



 Prof. Dr. habil. Martina Hasseler

PFLEGEFACHBERUFE IM STRUKTURPROBLEM DES GESUNDHEITSSYSTEMS - KOMPETENZENTWICKLUNG ZWISCHEN REFORMRHETORIK UND SYSTEMISCHEN BLOCKADEN

Manifeste Strukturkrise

www.martina-hasseler.com



WORUM GEHT ES?



Drei Argumentationsstränge



1

Wir haben kein primäres Kompetenzproblem in Pflegefachberufen



2

Wir haben manifestes Strukturproblem, das Kompetenzen nicht umsetzen lässt u. sogar verhindert



3

Wir haben eine Reformrhetorik, die dies sprachlich überspielt



STORY

Frau B., Bett 3



- Neurochirurgische Normalstation, Mittwoch 14:20 Uhr
- 58-jährige Patientin mit aneurysmatischer Subarachnoidalblutung (aSAB), initial Hunt & Hess III; rupturiertes Aneurysma an der linken MCA-Bifurkation
- Operative Aneurysmasicherung mittels Clipping am Blutungstag
- Post-Blutungstag 7: Risikozeitraum für verzögerte zerebrale Ischämie (DCI) bzw. Vasospasmus
- Nimodipin 60 mg enteral alle 4 Stunden; Blutdruck labil
- Motorische Aphasie u. leichte rechtsseitige Feinmotorikstörung, laut Vorbefund rückläufig
- Externe Ventrikeldrainage (EVD) im Klemmversuch
- Ernährungssonde; Dysphagie-Screening noch ausstehend
- Erstes ausführliches Angehörigengespräch vorgesehen





STORY

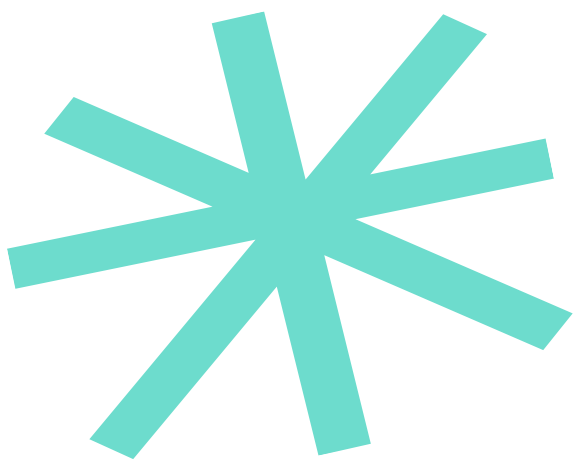
Frau B., Bett 3



Situation auf der Station

- 20 Patient:innen nur für Frau S. · 6 postoperative Tag-1-Fälle · desorientierte Patientin auf dem Flur, Entlassungen, Aufnahmen, OP-Vorbereitungen - der normale Wahnsinn!
- **Frau S., Pflegefachperson:** 1 Jahr Berufserfahrung, weitere Kollegin auf Station sowie eine Auszubildende
- **Frau S., Pflegefachperson, muss auf Folgendes achten: neurologische Veränderungen, wie z.B. neue oder zunehmende Aphasie, Verwirrtheit, Somnolenz, neue Parese, Verschlechterung der Feinmotorik, Pupillendifferenz, neue Kopfschmerzen, Erbrechen.**
- Ist die Aphasie wirklich rückläufig? Kann die Patientin plötzlich schlechter benennen, verstehen oder sprechen? Hat sich der rechte Arm im Vergleich zur letzten Kontrolle verändert? Wie sind die Vitalwerte?





