen werden kann. Dieses Konzept war auch eine wesentliche Grundlage für die Entwicklung des Evaluationsinstrumentes „*EVAproCURRA*“ (Evaluation pro Curriculum), das für die Evaluation der handlungsorientierten Curricula der Modellversuche „*Pflegeausbildung in Bewegung*“ genutzt worden ist (vgl. BMFSFJ 2008: 34). Umfassende Evaluationsfragen von Bildungsprogrammen – wie sie hier gestellt werden – lassen sich indes nicht ausschließlich auf der Grundlage von Dokumenten beantworten. Zentral sind vielmehr Fragen der Implementierung sowie des Erfolgs, der Effektivität und Wirkung von Bildungsprogrammen, die mit empirischen Verfahren und Methoden zu beantworten wären. Entsprechende Evaluationsergebnisse aus den zahlreichen Modellversuchen integrierter, integrativer und generalistischer Pflegeausbildungen, mit denen die jetzige Pflegeberufereform vorbereitet worden ist, werden jedoch nicht erkennbar rezipiert.

Obwohl die weitgehend in tabellarischer Aufbereitung vorliegende „*Gegenüberstellung*“ den Eindruck einer vergleichenden Evaluation verschiedener Ausbildungskonzeptionen erwecken kann, sprechen deutlich mehr Hinweise für das Vorliegen eines Argumentationspapiers. Nach Coloma Andrews (2015) sind „*Argumente ... Sprachhandlungen, die schlussfolgernd eingesetzt werden, um strittige Sachverhalte zu klären*“ (S. 19). Formal beinhaltet ein „*argumentatives Grundmuster*“ drei Behauptungen in einer Konstellation von Prämisse und Konklusion. Dieser Zusammenhang wird auch als „*Schlussfolgerung*“ bezeichnet. „*Argumente müssen [...] also Beweise in der Form einer Schlussfolgerung erbringen, um als Argumente gelten zu können*“ (Coloma Andrews unter Bezugnahme auf Kopperschmidt, ebd., S. 14). Schlussfolgerungen sind in verschiedenen Kontexten denkbar, „*die nicht unbedingt der Kontext einer Argumentation sein müssen. Erst wenn diese Schlussfolgerungen zu dem ganz bestimmten Ziel eingesetzt werden, in einem tatsächlichen Kommunikationszusammenhang zu überzeugen, werden sie zu Argumenten. Sprachhandlungen sind also nur dann Argumente, wenn sie von Akteuren mit einer bestimmten Zielsetzung eingesetzt werden*“ (ebd. S. 15). Argumente und Argumentationen dienen also der Überzeugung anderer in strittigen Sachverhalten. Anders als „*Erklärungen*“, die ebenfalls schlussfolgernd formuliert werden können, sich jedoch im Unterschied zu Argumenten nicht auf einen strittigen Sachverhalt beziehen (vgl. ebd. S. 15 ff). Die Entscheidung, ob es sich bei einer Aussage um ein Argument oder um eine Erklärung handelt, lässt sich nur im Zusammenhang mit dem Kontext einer Aussage klären (vgl. ebd. S. 17).

Die vorliegende „*Gegenüberstellung*“ beinhaltet vielfältige Hinweise auf das Vorliegen eines Argumentationspapiers. „*Argumentationsindikatoren*“ können als „*Indizien für Argumentationen*“ angesehen werden (ebd. S. 102 ff), d.h. bestimmte Wörter können „*als erste Indizien für Argumente bzw. Argumentationen gedeutet werden*“. „*Verknüpfungswörter*“ oder „*argumentative Junktoren*“ können entsprechende Hinweise auf das Vorliegen von Argumenten geben: *weil, obwohl, daher, denn, wenn* –

dann, wenn nicht – dann nicht, aber, trotzdem, deshalb, allerdings, doch, nämlich ... (Beispiele aus Coloma Andrews unter Bezugnahme auf Eggler, ebd. S. 103 f). Nicht jede Aussage muss dabei „in einem direkten argumentativen Stützungsverhältnis [stehen], lässt sich jedoch auch bei einem implizierten Argument mitdenken (vgl. ebd. S. 104). Gerade solche impliziten Argumente lassen sich in der vorliegenden „Gegenüberstellung“ erkennbar ausmachen.

Nach einer intensiven Auseinandersetzung mit den Merkmalen verschiedener Textsorten lässt sich die vorliegende *Gegenüberstellung* als ein Argumentationspapier oder eine Stellungnahme einordnen.

3 Eingesetzte Analysemethoden

Die Einordnung des vorliegenden Dokumentes mit dem Titel „*Gegenüberstellung der durch die Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz (2003) und dem Pflegeberufegesetz (2017) möglichen Berufsabschlüsse vor dem Hintergrund der in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Versorgung von Kindern in der Neonatologie, Onkologie und Herzchirurgie geforderten pflegerischen Qualifikationen.*“ als ein Argumentations- oder Positionspapier erfordert im Rahmen einer wissenschaftlichen Analyse den Einsatz von Verfahren und Methoden der qualitativen Argumentationsanalyse. Die wissenschaftliche Analyse als eine Form der kritischen Prüfung bezieht sich auf Inhalt, Hintergründe und Argumentationsstrukturen der vorliegenden „*Gegenüberstellung*“. Kritisch geprüft werden in dieser Analyse die Einzelargumentationen, der Aufbau der Gesamtargumentation einschließlich der in verschiedenen Teilen formulierten Schlussfolgerungen, die im Fazit der „*Gegenüberstellung*“ als zusammenfassende und übergeordnete Schlussfolgerungen vorliegen.

Für den im Rahmen dieser wissenschaftlichen Analyse erforderlichen Interpretationsprozess wird der Häufigkeit und den Wiederholungen von Argumentationen ebenso Bedeutung beigemessen wie den argumentativen Leerstellen, also der Ausblendung oder der Nichtbeachtung von Aspekten oder Argumenten, die für eine umfassende Auseinandersetzung mit einem strittigen Sachverhalt als erwartbar oder erforderlich angesehen werden können.

Vor dem Hintergrund einer Analyse der Einzelargumente werden schließlich Argumentationsmuster herausgearbeitet, die in der vorliegenden „*Gegenüberstellung*“ beinhaltet sind. Da die vorliegende Thematik in den Kontext der neuen Pflegeausbildungen nach dem Pflegeberufegesetz einzuordnen ist, werden abschließend die identifizierten Argumentationsmuster bzw. Deutungsmuster auf das von Alheit, Herzberg & Walter (2019) beschriebene „*mentale Feld*“ einer *Innovation der Pflegeausbildung*“ bezogen und im „*Generalistikediskurs*“ verortet.

Auf eine ausführlichere Beschreibung der eingesetzten Verfahren und Regeln der qualitativen Argumentationsanalyse wird in diesem Kapitel verzichtet. Verschiedene methodische Hinweise sind bereits in Kapitel 2.2 geben worden. Weitere erfolgen unmittelbar im Zusammenhang mit der Darlegung des Analyseprozesse und der Analyseergebnisse in Kapitel 4.

4 Analyseprozess und -ergebnisse

In die Analyse wurde das gesamte vorliegende Material einbezogen. Jede Aussage wurde berücksichtigt und danach unterschieden, ob sie als Erklärung oder als Argument gewertet werden muss. Dabei wurden Aussagen mit einem direkten argumentativen Stützungsverhältnis und implizite Argumente berücksichtigt (vgl. Kapitel 2.2). Alle Einzelaussagen mit Merkmalen eines Argumentes wurden paraphrasiert und das Argument abschließend abstrahierend bzw. generalisierend formuliert.

Da die einzelnen Argumentationen des vorliegenden Materials insbesondere im Kapitel Fazit zusammengefasst und mit übergeordneten Schlussfolgerungen verbunden werden, wird das Abschlusskapitel der „Gegenüberstellung“ einer gesonderten Analyse unterzogen.

4.1 Analyse der Einzelargumentationen

Aus dem untersuchten Material wurden induktiv insgesamt vier Argumentationskategorien gebildet, die nachfolgend zunächst einzeln vorstellt und anhand von Beispielaussagen aus dem untersuchten Material verdeutlicht werden.

4.1.1 A1 – Spezifik als Voraussetzung für die Pflege von Kindern und Jugendlichen

Die der Kategorie A1 zugeordneten Aussagen sind allesamt Argumentationen, die durch eine spezifische Ausrichtung der Ausbildung auf die Altersstufe von Kindern und Jugendlichen gekennzeichnet sind. Dieses Argument ist das erste Argument, das in Kapitel 2 der „Gegenüberstellung“ angeführt wird. In der vergleichenden Analyse von Materialien auf den verschiedenen Zuständigkeits- und Abstraktionsebenen kommt es immer wieder und insgesamt am häufigsten zum Tragen.

Die in Kapitel 2 und in die einzelnen Unterkapitel einleitenden Fließtexte bündeln jeweils die Argumente aus den umfangreichen Tabellenteilen, in denen ausgewählte Regelungen aus den Ausbildungsgesetzen, den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen und den in den Anlagen dargelegten Kompetenzen vergleichend gegenübergestellt werden. Als ein Argument wird frühzeitig vorgebracht, dass die Schwerpunktsetzung eine „fundiertere Basis zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ lege als dies in der Ausbildung zur Pflegefachfrau / zum Pflegefachmann möglich sei (vgl. S. 3). Diese Argumentation wird im Tabellenteil mehrfach und in verschiedenen Aussagevarianten wieder angebracht.

Im Vergleich der Ausbildungskonzeptionen nach dem bislang geltenden Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (KrPflG) vom 16.07.2003 und den nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG) vom 17.07.2017 geregelten Ausbildungen wird diese „fundiertere Basis“ der Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nach dem KrPflG von 2003 sowie dem entsprechenden Ausbildungsabschluss nach dem PflBG zugesprochen. Das mit der generalistischen Ausbildung verbundene exemplarische Lernen könne dagegen zu einer Reduktion von für die Versorgung von Kindern spezifischen Inhalten führen. Im Zusammenhang mit der Dauer und Struktur der Ausbildung wird die Argumentation des Spezifischen erneut geführt. Durch die Fokussierung „auf den Bereich der pädiatrischen Versorgung“, die sich im schulischen wie im praktischen Ausbildungsteil zeige, sei der Abschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nach PflBG am ehesten vergleichbar mit der nach dem KrPflG geregelten Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.

Auch im Vergleich der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen würden sich die zentralen Unterschiede „insbesondere durch die Fokussierung auf die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen ergeben“ (S. 9). Bezogen auf die Abschlussprüfungen wird kritisch angemerkt, dass für die Prüfung zur Pflegefachfrau / zum Pflegefachmann im Vergleich zum Abschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ein Wechsel der Altersstufe in den schriftlichen und mündlichen Prüfungsteilen erfolge. Auch für die Pflegefachfrau / den Pflegefachmann mit dem Vertiefungseinsatz in der pädiatrischen Versorgung sei die Prüfung nicht spezifisch auf die intendierte Altersstufe ausgerichtet. Eine spezifisch in allen Prüfungsteilen auf die Altersstufe von Kindern und Jugendlichen ausgerichtete Prüfung – ohne einen Wechsel der Altersstufe – wird als Vorteil angesehen. Mit dem in den Prüfungsregelungen vorgeschriebenen Wechsel der Altersstufe werden jedoch Gefahren verbunden. „So wird ein Auszubildender mit Schwerpunkt Pädiatrische Versorgung in der mündlichen Prüfung nicht anhand einer pädiatrischen Fallsituation geprüft. Dieses Vorgehen reduziert zum einen die Möglichkeit, Kenntnisse der Pflege von Kindern und Jugendlichen zu prüfen und birgt die Gefahr eines eingeeengten Lernverhaltens“ (S.10). Als Beleg führt die Verfasserin der „Gegenüberstellung“ hier einen Auszug aus einer Stellungnahme des BLGS zum Entwurf der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung an.

Ein letztes spezifisch auf die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ausgerichtetes Ausbildungsdrittel bedeute im theoretischen Unterricht eine Fokussierung auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen und auch in der praktischen Ausbildung „idealerweise“ (S. 12) ausschließlich Einsätze im pädiatrischen Bereich.

Die Ausrichtung auf die Altersstufe solle sich auch in einer einschlägigen Qualifikation der Lehrenden und Prüfenden einschließlich Praxisanleitenden niederschlagen, wie dies in den Regelungen von 2003 vorgesehen sei. In der generalistischen Ausbildung seien dagegen auch Fachprüfer möglich, die keine Berufsausbildung in der Kinderkrankenpflege hätten. Zumindest bei der Wahl der pädiatrischen Vertiefung käme die / der Praxisanleitende aus dem Bereich der Kinderkrankenpflege. Die angenommenen Vorteile einer möglichst durchgehend spezifischen Ausbildung werden in Verbindung mit den einzelnen Prüfungsformaten wieder aufgegriffen. Positiv an den Prüfungsregelungen wird jeweils die eindeutige Fokussierung auf die Kinder und Jugendlichen herausgestellt, wie sie in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 10.11.2003 sowie in der Pflegeberufe-Ausbildungs- und -prüfungsverordnung (PflAPrV) vom 02.10.2018 für den jeweiligen Abschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu finden sei. Dagegen ergebe sich aus dem vorgeschriebenen Wechsel der Altersstufe in der Prüfung zur Pflegefachfrau / zum Pflegefachmann mit und ohne pädiatrische Vertiefung eine Reduzierung der Prüfungsinhalte für die pädiatrische Versorgung.

Eingeschoben wird in 2.3 ein kurzer und kritischer Blick auf ausgewählte Länderregelungen, die - vor allem angesichts der Engpasssituation in pädiatrischen Versorgungsbereichen - alternative Einsatzbereiche vorsehen. Diese Vorschläge sind aus Sicht der Verfasserin unspezifisch und würden mitunter nicht einmal Einblicke in der pflegerische Versorgung ermöglichen.

Kapitel 2.4 stellt in einem Kompetenzvergleich der Anlagen 2 und 3 PflAPrV insgesamt nur wenige Abweichungen fest und merkt an, dass der größte Unterschied wiederum in der Fokussierung auf die Altersstufe der Kinder und Jugendlichen zu sehen sei. „Vor dem Hintergrund Kompetenzen für die Versorgung dieser Patientengruppe zu erlangen, erscheint dies aber als Vorteil“ (S. 20). Wenige weitere Unterschiede werden ausgewiesen, insbesondere wird positiv angemerkt, dass ausschließlich Anlage

3 die Neonatologie in den Kompetenzen erwähne und damit auf den Stellenwert des Abschlusses in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege hinweise.

Die ausschnittshafte Analyse der Rahmenpläne der Fachkommission, wie sie in Kapitel 3 vorgenommen wird, greift das Argument des Spezifischen ebenfalls auf. Sie beschränkt sich auf die Lernsituationen, die vor allem auf die für die Regelungsbereiche der GBA-Richtlinien relevanten Krankheitsbilder hin untersucht werden, während die vorherige vergleichende Analyse deutlich breiter und grundsätzlicher angelegt ist.

Argumentation A1 lässt sich wie folgt zusammenfassen:

A1 – Eine spezifisch auf Kinder und Jugendliche fokussierte Ausbildung bildet eine bessere Grundlage für die Versorgung dieser Altersstufe als die generalistische Ausbildungsvariante.

4.1.2 A2 – Höhere Stundenzahlen als bessere Bedingungen für den Kompetenzerwerb

Die hier aufgeführten Argumente sind durch den Zusammenhang von Quantität und Kompetenzentwicklung gekennzeichnet. Sie beziehen sich sowohl auf die Stundenzahlen für den theoretischen und praktischen Unterricht in der Pflegeschule als auch auf die praktische Ausbildung. Sie folgen insgesamt dem Grundsatz: Je höher die Stundenzahlen und je länger die Einsatzzeiten in den spezifischen Bereichen sind, desto besser ist dies für die Kompetenzentwicklung. Dabei wird die Argumentation des Spezifischen (→ A1) immer mitgeführt.

„Längere Zeiten in der praktischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen bieten bessere Bedingungen die geforderten Kompetenzen zu erreichen. Nicht nur aufgrund der Zeit, sondern auch aufgrund der zu erwartenden Varianz der Einsatzorte“ (S. 6). Neben dem Zeitargument wird hier die Variationsbreite als positiv hervorgehoben. Damit steige auch die Wahrscheinlichkeit *„zumindest einem Teil der von den Richtlinien betroffenen Patientengruppen [zu] begegnen.“* Diese Wahrscheinlichkeit sei *„für die Absolventen der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege am höchsten.“* Insbesondere wird jedoch der höhere Kompetenzerwerb für die pflegerische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit von der Einsatzdauer angenommen. Gesamtstundenberechnungen des für die Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege spezifischen schulischen Anteils kommen auf **„1033 bis 1166 Stunden Theorie“** (S. 12, Hervorhebungen im Original). Diese Höhe der Stundenzahlen wird insgesamt dreimal mit Begriffen des Idealen versehen (Idealfall, idealerweise).

