

Masterstudiengang Führung und Management im Gesundheitswesen
Hochschule für angewandte Wissenschaften Neu-Ulm

MASTERARBEIT

**Akademisierung in der Pflege:
Chancen, Risiken und Herausforderungen**

Verfasserin: Elisabeth Ziegler (Matrikel-Nr.: 207500)
Vorderreute 9
87534 Oberstaufen

Betreuer: Prof. Dr. Alexander Würfel

Thema erhalten: 1.12.2025
Arbeit abgeliefert: 28.02.2026

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	IV
Tabellenverzeichnis.....	V
Abkürzungsverzeichnis	VI
Einleitung	1
2. Demografischer Wandel.....	3
2.1 Medikalisierungs- bzw. Morbiditätsthese	6
2.2 Kompressionsthese.....	6
2.3 Zwischenfazit	7
3. Personalbemessung: § 113c SGB XI	9
3.1 Qualifikationsniveaus.....	10
3.1.1 QN 4 und 5: Ausbildung Pflegefachkraft.....	11
3.1.2 QN 6: Pflegefachkraft mit Bachelorabschluss	13
3.1.3 QN 7: Pflegefachkraft mit Masterabschluss	16
3.1.4 QN 8: Pflegefachkraft mit Promotion	16
4. Phasen der Akademisierung.....	17
4.1 Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG)19	
4.2 Pflegeberufegesetz (PflBG)	21
4.3 Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG)	22
4.4 Pflegekompetenzgesetz (PKG)	24
4.5 Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP)	
.....	25
4.4.1 Advanced Practice Nurse	26
4.4.2 Community Health Nurse	30
4.6 Zwischenfazit	32
5. Ausländische Fachkräfte	33
5.1 Anerkennungsverfahren	33
5.2 Recruiting.....	34

5.4. Einsatz & Befugnisse	36
5.5 Global Skills Partnership (GSP)	36
5.6 Zwischenfazit	37
6. Implementierung von akademischen Pflegekräften	39
6.1 Skill-Grade-Mix	39
6.2. Chancen, Risiken und Herausforderungen.....	40
6.3. Zwischenfazit	42
7. Schlussbetrachtung.....	44
7.1. Fazit.....	44
7.2 Ausblick	45
Literaturverzeichnis.....	VII
Eidesstattliche Erklärung	XIII

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Lebenserwartung bei Geburt in Deutschland.....	3
Abbildung 2: Altersaufbau der Bevölkerung 2024 im Vergleich zu 1990	4
Abbildung 3: Anzahl Pflegebedürftiger von 1999 bis 2023 (in 1.000).....	5
Abbildung 4: durchschnittliche Verweildauer in Pflegeeinrichtungen	8
Abbildung 5: Ablauf der Finanzierung über den PAF	23
Abbildung 6: Aufgaben einer APN.....	27
Abbildung 7: Aufgaben einer CHN	30
Abbildung 8: Ausländische Pflegekräfte im Vergleich zu Beschäftigten insgesamt.	33

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualifikationsniveaus in der Pflege	10
Tabelle 2: Ablauf generalistische Ausbildung	13
Tabelle 3: Ablauf Pflegestudium	15

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	
Abs	Absatz
APN	Advanced Practice Nurse
AEUV	Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union
ASB	Arbeiter Samariter Bund
BÄK	Bundesärztekammer
BAGFW	Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege
BEEP	Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
Bspw	beispielsweise
CHN	Community Health Nurse / Community Health Nursing
DEVAP	Deutscher evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e.V.
GSP	Global Skills Partnership
ICN	International Council of Nurses
Lt	laut
NP	Nurse Practitioner
QN	Qualifikationsniveau
PAF	Pflegeausbildungsfonds Bayern
PDL	Pflegedienstleitung
PeBeM	Pflegepersonalbemessung
PflBG	Pflegeberufegesetz
PflBRefG	Pflegeberufereformgesetz
PflStudStG	Pflegestudiumstärkungsgesetz
PKG	Pflegekompetenzgesetz
VDAB	Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe

Einleitung

Demografischer Wandel – Fachkräftemangel – Babyboomer – Generalistik - Akademisierung

Die gesellschaftliche Debatte zum Thema Pflege bzw. Pflegeausbildung ist geprägt von der Realität des demografischen Wandels, dem Fachkräftemangel, dem Renteneintritt der sog. Babyboomer-Generation und die Notwendigkeit, die Ausbildung an diese sich stetig verändernde Lage anzupassen.

Die geburtenstarken Jahrgänge von 1955 – 1969 erreichen aktuell das Renteneintrittsalter, sodass sich ein kausaler Zusammenhang erkennen lässt.

Da im Moment mehr Personen den Arbeitsmarkt verlassen, als in ihn eintreten, kommt es durch den demografischen Wandel zu einem Fachkräftemangel. Lt. Aussage von Experten*innen ist ein Lösungsansatz zur Abfederung dieses Effekts die Akademisierung in der Pflege. Durch die Einführung des Pflegestudiums ergeben sich neue Berufsfelder, die eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherstellen. Des Weiteren darf die generalistische Pflegeausbildung ebenfalls nicht vernachlässigt werden.

„Die Akademisierung des Pflegeberufs begann in den 1990er Jahren und dauert bis heute an. Dabei soll den zunehmenden Anforderungen und Herausforderungen an die Profession Pflege auch durch ein Vorantreiben der Akademisierung begegnet werden. Gesetzesreformen und -initiativen schaffen hierfür eine verbindliche Grundlage.“¹

Die vorliegende Masterarbeit widmet sich der Komplexität und Dringlichkeit dieses Themas und beleuchtet strukturiert die Chancen, Risiken und Herausforderungen der Akademisierung in der Pflege. Dafür werden Perspektiven und zentralen Akteur*innen im Bereich der Pflege herausgearbeitet und in den chronologischen Kontext der Gesetzesreformierung gesetzt.

Sie beginnt mit einer Erklärung des demografischen Wandels (Punkt 2) und seinen zahlreichen Auswirkungen bzw. der resultierenden Rahmenveränderungen im Bereich der Pflege und Pflegekräfte.

Im nächsten Schritt wird auf die Personalbemessung (Punkt 3) näher eingegangen und wie diese mit der Akademisierung zusammenhängt. Angegliedert an die Personalbemessung sind die Erläuterungen der Qualifikationsniveaus (QN) (Punkt 3.1) zu finden,

¹ Strube-Lahmann/ Dißmann/ Vogler (2024), S. 143.

welche tabellarisch mit den jeweilig notwendigen Ausbildungsschritten zusammengefasst werden. Von besonderem Interesse für diese Forschungsarbeit sind die Niveaus ab QN 4 (Punkt 3.1.1) aufsteigend. Um den Unterschied zwischen schulischer Ausbildung und Pflegestudium (Punkt 3.1.2) besser nachvollziehen zu können, werden beide Bildungswege näher vorgestellt.

Da mit QN 6 die akademische Pflegeausbildung beginnt, wird im nächsten Kapitel auf diese vertieft eingegangen.

Es erfolgt ein kurzer historischer Abriss der Akademisierung in der Pflege (Punkt 4) bevor auf die entsprechenden Gesetze und deren Auswirkungen auf die Akademisierung eingegangen wird. Am Ende dieses Kapitels werden zwei der bekanntesten akademischen Berufsfelder näher vorgestellt: die Advanced Practice Nurse (Punkt 4.4.1) und die Community Health Nurse (Punkt 4.4.2). Diese Abschlüsse sind im Ausland weit verbreitet, sodass sie die Überleitung zum nächsten Kapitel den ausländischen Fachkräften (Punkt 5) bilden. Hier werden unter anderem folgende Aspekte näher vorgestellt: Anerkennungsverfahren (Punkt 5.1), Recruiting (Punkt 5.2) sowie Einsatz und Befugnisse (Punkt 5.3).

Im letzten Kapitel dieser Arbeit stellt sich die Frage nach dem Einsatz von akademischen Pflegekräften in ein Team (Punkt 6) – was für Instrumente gibt es hierfür und was sind die Chancen, Risiken und Herausforderungen (Punkt 6.2).

Die Arbeit schließt mit einer Schlussbetrachtung (Punkt 7) sowie einem Ausblick.

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit des Textes wird in der vorliegenden Arbeit teilweise auf die Verwendung weiblicher und männlicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für beide Geschlechter.

2. Demografischer Wandel

Unter demografischen Wandel werden die Entwicklung der Bevölkerung und ihre Veränderungen verstanden. Hauptsächlich geht es um die Veränderung der Altersstruktur und der Geburtenzahlen. Kennzeichnend für Deutschland ist seit den 1970er Jahren, dass die Sterberate höher als die Geburtenrate ist. Würde es keine Zuwanderung geben, würde die Bevölkerungszahl weiter sinken.²

Hinzu kommt die gestiegene Lebenserwartung (siehe Abbildung 1). Diese liegt aktuell bei Geburt bei Jungen bei 78,5 Jahren und bei Mädchen bei 83,2 Jahren. Dieser Anstieg ist auf folgende Gründe zurückzuführen:

- Reduzierung der Säuglingssterblichkeit bis Mitte des 20. Jahrhunderts
- Verbesserte medizinische / gesundheitliche Versorgung
- Verbesserte Hygienebedingungen
- Abwechslungsreichere Ernährung
- Verbesserte Wohnsituation
- Aber auch moderne Arbeitsbedingungen und damit verbunden der materielle Wohlstand.