STORY

Frau B., Bett 3



Die Übergabe

- RR Verlauf engmaschig prüfen; Hypotonie, Schwindel, Vigilanzveränderung und zeitlichen Zusammenhang mit Nimodipin beachten; ärztlich vorgegebene Zielwerte kennen;
- Dysphagie u. Aspirationsschutz: Bis zum strukturierten Screening keine ungesicherte orale Gabe von Nahrung, Flüssigkeit oder Medikamenten;

Bei einer Patientin an Tag 7 nach aneurysmatischer Subarachnoidalblutung ist die fachpflegerische Kernaufgabe nicht allein die Durchführung angeordneter Maßnahmen. Entscheidend ist das frühzeitige Erkennen kleinster neurologischer, kreislaufbezogener u. liquorbezogener Veränderungen u. fachgerechtes Handeln! **Die Pflegefachperson muss Erkrankung, OP, Risiken, Medikamente, mögliche neurologische Veränderungen, Erforderlichkeit Vitalwert & Vigilanzkontrolle etc. kennen u. fachlich einordnen können!**

Aber: die Bedingungen lassen diese fachlichen Aufgaben u. Handeln nicht zu!





STORY

Frau B., Bett 3



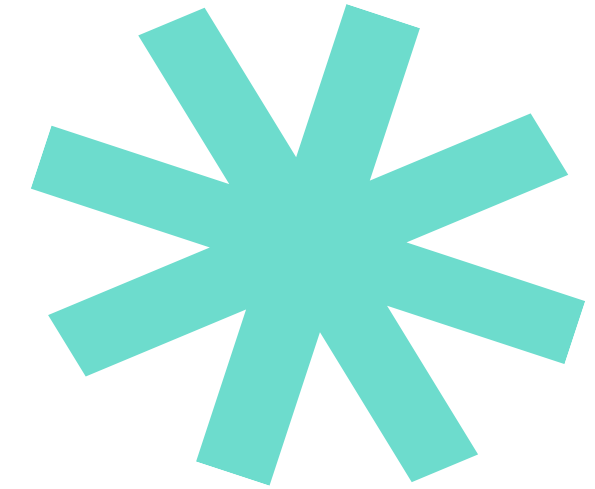
Was tatsächlich geschieht

- 14:20 → 15:45 → 17:15 → 20:40
- Nur drei schnelle Kontrollen u. Sturz & Notfall auf Zimmer 8, 50 Minuten gebunden)
- Kein strukturierter Ausgangsbefund, ITS-Doku in getrenntem System
- ärztliche Visite 17:15 „stabil“, keine Bildgebung
- kein Angehörigengespräch
- 20:40: manifeste Hemiparese, Wortfindungsstörungen → CT: DCI im linken MCA-Stromgebiet
- Sie überlebt. Das Leben hat sich komplett mit bleibenden Beeinträchtigungen verändert
- Sie kehrt nicht in ihren Beruf zurück.



DER BEFUND!

Mindestens **drei Befunde!**



1

Missed nursing care, nurse care left undone (Primc 2021; Diestermann et al. 2021; Hasseler 2021)



2

Experience-complexity gap (Alkhaqani 2022; Rao et al. 2025)



3

Krise am Krankenbett — 1:15/17/20 auf Normalstation - nicht evidenzbasiert!