Im Vergleich wird für die generalistische Ausbildung ohne pädiatrischen Vertiefungseinsatz der klare Nachteil gesehen, dass sich die praktische Ausbildung in der Versorgung von Kindern auf 60-120 Stunden reduzieren könne, die – mit Verweis auf die Länderregelungen – ggf. nicht einmal in spezifischen Bereichen absolviert würden.

Dagegen komme die Pflegefachfrau / der Pflegefachmann mit Vertiefung in der pädiatrischen Versorgung auf die gleichen Stundenzahlen wie die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Auch für die praktischen Ausbildungseinsätze werden Stundenberechnungen angeführt, die bei optimaler Ausnutzung der in der PflAPrV gegebenen Spielräume in der Ausbildung der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege mit 1.700 Stunden in spezifischen Bereichen absolviert werden könnten (hier erfolgt Verweis auf eine Aufstellung des Berufsverbandes Kinderkrankenpflege Deutschland e.V.). Günstigenfalls könne damit

sogar die maximale Stundenzahl in spezifischen Bereichen überschritten werden, welche die KrPflAPrV von 2003 ermöglicht habe, bleibe im ungünstigeren Falle aber auch dahinter zurück.

Für den Ausbildungsabschluss als Pflegefachfrau / Pflegefachmann wird jedoch aufgrund des kurzen Pflichteinsatzes in der pädiatrischen Versorgung mit begrenzten Einsatzorten angemerkt, dass von ihnen geringere Kompetenzen „gefordert“ (S. 41) seien. Relativiert werden die „*kinderspezifische[n] Kompetenzen*“ schließlich auch für die Pflegefachfrau / den Pflegefachmann mit pädiatrischem Vertiefungseinsatz mit Blick auf die „*geringeren kinderspezifischen Anteile in der theoretischen Ausbildung*“, verbunden mit der Frage, ob dies „*als ausreichend angesehen werden kann*.“

Argumentation A2 lässt sich wie folgt zusammenfassen:

A2 – Höhere Stundenzahlen und längere Einsatzzeiten verbessern die Bedingungen für den Erwerb spezifischer Kompetenzen.

4.1.3 A3 – Unterricht kompensiert Praxiserfahrungen nicht

Unter diese Kategorie fallen Argumentationen, die die besondere und durch Unterricht nicht zu ersetzende Funktion praktischer Einsätze im spezifischen Bereich der Pflege von Kindern und Jugendlichen hervorheben. Diese Argumentation ist schon wie A2 untrennbar mit der Argumentation des Spezifischen unter A1 verbunden.

Diese Argumentation wird in der „*Gegenüberstellung*“ direkt nur einmal aufgeführt. Sie ist gleichwohl von Bedeutung, da sie inhaltlich unmittelbar anschließt an die geringeren Kompetenzen, die von der Pflegefachfrau / dem Pflegefachmann aufgrund des kurzen und variationsarmen Pflichteinsatzes in der pädiatrischen Versorgung gefordert seien.

Argumentation A3 lässt sich wie folgt formulieren:

A3 – Theoretischer und praktischer Unterricht können praktische Einsätze nicht kompensieren.

4.1.4 A4 – Exemplarisches Lernen gefährdet spezifische Inhalte

Unter diese Kategorie fallen Argumentationen, die vermeintliche Nachteile des exemplarischen Lernens aufführen, die wie die übrigen Argumentationen unter A2 und A3 wiederum auf das für Kinder und Jugendliche Spezifische (→ A1) bezogen werden.

Auch diese Argumentation wird nur einmal in dieser Deutlichkeit angesprochen. Dabei wird sie in eine besondere Beziehung zur generalistischen Pflegeausbildung gesetzt. Für diese wird angemerkt, dass „*der Anteil an exemplarischem Lernens erhöht*“ (S. 4) sei. Damit bestehe die Gefahr, „*dass die Inhalte zur Versorgung von Kindern reduziert ausfallen*.“

Argumentation A4 lässt sich folgendermaßen formulieren:

A4 – Exemplarisches Lernen kann zum Verlust wichtiger Inhalte für die pflegerische Versorgung von Kindern und Jugendlichen führen.

Zusammenfassend lässt sich bis hierher feststellen, dass die unter A1 bis A4 aufgeführten Argumentationen sich gegenseitig stützen. In doppelter Hinsicht ist A1 – das Spezifische – führend in der Argumentation, zum einen, weil es mit Abstand die Argumentation ist, die am häufigsten und auf den unterschiedlichen Untersuchungsebenen der „*Gegenüberstellung*“ vorgebracht wird. Zum anderen sind

auch die weiteren Argumentationen, die quantitative auf Stundenzahlen und Einsatzzeiten bezogene sowie die fehlende Kompensationsmöglichkeit praktischer Einsätze durch schulische Lernprozesse und die vermeintliche Gefahr des exemplarischen Lernens in der Argumentation auf das Spezifische bezogen und untrennbar mit dieser verbunden.

4.2 Argumentative Leerstellen und methodische Mängel

In Analyse- und Interpretationsprozessen ist nicht nur das von Bedeutung, was (explizit) gesagt, sondern auch das, was nicht erwähnt und bewusst oder unbewusst ausgeschlossen wird. Auch diese sogenannten Leerstellen beinhalten Aussagen und geben dem Argumentations- wie dem Interpretationsprozess eine bestimmte Richtung oder legen eine bestimmte Lesart näher als eine andere (vgl. Hundenborn 2007 unter Bezugnahme auf Kade). Zu den Leerstellen werden auch Lücken in der Argumentation selbst gerechnet, wobei hier die Unterscheidung zwischen einfachen und erweiterten Argumentationen vorgenommen wird.

4.2.1 Leerstellen und methodische Mängel in den Argumentationen

Argumentationen, die auf die Klärung eines strittigen Sachverhaltes ausgerichtet sind, können vor allem dann überzeugen, wenn erweiterte Argumentationen vorgebracht werden. Während eine einfache Argumentation aus These und Basisargument besteht, welches die These begründet, wird in der erweiterten Argumentation das „Basisargument selbst noch einmal begründet (**Beweis/Beleg**)“ (Egle 2014 o. S., Hervorhebung im Original). Es wird empfohlen, „die These und den danach entwickelten Begründungszusammenhang von Argument und Beweis“ an einem Beispiel zu verdeutlichen und am Ende eine Schlussfolgerung zu ziehen.

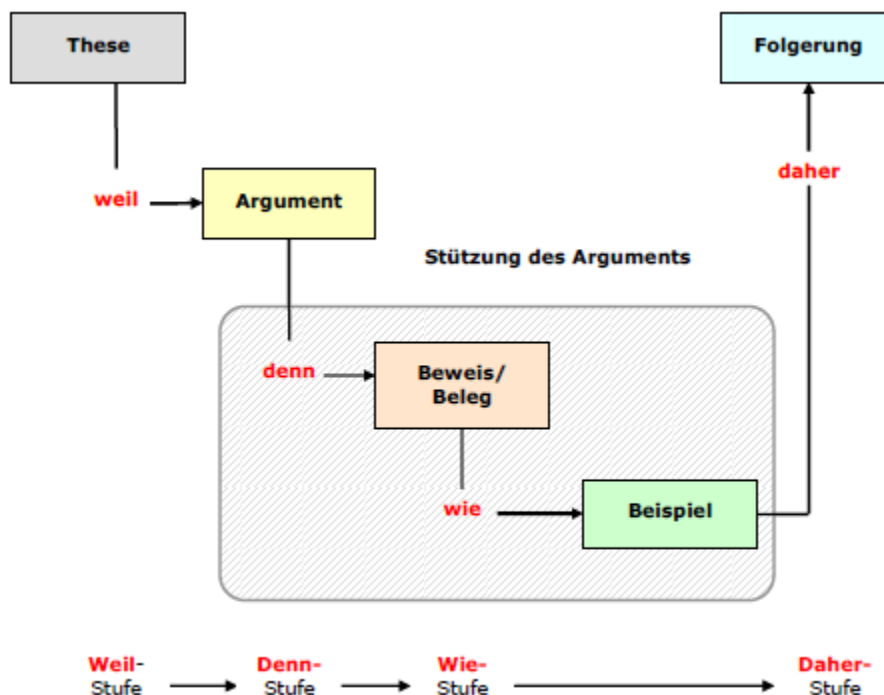


Abb. 1: Modell der erweiterten Argumentation (WDW-Schema) (entnommen aus: Egle/www.teachsam.de).

Prüft man die in der „Gegenüberstellung“ enthaltenden Argumentationen vor diesem Hintergrund, so stellen sie überwiegend einfache oder sogar unvollständige Argumentationen dar. So findet sich der für eine Überzeugung in strittigen Fragen wichtige Beweis lediglich an ganz vereinzelt Stellen. Beispielsweise werden die Prüfungsregelungen für den Abschluss als Pflegefachfrau / Pflegefachmann mit pädiatrischer Vertiefung dahingehend kritisiert, dass sie „die Gefahr eines eingengten Lernverhaltens“ (S. 10) mit sich bringen würden. Als Beleg wird eine Stellungnahme des BLGS zum Entwurf Pflegeberufe-Ausbildungs- Prüfungsverordnung angeführt. Dieser Beleg selbst ist zwar als gleichlautende Argumentation aufzufassen, schließt also an „geteilte Gewissheiten an“ (Coloma Andrews, ebd. S 39) und gehört durchaus zu einer effizienten Argumentation. Für eine tragfähige Begründung des Basisargumentes im Sinne eines Beweises reicht dies jedoch nicht aus.

Verdeutlicht werden sollen die mangelnden Belege / Beweise, wie man sie in erweiterten Argumentationen erwarten würde, an den folgenden Beispielen: Die spezifische Ausrichtung von Ausbildungsprozessen in der Pflegeschule wie in der Pflegepraxis wird gebunden an hohe Stundenzahlen und längere Einsatzzeiten in der pädiatrischen Versorgung (→ A2). Deshalb – so die Argumentation – seien die Möglichkeiten des erforderlichen Kompetenzerwerbs für die pflegerische Versorgung von Kindern und Jugendlichen für die Pflegefachfrau / den Pflegefachmann stark eingeschränkt und selbst für die Pflegefachfrau / den Pflegefachmann mit pädiatrischer Vertiefung fraglich. Ein Blick in die Evaluationsergebnisse der im Vorfeld und zur Vorbereitung der Pflegeberufereform durchgeführten Modellversuche hätte gezeigt, dass die verschiedenen Befragtengruppen den Absolventinnen und Absolventen ein breites Kompetenzspektrum bescheinigten (vgl. BMFSFJ 2008). Die zugeschriebenen oder befürchteten Unterschiede waren allenfalls im Bereich routinierter Fertigkeiten nachzuweisen. Sie waren jedoch deutlich geringer als angenommen und ließen sich - wie eine Nachuntersuchung der Absolventinnen und Absolventen zeigte - innerhalb einer nur kurzen Zeit der Berufstätigkeit nach dem Examen ausgleichen.

Exemplarisches Lernen könne zum Verlust wichtiger Inhalte für die pflegerische Versorgung von Kindern und Jugendlichen führen. Diese Gefahr wird für den Abschluss als Pflegefachfrau / Pflegefachmann als besonders hoch angesehen, da hier – durch die Ausrichtung der Ausbildung auf alle Altersstufen – *der Anteil an exemplarischem Lernen erhöht* sei. An anderer Stelle wird – bezugnehmend auf die Rahmenlehrpläne der Fachkommission angeführt – dass sich diese auf Lernsituationen stützen, *in deren Mittelpunkt Personen unterschiedlichen Altersgruppen stehen*. Trotz zweier Zitate aus den Rahmenlehrplänen werden die hierin enthaltenen Begründungen für das besondere Potenzial exemplarischen Lernens nicht gesehen bzw. nicht aufgegriffen. „Der Anspruch auf Vollständigkeit in der Vermittlung tritt beim exemplarischen Lernen zugunsten einer gründlichen und tiefer gehenden Auseinandersetzung anhand anschaulicher Beispiele zurück. Diese müssen allgemeine Prinzipien verdeutlichen, die Möglichkeiten fundamentaler Einsichten eröffnen und eine Übertragung des Gelernten auf andere Situationen ermöglichen“ und „Bei der Entwicklung von Lernsituationen im Rahmen der schulinternen Curriculumentwicklung müssen im Sinne der Exemplarizität Kompetenzen jeweils an konkreten Beispielen von Menschen einer bestimmten Altersstufe angeeignet werden“ (beide Zitate aus den Rahmenplänen der Fachkommission auf S. 31 der „Gegenüberstellung“). Dass gerade im exemplarischen Lernen ein hohes Potenzial für die Entwicklung von Transferkompetenz liegt, eine Kompetenz, die im Ausbildungsziel nach § 5 PflBG eigens ausgewiesen und gefordert wird, wird in der Argumentation nicht berücksichtigt. Stattdessen wird das Argument inhaltlicher Vollständigkeit bemüht, da beim exemplarischen Lernen „die Inhalte zur Versorgung von Kindern reduziert ausfallen“ können.

4.2.2 Leerstellen und methodische Mängel im Gesamtprozess

Das Dokument lässt dem Titel *„Gegenüberstellung der durch die Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz (2003) und dem Pflegeberufegesetz (2017) möglichen Berufsabschlüsse vor dem Hintergrund der in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Versorgung von Kindern in der Neonatologie, Onkologie und Herzchirurgie geforderten pflegerischen Qualifikationen.“* gemäß erwarten, dass insgesamt fünf Berufsabschlüsse für die Beantwortung der Fragestellung einbezogen werden. Die Auswahlentscheidung für lediglich vier Abschlüsse und für eine Gegenüberstellung der Abschlüsse in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nach dem KrPflG, als Pflegefachfrau / den Pflegefachmann mit und ohne pädiatrischen Vertiefungseinsatz und für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, letztere geregelt nach dem PflBG, wird von der Verfasserin durch die Fragestellung begründet, ist aber nicht nachvollziehbar.

In der Einleitung der *„Gegenüberstellung“* wird die Pflegeberufereform als Hintergrund für die notwendige Beantwortung der Frage angegeben, *„inwiefern die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses angepasst werden müssen“* (S. 1). Die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten Anforderungen an die fachliche Qualifikation der Pflegenden in der *„herzchirurgischen, onkologischen und neonatologischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen“* (S. 2), die in Kapitel 1 aufgeführt werden, schreiben für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen in allen drei Versorgungsstufen den Einsatz von Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen / Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern vor. In der herzchirurgischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen können *„im Pflegedienst der fachgebundenen kinderkardiologischen Intensiveinheit“* (S. 2) neben den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen / Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern zu einem Anteil von maximal 20% auch Gesundheits- und Krankenpflegerinnen / Gesundheits- und Krankenpfleger eingesetzt werden. In der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten ist der *„Pflegedienst des Zentrums in der Regel“* mit Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen / Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern zu besetzen, von denen *„mindestens zwei eine Fachweiterbildung in der Onkologie haben“* müssen (S. 2).

Da mit den Berufsabschlüssen nach dem PflBG neben die bisherigen formalen Qualifikationen Abschlüsse treten, die auf einer anderen Ausbildungskonzeption beruhen, ist die Frage danach, *„inwiefern die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses angepasst werden müssen“* (S. 1), unmittelbar einleuchtend. Diese Frage könne nicht ohne eine nähere Analyse der Ausbildungskonzeptionen nach neuem Recht beantwortet werden.

Sinnvoll und der Fragestellung entsprechend hätten für die gemäß G-BA-Richtlinien geregelten Bereiche *„in der herzchirurgischen, onkologischen und neonatologischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen“* Handlungsfeld-, (Pflege-)Situations- oder Kompetenzanalysen zugrunde gelegt werden können, um die Ausbildungen nach neuem Recht hieraufhin zu untersuchen.