Aber nicht nur die Säuglingssterblichkeit ist gesunken, die Lebenserwartung ab 65 Jahren ist ebenfalls gestiegen. Durchschnittlich lebt heutzutage ein 65-jähriger Mann noch 17,7 Jahre, eine Frau weitere 20 Jahre.³

Lebenserwartung bei Geburt in Deutschland
in Jahren

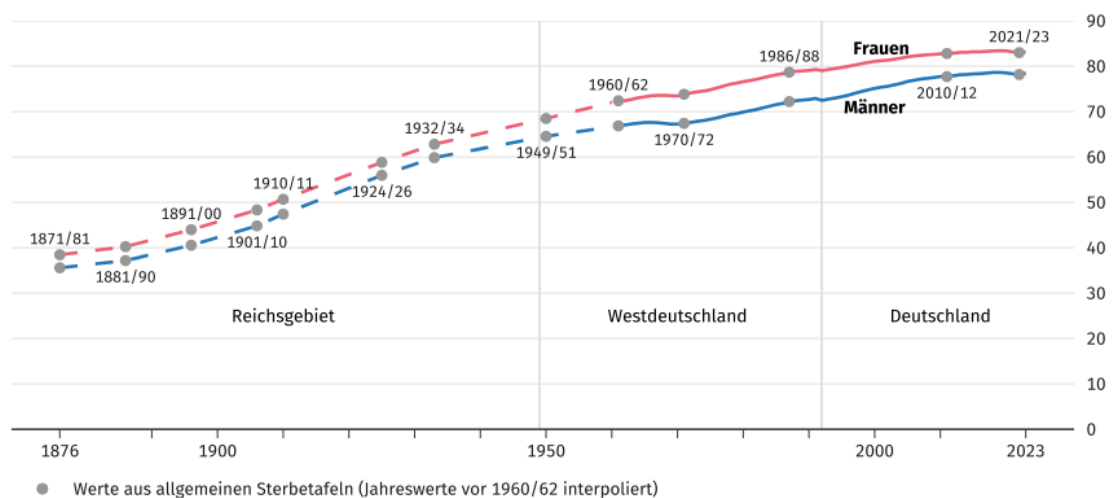


Abbildung 1: Lebenserwartung bei Geburt in Deutschland
Quelle: Destatis (2026 b), online Dokument.

² Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung (2016), online Dokument.

³ Vgl. Destatis (2026 a), online Dokument, und vgl. Destatis (2026 b), online Dokument.

Eine Folge des demografischen Wandels besteht darin, dass es auf Grund des Rückgangs der Geburtenzahlen immer mehr ältere als junge Personen gibt. Dies spiegelt sich in der sog. Alterspyramide (siehe Abbildung 2). Die Pyramide ist auf dem Weg sich umzudrehen.⁴

Altersaufbau der Bevölkerung 2024

im Vergleich zu 1990

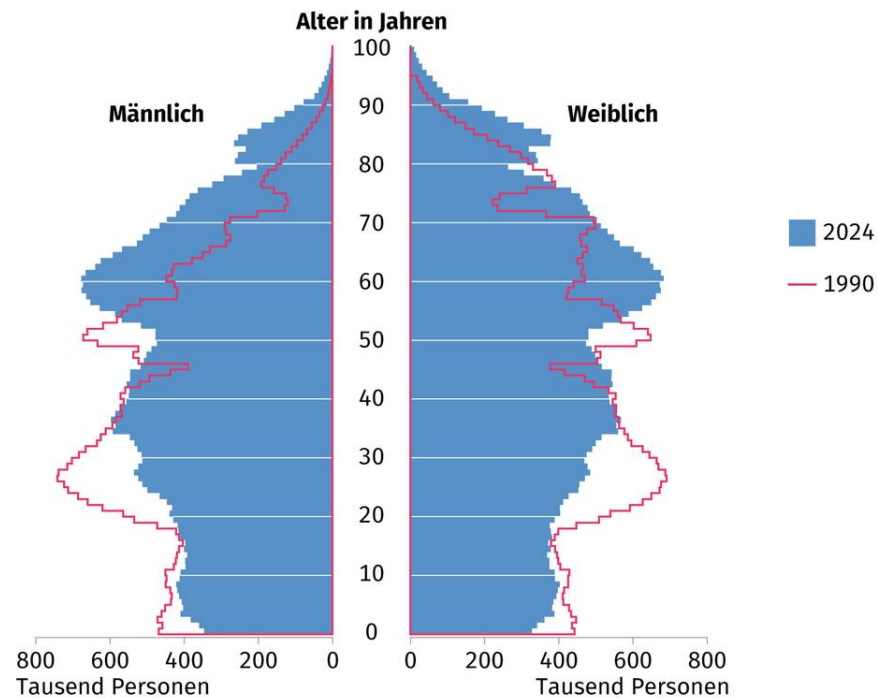


Abbildung 2: Altersaufbau der Bevölkerung 2024 im Vergleich zu 1990

Quelle: Destatis (2024), online Dokument.

Durch die stetig alternde Bevölkerung wächst somit auf der einen Seite die Anzahl der Personen, die pflegebedürftig werden.

Es ist davon auszugehen, dass bis 2050 über 7 Millionen Menschen pflegebedürftig sein werden. Dieser Trend ist auch in der folgenden Abbildung (Abbildung 3) erkennbar.⁵ Im Jahr 1999 waren knapp 2 Millionen Menschen pflegebedürftig, wohingegen es 2023 bereits 5,7 Millionen waren; Tendenz weiter steigend.

⁴ Vgl. Sulak et al. (2022), online Dokument S. 2.

⁵ Vgl. Scholle (2025 a), online Dokument.

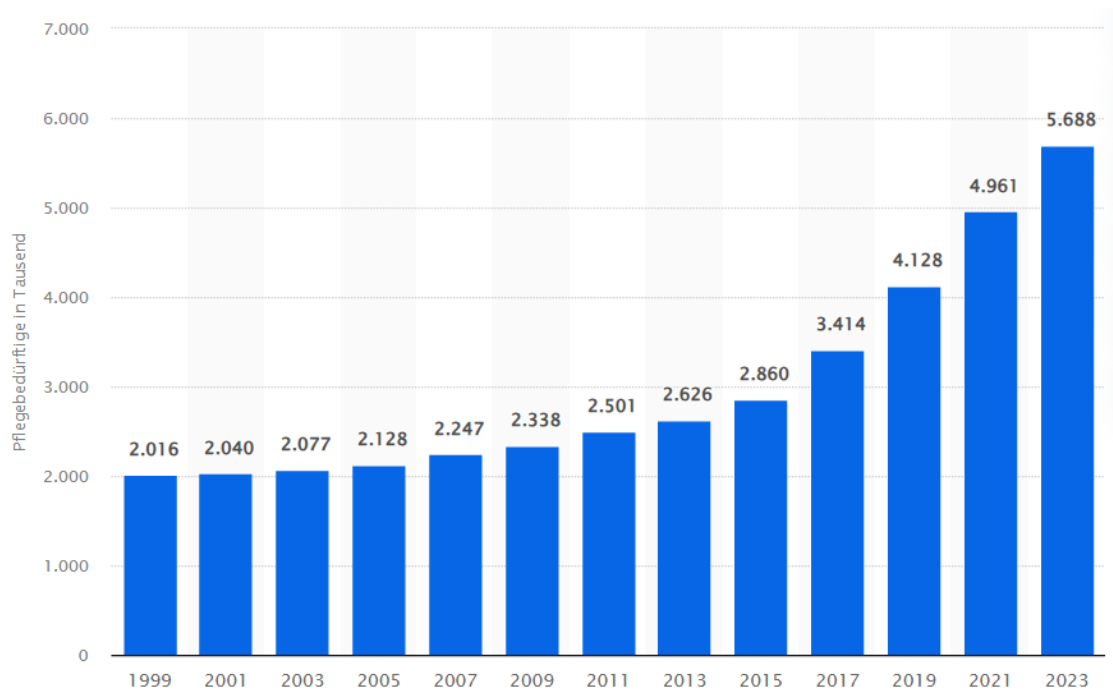


Abbildung 3: Anzahl Pflegebedürftiger von 1999 bis 2023 (in 1.000)
 Quelle: Scholle (2025 a), online Dokument

Auf der anderen Seite sinkt die Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter. Diese Entwicklung hat Auswirkungen auf die Fachkräfte bzw. den Arbeitsmarkt.⁶

„Die „Fachkraft“ wird zur begehrten Ressource, um welche potenzielle Anstellungsträger konkurrieren werden.“⁷

„Die Nachfrage nach Pflegeleistungen wird aufgrund steigender Zahlen pflegebedürftiger Menschen zunehmen, die Leistungskapazitäten von Pflegeeinrichtungen werden aufgrund sinkender Zahlen professionell pflegender Menschen abnehmen.“⁸

Hinzu kommt, dass die Geburtenrate stetig weiter sinkt – zum einen durch immer weniger in Betracht kommende Menschen im reproduktiven Alter und zum anderen sind die Geburten je Frau rückläufig.⁹

Welche Auswirkungen hat der demografische Wandel auf die Pflege bzw. wie entwickelt sich die Zusammensetzung der pflegebedürftigen Personen in der vollstationären Pflege und welche Herausforderungen ergeben sich daraus für die Mitarbeiter*innen in Einrichtungen? Hierzu gibt es zwei unterschiedliche Thesen:

⁶ Vgl. Bogai/ Hirschenauer (2015), S. 2.

⁷ Vgl. Runde/ Da-Cruz/ Schwegel (2012), S. 3.

⁸ Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e. V. (DEVAP) (2022), S. 5.

⁹ Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode. (2002), S. 15.