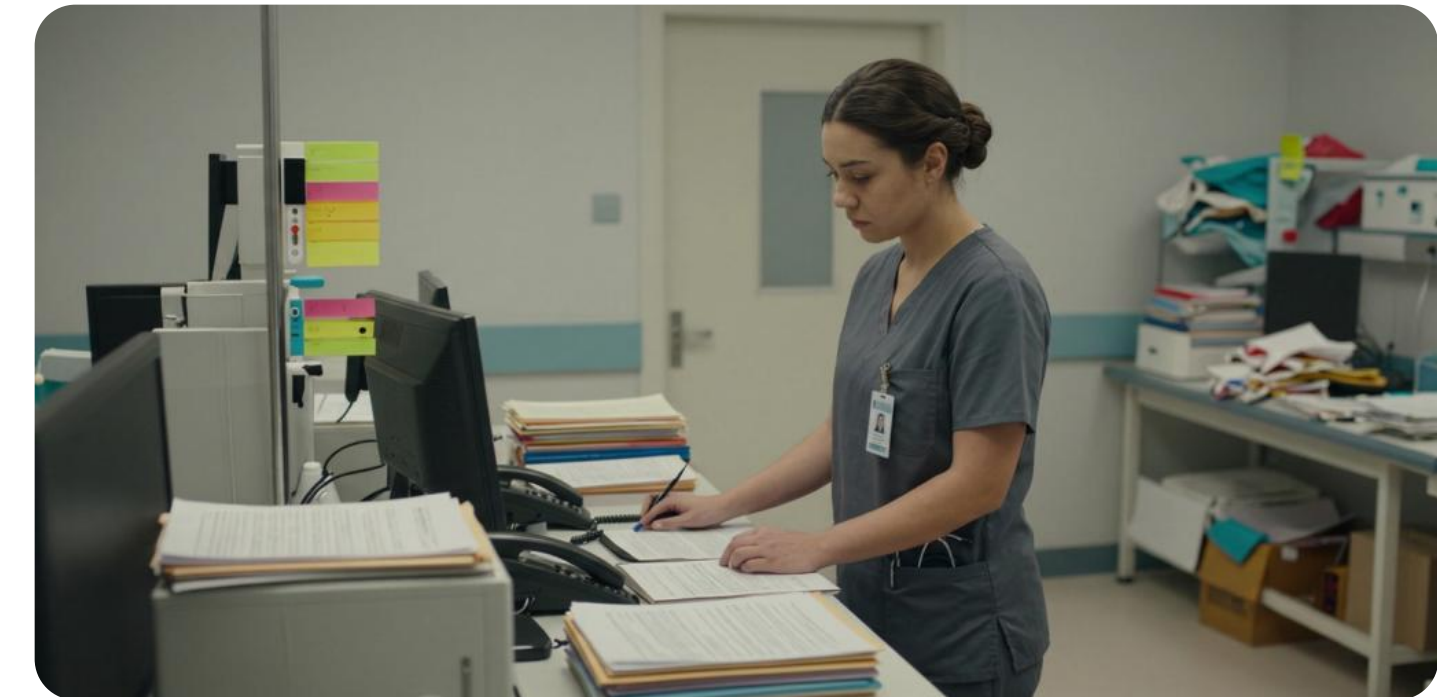
Frau S. hat die Verschlechterung erkannt. Was ihr fehlte, war nicht Bildung.