Allerdings werden die ausgewählten Ausbildungskonzeptionen nach bisherigem und nach neuem Recht einer breit angelegten Analyse unterzogen, die nicht auf die infrage kommenden Bereiche beschränkt wird, auch wenn dies anders angegeben wird. *„In der Gegenüberstellung berücksichtigt sind ausschließlich die für die Fragestellung relevanten Inhalte“* (S. 3). Nach welchen Gesichtspunkten oder Kriterien diese Relevanzentscheidung getroffen worden ist, bleibt unausgesprochen und ist somit in-

transparent. Als Referenzpunkt dient an vielen Stellen die Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nach dem KrPflG von 2003. Diese wird einige Male in der Argumentation auch gegenüber dem gesonderten Berufsabschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nach dem PflBG von 2017 positiver bewertet. So wird bezogen auf die in der PflAPrV vorgeschriebenen Praxiseinsätze kritisiert, dass diese im Unterschied zur KrPflAPrV von 2003 - mit Ausnahme des psychiatrischen Einsatzes - keine Differenzierung der Einsatzgebiete vornehme und keine Fachgebiete mehr vorschreibe, sondern diese durch den Begriff *„pädiatrische Versorgung“* ersetze (vgl. S.9). Dadurch könne *„der Erwerb kinderspezifischer pflegerischer Kompetenzen reduziert werden. Der Erwerb von auf Frühgeborene ausgelegten und in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung geforderten Kompetenzen [könne indes] nur im Bereich der Neonatologie erreicht werden (S. 9).* Eine fehlende Differenzierung der Einsatzgebiete gefährde die Qualität der praktischen Ausbildung, insbesondere in der Neonatologie. Gefordert wird dementsprechend ein dortiger Ausbildungseinsatz. Der Vorteil der Ausweisung von Fachgebieten in der KrPflAPrV wird bei der Gegenüberstellung der praktischen Einsatzbereiche erneut herausgestellt. Die Vielfalt der Einsätze werde durch die Regelung der PflAPrV reduziert, was wiederum zu einer Reduzierung der spezifischen Kompetenzen für die Pflege von Kindern und Jugendlichen führe (vgl. S. 15).

Die *„Gegenüberstellung“* blendet durch ihre Fokussierung auf das *Spezifische* entscheidende Veränderungen und Innovationen der Ausbildungen nach neuem Recht aus: Das neue Pflege- und Berufsverständnis, die vorbehaltenen Tätigkeiten und die Bedeutung des Pflegeprozesses im Rahmen des selbstständigen Verantwortungs- und Aufgabenbereichs, die Möglichkeit der Kompetenzerweiterung durch heilkundliche Tätigkeiten, den Settingansatz, der sich auch in den Regelungen der praktischen Ausbildung niederschlägt, das primärqualifizierende Pflegestudium, u. a. m. (vgl. u.a. Hundenborn 2015, Weidner 2015, Hundenborn & Knigge-Demal 2016, Hundenborn & von Germeten-Ortmann 2019). Diese grundlegend andere Ausrichtung der künftigen Pflegeausbildung gilt für alle drei nach dem PflBG geregelten Abschlüsse ebenso wie für das mit dem PflBG als Regelmöglichkeit eingeführte primärqualifizierende Pflegestudium.

Die Ausrichtung auf komplexe oder hochkomplexe Pflegesituationen, auf Pflegediagnosen und Pflegephänome, auf Menschen in ihren individuellen Lebenswelten und auf ihre selbstbestimmte Lebensführung entspricht dem neuen und erweiterten Pflege- und Berufsverständnis (vgl. § 5 und § 37 PflBG). Dieses kommt jedoch bei einer auf bekannte und erwartete Krankheitsbilder ausgerichteten Suche nicht in den Blick. Dies zeigt sich besonders deutlich in der vermeintlich exemplarischen Analyse der Rahmenpläne der Fachkommission. Die Beschränkung auf die Lernsituationen wird der Gesamtkonstruktionslogik der Rahmenlehrpläne nicht gerecht. Diese werden gezielt nach den Krankheiten durchsucht, die in den durch die G-BA-Richtlinien geregelten Versorgungsbereichen häufig vorkommen. Berücksichtigt man das Pflege- und Berufsverständnis sowie das Bildungsverständnis, das den Rahmenplänen der Fachkommission zugrunde liegt, geht es in den hier untersuchten Lernsituationen des letzten Ausbildungsdrittels nicht um Krankheitsbilder, sondern um die Komplexität der Gesamtsituation, die in den skizzierten Lernsituation deutlich wird. Die im Zusammenhang mit den Auswirkungen von Gesundheit und Krankheit auf die Lebenssituation der Menschen komplexer werdenden Pflegesituationen werden in die lebensweltlichen Zusammenhänge und kritischen Lebenssituationen der zu pflegenden Menschen und ihrer Angehörigen und Bezugspersonen gestellt. Hierfür gilt es in den Lernsituationen transferfähige Beispiele zu bearbeiten, die zu grundlegendem Einsichten führen sollen.

Ausgeblendet wird, dass sich viele der angeführten Lernsituationen - auch in der Ausbildung zur Pflegefrau / zum Pflegefachmann - auf die Altersstufe von Kindern und Jugendlichen beziehen. In verschiedenen Lernsituationen (z. B. für CE 03) wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sich diese für alle Altersstufen und Handlungsfelder eignen. In CE 04 sind für das 1./2. Ausbildungsdrittel von acht angelegten Lernsituationen allein fünf ausdrücklich auf Kinder und Jugendliche ausgerichtet (vgl. Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG 2019).

Auch der Vergleich ausgewählter Auszüge aus den für die praktische Ausbildung geltenden Rahmenausbildungsplänen ist wenig tragfähig. Hier wird der Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung dem Vertiefungseinsatz in der pädiatrischen Versorgung gegenübergestellt. Ausdrückliche oder erkennbare Schlussfolgerungen werden aus dieser Gegenüberstellung nicht gezogen, die sonst im Dokument in roter Schriftfarbe vorgenommenen Markierungen und Anmerkungen fehlen. Die möglichen Schlussfolgerungen aus ungleich langen und nicht vergleichbaren Kompetenzaufstellungen werden den Leserinnen und Lesern überlassen.

4.3 Die übergeordneten Schlussfolgerungen im Fazit

Dem Fazit kommt in der „Gegenüberstellung“ (S. 50 f) eine besondere Bedeutung zu. Hier werden zusammenfassende und übergeordnete Schlussfolgerungen gezogen und die Frage, *inwiefern die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses angepasst werden müssen*, wird beantwortet. Während die einzelnen Argumentationen über die verschiedenen Kapitel hinweg analysiert worden sind, wird das Fazit deshalb in dieser Analyse gesondert berücksichtigt.

„Inwiefern sich die fachlichen Qualifikationen der Absolventen der verschiedenen Berufsabschlüsse unterscheiden, kann letztendlich erst beantwortet werden, wenn die ersten Pflegefachfrauen und -männer ihre Arbeit in der Pflege aufgenommen haben“ (S. 50).

Nach der umfangreichen „Gegenüberstellung“ überrascht dieser Wechsel der Argumentationsebene. Erstmals wird hier zum Ausdruck gebracht, dass sich die gestellte Frage nicht auf der Dokumentenebene beantworten lässt, sondern dass es hierzu empirischer Ergebnisse bedarf, die erst vorliegen können, wenn die ersten Absolventinnen und Absolventen *„ihre Arbeit in der Pflege aufgenommen“* hätten. Ausdrücklich wird hier allerdings nur der Abschluss als Pflegefachmann / Pflegefachfrau erwähnt. Die Erklärung folgt im nächsten Satz, der Verfasserin *„erscheinen die Auszubildenden mit Spezialisierung Gesundheits- und Kinderkrankenpflege für die Versorgung der in den Richtlinien erwähnten Patientengruppen am qualifiziertesten. Dies ergibt sich durch die ähnlich der Ausbildung von 2003 erfolgte Fokussierung auf den Erwerb kinderspezifischer pflegerischer Kompetenzen insbesondere im letzten Ausbildungsdrittel“ (S. 50).*

Mit dem Begriff *„erscheinen“* wird eine sprachliche Relativierungsform - eine subjektive Vorsichtsformulierung in der Argumentation - gewählt, die sich jedoch konsequent auf den ersten Satz des Fazits bezieht. Letztendlich braucht es diesen empirischen Beweis nur für die Pflegefachfrau / den Pflegefachmann. Auch hier werden Evaluationsergebnisse der Modellversuche ebenso wenig als Beweis zugelassen wie die Erfahrungen zahlreicher Pflegeschulen, die bereits seit vielen Jahren eine Pflegeausbildung mit generalistischer Ausrichtung durchführen (vgl. u. a. Balling 2016).

Mit dem Hinweis auf die Notwendigkeit von differenzierten und an die generalistische Erstausbildung anschließenden Fort- und Weiterbildungen wird der eigentliche Lösungsvorschlag eingeleitet: Die empfundenen und durch die „Gegenüberstellung“ (vermeintlich) nachgewiesenen Kompetenzdefizite

der generalistischen Ausbildung in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sollen durch eine Weiterbildung kompensiert werden. Mit dem Hinweis auf einen gefürchteten Qualitätsverlust müsse *„die Versorgung dieser vulnerablen Patientengruppen ... weiterhin primär durch Pflegenden mit dem Abschluss der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege erfolgen“* (S. 50 f). Im Interesse von Durchlässigkeit solle auch für die Pflegefachfrau / den Pflegefachmann der Zugang eröffnet werden – allerdings unter der Bedingung einer staatlich geregelten Weiterbildung. Für Pflegefachfrauen / Pflegefachmänner mit pädiatrischem Vertiefungseinsatz sollten dabei Anerkennungsmöglichkeiten der bereits absolvieren Einsätze geschaffen werden.

Die in der Einleitung der *„Gegenüberstellung“* angekündigten Ansätze einer Lösungsstrategie werden in diesem Kapitel weitergeführt. Im Hinblick auf die bekannte Engpasssituation, für alle Auszubildenden den Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung sicherzustellen - die Verfasserin bezeichnet dies als *„Dilemma“* (S. 19) bei der Einsatzplanung - greift sie ihren bereits in Kapitel 2.3 unterbreiteten Vorschlag wieder auf: Auszubildende zur Pflegefachfrau / zum Pflegefachmann sollen in den von Ländern ermöglichten alternativen Einsatzbereichen eingesetzt werden, obwohl die Verfasserin diese Einsatzbereiche selbst nicht nur als teilweise unspezifisch, sondern zudem als ungeeignet ansieht, um Einblicke in die pflegerische Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu erhalten. *Aus dieser Perspektive [gemeint sind die Engpässe bei der Einsatzplanung, G.H.] macht es Sinn Auszubildende zur/m Pflegefachfrau/-mann, die lediglich den Pflichteinsatz Pädiatrie absolvieren sollen in anderen geeigneten Bereichen einzusetzen. Gleichzeitig „disqualifiziert“ dieses Vorgehen die Beschäftigung der generalistisch ausgebildeten Pflegenden in vulnerablen pädiatrischen Bereichen* (S. 19). Im Fazit wird nun genau dieser Vorschlag wieder aufgegriffen: *Demzufolge sollten Auszubildende zu/r Pflegefachfrau/-mann ohne Bezug zur Pädiatrie oder dem Wunsch sich später auf die Spezialisierung Altenpflege festzulegen gegebenenfalls in alternativen pädiatrischen Einrichtungen eingesetzt werden* (S. 50). Der eigene Vorschlag trägt also dazu bei, Pflegefachfrauen / Pflegefachmänner für die Arbeit *„in vulnerablen pädiatrischen Bereichen“* zu *„disqualifizieren“*.

Gerade in den zusammenfassenden und übergeordneten Schlussfolgerungen dieses Fazits wird deutlich, dass die nach dem Pflegeberufegesetz vorgesehene Regelausbildung zur Pflegefachfrau / zum Pflegefachmann - unterstützt durch den eigenen Vorschlag - für die pädiatrische Versorgung *„disqualifiziert“* wird, wohingegen der zunächst mit einer zeitlichen Befristung versehene Abschluss als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin / Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (§ 60 in Verbindung mit § 62 PflBG) als *„für die Versorgung der in den Richtlinien erwähnten Patientengruppen am qualifiziertesten“* angesehen werden. Vor diesem Hintergrund sind auch die Forderungen an verschiedene Entscheidungsebenen von Bund, Ländern und Ausbildungsträgern einzuordnen: strukturelle und vor allem kapazitative Voraussetzungen zum Erhalt dieses Abschlusses sicherzustellen. *„Der Gesetzgeber muss dafür Sorge tragen, dass dem Wahlrecht für den spezialisierten Berufsabschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege entsprochen wird. Dabei sollten die Sollstellen der Spezialisierung Gesundheits- und Kinderkrankenpflege den bisherigen Ausbildungszahlen in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege entsprechen“* (S. 51). Auch pflegeschulstrategische Entscheidungen, ausschließlich den generalistischen Ausbildungsabschluss anzubieten, müsste - trotz des Verständnisses für den Mehraufwand - eine Absage erteilt werden, da sie *„aus der Perspektive der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege vielmehr aus der Patienten und Angehörigen nicht akzeptabel [seien]“* (S. 51).

Da das primärqualifizierende Pflegestudium an keiner Stelle der *„Gegenüberstellung“* auch nur erwähnt wird, wird es auch in den übergeordneten Schlussfolgerungen nicht aufgegriffen. Ob der Blick

auf das primärqualifizierende Pflegestudium bewusst unterblieben ist, weil die hochschulische Ausbildung den Abschluss als Pflegefachfrau / Pflegefachmann und dem Zusatz des akademischen Grades ermöglicht, das Wahlrecht jedoch hier ausgeschlossen ist, wird nicht deutlich. Doch dürfte gerade angesichts der „*vulnerablen Patientengruppen*“ (S. 51) in den Versorgungsbereichen gemäß G-BA-Richtlinien dieses Qualifikationsniveau nicht ausgeschlossen werden. „*Die primärqualifizierende Pflegeausbildung an Hochschulen befähigt zur unmittelbaren Tätigkeit an zu pflegenden Menschen aller Altersstufen und verfolgt gegenüber der beruflichen Pflegeausbildung ... ein erweitertes Ausbildungsziel*“ (§ 37 Abs. 1 PflBG). Abs. 2 betont, dass die erforderlichen Kompetenzen „*auf wissenschaftlicher Grundlage und Methodik*“ vermittelt werden. Auf dieser Grundlage befähigt die hochschulische Ausbildung gemäß Abs. 3 über die berufliche Ausbildung hinaus „*zur Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse auf der Grundlage wissenschaftsbasierter oder wissenschaftsorientierter Entscheidungen.*“ Gerade in den angesprochenen Versorgungsbereichen mit „*vulnerablen Patientengruppen*“ (S. 51) dürften hochkomplexe Pflegeprozesse zu steuern und zu gestalten sein, so dass die Zielgruppe der hochschulisch auszubildenden Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner nicht nur für diese Bereiche gezielt in den Blick zu nehmen ist.

Insgesamt verdeutlicht sich im Fazit, was sich zuvor schon in der Argumentation gezeigt hat: Die „*Gegenüberstellung*“ zeigt deutliche Anzeichen einer Rückfallposition in den Argumentationen, Diskussionen und Diskurse einer Zeit vor der Verabschiedung des Pflegeberufgesetzes.

4.4 Die Argumentationsmuster im „Generalistikdiskurs“

In Argumentationsmustern zeigen sich „*geteilte Gewissheiten von besonderer Bedeutung, die in einem bestimmten Kommunikationskontext ein besonderes und effizientes Argumentieren ermöglichen*“ (Coloma Andrews unter Bezugnahme auf Knoblauch, S. 60). In gesellschaftlichen Diskussionen oder Diskursen können sie auch als „*Argumentationsfiguren*“ bezeichnet werden. Sie sind „*kollektive Deutungsmuster, die gleichwohl spürbaren sozialen Einfluss haben*“ (Alheit, Herzberg & Walther 2019, S. 273).

Um die aktuellen Diskussionen der Diskurse um die Pflegeberufereform zu verdeutlichen, haben Alheit, Herzberg & Walther „*das ‚mentale Feld‘ einer Innovation der Pflegeausbildung*“ (ebd.) beschrieben. Zwischen den beiden ‚Achsen‘, von denen die eine das Spannungsverhältnis von Tradition und Moderne (traditioneller Pflegeausbildung und Generalistik/Akademisierung) und die andere das Spannungsverhältnis von Realisierungsphantasien und Umsetzungsproblemen aufnimmt, lassen sich die Diskurse um die Pflegeberufereform kontrastierend darstellen (vgl. ebd.). Auch wenn die Ergebnisse einer im Land Brandenburg durchgeführten Studie nicht ohne weiteres übertragen werden können, lässt sich die in der „*Gegenüberstellung*“ sichtbare Argumentationsfigur in diesem Feld verorten. Die klar erkennbare Skepsis gegenüber der generalistischen Pflegeausbildung und die deutliche Orientierung an der traditionellen Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege werden in den mehrfachen Hinweisen auf die Vorteile der Ausbildung nach dem KrPflG von 2003 sichtbar. Die strategische Ausrichtung mit dem Interesse, diesen Berufsabschluss möglichst in der ursprünglichen Form zu erhalten, wird vor allem in den Lösungsvorschlägen ersichtlich, die im Fazit besonders deutlich vertreten werden.