2.1 Medikalisierungs- bzw. Morbiditätsthese

Die Medikalisierungs- bzw. Morbiditätsthese wurde 1977 von Ernst Gruenberg, einem US-amerikanischen Arzt, ins Leben gerufen. Sie besagt, dass auf Grund des technischen Fortschritts bzw. der stetigen Neuerungen gerade im Gesundheitswesen die Sterblichkeit vor allem bei chronisch Kranken gesenkt und die Lebenserwartung gesteigert werden kann. Die durchschnittliche Phase der Krankheit wurde somit vergrößert.¹⁰

„Demnach hat sich im Zuge des Anstiegs der Lebenserwartung nur die Dauer der gesundheitlich eingeschränkten Lebensphase, nicht aber die Länge der gesunden Lebenszeit verlängert.“¹¹

2.2 Kompressionsthese

Kurze Zeit später, wurde 1980 von James Fries (ebenfalls ein US-amerikanischer Arzt) die folgende Kompressionsthese aufgestellt: „ (...) der gesundheitliche Zustand der Bevölkerung [wird] durch einen verbesserten Arbeits- und Gesundheitsschutz, durch den medizinisch-technischen Fortschritt sowie durch die zunehmende Inanspruchnahme von präventiven Leistungen verbessert.“¹²

„Demnach kann durch Präventionsmaßnahmen und verbesserte Lebens- und Arbeitsbedingungen das Alter bei der Erstmanifestation von Erkrankungen sowie das Auftreten von Behinderung und altersbedingten Krankheiten zeitlich verschoben werden.“¹³

¹⁰ Vgl. Hummel/ Wrzeziono (2022), S. 46.

¹¹ Kroll/ Lange/ Ziese (2008), S. 10.

¹² Bogai/ Hirschenauer (2015), S. 9.

¹³ Hummel/ Wrzeziono (2022.), S. 48.

2.3 Zwischenfazit

Werden diese zwei Thesen als Grundlage für zukünftige Pflegebedürftige herangezogen, könnte sich für die stationäre Langzeitpflege nach der These von E. Gruenberg folgendes Bild ergeben: es gibt eine erhöhte Nachfrage nach Pflegeplätzen. Zwar wird die Lebenserwartung gesteigert, gleichzeitig verlängern sich jedoch die Phasen der Krankheit.

Auch nach der These von J. Fries werden die Bewohner*innen immer älter. Jedoch wird das Auftreten von Krankheiten aufgrund verbesserten medizinisch-technischen Fortschritts von Präventionsmaßnahmen nach hinten verschoben.

Nach der These von Gruenberg verlängern sich die Krankheitsphasen, nach der These von Fries treten die Krankheitsphasen später auf.

Konsequenz beider Thesen ist, dass je älter die pflegebedürftigen Personen sind, die in Pflegeeinrichtungen aufgenommen werden, desto schwerer ist die krankheitsbedingte Belastung der Personen.

Dies hat wiederum zur Folge, dass die durchschnittliche Verweildauer von Bewohner*innen in der Langzeitpflege sinkt (siehe Abbildung 4). Obwohl die Grafik aus dem Jahr 2015 ist, kam der deutsche Caritasverband e.V. 2023 zu demselben Ergebnis. Dieser führte eine Umfrage in seinen stationären Altenhilfeeinrichtungen durch und konnte dadurch den Trend bestätigen: Die aktuelle Verweildauer ist weiter gesunken und liegt aktuell bei durchschnittlich 25 Monaten.¹⁴

¹⁴ Vgl. Deutscher Caritasverband e. V. (2024), online Dokument.

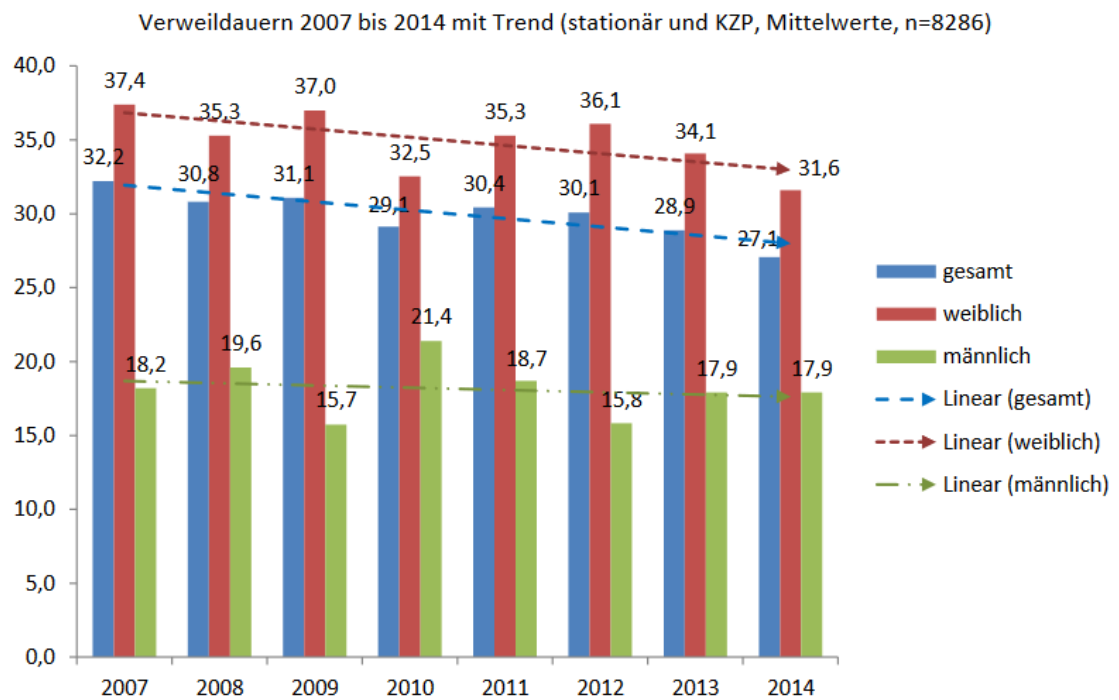


Abbildung 4: durchschnittliche Verweildauer in Pflegeeinrichtungen
Quelle: Dr. Techtmann (2015), S. 3.

Gründe für den späteren Einzug in eine Pflegeeinrichtung sind der Wunsch der Senior*innen möglichst lange zu Hause wohnen zu bleiben und die finanziellen Sorgen, die mit den hohen Eigenanteilen einhergehen.¹⁵

Doch welche Auswirkungen haben die Verweildauern bzw. der Gesundheitszustand von Pflegebedürftigen auf das Personal bzw. die Personalausstattung einer Einrichtung? Dies soll nun im nächsten Abschnitt erläutert werden.

¹⁵ Vgl. Deutscher Caritasverband e. V. (2024), online Dokument.

3. Personalbemessung: § 113c SGB XI

Seit 1. Juli 2023 gibt es das sog. Verfahren zur Personalbemessung (PeBeM) in der Pflege. Geregelt ist dies in § 113c SGB XI „Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen.“ Dieser Paragraf gehört zum elften Kapitel des SGB XI, das die Qualitätssicherung sowie sonstige Regelungen zum Schutz der Pflegebedürftigen festlegt.

Das Gesetz beschreibt ein bundeseinheitliches Personalbemessungsverfahren für die stationäre Langzeitpflege. Damit werden bundeseinheitliche Höchstwerte für die Personalausstattung von stationären Pflegeeinrichtungen mit Fachkräften bzw. Hilfskräften hinterlegt. Gleichzeitig kann jedes Bundesland eine individuelle personelle Mindestausstattung festlegen. Ziel des PeBeM ist es mehr Personal für die Einrichtungen zu erhalten. Damit soll sich die Situation für die Bewohner*innen verbessern.¹⁶

„Ein wichtiges Ziel der neuen Personalbemessung ist eine fachlich bessere Aufgabenteilung in der Pflege. Dabei werden drei Qualifikationen unterschieden: Fachkräfte, Hilfskräfte mit ein- oder zweijähriger Ausbildung und Hilfskräfte ohne Ausbildung.“¹⁷

In Bayern hätten die neuen Personalschlüssel jedoch zur Folge gehabt, dass in den Einrichtungen weniger Personal als bisher zur Verfügung stünde, da schon mehr Personal in den Einrichtungen beschäftigt ist, als eigentlich gefordert. Dem Verband der freien Wohlfahrtspflege ist es schlussendlich gelungen mit den Kostenträgern so zu verhandeln, dass sich an der Personalsituation nichts ändert und somit gleich viel, wenn nicht sogar mehr Personal zur Verfügung steht.¹⁸

„Mitentscheidend ist (...) das Aufgaben- und Kompetenzprofil in der Pflege, hier vor allem die Qualifikation. Um auf Herausforderungen in der Praxis nicht nur zu reagieren, sondern prospektiv und konzeptionell zu antworten, ist eine akademische Grundqualifikation unabdingbar.“¹⁹

Welche (akademischen) Qualifikationen es gibt, wird im Folgenden vorgestellt.

¹⁶ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit Referat 422 - Studien und Modellprojekte, Wissenstransfer und Kommunikationsmaßnahmen (2023 b), online Dokument.

¹⁷ Bundesministerium für Gesundheit Referat 422 - Studien und Modellprojekte, Wissenstransfer und Kommunikationsmaßnahmen (2023 a), online Dokument.

¹⁸ Vgl. Freie Wohlfahrtspflege Bayern (2023), online Dokument.

¹⁹ Schilder/ Boggatz/ Brandenburg (2022), S. 15.