1. DAS STRUKTURPROBLEM



MEHREBENENPERSPEKTIVE

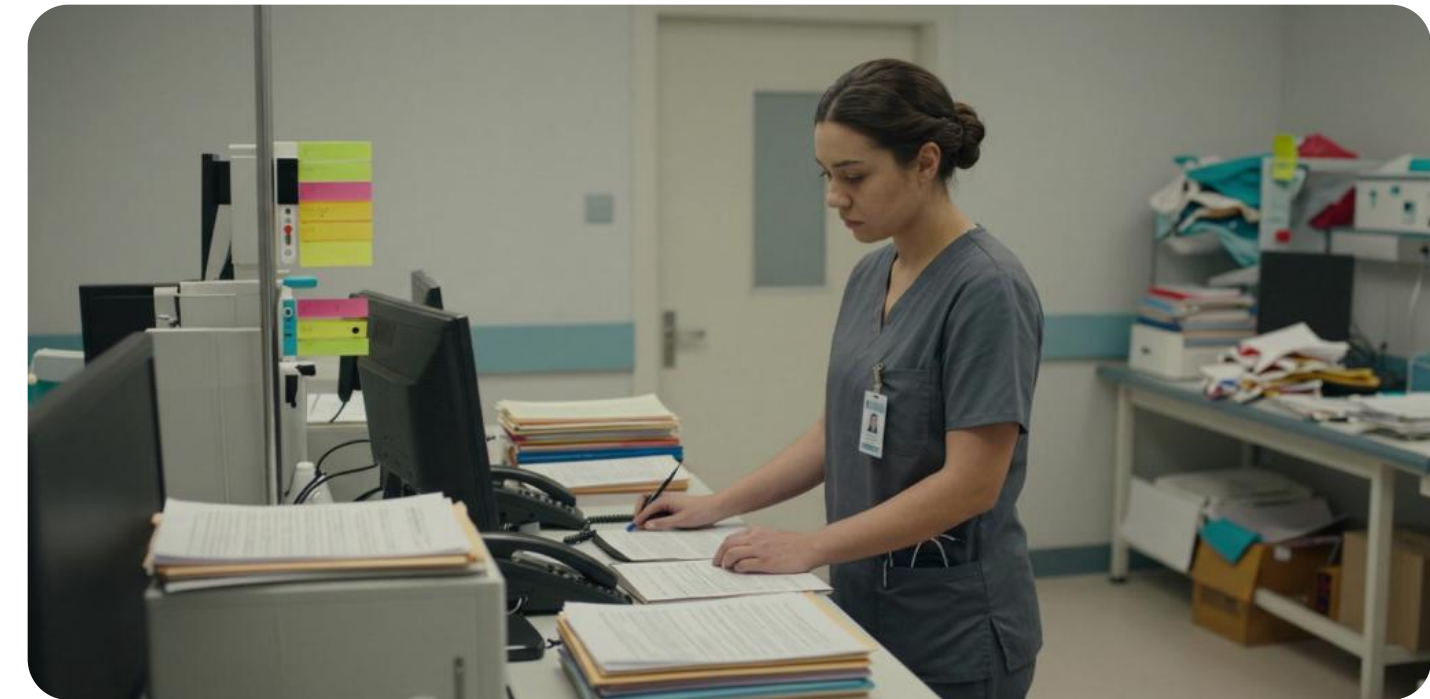
- ① **Mikro:** klinische Praxis, Entscheidung, Arbeitsbelastung
- ② **Meso:** Organisationskultur, Führung, Ressourcen, Versorgungsmodelle
- ③ **Makro:** Berufsrecht, Finanzierung, Regulation, Selbstverwaltung
- ④ demografische Alterung, ein deutlicher Anstieg chronischer Erkrankungen u. Multimorbidität, veränderte Pflege- u. Versorgungskulturen sowie zunehmende Ökonomisierung u. Rationalisierung der Leistungserbringung



Herausforderungen pflegfachlicher Versorgung zeigen sich in allen Settings: Krankenhäusern, Rehabilitationszentren, Langzeitpflegeeinrichtungen, häuslicher Pflege u. gemeindenahen, primärversorgungsorientierten Strukturen

PERSONALMANGEL - DIE HARTEN ZAHLEN

- ① **Vakanzenzeiten:** Engpassindikator 2,7 (BA 2025)
- ② **Stationäre Langzeitpflege:** ~15.230 unbesetzte Fachkraftstellen, 86 % gelten als nicht besetzbar (IW Köln 2024)
- ③ **Ambulante Pflege:** > 50 % langfristig unbesetzt, ~80 % müssen Anfragen ablehnen (BGW 2024)
- ④ **Krankenhäuser:** 94 % konnten 2023 offene Pflegestellen nicht besetzen (DKG 2025)
- ⑤ **Bis 2049:** mindestens 280.000 zusätzliche Pflegekräfte nötig (Destatis 2024)



PERSONALMANGEL IST KEIN RECHENFEHLER, SONDERN STRUKTURELL VERSTÄRKT

- 1 **Ausbildungsabbrüche:** 25–30 % vorzeitige Vertragslösung (Uhly 2023)
- 2 Nur ~63 % erfolgreicher Abschluss (BMFSFJ 2024)
- 3 **Altersstruktur:** ~40 % über 50 Jahre in stat./amb. Pflege (Pflegekammer NRW 2023)
- 4 **Beschäftigungswachstum seit 2022 nahezu** ausschließlich durch internationale Rekrutierung (BA 2026)
- 5 **Kipppunkt:** mehr Austritte als Nachrücker (DAK Pflegereport 2024; Augurzky et al. 2023)





e

PFLEGEPERSONAL-SCHLÜSSEL IN DE UNTER EVIDENZ



- **PpUGV:** Allgemeinstation ~1:10 tags, ITS ~1:2,5 tags/1:3,5 nachts
- **International evidenzbasiert:** 1:4 bis maximal 1:6 (Aiken et al.; Dall'Ora et al. 2022)
- **Simon (2022):** selbst PpUGV-Minima werden auf den **meisten ITS nicht erreicht** — Verdopplung/Verdreifachung des Personals nötig
- **Schlenker 2025: 12 % Personalreduktion → 5 % höhere Mortalität, 0,3 statistische Lebensjahre weniger**
- Missed nursing care ist logische Folge (Primc 2021; Diestermann et al. 2021; Hasseler 2021)