5 Fazit

Die in dieser wissenschaftlichen Analyse untersuchte „Gegenüberstellung der durch die Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz (2003) und dem Pflegeberufegesetz (2017) möglichen Berufsabschlüsse vor dem Hintergrund der in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Versorgung von Kindern in der Neonatologie, Onkologie und Herzchirurgie geforderten pflegerischen Qualifikationen“ imponiert zunächst als umfangreiche, gründliche und wissenschaftliche Aufbereitung des Themas, erweist sich jedoch auf den zweiten Blick als eine Textsorte, die deutliche Merkmale von Argumentations- oder Positionspapieren zeigt.

Vor diesem Hintergrund wurde das Dokument mit Methoden, Verfahren und Regeln der qualitativen Argumentationsanalyse erschlossen. Die Ergebnisse zeigen eine deutliche Selektion der Aspekte, die in die „Gegenüberstellung“ aufgenommen worden sind. Diese Selektion ist keineswegs durch die Fragestellung allein zu erklären, sondern vielmehr durch das Interesse geleitet, das Spezifische der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sichtbar zu machen. Als Referenzmodell wird an etlichen Stellen die Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nach den bundesrechtlichen Regelungen von 2003 herangezogen. Diese Orientierung verstellt auch den Blick auf die Veränderungen und Innovationen des Pflegeberufegesetzes, was an der Ausblendung des primärqualifizierenden Hochschulstudiums deutlich wird, was gerade angesichts der mit den angefragten Versorgungsbereichen verbundenen Ansprüche erstaunt.

Zusammen mit dem Argument des Spezifischen sind es quantitative Angaben, aus denen der Schluss der Möglichkeit des Kompetenzerwerbs gezogen oder diese Möglichkeit in Abrede gestellt wird. Die Auslotung der maximalen Stundenzahlen und Einsatzzeiten auf der Grundlage von Modellberechnungen führt zwar an oder über die Grenzen der mit der Ausbildungsreform intendierten Ausrichtung auf die *Pflege von Menschen aller Altersstufen*, der universellen Einsatzmöglichkeit „in allen allgemeinen Arbeitsfeldern der Pflege“ sowie der Erleichterung eines Wechsel[s] „zwischen den einzelnen Pflegebereichen“ (BT-Drs. BT-Drs. 18/7823, S. 2), wird jedoch mehrfach als „Idealfall“ oder „idealerweise“ bezeichnet, ein Begriff, der zu einer Argumentation passt, in der es um (die Gewinnung oder den Erhalt von) Mehrheiten geht.

Die Analyse der Argumentationsstruktur zeigt, dass einfache Argumentationen überwiegen und erweiterte Argumentationen unvollständig sind. Insbesondere Begründungen im Sinne von tragfähigen Beweisen finden sich nicht. So werden Ergebnisse der Modellversuchsforschung aus den die Pflegeberufereform vorbereitenden zahlreichen Modellversuchen ebenso wenig zur Kenntnis genommen wie die Erfahrungen von Schulen, die bereits seit Jahren generalistisch ausbilden.

Argumentation und Evaluation schließen sich nicht aus. Doch dort, wo sich Argumentationen nicht - wie in diesem Falle möglich und deshalb auch gefordert - auf vorhandene Evaluationsergebnisse stützen, sind neue Benachteiligungen und unerwünschte Auswirkungen - wenn auch nicht intendiert - so doch nicht auszuschließen.

Die Gesamtargumentation der „Gegenüberstellung“ ist dadurch gekennzeichnet, die mangelnde Eignung der generalistisch ausgebildeten Pflegefachfrau / des Pflegefachmannes für die pflegerische Ver-

sorgung von Kindern und Jugendlichen aufzuweisen und die besondere bzw. fast ausschließliche Eignung der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin / des Gesundheits- und Kinderkrankenpflegers herauszuarbeiten.

Spätestens die Forderung nach einer staatlich geregelten Weiterbildung für die generalistisch ausgebildeten Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, wenn sie in einem der angesprochenen Versorgungsbereiche arbeiten wollen, entwertet eine Ausbildung, die auf die Pflege von Menschen aller Altersstufen ausgerichtet ist und gefährdet das Ziel der Attraktivitätssteigerung des Berufes. Darüber hinaus verzerrt dieser Vorschlag Sinn und Funktion beruflicher Weiterbildungen und verwischt die erforderliche Grenzziehung zwischen Ausbildung und Weiterbildung.

„Berufliche Weiterbildungen vertiefen, erweitern oder ergänzen pflegerische Kompetenzen, die Pflegefachpersonen in einer beruflichen und/oder hochschulischen Pflegeausbildung grundlegend erworben und durch unterschiedlich lange Berufserfahrung in verschiedenen Handlungsfeldern weiterentwickelt haben“ (DBR 2020, S. 4)“. *„Berufliche Weiterbildungen sind auf den Erwerb bzw. auf die Vertiefung und (Weiter-)Entwicklung von Kompetenzen ausgerichtet, die in Pflegesituationen mit besonderer Komplexität, für Menschen mit spezifischem Pflegebedarf [...] erforderlich sind.“* Sie sind nicht dazu da, zugeschriebene Defizite einer beruflichen Erstausbildung zu kompensieren. Ziele aller Berufsausbildungen sind Berufsfähigkeit und Beschäftigungsfähigkeit, die mit den unterbreiteten Vorschlägen für die Pflegefachfrau / den Pflegefachmann deutlich in Frage gestellt werden und Partizipationschancen am Arbeits- und Berufsleben nehmen.

Zusammenfassend ist die vorliegende „Gegenüberstellung“ gekennzeichnet durch eine mangelnde Beweisführung, insbesondere eine fehlende Berücksichtigung wissenschaftlicher Argumente sowie die konsequente Ausblendung der mit dem Pflegeberufegesetz verbundenen Intentionen und Innovationen.

Literatur- und Quellennachweis - Teil A

- Alheit, P., Herzberg, H., Walther, A. (2019): „Generalistikdiskurs“ reloaded: Eine qualitative Studie zur Pflegeausbildungsreform im Land Brandenburg. In: Verlag hpsmedia GmbH (Hrsg.): Pädagogik der Gesundheitsberufe. Die Zeitschrift für den interprofessionellen Dialog. Ausgabe 4-2019, S. 272 – S. 282.
- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe-Ausbildungs- und –prüfungsverordnung – PflAPrV) vom 2.10.2018 Teil I Nr. 34, Bundesgesetzblatt I S. 1572-1621.
- Balling, S. (2017): Der Politik voraus. In: Bibliomed Pflege. Die Schwester/Der Pfleger. Ausgabe 5/2016, online unter: <https://www.bibliomed-pflege.de/zeitschriften/die-schwester-der-pfleger/heftarchiv/ausgabe/artikel/sp-5-2016>; [27.04.2020].
- Bernard, A. / Bielefeldt, B. / Noska, M. (2008). Evaluation von Pflegecurricula: Ein Instrument zur vergleichenden Beschreibung und Bewertung. Saarbrücken: VDM.
- Bielefeldt, B. / Noska, M. (2010). Evaluation von Pflegecurricula – Revision eines Instrumentes zur vergleichenden Beschreibung und Bewertung anhand von Curriculumdokumenten.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2008): Pflegeausbildung in Bewegung. Schlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Berlin.
- Coloma Andrews, D. (2015): Qualitative Argumentationsanalyse als Methode der empirischen Sozialforschung. Inauguraldissertation. Online verfügbar unter: <https://hss-opus.ub.ruhr-uni-bochum.de/opus4/frontdoor/deliver/index/docId/4611/file/diss.pdf>; [05.04.2020].
- Darmann-Finck, I., Hundenborn, G. (2019): Gut gerüstet für die Generalistik. Orientierung durch Rahmenlehr- und -ausbildungspläne. In: Die Schwester / Der Pfleger, 09/19, S. 66-71.
- Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (2020): Empfehlungen zur Musterweiterbildungsordnung für Pflegeberufe (MWBO PflB). Strategien für die pflegeberufliche Weiterbildung. Online verfügbar unter: http://bildungsrat-pflege.de/wp-content/uploads/2014/10/mwbo_pflb_27-01-2020.pdf; [27.04.2020].
- Egle, G. (2014): Weil – Denn – Wie – Daher. So behält man den Überblick beim Argumentieren. In: Mello, Jonathas, teachSam-OER 2014. Online verfügbar unter: http://teachsam.de/oer-pdf/DEUTSCH%20OER%20PDFS/DEU%20-%20Argumentieren/erweiterte_argumentation%20schema%20eg%20OER.pdf; [10.04.2020].
- Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz (2019): Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht – Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung. Online unter: https://www.bibb.de/dokumente/pdf/geschst_pflgb_rahmenplaene-der-fachkommission.pdf; [15.04.2020].
- Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG) vom 17. Juli 2017. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2017 Teil I Nr. 49, ausgegeben zu Bonn am 24. Juli 2017. 2581-2614.
- Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG); online unter: BT-Drs. 18/7823; <http://dip21.bundes-tag.de/dip21/btd/18/078/1807823.pdf>; [20.04.2020].
- Hundenborn, G. (2007): Fallorientierte Didaktik in der Pflege. Grundlagen und Beispiele für Ausbildung und Prüfung. München.

Hundenborn, G. (2015): Für die allgemeine Pflege verantwortlich sein. Hintergründe, Entwicklungen und Perspektiven einer generalistischen Pflegeausbildung. In: Rechtsdepesche, November / Dezember 2015, S. 272 -279.

Hundenborn G., Knigge-Demal B. (2016): Auf den Inhalt kommt es an! Perspektiven und Schwerpunkte in den Entwürfen des Pflegeberufereformgesetzes und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. In: RDG, 13 (3), S. 142-145.

Hundenborn, G., von Germeten-Ortmann, B. (2019): Kein alter Wein in neuen Schläuchen! Zentrale Innovationen der Pflegeberufereform. In: CNE Pflegemanagement, 07/2019, S. 2-6.

Weidner, F. (2015): Die generalistische Pflegeausbildung im Diskurs. Vortrag im Rahmen der 9. BLGS-Fachtagung – die generalistische Pflegeausbildung im Diskurs. 22.10.2015 in Münster.

Teil B – Lösungsvorschläge und Empfehlungen

zur Anpassung der G-BA Richtlinien QFR-RL, KiHe-RL und KiOn-RL an die Berufsabschlüsse nach dem Pflegeberufegesetz

6 Hintergrund und Problemaufriss

Die Qualitätsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses QFR-RL, KiHe-RL und KiOn-RL definieren für den Pflegedienst der perinatalogischen Versorgung von bestimmten Schwangeren und von Früh- und Reifgeborenen in den verschiedenen Versorgungsstufen, für herzkrankte Kinder und Jugendliche bei bestimmten herzchirurgischen Eingriffen und für Zentren für die pädiatrisch-hämato-onkologische Versorgung von Patientinnen und Patienten im Alter von 0 bis einschließlich 17 Jahren mit einer pädiatrisch-hämato-onkologischen Krankheit personelle und qualifikatorische Anforderungen. Diese basieren, auch in den aktuellen Änderungsfassungen vom 20. März 2020, auf den nach dem Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz - KrPflG) vom 16.07.2003 geregelten Berufsabschlüssen als Gesundheits- und Krankenpflegerin / Gesundheits- und Krankenpfleger sowie als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin / Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger.

Mit dem Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG) als Artikel 1 des Gesetzes über die Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetzes – PflBRefG) vom 24.07.2017 werden die ab dem 01. Januar 2020 begonnenen und beginnenden Pflegeausbildungen grundlegend reformiert. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, inwiefern die oben angesprochenen Richtlinien des G-BA zur Sicherstellung der Versorgungsqualität durch den Pflegedienst angepasst werden müssen.

Weil das Pflegeberufegesetz von einer grundlegenden Reform der Pflegeausbildung(en) ausgeht, ist ein Vergleich der Ausbildungen nach bislang geltendem und aktuellem Recht im Kern wenig zielführend. Der Versuch, in einer neuen Ausbildungskonzeption Bekanntes wieder zu entdecken, wird der Neuausrichtung der künftigen Pflegeausbildung, dem damit vom Gesetzgeber intendierten Reformanspruch und Innovationspotenzial sowie den im Pflegeberufegesetz auf dieser Grundlage geregelten Berufsabschlüssen nicht gerecht. Die im Teil A vorgenommene ausführliche Analyse, die sich auf eine entsprechende Gegenüberstellung der Ausbildungsabschlüsse nach dem KrPflG und dem PflBG bezieht, hat entsprechend nachgewiesen, dass der Bezugspunkt der Ausbildungsabschlüsse nach dem KrPflG, insbesondere die Fokussierung auf den Abschluss als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin / Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, die Frage nach der notwendigen Anpassung der Qualitätsrichtlinien des G-BA nicht zufriedenstellend beantworten kann.

Antwortalternativen und Lösungsansätze müssen vielmehr ausgehend von den Neuregelungen der Pflegeausbildung(en) nach dem PflBG entwickelt werden. Dazu gilt es, die grundlegende Ausbildungsneukonzeption zu beschreiben und diese im Hinblick auf die pflegerischen Anforderungen der in den Qualitätsrichtlinien geregelten Versorgungsbereiche zu analysieren und zu bewerten. Auf dieser Grundlage werden Antworten auf die anstehende Frage formuliert bzw. Lösungsalternativen vorge schlagen.

7 Grundlegende Ausbildungskonzeption und Innovationen nach dem PflBG

Die Begründungen des Gesetzgebers für die Notwendigkeit einer grundlegenden Ausbildungsreform verweisen auf die demografischen und epidemiologischen Entwicklungen, auf die veränderten Versorgungsstrukturen und -bedarfe sowie auf die damit einhergehenden Anforderungen an die pflegerische Versorgung und an das Pflegepersonal, die zu insgesamt komplexeren Pflegeleistungen in den verschiedenen Versorgungssettings führen. Auf die spezifischen Pflegebedarfe von (chronisch) kranken Kindern und Jugendlichen wird eigens hingewiesen. Der Gesetzgeber hält es aus den verschiedenen - hinreichend bekannten und hier lediglich nochmals skizzierten - Gründen für erforderlich, *„in der Pflegeausbildung übergreifende pflegerische Qualifikationen zur Pflege von Menschen aller Altersgruppen in allen Pflegesettings zu vermitteln“* (BT-Drs. 18/12847, S. 1). Darüber hinaus wird auf den bestehenden Fachkräftemangel verwiesen, *„dem mit einer Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs begegnet werden müsse“* (ebd.).

Die Reform der verschiedenen Pflegeausbildungen und ihre Zusammenführung zu einem *„einheitlichen Ausbildungsberuf“* (ebd.) soll sicherstellen, dass *„die künftigen Pflegefachkräfte universell in allen Arbeitsbereichen der Pflege eingesetzt werden können“* (ebd.).

Nach einer längeren politischen Auseinandersetzung, die sich insbesondere ab Mitte 2016 deutlich zuspitzte, wurde die Ausbildungsreform nicht wie ursprünglich vorgesehen verabschiedet, sondern mit der Einführung eines neuen Teils 5 in das Pflegeberufegesetz bleiben die *„speziellen“ „Berufsabschlüsse in der Gesundheits- und Kinderkranken sowie in der Altenpflege“* erhalten, und zwar *neben dem generalistischen Abschluss Pflegefachfrau oder Pflegefachmann“* (ebd. S. 98).