3.1 Qualifikationsniveaus

Seit Einführung des PeBeM Verfahren werden die Aufgaben in der stationären Pflege auf Grund der entsprechenden Qualifikationen und Abschlüsse der Mitarbeiter*innen aufgeteilt. Es gibt insgesamt 8 Qualifikationsniveaus, die sich wie folgt untergliedern (siehe Tabelle 1):

Qualifikationsniveau	Zugeordnete Pflegezertifikate
QN 1	Mitarbeiter*innen ohne Ausbildung nach vier Monaten angeleiteter Tätigkeit
QN 2	- Mitarbeiter*innen ohne Ausbildung mit einem 2–6-monatigen Pflegebasiskurs (mind. 200 Stunden) und insgesamt 1-jähriger angelernter Tätigkeit - Betreuungskräfte nach §43b und §53c SGB XI: 160 Stunden Unterricht und 3 Wochen Praktikum
QN 3	Pflegehelfer*innen mit ein- oder zweijähriger Ausbildung
QN 4	Pflegefachkräfte (3 Jahre Ausbildung)
QN 5	- Pflegefachkräfte mit mind. 2-jähriger Berufserfahrung und einer Fortbildung im Umfang von mind. 200 Stunden theoretischen Unterricht (Bsp.: Palliativpflege, Gerontopsychiatrie, Intensivpflege...) - Pflegefachkräfte mit mind. 2 Jahren Berufserfahrung innerhalb der letzten 5 Jahre und mind. 460 Stunden theoretischer Unterricht Weiterbildung für Leitungsaufgaben
QN 6	Pflegefachkraft mit Bachelorabschluss
QN 7	Pflegefachperson mit Masterabschluss
QN 8	Pflegefachperson mit Promotion

Tabelle 1: Qualifikationsniveaus in der Pflege

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an: Rothgang et al. (2020), S. 92.

Für den Alltag in einer stationären Pflegeeinrichtung sind die Mitarbeiter*innen der QN 1-4 am wichtigsten, da sie den großen Teil der in der Pflege anfallenden Aufgaben übernehmen. Teilweise sind auch diejenigen mit einer entsprechenden Fort- und Weiterbildung (QN 5) für bestimmte Aufgaben notwendig.

Im Zuge dieser Masterarbeit wird nun vertieft auf die Qualifikationsniveaus ab der

Pflegefachkraft (QN 4) eingegangen. Die Darstellung der 3-jährigen Ausbildung ist nötig um im weiteren Verlauf dieser Arbeit einen Vergleich zu der hochschulischen Pflegeausbildung herstellen zu können.

3.1.1 QN 4 und 5: Ausbildung Pflegefachkraft

Seit 2020 wird die generalistische Pflegeausbildung (Generalistik) in Deutschland ausgebildet. Diese kombiniert die drei früheren Ausbildungsberufe Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu einem.²⁰ In der folgenden Tabelle (Tabelle 2) soll nun auf den Ablauf der Generalistik genauer eingegangen werden.

Welche persönlichen Voraussetzungen werden für die Ausbildung benötigt?	- Mittlerer Schulabschluss <u>oder</u> - Hauptschulabschluss mit 1-jähriger Hefer- /Assistentenausbildung in der Pflege <u>oder</u> - Mind. Zweijährige Berufsausbildung - Persönliche & gesundheitliche Eignung - Erweitertes Führungszeugnis - Kenntnisse der dt. Sprache
Wo kann ich mich für die Ausbildung bewerben?	- Krankenhäuser - Stationäre Pflegeeinrichtungen - Ambulante Pflegedienste
Was verdiene ich während der Ausbildung?	- Es gibt keinen allgemeingültigen Tarifvertrag, wodurch die Vergütung zwischen den Ländern und Einrichtungen unterschiedlich ist - Anhaltspunkte liefert der Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes - o 1. Ausbildungsjahr: 1.340,69 € - o 2. Ausbildungsjahr: 1.402,07 € - o 3. Ausbildungsjahr: 1.503,38 €
Wie läuft die Ausbildung ab?	- Theoretischer Unterricht an einer Pflegeschule - Praktische Ausbildung in der gewählten Einrichtung sowie weitere Einsätze in anderen Einrichtungen

²⁰ Vgl. DBfK (2025 b), S. 1.

	➔ Die Planung hierfür wird von der Schule übernommen
Gliederung in Ausbildungsjahre	- 1. + 2. Ausbildungsjahr laufen für alle Auszubildenden gleich ab (sowohl der Unterricht als auch die Pflichteinsätze) - Zu Beginn: Orientierungseinsatz in der gewählten Ausbildungseinrichtung - Danach: Pflichteinsätze in folgenden Bereichen ○ Stationäre Akutpflege ○ Stationäre Langzeitpflege ○ Ambulante Akut-/ Langzeitpflege ○ Pädiatrische Versorgung - 3. Ausbildungsjahr: ○ Pflichteinsatz psychiatrische Versorgung ○ Individuell festgelegter Vertiefungseinsatz
Wer ist während der Ausbildung zuständig?	- Primär: Ansprechpartner ist die jeweilige Ausbildungseinrichtung - an den Einsatzorten: sog. Praxisanleiter*innen, die für die praktische Ausbildung zuständig sind - Praxisbegleitung durch Pflegeschule
Welchen Berufsabschluss erhalte ich nach 3 Jahren?	- Pflegefachfrau / Pflegefachmann / Pflegefachperson ➔ Abschluss wird automatisch EU-weit anerkannt - Wird für das 3. Ausbildungsjahr ein Vertiefungseinsatz im Bereich stationäre Langzeitpflege oder Pädiatrie gewählt, spezialisiert man sich in einen der beiden Bereiche und erhält entweder den Abschluss ○ Altenpfleger*in oder ○ Gesundheits- / Kinderkrankenpfleger*in ➔ Dieser Abschluss erhält jedoch keine EU-weite Anerkennung
Arbeitsfeld / Aufgaben nach der Ausbildung	- In allen Versorgungsbereich der Pflege - Sog. Vorbehaltene Aufgaben: geregelt in §4 Abs. 2 Nr. 1-3 PflbG i.V.m §5 Abs. 3 PflbG ○ Erhebung und Feststellung des individuellen

	Pflegebedarfs und die Planung der Pflege ○ Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses ○ Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege
Weiterbildungsmöglichkeiten	- Diverse Spezialisierungsbereiche wie z.B. ○ Fachkrankenpflege für Intensiv- / Anästhesiepflege, Onkologie und weitere Bereiche ○ Funktionen wie z.B. Wund- und Schmerzmanagement, Palliativpflege, Gerontopsychiatrie aber auch Praxisanleitung ○ Studium

Tabelle 2: Ablauf generalistische Ausbildung

Quelle: eigene Darstellung, Informationen aus Bundesinstitut für Berufsbildung (2024), S. 6-19.

Um einen Vergleich von der schulischen zur akademischen Ausbildung herstellen zu können, soll nun im nächsten Schritt der Ablauf eines Bachelorstudiums (QN 6) im Bereich der Pflege dargestellt werden.

3.1.2 QN 6: Pflegefachkraft mit Bachelorabschluss

Wie schon angedeutet, gibt es neben der klassischen 3-jährigen Ausbildung die Möglichkeit Pflege zu studieren. Laut dem online Portal StudyCheck.de gibt es 389 Bachelor- und Masterstudiengänge im Bereich Pflege / Pflegemanagement/ Pflegewissenschaften etc. an 132 Hochschulen in Deutschland (Stand: Januar 2026).²¹

Wie die Ausbildung, wird nun das Studium anhand der gleichen Kriterien näher vorgestellt (siehe Tabelle 3).

Welche persönlichen Voraussetzungen werden für das Studium benötigt?	- Hochschulzugangsberechtigung (geregelt durch Landeshochschulgesetze)
Wo kann ich mich für die Ausbildung bewerben?	- Bewerbung an einer Hochschule <u>und</u> - Einem Träger für die praktische Ausbildung

²¹ Vgl. OAK - Online Akademie GmbH (2026), online Dokument.

Was verdiene ich während des Studiums?	- Seit 2024 gesetzlich geregelt in § 38b Abs. 2 Pflege-studiumstärkungsgesetz: „Der Träger des praktischen Teils der hochschulischen Pflegeausbildung hat der oder dem Studierenden während der gesamten Dauer des Vertragsverhältnisses eine angemessene monatliche Vergütung zu zahlen.“
Wie läuft das Studium ab?	- Mind. 2100 Stunden theoretischer und praxisnaher Unterricht an einer Hochschule - Mind. 2300 Stunden praktische Einsätze in Einrichtungen der ambulanten und stationären Akut- und Langzeitpflege ➔ Der Träger der praktischen Ausbildung ist für die Organisation und Durchführung aller notwendigen Praxis-einsätze verantwortlich
Gliederung in Studienjahre	- Dauert mind. 6 Semester
Wer ist während des Studiums zuständig?	- Studierende sind während des Studiums Arbeitnehmer*innen der Einrichtung - an den Einsatzorten: sog. Praxisanleiter*innen, die für die praktische Ausbildung zuständig sind
Welchen Abschluss erhalte ich nach 3 Jahren?	- Pflegefachfrau / Pflegefachmann / Pflegefachperson ➔ Staatlicher Abschluss wird automatisch EU-weit anerkannt - Zusätzlich: Akademischer Grad (Bachelor of Science) ⇒ Paralleles Durchlaufen der beruflichen Pflegeausbildung sowie eines Hochschulstudiums
Arbeitsfeld / Aufgaben nach dem Studium	- In allen Versorgungsbereich der Pflege - Leitungs- und Führungspositionen - Wissenschaftliches Arbeiten im Kontext sich permanent verändernder Anforderungen im Bereich der Pflege - Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten - Gestaltung und Evaluation hochkomplexer Pflegeprozesse in multiprofessionell ausgerichteten Teams

	- Weiterentwicklung von Pflegeprozessen
Weiterbildungsmöglichkeiten	- Zusätzlich zu den oben bereits genannten Möglichkeiten der diversen Richtungen der Fachkrankenpflege bzw. der Funktionen, ist ein Masterstudium möglich

Tabelle 3: Ablauf Pflegestudium

Quelle: eigene Darstellung, Informationen aus: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2026), online Dokument, Bundesregierung (2024), online Dokument, Bundesinstitut für Berufsbildung (2024), S. 24-27.