KRANKENHAUSREFORM 2026 – VERSCHLECHTERT SITUATION - MISSED NURSING CARE VERSTÄRKT

- ① PPR 2.0 abgeschafft
- ② Nur ~63 % erfolgreicher Abschluss (BMFSFJ 2024)
- ③ **Ersatz:** unbestimmte Generalnorm „ausreichend Personal vorhalten“ ohne überprüfbaren Maßstab
- ④ Pflegebudget ab 2027 gedeckelt, Fortschreibung auf Vorjahresbasis
- ⑤ Tarifsteigerungen oberhalb der Budgetentwicklung nur noch teilweise refinanziert
Pflegeentlastende Maßnahmen laufen bis 2029 vollständig aus



ROLLENUNKLARHEIT & FRAGMENTIERUNG



- **SGB V / SGB XI:** getrennte Finanzierungs-, Steuerungs- und Vergütungslogiken (SVR 2018)
- Kein gesetzlicher Scope of Practice, keinen finanzierten pflegefachlichen Grundlagen
- **Rollen u. Verantwortlichkeiten** bleiben unscharf zwischen Assistenz, Fachpflege, Grundversorgung
- **Umbenennung Pflegeassistentz** → **Pflegefachassistentz** verwischt die Grenzen weiter
- Pflegefachberufe wird **als flexible Lückenfüller** eingesetzt statt als eigenständige Profession mit einem definierten Auftrag in Gesundheits- u. Krankheitsversorgung

ROLLENUNKLARHEIT & FRAGMENTIERUNG



- Beschränkung auf ausführende Rolle mit Fokus auf Rest, der übrig bleibt, kaum Selbstverwaltung (Hasseler 2026)
- Nur ~0,64 % akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen (2023)
- **Skill-Mix wird gesenkt:** Assistenzausbau ohne Anstieg qualifizierter Pflege
- **Internationale Rekrutierung:** Bachelor Nursing wird faktisch auf deutsches Ausbildungsniveau runternivelliert (Hanrieder & Januschek 2025)

2. DIE VERSTÄRKER



KLIMAWANDEL & GEOPOLITISCHE KRISEN



- **Hitzewellen 2018:** ~8.000 hitzebedingte Todesfälle in Deutschland (an der Heiden et al. 2019)
- **Besonders vulnerabel:** > 80-Jährige, chronisch Kranke, Alleinlebende (Ebi et al. 2021; Wrotek et al. 2025)
- **Ahrtal 2021:** Zusammenbruch der Versorgung vulnerabler Gruppen (Wiesehahn & Kaifie 2024; Rohde et al. 2025)
- **Pflegefachberufe** sind selbst betroffen u. tragen zugleich Versorgungsverantwortung unter schwierigen Bedingungen, da in Gesundheits- u. Krankheitsversorgung nicht als eigene Entität
- **SVR 2023:** Resilienz erfordert lernende, adaptive Strukturen — Pflegefachberufe u. Pflegefachversorgung bislang unzureichend integriert