Gleichwohl lassen sich die zentralen Innovationen der Pflegeberufereform wie folgt skizzieren, wobei sich die hier getroffene Auswahl und die Schwerpunkte auf den Kontext der anstehenden Frage konzentrieren:

1. Der Regelausbildungsabschluss ist der Abschluss als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann. Alle Ausbildungsverträge werden zunächst diesem Regelabschluss entsprechend abgeschlossen. Die Ausbildung *„vermittelt die für die selbstständige, umfassende und prozessorientierter Pflege von Menschen aller Altersstufen erforderlichen [...] Kompetenzen“* (§ 5 Abs. 1 PflBG). Diese sogenannte generalistische Ausbildung umfasst für alle Auszubildenden die ersten beiden Ausbildungsdrittel und setzt sich - sofern die Auszubildenden ihr Wahlrecht nicht ausüben - auch im letzten Ausbildungsdrittel fort. Sie befähigt entsprechend *„zur Pflege von Menschen aller Altersstufen in allen Versorgungssettings“* (ebd. S. 113). Im Rahmen der erstmals geregelten vorbehaltenen Tätigkeiten (→ Punkt 3.) sind Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner zuständig für die Planung, Organisation, Gestaltung, Steuerung und Evaluation komplexer Pflegeprozesse (vgl. § 5 PflBG in Verbindung mit Anlage 2 PflAPrV).
2. Unter der Voraussetzung, dass die Auszubildenden für das letzte Ausbildungsdrittel mit dem Träger der praktischen Ausbildung einen Vertiefungseinsatz in der pädiatrischen Versorgung vereinbart haben, können sie ihr Wahlrecht ausüben. Gegen Ende des zweiten Ausbildungsdrittels können sie *„entscheiden, ob sie die generalistische Ausbildung fortsetzen oder den gesonderten Abschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege machen wollen“* (ebd. S. 98). Entscheiden sich die Auszubildenden für den gesonderten Abschluss, muss der Ausbildungsvertrag entsprechend geändert werden, und das letzte Ausbildungsdrittel ist auf die Kompetenzvermittlung *„speziell zur Pflege von Kindern und Jugendlichen“* (§ 60 Abs. 1 PflBG) auszurichten; dies ist auch bei der Gestal-

tung der Abschlussprüfung zu beachten (vgl. BT-Drs. 18/12847, S. 114). Der Ausübung des Wahlrechtes und dem Vertiefungseinsatz geht in jedem Falle eine generalistische Ausbildung im Umfang von zwei Ausbildungsdritteln voraus (vgl. ebd. S. 102), in der die Auszubildenden mit Ausnahme des Einsatzes in der psychiatrischen Versorgung „die im Rahmen der generalistischen Ausbildung vorgesehenen Pflichteinsätze“ (ebd. S. 102) „jeweils mindestens zur Hälfte“ (§ 59 Abs. 4) absolviert haben.

3. Erstmals werden mit dem Pflegeberufegesetz pflegerische Aufgaben als vorbehaltene Tätigkeiten geregelt: *„§ 4 regelt für den Pflegebereich erstmals bestimmte beruflichen Tätigkeiten, die dem Pflegeberuf nach diesem Gesetz vorbehalten sind. Es handelt sich hierbei im Zusammenhang mit dem Pflegeprozess um die in Absatz 2 beschriebenen pflegerischen Aufgaben, die für die Pflegequalität und den Patientenschutz von besonderer Bedeutung sind. Der Pflegeprozess dient dabei als professionsspezifische, analytische Arbeitsmethode der systematischen Strukturierung und Gestaltung des Pflegearrangements. Die Regelung bedeutet eine merkliche Aufwertung des Pflegeberufs und setzt ein deutliches Zeichen, dass die charakteristischen Kernaufgaben der beruflichen Pflege durch zielgerichtet ausgebildetes Personal mit den erforderlichen Kompetenzen wahrgenommen werden müssen. Die Pflege durch Angehörige bleibt durch diese Vorschrift unberührt, da die vorbehaltenen Tätigkeiten nur im Rahmen der beruflichen Ausübung Wirkung entfalten“* (BT-Drs. 18/7823, S. 66, zitiert aus: Hundenborn & Knigge-Demal 2018, S. 232).
4. Alternativ zur Ausbildung an Pflegeschulen wird mit dem Pflegeberufegesetz ein generalistisches, primärqualifizierendes Pflegestudium auf Bachelorniveau an Hochschulen eingeführt. (vgl. BT-Drs. 18/1247, S. 95), welches *„zur unmittelbaren Tätigkeit an zu pflegenden Menschen aller Altersstufen [qualifiziert]“*, das jedoch ein über die berufliche Pflegeausbildung hinausgehendes Ausbildungsziel verfolgt (vgl. BR-Drs. 20/16, S. 50). Hochschulisch qualifizierte Pflegekräfte sollen wissenschaftsbasierte und wissenschaftsorientierte Entscheidungen treffen, *„forschungsgestützte Lösungsansätze und innovative Konzepte in die Pflege transferieren und dadurch zu einer weiteren Verbesserung der Pflegequalität beitragen“*. Sie werden durch das Studium zur Gestaltung und Steuerung von hochkomplexen Pflegeprozessen befähigt, sie tragen durch ihr vertieftes pflegewissenschaftliches Wissen dazu bei, *„die Weiterentwicklung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung maßgeblich mitzugestalten“* und die *„Versorgungsqualität weiter zu verbessern“* (BR-Drs. 20/16, S. 88). Im Bereich der teambezogenen Aufgaben erkennen sie *„eigene berufsbezogene Fort- und Weiterbildungsbedarfe, aber auch die jeweiligen Bedarfe im Pflegeteam“* (ebd.). In besonderer Weise werden sie durch das Pflegestudium zur Entwicklung und Implementierung von Lösungsansätzen in den beruflichen Alltag befähigt sowie zur Mitwirkung bei der Entwicklung von Qualitätsmanagementkonzepten, Leitlinien und Expertenstandards (vgl. ebd., S. 88 f). Damit wird nicht nur *„ein weiteres wichtiges Signal zur Aufwertung und Stärkung des Berufsbereichs gesetzt“*; es eröffnet sich vielmehr ein durchlässiges Pflegebildungssystem bis zum Master-Studium (vgl. ebd.).
5. Sowohl für die berufliche Ausbildung an Pflegeschulen als auch für das primärqualifizierende Pflegestudium an Hochschulen bietet § 14 PflBG die Möglichkeit der Kompetenzerweiterung zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten nach § 63 Abs. 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. *„Die Erprobung dieser Ausbildungsgänge erfolgt zwar im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c SGB V. Berufsrechtlich sind diese zusätzlich erworbenen Kompetenzen allerdings nicht auf Tätigkeiten im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung beschränkt, da die Ausbildung grundlegende Kompetenzen vermittelt, die generell und dauerhaft den Zugang zum erlernten Beruf und*

damit die Ausübung der erlernten heilkundlichen Tätigkeit gestattet“ (BR-Drs. 20/16, S. 73). „§ 14 findet auf die hochschulische Pflegeausbildung entsprechende Anwendung“, so dass „über die in § 37 in Verbindung mit § 5 beschriebenen Aufgaben hinausgehende erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten“ (ebd., S. 89) im Rahmen des primärqualifizierenden Hochschulstudiums erworben werden können.

7.1 Variationsbreite der Ausbildungsprofile

Die Pflegeausbildungen nach dem PflBG bieten somit - bezogen auf die anstehende Frage - verschiedene horizontal und vertikal angeordnete formale Qualifikationen, die auch bei gleicher Berufsbezeichnung hinsichtlich der gewählten Vertiefungseinsätze, der damit verbundenen Ausbildungsschwerpunkte und der Möglichkeiten der Kompetenzerweiterung i. S. heilkundlicher Aufgaben vielfältige Variationsmöglichkeiten individueller Ausbildungsprofile bieten. Diese werden in nachfolgender tabellarischer Übersicht dargestellt. Ausgenommen aus der Betrachtung wird der gesonderte Berufsabschluss als Altenpflegerin / Altenpfleger, da der Ausbildungsprozess im letzten Ausbildungsdrittel auf die Pflege von alten Menschen fokussiert wird und nicht - wie in der generalistischen Ausbildung und beim gesonderten Berufsabschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege - auf die Pflege von Kindern und Jugendlichen ausgerichtet ist.

Tabelle 1: Variationsbreite der Ausbildungsprofile nach Pflegeberufegesetz (Fokus: pflegerische Versorgung von Kindern und Jugendlichen) - eigene Darstellung

Ausbildungsniveau	Abschluss	Pädiatrische Vertiefung		Kompetenzerweiterung nach § 63 Abs. 3c	
		ja	nein	ja	nein
Hochschule	Pflegefachfrau / Pflegefachmann BSc od. BA		x		x
			x	x	
		x			x
		x		x	
Pflegeschule	Pflegefachfrau / Pflegefachmann		x		x
			x	x	
		x			x
		x		x	
	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	x			x
		x		x	

Die hier aufgewiesene Variationsbreite verdeutlicht das Potenzial und die verschiedenen Profile, die mit der Pflegeberufereform verbunden sind. Die Qualifikationen der Erstausbildung sind auf zwei Niveaus angesiedelt, die zu erwerbenden Kompetenzen sind gleichermaßen auf die unmittelbare klinische Pflege bezogen, unterschieden sich jedoch u. a. hinsichtlich der Komplexität der zu steuernden Pflegeprozesse und der konsequenten Wissenschaftsorientierung und -basierung des Pflegehandelns. Die beruflichen Pflegeausbildungen bieten die Möglichkeit einer Auswahl zwischen einer konsequent auf die Pflege von Menschen aller Altersstufen ausgerichteten Ausbildung und einem gesonderten Berufsabschluss, der sich im letzten Ausbildungsdrittel auf eine Altersstufe fokussiert. Die unterschiedlichen Vertiefungseinsätze in der Ausbildung zur Pflegefachfrau / zum Pflegefachmann sowie im primärqualifizierenden Pflegestudium und die Möglichkeit der Kompetenzerweiterung durch heilkundliche Aufgaben für beide Ausbildungsniveaus ermöglichen innerhalb des jeweiligen Abschlusses weitere Profil-

unterschiede. Alle hier aufgeführten Qualifikationen gehen zudem mit einer Berechtigung für die vorbehaltenen Tätigkeiten im Rahmen des Pflegeprozesses einher. Damit steht als Entscheidungsgrundlage ein breites Qualifikationsportfolio zur Verfügung.

7.2 Abgeleitete Empfehlungen I

Im Rahmen der in dieser wissenschaftlichen Analyse zu entwickelnden Lösungsalternativen und der Antwortversuche auf die Frage, inwiefern die angesprochenen Qualitätsrichtlinien des G-BA angepasst werden müssen, wird nachdrücklich empfohlen, grundsätzlich die gesamte Bandbreite individueller Profilmöglichkeiten für eine qualitätsgesicherte Versorgung der jeweiligen Zielgruppen zu nutzen. Von einer Eingrenzung oder schwerpunktmäßigen Fokussierung auf den Abschluss als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin / Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger wird dagegen ausdrücklich abgeraten. Die Empfehlungen werden wie folgt begründet:

1. Die Bandbreite der verschiedenen Kompetenzprofile ist mit einem besonderen und vielfältigen Potenzial verbunden, das für die pflegerische Versorgung von Kindern und Jugendlichen auch in den spezialisierten Versorgungsbereichen, die in den G-BA Richtlinien geregelt werden, genutzt werden sollte. In hoch komplexen und spezialisierten Versorgungsbereichen sind unterschiedliche Qualifikationsprofile unverzichtbar, die in einem auf die pflegerischen Versorgungsbedarfe abgestimmten Skill- und Grademix verantwortlich aufeinander bezogen werden. Für verschiedene Versorgungsbereiche liegen Konzepte, Erprobungserfahrungen, Evaluationsergebnisse sowie Best-Practice-Beispiele vor, die durch den bestehenden Personalmangel und durch ökonomische Argumente begründet werden, die vor allem jedoch den „*Qualitätsgewinn bei der Patientenversorgung*“ (Grünewald et al. 2014, S. 3) in den Vordergrund stellen (vgl. z. B. FH Bielefeld & DIP 2013a, Knigge-Demal & Hundenborn 2014; Grünewald et al. 2014, Robert Bosch Stiftung 2018, 2019; Blättler-Remund 2016; van den Hooven 2014).

Auch unter der Perspektive individueller Karriereplanungen, von Expertise- und Exzellenzentwicklung werden zunehmend Debatten zu Fachkarrieren in der Pflege geführt (vgl. Plessl-Schorn 2015, S. 7). Die lange Zeit auf Lehre und Management ausgerichteten Karrierewege werden in Fachkarrieren auf die Entwicklung von Fachexpertise und die Weiterentwicklung von klinischen Kompetenzen in der unmittelbaren Klientenbeziehung und in der direkten Pflege ausgerichtet (vgl., ebd.). Fachkarrieren beziehen sich auf die gesamte Bandbreite klinischer Kompetenzentwicklung von der Ausbildung, über Weiterbildungen und Studium.

2. Der gesonderte Berufsabschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege wird nur in der beruflichen Ausbildung an Pflegeschulen angeboten. Das primärqualifizierende Pflegestudium ist generalistisch ausgerichtet und beinhaltet kein dementsprechendes Wahlrecht. Eine Beschränkung auf den gesonderten Berufsabschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege würde Absolventinnen und Absolventen aus primärqualifizierenden Studiengängen von vornherein und systematisch aus diesen Versorgungssituationen ausschließen. Gerade hochschulisch ausgebildete Pflegenden werden jedoch durch das Studium zur „*Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse auf der Grundlage wissenschaftsbasierter oder wissenschaftsorientierter Entscheidungen*“ (§ 37 Abs. 3 Satz 1) befähigt, die in den spezialisierten Versorgungsbereichen der angefragten Qualitätsrichtlinien des G-BA vorausgesetzt werden müssen. „*Komplexe Versorgungsbedarfe erfordern hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen*“

(Dichter et al 2020), konstatieren die Pflegeverbände, die Pflegekammern und die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft in ihrer aktuellen gemeinsamen Stellungnahme zum Internationalen Jahr der Pflegenden und Hebammen. Unter Verweis auf die Empfehlungen des Wissenschaftsrates, der „seit 2010 eine 10-20% anteilige akademische Qualifikation in den Gesundheitsfachberufen pro Jahrgang“ (S. 7) empfiehlt, stellen sie - bezugnehmend auf den „Survey zur Einbindung von Pflegefachpersonen mit Hochschulabschlüssen an deutschen Universitätskliniken“ (Tannen et al. 2016) - fest, dass selbst an Universitätskliniken der Anteil akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen gerade einmal 1-2% beträgt (vgl. ebd.). Auch Korporal et al. (2020) betonen die Relevanz einer klinisch hochschulischen Pflegebildung für die Entwicklung einer pflegerischen Handlungspraxis, wobei die im klinischen Bachelorstudium erworbenen Kompetenzen mit dem „Ziel der Qualifikation für die allgemeine Pflege und Berufszulassung“ (S. 51) in klinischen Masterstudien weitergeführt, vertieft oder spezialisiert werden können, einhergehend mit einer weiteren wissenschaftlichen Qualifikation (vgl. ebd.). Die bis zum 20. Mai 2020 gültige S1-Leitlinie 087-001 betont: *„Die höchsten Anforderungen sind an ein Perinatalzentrum des Levels 1 zu stellen, da dort Patienten mit dem höchsten Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko zu betreuen sind. In der Konsequenz ist für ein solches Perinatalzentrum eine nochmals höhere Qualifikation der Mitarbeiter gerechtfertigt und gefordert, um für diese sehr wenigen, aber hochgradig gefährdeten Patienten die maximal mögliche Sicherheit zu gewährleisten.“*

3. Das Pflegeberufegesetz sieht als Regelabschluss den Abschluss als Pflegefachfrau / Pflegefachmann vor. Eine Konzentration auf den gesonderten Abschluss der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege würde den erwartungsgemäß höchsten Anteil an den Absolventinnen und Absolventen eines Ausbildungsjahrgangs systematisch ausschließen bzw. stark beschränken. Die kapazitative Steuerungsmöglichkeit für den gesonderten Abschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ist indes künftig nahezu ausschließlich durch das einseitige Wahlrecht der Auszubildenden gegeben. Diese entscheiden bei Vorliegen der Voraussetzungen für die Ausübung des Wahlrechts erst gegen Ende des zweiten Ausbildungsdrittels, ob sie die generalistische Ausbildung fortsetzen oder den gesonderten Abschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege wählen. Der Gesetzgeber hat zudem genau mit dieser Frage eine Frist verbunden. *„Die Vorschriften über die Berufsabschlüsse in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie in der Altenpflege werden sechs Jahre nach Inkrafttreten des Pflegeberufegesetzes durch BMFSFJ und BMG evaluiert“* (BT-Drs. 12/847, S. 98). *„Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und das Bundesministerium für Gesundheit ermitteln bis zum 31. Dezember 2025, welcher Anteil der Auszubildenden jeweils das Wahlrecht nach § 59 Absatz 2 oder nach § 59 Absatz 3 ausgeübt hat. Die Evaluation und die Bestimmung der Abschlussraten erfolgen für die jeweiligen Berufsabschlüsse getrennt voneinander. Der Deutsche Bundestag entscheidet auf dieser Grundlage, ob die jeweiligen Regelungen zu den speziellen Berufsabschlüssen der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege einerseits und der Altenpflege andererseits aufgehoben oder beibehalten werden. Wählen weniger als die Hälfte der jeweiligen Auszubildenden den entsprechenden gesonderten Abschluss, ist es gerechtfertigt, die besonderen Regelungen dieses Teils zu dem entsprechenden Abschluss wieder aufzuheben“* (ebd., S. 115).