Das Studium dauert ebenfalls drei Jahre und ist dual aufgebaut. Auf der einen Seite finden die klassisch theoretischen Vorlesungen statt. Auf der anderen Seite finden die praktischen Einsätze in den verschiedenen Bereichen der Pflege (wie bei der Ausbildung auch) statt.

Neu ist seit dem Pflegestudiumstärkungsgesetz (siehe Punkt 4.3), dass die Student*innen ebenfalls eine Vergütung erhalten.²²

Mit dem Studium wird folgendes Ziel verfolgt:

„Das Studium vermittelt neben den Inhalten der beruflichen Ausbildung unter anderem Kompetenzen zur Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse, zur Erschließung der neuesten pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse und für eine kritisch reflexive Auseinandersetzung mit theoretischem wie praktischem Pflegewissen.“²³

Neben dem Bachelorstudium gibt es auch noch die Möglichkeit eines Masterstudiums (QN 7) im Bereich Pflege.

²² Vgl. Bundesregierung (2024).

²³ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2026), online Dokument.

3.1.3 QN 7: Pflegefachkraft mit Masterabschluss

So wie es diverse Bachelorstudiengänge im Bereich der Pflege und Pflegewissenschaften gibt, gibt es auch diverse Masterstudiengänge.

Diese sind meistens Management- oder Pädagogikstudiengänge und qualifizieren zu Führungs- und Leitungspositionen in den verschiedensten pflegerischen Einrichtungen.

Der bekannteste Masterstudiengang, der zu weiteren pflegerischen Aufgaben befähigt, ist der der „Advanced Practice Nurse“. Eine ausführliche Beschreibung hierzu findet sich in Kapitel 4.4.1

Die höchste akademische Stufe ist die Promotion (QN 8), die als letztes vorgestellt werden soll.

3.1.4 QN 8: Pflegefachkraft mit Promotion

Das QN 8: Pflegefachkraft mit Promotion bereitet auf die Forschung vor und kommt in den wenigsten Einrichtungen vor bzw. wird in den Einrichtungen im Alltag nicht benötigt. Eine Person mit Promotion im Bereich der Pflege kann Berufsbilder in der Forschung oder in anderen höheren Positionen wie bspw. im Gesundheitsministerium oder ähnlichen Einrichtungen finden. Aus diesem Grund wird in dieser Arbeit nicht weiter auf die QN 8: Pflegefachkraft mit Promotion eingegangen, obwohl dies ebenfalls eine Stufe der Akademisierung ist bzw. Bestandteil der Arbeit wäre.

Inzwischen gibt es viele Studiengänge im Bereich der Pflege. Doch wie kam es überhaupt dazu, dass ein Ausbildungsberuf akademisiert wurde? Einen kurzen chronologischen Abriss dazu, bietet das nächste Kapitel.

4. Phasen der Akademisierung

Das Wintersemester 1991/ 1992 stellt ein markantes Datum für die Akademisierung in der Pflege dar. Dieses Semester war das erste in Deutschland, in dem es möglich war einen fachspezifischen Studiengang im Bereich der Pflege zu belegen. An der Humboldt- Universität in Berlin wurde Medizin- und Pflegepädagogik angeboten. Dieser Studiengang zielte allerdings auf Dozenten*innen bzw. in der Lehre tätige ab.²⁴ Zu Beginn der 1990er-Jahre gab es weitere Reformbestrebungen, hauptsächlich im Bereich der Krankenpflege, die ebenfalls darauf abzielten das Qualifikationsniveau von Lehr- und Leitungskräften anzuheben.²⁵

Allerdings waren dies vermehrt Management- und Pädagogikstudiengänge an Fachhochschulen. Ausgelöst wurde dies durch die Debatte in den 1980er Jahren um den drohenden Pflegenotstand abzuwenden.²⁶ Schon damals gab es die Diskussion um zu wenig Personal in der Pflege und die mangelhafte Versorgung bei Pflegebedürftigkeit.²⁷

Des Weiteren haben fast alle Institutionen bzw. Verbände, die im Bereich der Pflege tätig waren, Stellungnahmen bzw. Vorschläge veröffentlicht mit dem Hintergrund Fort- und Weiterbildungen in der Pflege zu etablieren und den Beruf attraktiver zu gestalten. Nichtsdestotrotz schaffte es erst die Rober-Bosch Stiftung 1991, die den Förderschwerpunkt „Pflege“ ins Leben rief.²⁸

Im selben Jahr wurde ein Gremium gegründet, das die Denkschrift „Pflege braucht Eliten“ verfasste. Zielsetzung war zum einen die Akademisierung voranzutreiben umso den Pflegeberuf attraktiver zu gestalten, zum anderen die Qualität der Pflege zu steigern.

Anfang der 2000er Jahre brachte der Bologna-Prozess weitere Bewegung in die Akademisierung der Pflege. Es wurden weitere Bachelor- und Masterstudiengänge im Bereich Pflege ins Leben gerufen. Gleichzeitig wurde die Möglichkeit geschaffen eine Hochschulzugangsberechtigung über eine Berufsausbildung zu erhalten.²⁹

Erst oder besser gesagt bereits im Juli 2010 hat sich der Wissenschaftsrat mit der Thematik „Hochschulische Qualifikationen für das Gesundheitswesen“ beschäftigt und

²⁴ Vgl. Moses (2015), S. 60.

²⁵ Vgl. Moses (2015), S. 63.

²⁶ Vgl. Strube-Lahmann/ Dißmann/ Vogler (2024), S. 145.

²⁷ Vgl. Schulz-Nieswandt (1990), S. 15.

²⁸ Vgl. Moses (2015), S. 72.

²⁹ Vgl. Strube-Lahmann/ Dißmann/ Vogler (2024), S. 145 f.

einen „erweiterten Ausschuss Medizin“ ins Leben gerufen. Damit sollten die Qualifikationen festgelegt werden, die für die zukünftige medizinische Versorgung notwendig sein werden und die Einschätzung der Hochschulen festhalten. Zwei Jahre später wurden die Empfehlungen dazu verabschiedet.³⁰

Unter anderem wurde gefordert, dass 10 – 20 Prozent der Pflegenden einen akademischen Abschluss haben sollten. „Begründet hat er [Anmerkung: der Wissenschaftsrat] dies mit der zunehmenden Komplexität von Pflege, mit veränderten Rahmenbedingungen der Versorgungslandschaft und der damit verbundenen notwendigen Ausrichtung in multidisziplinären Teams.“³¹

Nach diesem kurzen Abriss durch die Historie der Akademisierung sollen nun im Folgenden die einzelnen Gesetze zur Reformierung der Pflege, der Reihenfolge nach vorgestellt werden.

Jedoch ist vorweg zu erwähnen, dass auf europäischer Ebene keine Gesetze verabschiedet wurden, die eine einheitliche Ausbildung regeln. Es gibt jedoch eine Leitlinie der WHO, die 2001 erlassen wurde: Pflegende und Hebammen für Gesundheit WHO-Strategie für die Ausbildung von Pflegenden und Hebammen in Europa.

Hintergrund der Leitlinie ist, „... dass die Ausbildung von Pflegenden und Hebammen in der Europäischen Region der WHO von sehr unterschiedlicher Qualität ist und dass viele von Ihnen nicht genügend ausgebildet sind, um diesen Herausforderungen gewachsen zu sein.“³²

Es wurde damit das Ziel verfolgt, dass die Mitgliedsstaaten, die es wünschen bzw. benötigen, von den anderen europäischen Staaten profitieren und deren Ausbildung an Qualität gewinnt. Aus diesem Grund wurden Lehrpläne zur Orientierung erstellt anhand derer eine Ist-Analyse zum Stand der Ausbildung durchgeführt werden konnte bevor entsprechende Anpassungen vorgenommen wurden.³³

Somit macht an dieser Stelle das Gesetz zur Reform der Pflegeberufe den Anfang.

³⁰ Vgl. Wissenschaftsrat (2021), S. 5 / 6.

³¹ Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e. V. (DEVAP) (2022), S. 15.

³² Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro Europa (2001), S. 1.

³³ Vgl. Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro Europa (2001), S. 2f.

4.1 Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflB-RefG)

Um die drei Ausbildungsberufe Altenpflege / Krankenpflege / Kinderkrankenpflege zu vereinheitlichen, wurde das Pflegeberufereformgesetz zum 1. Januar 2020 eingeführt. Dies war die Geburtsstunde der Generalistik (genaue Beschreibung der Generalistik sowie der Ablauf der Ausbildung: siehe Punkt 3.1.1 QN 4 & 5). Ziel war es auf die veränderten Herausforderungen im Berufsalltag zu reagieren und weitere Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten zu schaffen.