KLIMAWANDEL & GEOPOLITISCHE KRISEN



- **2026 ist bereits jetzt das schwerste Hitzejahr seit Beginn der RKI-Zeitreihe:** rund 14.000 hitzebedingte Sterbefälle bis Anfang August (RKI KW 32/2026)
- **> 80 % der Todesfälle** betreffen Menschen ab 75 Jahren, mehr als 50 % die Altersgruppe 85+
- **Hitzewelle Ende Juni 2026:** allein in einer Woche ~4.310 Sterbefälle, Übersterblichkeit ~5.400
- **82 % der Langzeitpflegeeinrichtungen stark bis sehr stark betroffen;** nur 21 % klimatisiert, nur 30 % mit Hitzeschutzplan (Paritätischer Verband)
- **Nur 38 % der Krankenhäuser mit gekühlten Zimmern** — u. auch dort nicht flächendeckend
- **Nur 1 von 5 Gesundheitseinrichtungen hat einen Hitzeaktionsplan** (BARMER-Hitzestudie 2025)
- **Bundesregierung 2026:** keine neuen Fördermittel für Klimaanpassung sozialer Einrichtungen

DIGITALISIERUNG & KI

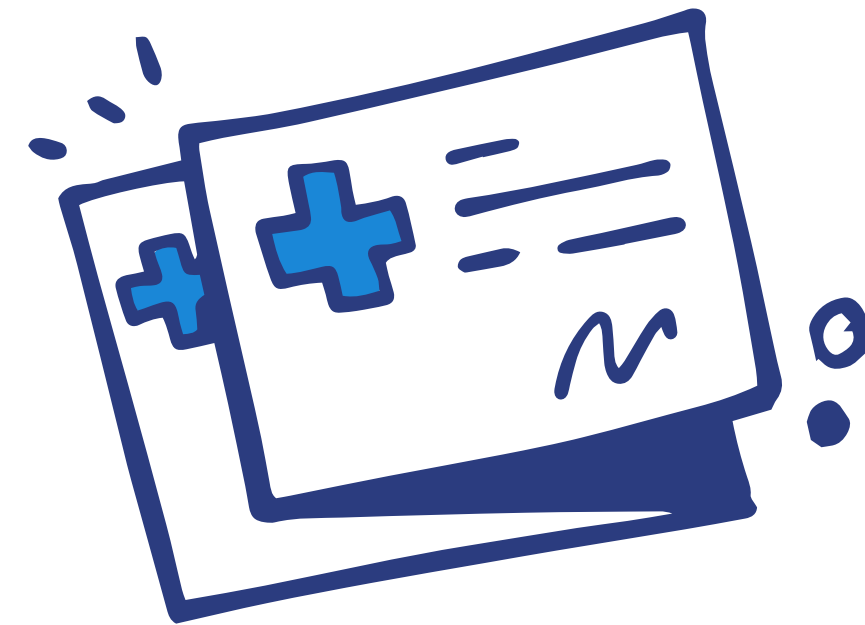
➔ Fünf Kernbotschaften zu KI und Pflegefachberufe

- Potenziale nur durch reflektierte, partizipative Implementierung
- Digital Readiness heterogen u. systematische Qualifizierung nötig
- Curriculare Verankerung als Bestandteil pflegefachlicher Professionalität
- Rollen rechtlich, strukturell, finanziell stärken (z. B. ePA-Schreibrechte, Rau et al. 2024)
- Kein technologischer Ersatz für ausreichendes Personal und Rahmenbedingungen



Unter der Voraussetzung, dass DE überhaupt Fachpflege will - Rückstand

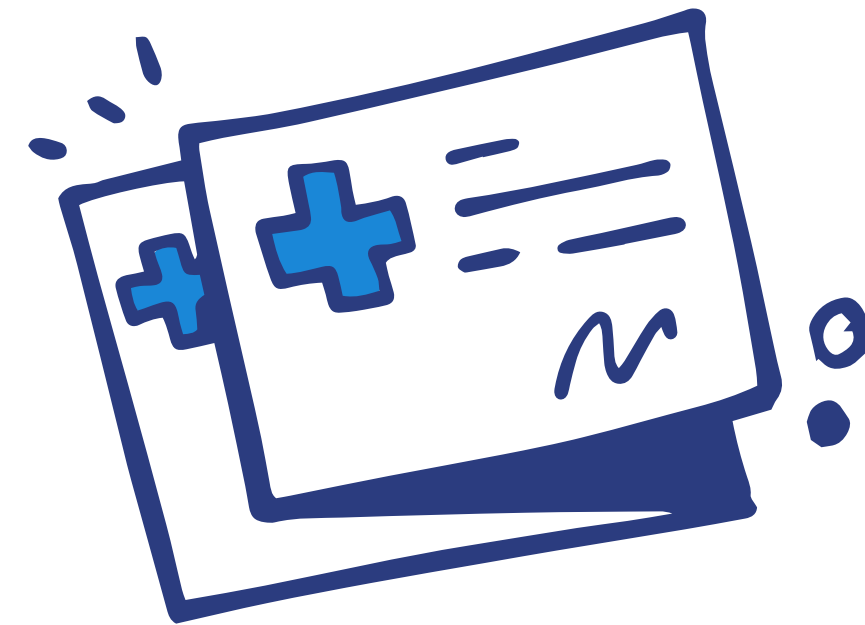
DE kann nicht mehr mit internationaler Entwicklung von Nursing mithalten u. vor diesem Hintergrund auch nicht mit pat.-orientierter KI-Entwicklung u. Digitalisierung