Eine Ausrichtung der Personalplanung und Personalentwicklung auf den gesonderten Berufsabschluss wäre mit dem hohen Risiko verbunden, den (bestehenden) Personalmangel gerade in den angesprochenen Bereichen zu verschärfen, und zwar nicht nur aufgrund der fehlenden

kapazitativen Steuerungsmöglichkeiten, sondern auch aufgrund der mit der Befristung verbundenen Unsicherheit einer dauerhaften Implementierung des gesonderten Berufsabschlusses in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Eine Umsteuerung zu dem Zeitpunkt, zu dem der Deutsche Bundestag aufgrund der vorliegenden Evaluationsergebnisse über die Konsequenzen für die gesonderten Berufsabschlüsse entschieden hat, wäre evtl. mit zusätzlichen und neuen Anstrengungen verbunden, dann auf der Grundlage einer deutlich divergierenden und nachholenden Personalplanung und -entwicklung.

Blum stellt in seinem Gutachten der *„2. Perinatalbefragung zur pflegerischen Strukturqualität fest“*, *„dass viele Perinatalzentren die Personalvorgaben mangels entsprechender personeller und finanzieller Ressourcen bis auf weiteres nicht vollständig umsetzen können. Als primäres Problem stellt sich die unzureichende Verfügbarkeit von Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen für die Perinatalzentren dar. Dadurch werden die Bemühungen der Perinatalzentren um eine Verbesserung der Personalsituation massiv erschwert“* (Blum 2016, S. 6). Die in den QFR-RL geforderte Fachweiterbildungsquote von 40% für die Perinatalzentren Level 1 und von 30% für die Perinatalzentren Level 2 würde aufgrund der 2015 beschlossenen Stichtagsregelung, die eine Anrechnung von *„Pflegerkräften ohne Fachweiterbildung mit fünfjähriger Berufserfahrung in der neonatologischen Intensivpflege unter bestimmten Bedingungen“* (ebd.) ermöglicht, zwar von 93% der Perinatalzentren erreicht. *„Ohne Berücksichtigung der Stichtagsregelung würden 26 % der Perinatalzentren die jeweiligen Fachweiterbildungsquoten erreichen. Da allerdings das Personal, das unter die Stichtagsregelung fällt, sukzessive aus der neonatologischen Intensivpflege ausscheidet (etwa altersbedingt), wird daraus über die nächsten Jahre ein richtlinienbedingter Mehrbedarf an fachweitergebildeten Pflegepersonal resultieren (bis zu 1.240 zusätzliche Vollkräfte oder + 65 %)“* (ebd.).

Schließlich führt Blum die Personalengpässe im Pflegedienst der Perinatalzentren vor allem auf den Mangel an Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen / Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern zurück. *„Im Ergebnis zeigt das Gutachten, dass viele Perinatalzentren die Personalvorgaben mangels entsprechender personeller und finanzieller Ressourcen bis auf weiteres nicht vollständig umsetzen können. Als primäres Problem stellt sich die unzureichende Verfügbarkeit von Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen für die Perinatalzentren dar. Dadurch werden die Bemühungen der Perinatalzentren um eine Verbesserung der Personalsituation massiv erschwert“* (ebd.).

Letztlich ist auch die Einführung und Erweiterung von Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen als ein weiterer Hinweis auf die Schwierigkeiten anzusehen, eine Personalausstattung zu garantieren, wie sie für die Patientensicherheit und für erträgliche Arbeitsbedingungen in der Pflege erforderlich ist.

4. Gegen eine Zugangsbeschränkung oder Quotierung für Pflegefachfrauen / Pflegefachmänner sprechen auch ordnungspolitische Gesichtspunkte. Der Gesetzgeber regelt in ein und dem gleichen Gesetz - dem Pflegeberufegesetz - drei mögliche gleichwertige Abschlüsse. Die Zugangsberechtigung zum Pflegeberuf wird durch eine erfolgreich abgelegte staatliche Abschlussprüfung erteilt und schließt spätere Kompetenz- und Zugangsbeschränkungen aufgrund des Abschlusses aus. Hierzu äußert sich der Gesetzgeber im Zusammenhang mit dem entfallenden Anspruch auf eine Umschreibung der Berufsbezeichnung. *„Da es neben dem generalistischen*

Abschluss Pflegefachfrau oder Pflegefachmann weiterhin die speziellen Abschlüsse in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und in der Altenpflege geben wird, entfällt der Anspruch auf Umschreibung der bisherigen Berufsbezeichnungen. Die Vorschriften, die die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung betreffen, sind nach § 64 Sätze 2 und 3 jedoch unverändert auch auf die bisherigen Berufsabschlüsse nach dem Krankenpflegegesetz und Altenpflegegesetz anzuwenden. So dürfen beispielsweise die in § 4 Absatz 2 genannten Tätigkeiten von allen Personen ausgeübt werden, die einen Abschluss nach dem Pflegeberufegesetz erwerben oder nach dem aufzuhebenden Krankenpflege- oder Altenpflegegesetz erworben haben“ (BT-Drs. 18/12847, S. 115 f).

In den „Fragen und Antworten zum Pflegeberufegesetz“ (BMG/BMFSFJ o. J.) äußern sich das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) ausdrücklich auch zum Vertiefungseinsatz, der für die Auszubildenden mit einer Schwerpunktsetzung einhergeht, die jedoch keine einschränkende Wirkung auf den Einsatz in den unterschiedlichen Handlungsfeldern hat. *„Die zukünftigen, generalistisch ausgebildeten Pflegefachkräfte werden in der Lage sein, in allen Bereichen der Pflege – Akutpflege, Kinderkrankenpflege, stationäre oder ambulante Langzeitpflege sowie allgemein-, geronto-, kinder- oder jugendpsychiatrische Versorgung – tätig zu werden. Auch in der generalistischen Ausbildung werden im Rahmen der praktischen Ausbildung mit der Wahl der Ausbildungseinrichtung und eines Vertiefungseinsatzes in einem Bereich besondere Kenntnisse erworben. Ein Vertiefungseinsatz ist jedoch keine Bedingung für eine spätere Berufstätigkeit in dem entsprechenden Bereich, und er schließt umgekehrt eine spätere Berufstätigkeit in einem anderen Pflegebereich nicht aus“* (BMG/BMFSFJ o. J., S. 4). In diesem Zusammenhang weisen BMG und BMFSFJ auf *„weitere beruflich erforderliche spezialisierte und vertiefte Erkenntnisse“* hin, die *„wie bisher auch, in beruflichen Fort- und Weiterbildungen zu erwerben [sind]“* (ebd. S. 5), deren Regelung in die Länderzuständigkeit fällt (ebd. S. 5). Auf den Zusammenhang zwischen beruflicher Ausbildung sowie Fort- und Weiterbildung wird in den weiteren Ausführungen nochmals eingegangen.

Auch wenn aus juristischer und pflegewissenschaftlicher Sicht, insbesondere gegen die uneingeschränkte Ausübung vorbehaltener Tätigkeiten bei Menschen aller Altersstufen bei den gesonderten Abschlüssen nach § 60 und § 61 PflBG vorgebracht werden, betreffen diese ausdrücklich nicht eine Kompetenzbeschränkung für die Pflegefachfrau / den Pflegefachmann bezogen auf die Gestaltung und Steuerung von Pflegeprozessen für die Altersstufen von Kindern und Jugendlichen (vgl. Igl 2018, 2019, Büscher et al. 2019).

8 Allgemeine Pflege und Spezialisierung – Notwendige Unterschiede von Ausbildung und Weiterbildung

Mit der generalistisch ausgerichteten pflegerischen Erstausbildung nimmt das Pflegeberufegesetz nicht nur die notwendigen Anpassungen an die gesellschaftlichen Problemlagen und Herausforderungen in der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung vor, sondern schließt weiter an die langjährigen europäischen Bemühungen um eine Harmonisierung der Pflegeausbildung in Europa an. Die *„Nurse responsible for general care“* der Koordinierungsrichtlinie aus dem Jahr 1977 meint die Krankenschwester / den Krankenpfleger, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind. *„Die Tätigkeit der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern/Krankenpfleger umfasst die Pflege von*

Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und älteren Menschen bei akuten oder chronischen Gesundheitsproblemen sowie somatischen oder psychischen Beschwerden, und die in oder außerhalb von Krankenhäusern behandelt werden“ (Europäische Kommission XV/E/8481/4/97, zitiert aus Hundenborn 2015, S. 275). Auf der Grundlage der Empfehlungen der Europäischen Kommission reformieren die meisten europäischen Länder in den Folgejahren die pflegeberufliche Erstausbildung. Die Bedeutung einer generalistisch qualifizierten Pflegekraft und einer entsprechend generalistisch ausgerichteten Ausbildung hebt die WHO 1988 bei ihrer Konferenz in Wien nochmals hervor und empfiehlt schließlich 1993, die Erstausbildung generalistisch auszurichten, hingegen die Spezialisierung der Weiterbildungsebene vorzubehalten (vgl. Hundenborn 2015, S. 272 ff.).

BT-Drs. 18/12448 bestätigt: *„Die in Artikel 31 der Richtlinie 2005/36/EG verwendete Bezeichnung der ‚Krankenschwester oder des Krankenpflegers, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind‘, ist mit Blick auf die europaweit ausgerichteten Pflegeausbildungen weit zu verstehen. Sie umfasst auch den neuen generalistischen Beruf nach dem Pflegeberufsgesetz, der nicht mehr zwischen Altenpflege, Kranken- oder Kinderkrankenpflege unterscheidet“ (BT-Drs. 18/12848, S. 111).*

Der Unterschied zwischen Ausbildung und Weiterbildung wird im Gesetzgebungsverfahren mehrfach betont und die Notwendigkeit eines transparenten und anschlussfähigen Pflegebildungssystems wird hervorgehoben. *„Es soll ein modernes, gestuftes und durchlässiges Pflegebildungssystem geschaffen werden, das die Ausbildung der zukünftigen Pflegefachkräfte derart ausgestaltet, dass sie den Anforderungen an die sich wandelnden Versorgungsstrukturen und zukünftigen Pflegebedarfe gerecht wird und zugleich die notwendige Basis für die im Sinne lebenslangen Lernens erforderlichen Fort- und Weiterbildungsprozesse bildet“ (BR-Drs. 20/16, S. 1). „Die neue Ausbildung bereitet auf einen universellen Einsatz in allen allgemeinen Arbeitsfeldern der Pflege vor, erleichtert einen Wechsel zwischen den einzelnen Pflegebereichen und eröffnet zusätzliche Einsatz- und Aufstiegsmöglichkeiten. Die Ausbildung wird in ein gestuftes und transparentes Fort- und Weiterbildungssystem eingepasst und die Durchlässigkeit zwischen den einzelnen Qualifikationsstufen in der Pflege verbessert“ (ebd., S. 2, BT-Drs. 18/7823, S. 2).*

Die Ausbildungsabschluss als Pflegefachfrau / Pflegefachmann entspricht der *in Artikel 31 der Richtlinie 2005/36/EG verwendete[n] Bezeichnung der ‚Krankenschwester oder des Krankenpflegers, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind‘“ (BT-Drs. 18/12848, S. 111). Dem Begriff der allgemeinen Pflege wird in den Diskussionen mitunter der Begriff der Spezialisierung gegenübergestellt. Trotz gelegentlicher Verwendung dieses Begriffs in den Ausführungen zum Gesetzgebungsverfahren handelt es sich bei dem gesonderten Berufsabschluss der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin / des Gesundheits- und Kinderkrankenpflegers nicht um eine Spezialisierung, wenn Auszubildende sich bei Ausübung des Wahlrechts für einen Abschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege entscheiden und folglich das letzte Ausbildungsdrittel auf die Pflege von Kindern und Jugendlichen fokussiert ist. Der Gesetzgeber spricht i. d. R. von *speziellen* Abschlüssen oder *gesonderten* Abschlüssen. Bezogen auf den Vertiefungseinsatz wird ebenfalls das Attribut *speziell* verwendet („Vertiefungseinsatz im speziellen Bereich der pädiatrischen Versorgung“, § 59 Abs. 2 PflBG). Auch die „Allgemeine Übersicht zur Stundenverteilung im Rahmen der praktischen Ausbildung“ (BMFSFJ) unterscheidet die praktische Ausbildung begrifflich in „Pflichteinsätze in den drei allgemeinen Versorgungsbereichen der Pflege“ (Eckpunkte Anlage 2) und „Pflichteinsätze in speziellen Versorgungsbereichen der Pflege“, worunter die pädiatrische Versorgung und die psychiatrische Versorgung fallen. Der Zusatz *spezielle* Versorgungs-*

bereiche wurde in Anlage 7 PflAPrV nicht übernommen, gleichwohl wird in den anderen Regelungszusammenhängen weiterhin, bezogen auf die pädiatrische Versorgung bzw. auf die Pflege von Kindern und Jugendlichen, von *speziell* und *nicht* von *spezialisiert* gesprochen.

Dass es sich auch bei dem gesonderten Berufsabschluss der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege um eine Erstausbildung, allerdings mit einem Fokus auf die Pflege von Kindern und Jugendlichen im letzten Ausbildungsdrittel, nicht aber um eine Spezialisierung im pflegebildungssystematischen Sinne handelt, verdeutlicht ein Vergleich von Anlage 2 und Anlage 3 PflAPrV. Die Verfasserin der in Teil A analysierten „Gegenüberstellung“ hat zurecht festgestellt, dass die „Kompetenzen für die staatliche Prüfung nach § 9 zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann“ (Anlage 2) und die „Kompetenzen für die staatliche Prüfung nach § 26 zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger“ (Anlage 3) weitestgehend identisch sind, und sich lediglich hinsichtlich ihrer Ausrichtung auf die Zielgruppen voneinander unterscheiden.

Dass mit den gesonderten Berufsabschlüssen keine gesonderten Zugangsberechtigungen zu pflegerischen Handlungsfeldern verbunden sind und diese auch nicht an den Vertiefungseinsatz gebunden sind, verdeutlichen BMG / BMFSFJ: *„Die zukünftigen, generalistisch ausgebildeten Pflegefachkräfte werden in der Lage sein, in allen Bereichen der Pflege – Akutpflege, Kinderkrankenpflege, stationäre oder ambulante Langzeitpflege sowie allgemein-, geronto-, kinder- oder jugendpsychiatrische Versorgung – tätig zu werden. Auch in der generalistischen Ausbildung werden im Rahmen der praktischen Ausbildung mit der Wahl der Ausbildungseinrichtung und eines Vertiefungseinsatzes in einem Bereich besondere Kenntnisse erworben [also nicht nur in den gesonderten Berufsabschlüssen, Anmerkung G.H.]. Ein Vertiefungseinsatz ist jedoch keine Bedingung für eine spätere Berufstätigkeit in dem entsprechenden Bereich, und er schließt umgekehrt eine spätere Berufstätigkeit in einem anderen Pflegebereich nicht aus. [...] Weitere beruflich erforderliche spezialisierte und vertiefte Kenntnisse sind, wie bisher auch, in beruflichen Fort- und Weiterbildungen zu erwerben“* (BMF/BMFSFJ o. J. S. 3 f).

Die Ausbildungen gemäß Pflegeberufegesetz vermitteln nicht gleichzeitig spezialisierte, erweiterte und vertiefte pflegerischen Kompetenzen für die in den G-BA Richtlinien geregelten Versorgungsbereiche. Dies ließe sich durch einen Vergleich der Ausbildungsanforderungen mit empirischen Handlungsfeld- und Kompetenzanalysen in den angefragten Versorgungsbereichen belegen. Auch in einer aktuellen Recherche konnten jedoch keine entsprechenden Studien aufgefunden werden, die als Grundlage für einen solchen Vergleich herangezogen werden könnten. Allerdings zeigen verschiedene Referenzsysteme für die Einordnung von allgemeinen oder domänenspezifische Kompetenzen, dass mit den verschiedenen Qualifikationsniveaus unterschiedliche Situations- und Kompetenzanforderungen einhergehen, die sich systematisch beschreiben und voneinander abgrenzen lassen (z. B. EFN-Kompetenzrahmen 2015, FH Bielefeld & DIP 2013a, Hülken-Giesler & Korporal 2013).