Während der Gesetzentwicklung bestand für die einzelnen Organisationen und Gruppierungen im Pflegesetting die Möglichkeit eine Stellungnahme zum Referentenentwurf des PflBRefG abzugeben. Beispielhaft sollen hier einige Reaktionen vorgestellt werden:

Arbeitskreis Ausbildungsstätten für Altenpflege:

Dieser Arbeitskreis lehnte die Einführung der Generalistik ab, da es drei verschiedene Ausbildungsberufe gab. Die Befürchtung war, dass der große Verlierer die Altenpflege sein wird, da nach der Ausbildung weniger Personen in diesem Bereich arbeiten wollen würden. Gleichzeitig wurde eine schlechtere Qualität befürchtet, da die Spezialisierungen in der Ausbildung wegfallen sollten.³⁴

Arbeiter Samariter Bund (ASB):

Der ASB sieht trotz einiger Vorteile in der qualitativ besseren Ausbildung die Akademisierung kritisch, wegen eines befürchteten Pflegekräftemangels:

„Pflegekräfte werden zukünftig besser auf den hohen Anteil chronisch erkrankter, multimorbider und dementiell oder psychisch erkrankter Menschen in der Gesundheitsversorgung sowie den erhöhten und komplexer werdenden Behandlungspflegebedarf in den Diensten und Einrichtungen der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege vorbereitet.“³⁵

Allerdings wird die Akademisierung abgelehnt, da die Nachteile überwiegen. Der ASB sieht es als problematisch, dass sich zukünftige Pflegekräfte für ein Studium entscheiden in der Hoffnung in Leitungspositionen zu kommen und nicht mehr für die schulische Ausbildung.³⁶

³⁴ Vgl. Arbeitskreis Ausbildungsstätten für Altenpflege in der BRD (2015), S. 1.

³⁵ Arbeiter Samariter Bund (2015), S. 1.

³⁶ Vgl. Arbeiter Samariter Bund (2015), S. 2.

Bundesverband Pflegemanagement:

Begrüßte die Grundlagen zu einer einheitlichen Ausbildung in den Pflegeberufen sowie die Einführung der Möglichkeit eines Studiums.³⁷

Auch der Deutsche Caritas Verband und die Diakonie Deutschland standen, zusammen mit den ihnen angehörigen Fachverbänden, der Generalistik und der Möglichkeit eines Studiums positiv gegenüber. Sie betonten, dass sie bereits seit Jahren eine gemeinsame Ausbildung in der Pflege gefordert haben und über diesen Entwicklungsschritt nun sehr erfreut sind. Sie bewerteten auch die Vorbehaltsaufgaben als positiv. Ebenfalls sollte durch die neue Ausbildungsrichtlinie die Attraktivität des Pflegeberufs gesteigert werden, was wiederum den Fachkräftemangel entgegenwirkt.³⁸

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe (VDAB):

Der VDAB stand der Generalistik kritisch gegenüber. Er argumentierte so, dass es auf Grund des demografischen Wandels immer mehr ältere Personen geben wird, die der Pflege bedürfen. Einen weiteren Punkt sieht er im Fachkräftemangel. Aus diesem Grund müssten sich Pflegendе auf einen Bereich spezialisieren (Bsp. Altenpflege oder Kinderkrankenpflege) und könnten nicht allgemein ausgebildet werden.³⁹

An dieser Stelle ist zusammenfassend zu sagen, dass etliche der Organisationen die Zusammenlegung der drei Ausbildungsberufe begrüßten, allerdings einige Punkte skeptisch betrachtet werden. Die größten Herausforderungen liegen darin, die Anforderungen der verschiedenen Altersgruppen (bspw. Neugeborene, an Demenz erkrankte oder multimorbide Personen) angemessen und spezifisch auszubilden bzw. ausreichend viele Personen darin auszubilden. Der Mehrwert des Studiums hingegen wird fraglich bewertet, da nicht so viele Studierende in Leitungspositionen in der Pflege arbeiten können bzw. der Mehrwert eines Studiums im Vergleich zur schulischen Ausbildung noch herausgearbeitet werden muss.

Zeitgleich trat das Pflegeberufegesetz in Kraft, dass eben aus dem Pflegeberufereformgesetz entstanden ist und in Punkt 4.2 näher beschrieben werden soll.

³⁷ Vgl. Bundesverband Pflegemanagement (2015), S. 1.

³⁸ Vgl. Deutscher Caritasverband und Diakonie Deutschland (2015), S. 1–3.

³⁹ Vgl. Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (2015), S. 4–5.

4.2 Pflegeberufegesetz (PflBG)

Zum 1. Januar 2020 trat schließlich das Pflegeberufegesetz (PflBG) in Kraft. Es ergibt sich aus Art. 1 des Pflegeberufereformgesetzes. Wie in Punkt 4.1 ausführlich beschrieben, wurden die drei Pflegeausbildungen zusammengelegt und die Möglichkeit eines Pflegestudiums eingeräumt. Auf Grund der Thematik der Arbeit wird an dieser Stelle nur auf die hochschulische Pflegeausbildung weiter eingegangen.⁴⁰

„Die primärqualifizierende Pflegeausbildung an Hochschulen befähigt zur unmittelbaren Tätigkeit an zu pflegenden Menschen aller Altersstufen und verfolgt gegenüber der beruflichen Pflegeausbildung (...) ein erweitertes Ausbildungsziel.“⁴¹ Dies sind folgende Punkte:

1. Steuerung und Gestaltung einzelner Pflegprozesse auf Grund wissenschaftsbasierter Grundlagen
2. Vertieftes Wissen der Pflegewissenschaften was eine Weiterentwicklung mit sich bringt
3. Forschungsgebiete und die Handhabung neuer Technologien in den Pflegealltag mit integrieren
4. Eigene Verbesserungsmöglichkeiten entwickeln und diese in das Alltagsgeschehen mit einbauen
5. Mitentwicklung von Qualitätsmanagement und Expertenstandards
6. Eigenverantwortliche Übernahme von erweiterten heilkundlichen Aufgaben
7. Die unter Punkt 6 genannten Aufgaben in einem interprofessionellen Team zu vertreten
8. Verabreichung von Injektionen und Infusionstherapie
9. Auseinandersetzung der erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten in Hinblick auf fachliche, wirtschaftliche, rechtliche und ethische Fragestellungen.⁴²

„In dem Bemühen, die Lücke zum internationalen Standard schrittweise zu schließen, wurden in Deutschland mit Inkrafttreten des Pflegeberufegesetzes (PflBG) primärqualifizierende Pflegestudiengänge als berufszulassender Bildungsweg eingeführt. Allerdings blieb die Auslastung bestehender Angebote und die Akademisierungsquote weit hinter dem Bedarf und den Empfehlungen des Wissenschaftsrates (WR, 2012) zurück.“⁴³

⁴⁰ Vgl. Prof. Dr. iur. Igl (2017), S. 2 und 5.

⁴¹ Deutscher Bundestag (2017) §37 Abs. 1.

⁴² Vgl. Deutscher Bundestag (2017) §37 Abs. 3 Nr. 1-9.

⁴³ Deutscher Pflegerat (2023), S. 1.

Nachdem die akademische Pflegeausbildung nun gesetzlich verankert war, wurde im nächsten Schritt das Pflegestudiumstärkungsgesetz eingeführt, um die Situation für Studenten*innen zu verbessern.

4.3 Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG)

Veröffentlicht wurde das Gesetz zur Stärkung der hochschulischen Pflegeausbildung, zu Erleichterungen bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse in der Pflege und zur Änderung weiterer Vorschriften im Dezember 2023.

Ziel des Gesetzes ist es das Pflege-Studium attraktiver zu gestalten. Im PflStudStG wurde nun verankert, dass Studierende eine Vergütung erhalten. Gleichzeitig soll das Verfahren zur Anerkennung ausländischer Pflegeabschlüsse vereinfacht werden.

In Artikel 1 sind die Änderungen, die das Pflegeberufegesetzes betreffen, geregelt. Eine wichtige Neuerung für die hochschulische Ausbildung spielt dabei §38 b. Absatz 1 PflStudStG, der besagt, dass für den praktischen Teil der hochschulischen Ausbildung ein Ausbildungsvertrag mit einer Einrichtung und dem Studenten geschlossen wird. Noch wichtiger für Studenten*innen ist jedoch Abs. 2, der folgendes besagt: „Der Träger des praktischen Teils der hochschulischen Pflegeausbildung hat der oder dem Studierenden während der gesamten Dauer des Vertragsverhältnisses eine angemessene monatliche Vergütung zu zahlen.“⁴⁴

Aber nicht nur die monatliche Vergütung für die Studierenden wird geregelt, auch die Finanzierung der praktischen Ausbildung wurde geregelt. Da der praktische Ausbildungsteil genau wie bei der generalistischen Pflegeausbildung abläuft, wurde die Finanzierung ebenfalls über den Pflegeausbildungsfonds Bayern (PAF) geregelt. Die genaue Systematik des PAF ist in Abbildung 5 dargestellt

⁴⁴ Bundesministerium der Justiz (2023), S. 3.