DIGITALISIERUNG & KI



- **Anwendungen:** Dokumentation, klinische Entscheidungsunterstützung, Triage, Kommunikation (Tischendorf et al. 2025)
- Digitale Kompetenzen der Gesundheitsberufe heterogen (Wells et al. 2025)
- Systematische Verankerung in Curricula fehlt (Tischendorf et al. 2024a; Hinsche et al. 2026)
- **DE** baut ein Digitalisierungssystem, in dem Pflegefachberufe als Randfigur konstruiert sind
- Die rechtliche Rahmung („darf“) ersetzt keine strukturelle Ermöglichung („kann und tut es“)
- **Pflegefachberufe** werden digital als Empfängerin von Verordnungen adressiert — nicht als Ko-Produzentin klinischer Information



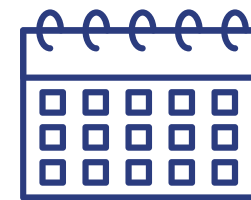
3. REFORMRHETORIK & BLOCKADE



MODELLPROJEKTE OHNE TRANSFER



G-BA-Richtlinie Heilkundeübertragung, § 63 Abs. 3c und § 64d SGB V



Innovationsfonds seit 2016 — Bilanz: selektiver Transfer in Regelversorgung



Unklarheit, wie Modellprojekte dauerhaft finanziert werden



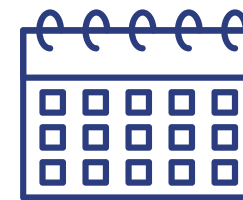
Fragmentierte Zuständigkeiten KV, Kassen, G-BA + Arztvorbehalt + Haftung

Pflegefachprojekte verharren im Modellstatus

PFLEGEKOMPETENZ- GESETZ - AMBIVALENT



Angebliches Ziel: Ziel: Stärkung
Pflegefachberufe als eigenständige Profession



Arztvorbehalt in zentralen Bereichen bleibt



§ 73d SGB V: Nebelkerze: Neue
Aufgaben werden an Selbstverwaltung
/ G-BA delegiert



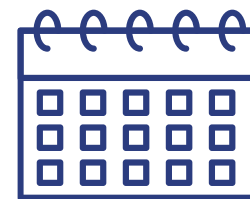
Leistungskataloge müssen erst
verhandelt, Richtlinien angepasst
werden u. dann braucht es ein
Leistungserbringungsrecht

Einfach nur: Reformrhetorik moderner als Reformwirkung

DE HINKT BEI ANP VOLLSTÄNDIG HINTERHER



Kanada, USA, UK, Irland, Niederlande: APN mit klarem Scope of Practice, teils Verordnungsrechten



Deutschland: Delegationsmodelle, zeitlich befristete Projekte



Regulation, Finanzierung, Rollenkonsens fehlen

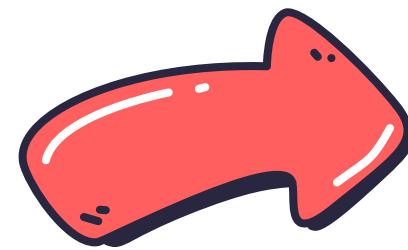


Ohne gesetzlichen Scope of Practice & Finanzierung bleiben APN-Rollen strukturell folgenlos