Die allgemeinen Zielsetzungen und Merkmale beruflicher Weiterbildungen und ihren bildungssystematischen Anschluss an die pflegeberufliche Erstausbildung bringt auch der Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe in seinen unlängst veröffentlichten „Empfehlungen zur Musterweiterbildungsordnung für Pflegeberufe“ (DBR 2020) zum Ausdruck: *„Berufliche Weiterbildungen vertiefen, erweitern oder ergänzen pflegerische Kompetenzen, die professionell Pflegenden in einer beruflichen und/oder hochschulischen Pflegeausbildung als Basis erworben und infolge unterschiedlich langer Berufserfahrung in verschiedenen Handlungsfeldern weiterentwickelt haben. [...] Berufliche Weiterbildungen sind auf den Erwerb bzw. auf die Vertiefung und (Weiter-)Entwicklung von Kompetenzen ausgerichtet, die in Pflegesituationen mit besonderer Komplexität, für Menschen mit spezifischem Pflegebedarf und/oder für die verantwortliche Übernahme besonderer Funktionen im pflegepädagogischen, -manageriellen oder -*

wissenschaftlichen Bereich erforderlich sind“ (DBR 2020, S. 4). Die für spezialisierte Versorgungsbereiche erforderlichen pflegerischen Kompetenzen unterscheiden „sich ... in der Breite und Tiefe der Fachlichkeit, in der Komplexität der Pflege- und Berufssituationen und im Anspruchsniveau“ von den in der pflegeberuflichen Erstausbildung erworbenen Kompetenzen.

8.1 Fachweiterbildung - individuelle Qualifikationsvoraussetzung oder teambezogene Anforderung?

Kompetenzen für spezialisierte Versorgungsbereiche, die auf einer pflegeberuflichen Erstausbildung aufbauen, können entweder in formalen, lehrgangsbezogenen Weiterbildungsprozessen in Weiterbildungseinrichtungen oder in non-formalen oder informellen Lernprozessen arbeitsintegriert erworben werden. Die G-BA Richtlinien QFR-RL, KiHe-RL und KiOn-RL sehen jeweils einen bestimmten Anteil von Pflegefachpersonen vor, die über einen Fachweiterbildungsabschluss verfügen müssen, der dem jeweiligen Versorgungsbereich entspricht. Unter bestimmten Voraussetzungen können auf diesen Anteil Pflegefachpersonen mit einer mehrjährigen Berufserfahrung angerechnet werden, die also die für den Versorgungsbereich erforderlichen Kompetenzen durch (reflektierte und begleitete) Berufserfahrung erworben haben. Auch für die Pflegefachpersonen, die weder über eine Weiterbildung noch über eine mehrjährige Berufserfahrung verfügen, gilt es sicherzustellen, dass die komplexen und hochkomplexen Pflegeprozesse in der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen sowie von Kindern und Jugendlichen mit einem spezifischen und komplexen Pflegebedarf qualitätsgesichert gestaltet und gesteuert werden.

Nach den G-BA Richtlinien wird eine Fachweiterbildung auf den ersten Blick nicht als eine individuelle Zugangsvoraussetzung der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes gefordert, vielmehr gilt jeweils ein definierter Anteil von fachweitergebildeten Pflegefachpersonen am gesamten Pflegedienst. Diese Quotenregelung verdeutlicht, dass die Fachweiterbildung als eine teambezogene Anforderung verstanden wird. In den G-BA Richtlinien KiHe-RL und QFR-RL (Perinatalzentren Level 1 und Level 2) wird eine Fachweiterbildung jedoch zugleich als eine individuelle Qualifikationsvoraussetzung für die Pflegefachpersonen definiert, die über einen Abschluss als Gesundheits- und Krankenpflegerin / Gesundheits- und Krankenpfleger verfügen. Gesundheits- und Krankenpflegerinnen / Gesundheits- und Krankenpfleger, deren Anteil an der Teamzusammensetzung ohnehin begrenzt ist, müssen in jedem Falle eine Fachweiterbildung vorweisen, d. h. hier gilt die Fachweiterbildung als eine individuelle Zugangsvoraussetzung. Für Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen gilt dagegen die Fachweiterbildung als eine teambezogene Anforderung, die erfüllt ist, wenn die in den G-BA Richtlinien definierte Quote nachgewiesen wird. Die beiden Berufsabschlüsse nach dem KrPflG von 2003 werden diesbezüglich nicht gleichbehandelt.

8.2 Abgeleitete Empfehlungen II

Vor dem Hintergrund der obigen Ausführungen wird empfohlen:

1. Die Kompetenzerwartungen und die damit verbundenen Voraussetzungen sollten ausschließlich auf die Anforderungen der jeweiligen Versorgungsbereiche bezogen werden. Die für spezialisierte Versorgungsbereiche erforderlichen pflegerischen Kompetenzen unterscheiden

„sich ... in der Breite und Tiefe der Fachlichkeit, in der Komplexität der Pflege- und Berufssituationen und im Anspruchsniveau“ von denen, die in der pflegerischen Erstausbildung erworben werden.

2. Verbreiterte und vertiefte sowie spezialisierte Kompetenzen, die für die verschiedenen Versorgungsbereiche erforderlich sind, sollten durch Fachweiterbildungen in formalen Lernprozessen oder non-formal durch begleitete und reflektierte Berufserfahrungen erworben werden können. Eine Beschränkung des Zugangs zu den spezialisierten Versorgungsbereichen der G-BA Richtlinien allein aufgrund eines bestimmten Abschlusses nach dem PflBG sollte vermieden werden. Weiterbildung hat keine kompensatorische Funktion für vermeintlich generelle Defizite bestimmter Ausbildungsabschlüsse nach dem Pflegeberufegesetz. Sie ist allein durch die besonderen Pflegeerfordernisse spezialisierter Versorgungsbereiche gerechtfertigt, in denen Kompetenzen gefordert sind, die über die in der pflegeberuflichen Erstausbildung erworbenen und in der staatlichen Abschlussprüfung nachgewiesenen Kompetenzen hinausgehen.
3. Solange die jeweilige Fachweiterbildung als definierte Quote für die Teamzusammensetzung gilt, sollte die Weiterbildungsverpflichtung nicht an bestimmte Berufsabschlüsse gebunden werden. Das bislang für einige spezialisierte Versorgungsbereiche definierte Verhältnis zwischen verschiedenen Berufsabschlüssen sollte in Bezug auf die Abschlüsse nach dem Pflegeberufegesetz nicht fortgeführt werden.
4. Pflegefachpersonen ohne formale Weiterbildung sollten systematisch und strukturiert in ihrer Kompetenz(weiter-)entwicklung durch eine erfahrene und weitergebildete Pflegefachperson (Mentoring) begleitet werden. Regelmäßige Selbsteinschätzungen der Mitarbeiterin / des Mitarbeiters sind ebenso wie die Fremdeinschätzung durch die führungsverantwortliche Leitungsperson unverzichtbare Bestandteile der Personalentwicklung und der Sicherstellung der Versorgungsqualität. Empfohlen wird die Einführung eines systematischen und strukturierten Verfahrens der Kompetenzdiagnostik, das eine regelmäßige Einschätzung des für den jeweiligen Bereich erforderlichen Wissens und Könnens ermöglicht und das als Grundlage für gezielte Maßnahmen der individuellen Personalentwicklung genutzt wird. Geeignete Verfahren und Instrumente sind entweder neu zu konzipieren oder bestehende entsprechend zu adaptieren / zu modifizieren. (vgl. hierzu FH Bielefeld & DIP, 2013c, 2013d, 2013e).
5. Die Teamzusammensetzung des Pflegedienstes in den verschiedenen Versorgungsbereichen wird sich durch die Pflegefachpersonen mit den neuen Berufsabschlüssen sukzessive verändern. Von entscheidender Bedeutung für die Mitarbeiterzufriedenheit, die gelingende Zusammenarbeit in qualifikationsheterogenen Teams und für die Patientensicherheit sind frühzeitige und konsequente Teamentwicklungsprozesse. Auch diesbezüglich müssen neue Verfahren und Instrumente entwickelt werden oder bereits vorliegende Konzepte können entsprechend adaptiert oder modifiziert werden (vgl. FH Bielefeld & DIP 2013b).

9 Zusammenfassung und abschließende Empfehlungen

Die neuen Ausbildungsabschlüsse nach dem Pflegeberufegesetz haben die Frage aufgeworfen, inwiefern die in den G-BA Richtlinien QFR-RL, KiHe-RL und KiOn-RL festgelegte Personalausstattung des Pflegedienstes anzupassen ist. Nachdem eine in Teil A durchgeführte ausführliche Analyse einer Gegenüberstellung der Berufsabschlüsse nach bisherigem und nach neuem Recht gezeigt hatte, dass auf dieser Grundlage keine tragfähigen Antworten auf die anstehende Frage gegeben werden können, wurden die in Teil B erarbeiteten Antworten und Lösungsansätze auf drei Argumentationsstränge gestützt:

- a) auf die Reformansprüche und die zentralen Neuerungen, die mit den Ausbildungen nach dem PflBG verbunden sind und auf die Kennzeichen der neuen Ausbildungsabschlüsse
- b) auf die konsequente Unterscheidung zwischen den Anforderungen an und in der Ausbildung zu erwerbenden Kompetenzen einerseits und der Weiterbildung andererseits
- c) auf die in den G-BA Richtlinien festgelegten Weiterbildungsquoten und die festgelegten Zahlenverhältnisse zwischen unterschiedlichen Berufsabschlüssen, die vor dem Hintergrund der in a) und b) erzielten Erkenntnisse neu bewertet wurden.

Hierauf gründen die formulierten Antworten und Lösungsansätze, die als Empfehlungen zunächst in zwei Abschnitten separat ausgeführt und nachfolgend zusammenfassend ausgesprochen werden:

1. Der Personaleinsatz in den verschiedenen Versorgungsbereichen sollte das breite Portfolio von beruflich und hochschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen nutzen. Aus fachlichen, ordnungspolitischen und strategisch kapazitativen Gründen ist eine Beschränkung auf den gesonderten Berufsabschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nicht zielführend und zukunftsfähig. Pflegefachfrauen / Pflegefachmänner, die beruflich an Pflegeschulen oder in primärqualifizierenden Pflegestudiengängen an Hochschulen ausgebildet worden sind, sollten grundsätzlich ebenso wie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen / Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger eine Zugangsberechtigung zu den in den G-BA Richtlinien geregelten Versorgungsbereichen erhalten.
2. Hochschulisch qualifizierte Pflegende, die in einem primärqualifizierenden Bachelorstudium und ggf. in einem hierauf aufbauenden Masterstudium klinische Kompetenzen für die unmittelbare Klientenversorgung auf wissenschaftlicher Grundlage und Methodik erworben haben, sollten das Personalportfolio in den Versorgungsbereichen, in denen hochkomplexe Pflegeprozesse zu gestalten sind, auf jeden Fall ergänzen.
3. Die Quotierung für die Versorgungsbereiche, in denen bislang neben Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen / Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern auch ein bestimmter Anteil von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen / Gesundheits- und Krankenpflegern eingesetzt werden darf, sollte aufgehoben werden, dies auch vor dem Hintergrund, dass mit beiden Ausbildungsabschlüssen nach dem Pflegeberufegesetz eine grundlegende Neuausrichtung der Ausbildung einhergeht. So entspricht weder der Ausbildungsabschluss als Pflegefachfrau / Pflegefachmann der bisherigen Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege, noch sind die Ausbildungsabschlüsse in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nach dem Krankenpflegegesetz von 2003 und dem Pflegeberufegesetz von 2017 - trotz gleichlautender Berufs-

bezeichnung - identisch. Alle pflegeberuflichen Erstausbildungen nach dem Pflegeberufegesetz qualifizieren für die allgemeine Pflege in allgemeinen und spezifischen Versorgungsbereichen, sind jedoch nicht mit Spezialisierungen verbunden.

4. „Spezialisierte und vertiefte Erkenntnisse“ (BMG / BMFSFJ ebd.), wie sie für die „Steuerung und Gestaltung von komplexen Pflegeprozessen für spezielle Klientengruppen“ (FH Bielefeld & DIP 2013a) erforderlich sind und wie sie auf die in den G-BA-Richtlinien geregelten Bereiche zutreffen, sind in spezialisierten Weiterbildungen zu erwerben. Bei der Regelung von Zugangsberechtigungen für die jeweiligen Versorgungsbereiche sollte berücksichtigt werden, dass das System der pflegeberuflichen Weiterbildung sukzessive an die konzeptionell neu ausgerichtete pflegeberufliche Erstausbildung anschlussfähig umzugestalten ist. Vergleichbares gilt für die Entwicklung anschlussfähiger klinischer Master-Studienprogramme für Absolventinnen und Absolventen primärqualifizierender Bachelorstudiengänge. In der Vorbereitung auf eine angestrebte Weiterbildung können und sollen relevante Erfahrungen in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die ggf. in der bisherigen individuellen Berufsbiografie fehlen, durch Einsätze in definierten Bereichen ausgeglichen werden. Dies wird in der jeweiligen Weiterbildungsregelung unter den Zugangsvoraussetzungen festgelegt. Der Zugang zu den erforderlichen Weiterbildungen sollte selbstverständlich allen Pflegefachpersonen offen stehen, die über einen Berufsabschluss nach dem Pflegeberufegesetz verfügen.
5. Im Interesse einer qualitätsgesicherten pflegerischen Versorgung vulnerabler Patientengruppen ist auch vor dem Hintergrund von Studienergebnissen, die einen Zusammenhang zwischen der Personalausstattung und den Ergebnissen der Versorgungsqualität nahelegen (vgl. Blum ebd. S 15), einerseits eine möglichst hohe Quote von Pflegefachpersonen mit der entsprechenden Fachweiterbildung anzustreben. Andererseits sind in vielen Perinatalzentren die Personalvorgaben nicht vollständig zu erfüllen. Die Einführung der neuen Berufsabschlüsse durch das Pflegeberufegesetz sollte keinen Einfluss auf die bisherigen Quoten von 40% Pflegefachpersonen mit spezialisierter Weiterbildung für Perinatalzentren Level 1 und von 30% für Perinatalzentren Level 2 haben. Gleiches gilt für die geforderte Quote von 40% fachweitergebildeten Pflegefachpersonen für die Pflege von herzkranken Kindern und Jugendlichen bei bestimmten herzchirurgischen Eingriffen sowie für die Zentren pädiatrisch hämato-onkologischer Versorgung, in denen mindestens zwei Pflegefachpersonen über eine onkologische Fachweiterbildung verfügen müssen.
6. Solange die jeweilige Fachweiterbildung keine individuelle Qualifikationsvoraussetzung für die einzelne Pflegefachperson darstellt, sondern als eine definierte Quote für die Zusammensetzung des Pflegeteams gilt, sollte die Weiterbildungsverpflichtung nicht an bestimmte Berufsabschlüsse gebunden werden, da die Fachweiterbildungen keine kompensatorische Funktion für vermeintliche Defizite in der pflegeberuflichen Erstausbildung haben. Als Voraussetzung für die Teilnahme an einer Fachweiterbildung können Berufserfahrungen festgelegt werden, die sich auf bestimmte Versorgungsbereichen, die zur Vorbereitung auf und für die Anschlussfähigkeit an die Weiterbildung als erforderlich anzusehen sind.
7. Pflegefachpersonen mit einem Abschluss nach dem Pflegeberufegesetz, welche die für den jeweiligen Versorgungsbereich erforderlichen Kompetenzen nicht durch eine formale Weiterbildung erworben haben, sollen diese (weiterhin) arbeitsintegriert erwerben können. Voraussetzung ist eine Begleitung der Kompetenzentwicklung durch eine erfahrene und weitergebildete Pflegefachperson ebenso wie die Selbsteinschätzung der Mitarbeiterin / des Mitarbeiters

und die Fremdeinschätzung durch die führungsverantwortliche Leitungsperson. Empfohlen wird die Einführung eines systematischen und strukturierten Verfahrens der Kompetenzdiagnostik, das eine regelmäßige Einschätzung des für den jeweiligen Bereich erforderlichen Wissens und Könnens ermöglicht und das als Grundlage für gezielte Maßnahmen der individuellen Personalentwicklung genutzt wird. Auch hier gilt, wie im Bereich der formalen Weiterbildungen, dass relevante Erfahrungen in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die ggf. in der bisherigen individuellen Berufsbiografie fehlen, durch Einsätze in definierten Bereichen – ggf. auch als Teil einer strukturierten Einarbeitung - ausgeglichen werden können.