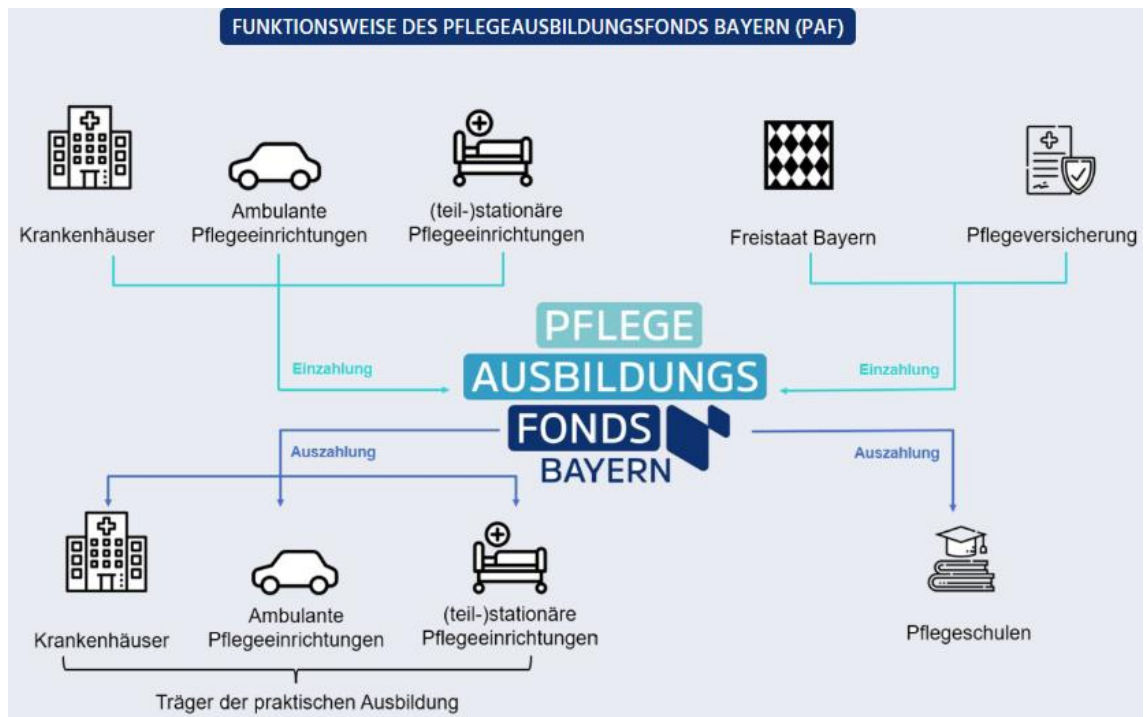


Abbildung 5: Ablauf der Finanzierung über den PAF
 Quelle: Pflegeausbildungsfonds Bayern, online Dokument (2026).

Die Zahlungen an bzw. vom PAF laufen wie folgt ab: alle Krankenhäuser sowie alle ambulanten und (teil-) stationären Pflegeeinrichtungen des Weiteren der Freistaat Bayern und die Pflegeversicherung zahlen in den Fonds einen festgesetzten Betrag ein. Dieser richtet sich nach der Anzahl aller Auszubildenden in Bayern und ist unabhängig davon, ob die einzelnen Einrichtungen Auszubildende beschäftigen oder nicht. Über den Fonds erfolgt dann die Auszahlung an die Einrichtungen, in denen die Auszubildenden ihre praktische Ausbildung absolvieren, sowie an die Pflegeschulen.⁴⁵

Damit wird das Ziel verfolgt, die Akademisierung in der Pflege attraktiver zu gestalten und dem Fachkräftemangel entgegen zu wirken. Gleichzeitig sollen „Nachteile im Wettbewerb zwischen ausbildenden und nicht ausbildenden Einrichtungen [vermieden werden]“ sowie „die Ausbildung in kleineren und mittleren Einrichtungen [gestärkt werden]“ (siehe auch § 39a Abs.1 Nr. 1-5 PflStudStG). Die Nachteile für die Einrichtungen werden vermieden, indem pauschal jede Einrichtung in den Fonds einzahlen muss, unabhängig davon ob sie Auszubildende oder Studierende in der Pflege beschäftigt.

Auf den Aspekt der erleichterten Anerkennung ausländischer Abschlüsse, wird später in dieser Arbeit eingegangen.

Nachdem Anfang der 2020er Jahre die (hoch-)schulische Ausbildung neu geregelt

⁴⁵ Vgl. Pflegeausbildungsfonds Bayern (2026), online Dokument.

wurde, erhielten im nächsten Schritt die Pflegefachkräfte mehr Kompetenzen bei der Ausübung ihrer Arbeit, was im Pflegekompetenzgesetz geregelt wurde.

4.4 Pflegekompetenzgesetz (PKG)

Das folgende Zitat vom ehemaligen Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach fasst die Reform in der Pflege durch das Pflegekompetenzgesetz (PKG) kurz zusammen.

„Pflege kann mehr, als sie bislang darf. Deswegen wollen wir dafür sorgen, dass Pflegefachkräfte ihre Kompetenzen besser einsetzen können und stärker in die Versorgung eingebunden werden als heute. Das hilft allen: Pflegefachkräfte werden in ihrer Arbeit aufgewertet und motiviert, Ärzte entlastet und Pflegebedürftige erhalten die professionelle Zuwendung, die sie benötigen. Angesichts des steigenden Pflegebedarfs in einer alternden Gesellschaft müssen wir die Kompetenzen gezielt dort einsetzen, wo sie vorhanden sind und gebraucht werden.“⁴⁶

Ziel des Gesetzes war und ist es, die Pflegekräfte in ihren Kompetenzen und Befugnissen zu stärken und ihnen weitere Aufgaben zu erteilen, damit Ärzte entlastet werden können. Gerade im Hinblick auf den Fachkräftemangel (sowohl auf Seiten der Pflegekräfte als auch auf Seiten der Ärzte) soll damit entgegengewirkt werden.

Auch die Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) begrüßt die Änderung, denn dies sei ein weiterer Schritt „...zur Stärkung der eigenständigen Ausübung von Heilkunde durch Pflegefachpersonen...“⁴⁷

Damit Pflegefachkräfte heilkundlich tätig werden können, benötigen sie erweiterte Befugnisse bzw. Qualifikationen gem. §14 PflBG. Diese müssen sie erwerben und auch nachweisen können, da sie als „...eigenständige Leistungserbringer auftreten...“⁴⁸

Studierte Pflegekräfte erhalten die Erlaubnis zur Ausführung von heilkundlichen Tätigkeiten per Studium, diejenigen, die eine dreijährige Ausbildung abgeschlossen haben, müssen erst entsprechende Weiterbildungen absolvieren.⁴⁹

Für Pflegefachpersonal gibt es unterschiedliche Befugnisse im Umgang mit pflegebedürftigen Personen.

Die Handlungsfähigkeit ist aktuell auf folgende Diagnosen begrenzt:

- Diabetes mellitus Typ 1 und 2
- Chronische Wunden

⁴⁶ Bundesministerium für Gesundheit (2025 a), online Dokument.

⁴⁷ Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege (2024), S. 2.

⁴⁸ Gemeinsamer Bundesausschuss (o. J.), online Dokument.

⁴⁹ Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege (2024), S. 2.

- Demenz (ausgenommen die Palliativversorgung)

Bei den oben genannten Diagnosen können die übertragenen Tätigkeiten wie folgt aussehen:

- Blutentnahmen
- Gabe von Infusionen und Injektionen
- Legen und Überwachung von Sonden oder Kathetern
- Schmerztherapie
- Überleitung an weiterbehandelnde Einrichtungen⁵⁰

Allerdings ist das PKG in dieser Version nie in Kraft getreten, da es 2024 zum Bruch der Koalition kam. Es wurde im Dezember 2024 noch im Kabinett verabschiedet, aber dann wurde es nie weiterverfolgt.⁵¹

Erst in der nächsten Legislaturperiode wurde die Thematik wieder aufgenommen. Allerdings erhielt das Gesetz einen neuen Namen: Es wurde umbenannt in: Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege

4.5 Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP)

Das Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege ist zum 1. Januar 2026 in Kraft getreten.

Mit dem BEEP wurde § 15a SGB V neu eingeführt. Dieser Paragraph regelt die Behandlung durch Pflegefachpersonen.

Wie schon beim PKG beschrieben, dürfen Pflegefachpersonen „... bestimmte bislang ärztliche Leistungen eigenverantwortlich und auf Basis einer pflegerischen Diagnosestellung [erbringen]“. ⁵²

Aber nicht nur diese Leistungen können erbracht werden. Folgende Aspekte fallen nun ebenfalls in das Aufgabengebiet von Pflegefachkräften:

- Als Modellvorhaben: Pflegebegutachtung zur Feststellung von Pflegegraden durch Pflegefachpersonen
- Empfehlung und Verordnung von Pflegehilfsmitteln

⁵⁰ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (o. J.), online Dokument.

⁵¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2025 b), online Dokument.

⁵² DBfK (2025 c), online Dokument.

- Präventionsempfehlungen

Zusätzlich ist eine Geschäftsstelle eingerichtet worden, die Einrichtungen bzgl. Personal- und Organisationsentwicklung unterstützt (erstmal bis 31.12.2029 befristet) und es wurde ein Katalog im Krankenhaus für vertragsärztliche Leistungen entwickelt, die auch von Pflegefachpersonen erbracht werden können.⁵³

Darüber hinaus sind weitere Modellvorhaben geplant um die Kompetenzen weiter auszubauen.

Durch die Modellvorhaben, die teilweise über mehrere Jahre laufen, hat das BEEP aktuell noch keine großen Auswirkungen auf die Einrichtungen, da die flächendeckende Umsetzung noch ausstehend ist. Die Auswirkungen betreffen eher die Kassen (Bsp. bei den Vergütungsverhandlungen) oder gemeinschaftliche Wohnformen.⁵⁴

Ein Kritikpunkt des DBfK am BEEP ist, dass es immer noch keine verbindlichen und rechtlichen Regelungen zu den Advanced Practice Nurses (APN) gibt. Es wird argumentiert, dass durch das Fehlen eines APN-Gesetzes zum einen Entwicklungspotenziale fehlen zum anderen Deutschland im internationalen Vergleich nicht mithalten kann.⁵⁵

Doch was genau ist eine APN und was sind deren Aufgaben? Dies soll in Punkt 4.4.1 genauer erklärt werden.