Einfach nur: verpasste Chancen für bedarfsangemessene Versorgung

BILDUNGSWISSENSCHAFTLICHE KONSEQUENZEN

wenn DE vorhätte Pflegefachberufe als Nurses zu entwickeln - hat es aber nicht



Zukunftskompetenzen der Pflegefachberufe

- Vertiefte klinische Assessment- und Entscheidungskompetenz für komplexe Situationen; verantwortliche Aufgaben in Gesundheits- u. Krankheitsversorgung
- Transition Care, Case Management, Versorgungskoordination
- Digital und Data Literacy inkl. algorithmischer Systeme
- Ressourcen- u. Systemkompetenz (Fehlsteuerung erkennen und artikulieren)
- Krisen- u. Resilienzkompetenz, Planetary Health
- Diversitäts- u. Vulnerabilitätskompetenz
- Interprofessionelle Kooperations- u. Aushandlungskompetenzen

CURRICULARE KONSEQUENZEN

wenn DE vorhätte Pflegefachberufe als Nurses zu entwickeln - hat es aber nicht

Curriculare Konsequenzen

- Generalistik allein greift zu kurz — Spezialisierungen notwendig
- **Grundlegende Bausteine:**
 - Community Health Nursing, Primary Health Care
 - Case Management, Transition Care
 - Gerontologische, geriatrische, pädiatrische Versorgung, Intensiv, Palliativ etc.
 - Digital Health, Pflegeinformatik, KI (technisch, ethisch, rechtlich)
 - Klimawandel, Planetary Health, Migration, Diversität
- APN-Qualifikation auf Masterebene mit klar definierten Rollen für Gesundheits- & Krankheitsversorgung



DIDAKTISCHE UND ORGANISATIONALE KONSEQUENZEN

wenn DE vorhätte Pflegefachberufe als Nurses zu entwickeln - hat es aber nicht



- Simulationsbasiertes Lernen mit Komplexitäts- und Krisenszenarien
- Forschungs- u. problemorientierte Lehr-Lern-Formate
- Beteiligung an Versorgungsforschung u. Implementierungsprojekten
- Collaborative Online International Learning (COIL) für interkulturelle Kompetenz
- Learning Health Systems: Versorgungsdaten für Lern- u. Verbesserungsprozesse
- Karrierewege verknüpfen klinische, pädagogische, wissenschaftliche Tätigkeiten

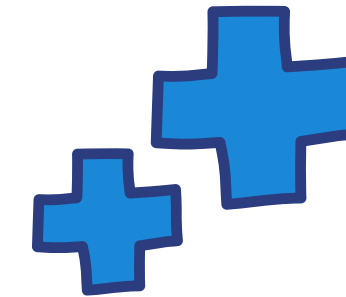
FAZIT & AUSBLICK



- Manifeste Strukturprobleme
- keine **Nachhaltigkeit** bezogen auf Pflegefachpersonalmangel, evidenzbasierter u. pflegefachlicher Gesundheits- u. Krankheitsversorgung
- **kommende Reformen** werden Situation pflegefachlicher Versorgung u. Strukturprobleme verschärfen
- irgendwann müssen sich mächtige Selbstverwaltungsorgane sowie Politik fragen, ob sie **Nurses/Pflegefachberufe oder Pflegeassistenz möchten**
- im Grunde werden **Kipppunkte Pflegefachpersonalmangel erreicht**
- Reformrhetorik dominiert, aber keine Reformen im Sinne der Versicherten u. pflegefachlichen Versorgung
- Ohne **Scope of Practice, Selbstverwaltung u. Refinanzierung** wird **Kompetenz entwertet**, bevor sie wirken kann



**HERZLICHEN
DANK!**



+49 1629698980



www.martina-hasseler.com



Professorin für
Gesundheits- u.
Pflegerwissenschaften,
Forschungsprofessur