8. Infolge der neuen Berufsabschlüsse nach dem Pflegeberufegesetz wird sich die Zusammensetzung des Pflegedienstes in den angesprochenen Versorgungsbereichen sukzessive verändern. Dies erfordert systematische Teamentwicklungsprozesse als Bestandteil von Personal- und Organisationsentwicklung. Diesen kommt in sich verändernden und deutlich qualifikationsheterogenen Teams künftig eine noch größere Bedeutung zu.
9. Mit dem Pflegeberufegesetz können sowohl in den Ausbildungsgängen an Pflegeschulen als auch in primärqualifizierenden Studiengängen die Weichen für die Erweiterung von Kompetenzen durch die Übernahme heilkundlicher Aufgaben nach § 63 Abs. 3 c SGB V durch Pflegefachpersonen gestellt werden. Auch wenn dies keine unmittelbare Relevanz für die Anpassung der G-BA Richtlinien hat, könnten die seit langem vorgesehenen Modellversuche einen entsprechenden Entwicklungsschub erfahren und die Versorgungsprozesse in den spezialisierten Versorgungsbereichen könnten hiervon profitieren. Das Verfahren der Beteiligung an Modellversuchen nach § 14 PflBG wird insgesamt erleichtert durch die Entwicklung standardisierter Module, die zurzeit durch die Fachkommission nach § 53 PflBG erarbeitet werden.
10. Die Zeit, bis die ersten Absolventinnen und Absolventen nach dem PflGB in den angesprochenen Versorgungsbereichen eingesetzt werden, sollte genutzt werden, um -möglichst auf der Grundlage empirischer Handlungsfeld- und Kompetenzanalysen - für die in den G-BA Richtlinien geregelten Versorgungsbereiche neue Verfahren der Teamentwicklung und der individuellen Personalentwicklung zu konzipieren oder vorhandene Verfahren zu adaptieren, diese modellhaft zu erproben und zu implementieren. In beiden Bereichen besteht zurzeit noch ein entsprechender Forschungs- und Entwicklungsbedarf.

10 Gesamtfazit

Die im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft durchgeführte wissenschaftliche Analyse beinhaltet zwei Teile und zwei verschiedene Entscheidungsprozesse, die zur Beantwortung der Fragestellung erforderlich waren, inwiefern die Qualitätsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses QFR-RL, KiHe-RL und KiOn-RL, die für den Pflegedienst der perinatalogischen Versorgung von bestimmten Schwangeren und von Früh- und Reifgeborenen in den verschiedenen Versorgungsstufen, für herzkrankte Kinder und Jugendliche bei bestimmten herzchirurgischen Eingriffen und für Zentren für die pädiatrisch-hämato-onkologische Versorgung von Patientinnen und Patienten im Alter von 0 bis einschließlich 17 Jahren mit einer pädiatrisch-hämato-onkologischen Krankheit bestimmte personelle und qualifikatorische Anforderungen definieren, an die neuen Berufsabschlüsse nach dem Pflegeberufegesetz anzupassen sind.

Eine mögliche Antwort auf diese Frage beinhaltet die von Tina Wilhelm verfasste *„Gegenüberstellung der durch die Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz (2003) und dem Pflegeberufegesetz (2017) möglichen Berufsabschlüsse vor dem Hintergrund der in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Versorgung von Kindern in der Neonatologie, Onkologie und Herzchirurgie geforderten pflegerischen Qualifikationen.“* Ein Teil der von Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) an das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP) ergangenen Beauftragung bestand in einer wissenschaftlichen Analyse dieses Lösungsvorschlags.

Diese im Teil A vorgenommene ausführliche Analyse der vorliegenden *„Gegenüberstellung der durch die Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz (2003) und dem Pflegeberufegesetz (2017) möglichen Berufsabschlüsse vor dem Hintergrund der in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Versorgung von Kindern in der Neonatologie, Onkologie und Herzchirurgie geforderten pflegerischen Qualifikationen“* war mit dem Ergebnis verbunden, dass sich die anstehende Frage auf dem hier eingeschlagenen Weg nicht zufriedenstellend beantworten ließ, da die Gegenüberstellung maßgeblich an den bisherigen Ausbildungsabschlüssen nach dem Krankenpflegegesetz, insbesondere an der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ausgerichtet war und damit die Besonderheiten und Potenziale der Ausbildungen nach dem Pflegeberufegesetz nicht hinreichend in den Blick genommen wurden.

Deshalb ging es Teil B dieses Auftrags darum, Antworten und Lösungsvorschläge neu zu entwickeln und diese auf die Reformansprüche und die zentralen Neuerungen, die mit den Ausbildungen nach dem Pflegeberufegesetz verbunden sind, auszurichten. Die Merkmale und Potenziale dieser künftigen Abschlüsse wurden auf die in den G-BA Richtlinien formulierten Ansprüche an den Pflegedienst bezogen. Eine weitere wichtige Grundlage für die Lösungsvorschläge war die Herausarbeitung von Kompetenzunterschieden zwischen pflegeberuflicher Erstausbildung und Weiterbildung. Aus beiden Argumentationslinien wurden Empfehlungen entwickelt und in diesem Zusammenhang die Frage beantwortet, inwiefern die angesprochen Qualitätsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in den qualifikatorischen Anforderungen an den Pflegedienst der verschiedenen Versorgungsbereiche angepasst werden sollten.

Zu den zentralen Empfehlungen gehört die Nutzung des Gesamtportfolios an Qualifikationen, die mit den Ausbildungen nach bislang geltendem und nach neuem Recht für die Teamkonstellationen zur Verfügung stehen. Dabei sollte auch die klinische und wissenschaftliche Expertise von Pflegefach-

frauen und Pflegefachmännern genutzt werden, welche die Berufszulassung durch ein primärqualifizierendes Pflegestudium erhalten haben. Auf die Notwendigkeit einer konsequenten Personal- und Teamentwicklung wird aufmerksam gemacht. Dass die bisherige Fokussierung auf den Abschluss als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin / Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger im Hinblick auf den gesonderten Berufsabschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nach dem Pflegeberufegesetz nicht weiter als zielführend und zukunftsweisend angesehen werden kann, wird in Teil B ausführlich begründet.

Literatur- und Quellennachweis – Teil B

- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 10. November 2003, BGBl. I S. 2263, online unter: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl103s2263.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl103s2263.pdf%27%5D_1589824181726; [18.05.2020].
- AWMF (2015): S1-Leitlinie 087/001. Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalologischen Versorgung in Deutschland, online unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/087-001.html>; [08.05.2020].
- Blättler-Remund, T. (2016): Grademix im Universitären Notfallzentrum Inselspital Bern. Präsentation 5. Notfallpflege-Kongress am 17.11.2016 SPZ, Nottwil, Schweizerische Interessensgemeinschaft Notfallpflege. Online verfügbar unter: <http://docplayer.org/36163907-Skill-und-grade-mix-im-universitaeren-notfallzentrum-inselspital-bern.html>; [08.05.2020].
- Blum, K. (2016): 2. Perinatalbefragung zur pflegerischen Strukturqualität Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Online unter: https://www.dki.de/sites/default/files/2019-05/Zweite_perinatalbefragung_finale_fassung.pdf; [14.05.2020].
- BMFSFJ (2018): Eckpunkte einer Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. Online unter: <https://www.bmfsfj.de/blob/77274/7730e3f6ca2676fe71a8a5ece7b46c3f/eckpunkte-anlage-2-allgemeine-uebersicht-stundenverteilung-data.pdf>; [14.05.2020].
- BMG / BMFSFJ (o. J.): Fragen und Antworten zum Pflegeberufegesetz. Online unter: <https://www.bmfsfj.de/blob/77268/21edf78ebd06fce31862dc7becacbd97/faqs-pflegeberufsgesetz-data.pdf>; [16.05.2020].
- BR-Drs. 20/16 vom 15.01.2016.
Online unter: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/brd/2016/0020-16.pdf>; [14.05.2020].
- BT-Drs. 18/12847 vom 21.06.2017.
Online unter: <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/128/1812847.pdf> [16.05.2020].
- BT-Drs. 18/12848 vom 21.06.2017.
Online unter: <https://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/128/1812848.pdf>; [10.05.2020].
- BT-Drs. 18/7823 vom 09.03.2016.
Online unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/078/1807823.pdf>; [08.05.2020].
- Büscher, A. / Igl, G. / Klie, T. / Kistorz, P. / Kreutz, M. / Weidner, F. / Weiß, T. / Welti, F. (2019): Probleme bei der Umsetzung der Vorschrift zur Ausübung vorbehaltener Tätigkeiten (§ 4 Pflegeberufegesetz) - Anmerkungen und Lösungsvorschläge; online unter: https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/Aktuelles/Stellungnahme_zu_vorbehaltenen_T%C3%A4tigkeiten_2019-12-13_Version_final.pdf; [08.05.2020].
- Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR) (2020): Empfehlungen zur Musterweiterbildungsordnung für Pflegeberufe (MWBO PflB). Strategien für die pflegeberufliche Weiterbildung. Berlin. Online unter: http://bildungsrat-pflege.de/wp-content/uploads/2014/10/mwbo_pflb_27-01-2020.pdf; [17.05.2020]

- Dichter, M., Kocks, A., Meyer, G., Stephan, A., unterstützt von: Luboeinski, J. (2020): Pflege ist systemrelevant -nicht nur in Corona-Zeiten Gemeinsame Stellungnahme zum Internationalen Jahr der Pflegenden und Hebammen vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie in Deutschland. Online unter: <https://dg-pflegewissenschaft.de/aktuelles/pflege-ist-systemrelevant-nicht-nur-in-corona-zeiten/>; [14.05.2020].
- European Federation of Nurses Associations (2015): EFN-Leitlinie für die Umsetzung von Artikel 31 der Richtlinie über die gegenseitige Anerkennung von Berufsqualifikationen 2005/36/EC, geändert durch die Richtlinie 2013/55/EUEFN-Kompetenzrahmen, verabschiedet durch die EFN-General-Versammlung, April 2015, Brüssel. Deutsche Übersetzung durch DBfK Bundesverband e.V. (August 2015). Online unter: <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Internationales/EFN-Competency-Framework-German-29-09-2015.pdf>; [17.05.2020].
- Fachhochschule Bielefeld & DIP (Hg.) (2013a): Anforderungs- und Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älter Menschen. Im Rahmen des Projektes „Erprobung des Entwurfs eines Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen“. Online unter: https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/01Anforderungs_und_Qualifikationsrahmen_09_2013.pdf; [16.05.2020].
- Fachhochschule Bielefeld & DIP (2013b): Leitfaden zum Teamgespräch auf der Grundlage des „Anforderungs- und Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen“. Online unter: https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Leitfaden_Teamgespraech_23_09_2013.pdf; [16.05.2020].
- Fachhochschule Bielefeld & DIP (2013c): Leitfaden zum Personalentwicklungsgespräch für pflegerische Leitungen auf der Grundlage des Anforderungs- und Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen. Online unter: https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Leitfaden_f%C3%BCr_pflegerische_Leitungen_1_.pdf; [16.05.2020].
- Fachhochschule Bielefeld & DIP (2013d): Fragebogen zur Vorbereitung auf ein Personalentwicklungsgespräch mit: examinierten Pflegefachkräften, examinierten Pflegefachkräften mit abgeschlossener Fachweiterbildung. Version für Vorgesetzte. Online unter: https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Vorbereitung_Leitungen_QN_3-5_1_.pdf; [16.05.2020].
- Fachhochschule Bielefeld & DIP (2013e): Fragebogen zur Vorbereitung auf ein Personalentwicklungsgespräch für examinierte Pflegefachkräfte, examinierte Pflegefachkräfte mit abgeschlossener Fachweiterbildung. Version für die Mitarbeiterin. Online unter: https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Vorbereitung_Mitarbeiterinnen_QN_3-5_1_.pdf; [16.05.2020].
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2005): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL), in der Fassung vom 20. September 2005, zuletzt geändert am 27. März 2020. Online unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2113/QFR-RL_2020-03-27_iK-2020-03-27.pdf; [05.05.2020].
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2006): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinie zur Kinderonkologie, KiOn-RL), in der

Fassung vom 1. Mai 2006, zuletzt geändert am 20. März 2020. Online unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2083/KiOn-RL_2020-03-20_iK-2020-03-20.pdf; [05.05.2020].

Gemeinsamer Bundesausschuss (2010): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V (Richtlinie zur Kinderherzchirurgie, KiHe-RL), in der Fassung vom 18. Februar 2010, zuletzt geändert am 20. März 2020. Online unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2082/KiHe-RL_2020-03-20_iK-2020-03-20.pdf; [05.05.2020].

Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze vom 16. Juli 2003, BGBl. I S. 1442; online unter: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl103s1442.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl103s1442.pdf%27%5D_1589822186130; [05.05.2020].

Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG) vom 17.07.2017. BGBl. I S. 2581. Online unter: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s2581.pdf%27%5D_1589821557128; [07.05.2020].

Grünwald, M., Hild, T., Jeske, R. et al. (2014): Einsatz akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen in der Praxis unter Berücksichtigung des Qualifikationsmix am Beispiel der Betreuung eines Patienten nach Herzinfarkt. Im Auftrag des vpu. Online unter: http://www.vpuonline.de/de/pdf/presse/2014-04-10_skillmix_abschlussbericht_final5.pdf; [14.05.2020].

Hundenborn, G. (2015): Für die allgemeine Pflege verantwortlich sein. Hintergründe, Entwicklungen und Perspektiven einer generalistischen Pflegeausbildung. In: RDG November/Dezember 2015, S. 273-279.

Hundenborn, G., Knigge-Demal, B. (2018): Der Pflege vorbehalten! Hintergründe und Perspektiven der vorbehaltenen Tätigkeiten im Pflegeberufegesetz. In: RDG 2018, 15(5), S. 230-237.

Hülksen-Giesler, M.; Korporal, J. (Hrsg.) (2013): Fachqualifikationsrahmen Pflege für die hochschulische Bildung. Berlin.

Igl, G. (2018): Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz - PflBG). Praxiskommentar, Heidelberg.

Igl, G. (2019): Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG). Pflegeberufe-Ausbildungs- und –prüfungsverordnung (PflAPrV). Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung (PflAFinV). Praxiskommentar. 2., neu bearbeitete und erweiterte Auflage, Heidelberg.

Knigge-Demal, B. & Hundenborn, G. (2014): Abschlussbericht im Rahmen des Projektes „Erprobung des Entwurfs eines Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen“, online unter: https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Abschlussbericht_Erprobung_QR.pdf; [16.05.2020].

Korporal, J.; Dangel, B.; Fajardo, A.; Bienstein, C.; Zimmermann, M. (2020): Hochschulische Primärqualifikation zur Pflegefachperson und ihr Beitrag zur Pflege- und Versorgungspraxis. In: G + S, 2/2020, S. 50 - S. 54.

Pflegeberufe-Ausbildungs- und -prüfungsverordnung (PflAPrV) vom 02.10.2018, BGBl. I S. 1572; online unter:

https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl118s1572.pdf%27%5D_1589821879173; [07.05.2020].

Plessl-Schorn, B. (Hg.) (2015): Karriere in der Pflege – genug Platz für alle? Gestaltungsmöglichkeiten beruflicher Laufbahnen. Wien.

Robert Bosch Stiftung (aktuelle Projektseite): 360° Pflege-Qualifikationsmix für den Patienten - in der Praxis, online unter: <https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/360deg-pflege-qualifikationsmix-fuer-den-patienten-der-praxis>; [12.05.2020].

Robert Bosch Stiftung (2018): 360° Pflege-Qualifikationsmix für den Patienten. Stuttgart, online unter: https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/documents/2018-02/485_17-2018-02-07_RBS_Broschuere_360%C2%B0_Pflege_A4_WEB_ES.pdf; [12.05.2020].

Tannen, A., Feuchtinger, J., Strohbücker, B., Kocks, A. (2017): Survey zur Einbindung von Pflegefachpersonen mit Hochschulabschlüssen an deutschen Universitätskliniken. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Volume 120, Seite 39 - 46.

van den Hooven, T. (2014): Skill-Grademix Intensivstation (Qualifikation richtig einsetzen). Präsentation DIVI 05.12.2014 Hamburg. Online unter: <https://docplayer.org/6430662-Skill-grademix-intensivstation-qualifikation-richtig-einsetzen.html>, [14.05.2020].

Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Drs. 2411-12. Online unter: <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf> [05.05.2020].