4.4.1 Advanced Practice Nurse

„Laut Definition des International Council of Nurses (ICN) sind unter Nurse Practitioner Pflegefachpersonen mit akademischer Zusatzqualifikation zu verstehen, die in spezifischen sektoralen Versorgungsbereichen autonom arbeiten. Sie verfügen über Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten und klinischen Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis. Die Charakteristik der Kompetenzen wird vom Kontext und/oder den Bedingungen des jeweiligen Landes gestaltet, in dem sie für die Ausübung ihrer Tätigkeit zugelassen sind. Nurse Practitioner verfügen über eine Berufszulassung als Registered Nurse (RN) und über Berufserfahrung sowie eine akademische Qualifikation (in der Regel durch ein berufsbegleitendes Masterstudium)“⁵⁶

Zum Verständnis: Advanced Practice Nursing (APN) ist gleichzusetzen mit Nurse

⁵³ Vgl. DBfK (2025 c), online Dokument.

⁵⁴ Vgl. Knieling (2026), S. 39 f.

⁵⁵ Vgl. DBfK. (2025 c), online Dokument.

⁵⁶ DBfK (2019 b), S. 9–10.

Practitioner (NP). Der erste Begriff wird seit 2018 vom ICN empfohlen und bevorzugt.⁵⁷

Ihren Ursprung haben die APNs in den 1960er Jahren in den USA und Kanada. Anfang der 2000er kamen dann weitere Länder wie die Niederlande, Neuseeland, Irland oder Finnland dazu.⁵⁸ Wie bereits in Punkt 4.5. erwähnt, sind die APNs in Deutschland bis heute nicht gesetzlich verankert, allerdings ist das Berufsfeld seit 2007 immer mehr im Kommen.⁵⁹

Wie in der oben genannten Definition des ICN beschrieben, ist jedes Land für die Aufgaben- und Tätigkeitsbeschreibung der APN verantwortlich bzw. zuständig. Aus diesem Grund haben sich die drei Berufsverbände im deutschsprachigen Raum (Deutschland, Österreich und der Schweiz) zusammengetan, um eine gemeinsame Aufgaben- /Tätigkeitsbeschreibung zu formulieren.⁶⁰

Aufgaben einer APN - siehe dazu Abbildung 6:

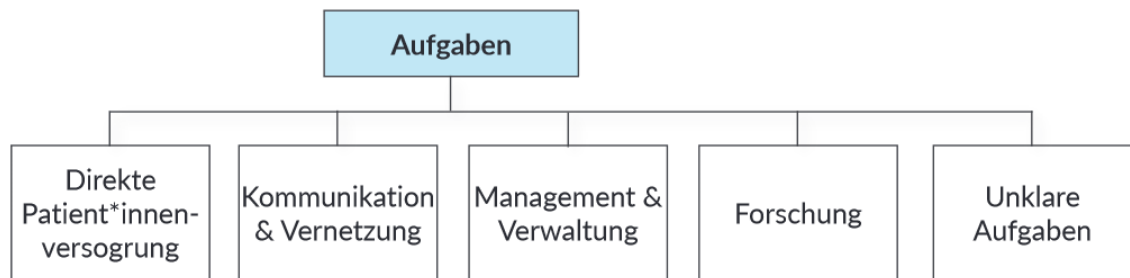


Abbildung 6: Aufgaben einer APN
Quelle: Müller/ Strunk-Richter/ Denninger (2022), S. SIII-04.

Um die genannten Aufgaben besser verstehen zu können, werden sie nun einzeln beschrieben. Die einzelnen Bereiche greifen ineinander und überschneiden sich teilweise auch:

Punkt 1: Direkte Patient*innenversorgung:

- Tägliche Pflege
- Erweiterte Pflegepraxis wie z.B. Prävention (Schmerzmanagement oder Ernährungstherapie)
- Gesundheitsförderung
- Pflegerische Anamnese und Diagnostik

⁵⁷ Vgl. DBfK (2019 b), S. 9.

⁵⁸ Vgl. ebenda.

⁵⁹ Vgl. Ullmann et al. (2021), S. 5.

⁶⁰ Vgl. DBfK (2019 b), S. 9.

- Schulung von Patienten*innen, Angehörigen und Pflegenden

Punkt 2: Management und Verwaltung

- Führungsrolle: als Vorbild auftreten und auf das Team achten
- Optimale und effektive Versorgung im Alltag
- Dokumentation und Leistungserfassung: Koordination und Verwaltung des Pflegedokumentationssystems (Durchführung von Assessments, Pflegeplanungen)
- Aufnahme / Verlegung / Entlassung

Punkt 2 ist nicht eindeutig von Punkt 1 abgrenzbar, da beispielsweise eine Aufnahme eine Untersuchung / Anamnese voraussetzt.

Ein weiterer Kritikpunkt dieses Punktes ist der hohe bürokratische Aufwand bzw. Dokumentationsaufwand

Punkt 3: Kommunikation und Vernetzung

- Vernetzung zwischen internen und externen Leistungserbringern (z.B. Therapeuten, Kollegen*innen, Ärzte usw.) sowie interprofessionelle Zusammenarbeit
- Schulung und Beratung des Personals
- Strategiebesprechungen

Punkt 4: Forschung

- Weiterentwicklung der Pflegepraxis, sodass eine möglichst kostengünstige und gleichzeitig qualitativ hochwertige Patientenversorgung möglich ist.

Die Punkte 3 und 4 sind ebenfalls miteinander verwoben bzw. nicht klar voneinander abgrenzbar, da z.B. in den Schulungen die neuesten Forschungsergebnisse mit einfließen.

Punkt 5: unklare Aufgaben

Dieser Punkt bezieht sich hauptsächlich auf den Arbeitgeber, der sich über die eigentlichen Aufgaben und Funktionen einer APN im Unklaren ist und klar definierte Tätigkeiten und Befugnisse wünscht, wie z.B. Einsatz auf einer Intensivstation.⁶¹

Durch diese weitreichenden Aufgaben, wird erkennbar, dass eine APN in hohem Maß selbstständig arbeitet und viele „Freiheiten“ und Autonomie genießt. Das geht so weit,

⁶¹ Vgl. Müller/ Strunk-Richter/ Denninger (2022), S. SIII-4-SIII-6.

dass sie in einigen Ländern (wie z.B. Australien, Finnland, Kanada, Niederlande und weiter) folgende Rechte bzw. Kompetenzen hat um folgende Aufgaben selbstständig auszuführen:

- Diagnosen stellen
- Sachmittel & Medikamente verordnen
- Bestimmte Untersuchungen eigenständig durchführen
- Therapien verordnen
- Ein- bzw. Überweisungen ins Krankenhaus, Hausarztpraxis oder an weiter Gesundheitsberufe vornehmen⁶²

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass übereinstimmend sowohl in der deutschsprachigen, wie auch in der englischsprachigen Literatur davon berichtet wird, dass APNs Kompetenzen aufweisen,

„... die eine vertiefte und erweiterte Pflege charakterisieren. Übereinstimmend wird formuliert, dass dazu insbesondere klinische Kenntnisse in einem spezifischen pflegerischen Bereich gehören, komplexe Situationen einschätzen und klinische Entscheidungen treffen können, eine gründliche, umfassende körperliche Diagnostik durchführen können, eine Diagnose stellen und einen Behandlungsplan aufstellen können (...) und über die Fähigkeit verfügen, andere zu befähigen und zu führen (Leadership).“⁶³

Dadurch, dass APNs Spezialisten auf ihrem Gebiet sind, sind sie für die restliche Belegschaft eine Bereicherung und sie nehmen für alle eine wichtige Rolle im Klinik-Setting ein, wodurch die Qualität gesichert bzw. sogar verbessert wird und es so zum besten Outcome für den Patienten kommt.⁶⁴

Eine weitere Ausprägung der Advanced Practice Nurse ist die Community Health Nurse. Doch was sind deren Aufgaben und wo liegt der Unterschied zu einer APN? Dies soll im nächsten Abschnitt (Punkt 4.4.2) näher vorgestellt werden.

⁶² Vgl. DBfK (2019 b), S. 13.

⁶³ DBfK (2019 b), S. 14.

⁶⁴ Vgl. Weidlich/ Hock (2017), S. 286.

4.4.2 Community Health Nurse

Durch die Corona-Pandemie ist die Gesundheitsversorgung in den Fokus gerückt. Aber nicht nur die Pandemie, auch der demografische Wandel (siehe Punkt 2) und der Mangel an Pflegepersonal sowie die allgemeine Akademisierung tragen zu den Herausforderungen in der Pflege und möglichen Lösungsansätzen wie der Etablierung von Community Health Nurses (CHN) bei. Zusätzlich spielt an dieser Stelle die Krankenhausreform eine wichtige Rolle. Durch diese mussten bekannterweise etliche Krankenhäuser geschlossen werden, wodurch sich die medizinische Versorgung, gerade in ländlichen Regionen, verschärft. Als eine Folge von den genannten Aspekten ist das neue Berufsbild der Community Health Nurse als vielversprechender Lösungsansatz entstanden.⁶⁵

Das Berufsbild der CHN wurde ebenfalls bereits im Koalitionsvertrag von 2021 verankert. Dort hieß es: „Professionelle Pflege ergänzen wir durch heilkundliche Tätigkeiten und schaffen u. a. das neue Berufsbild der „Community Health Nurse“.“⁶⁶

Nachdem es in Deutschland ein neues Berufsbild ist, sind in der folgenden Abbildung (Abbildung 7) die Aufgaben einer CHN dargestellt.

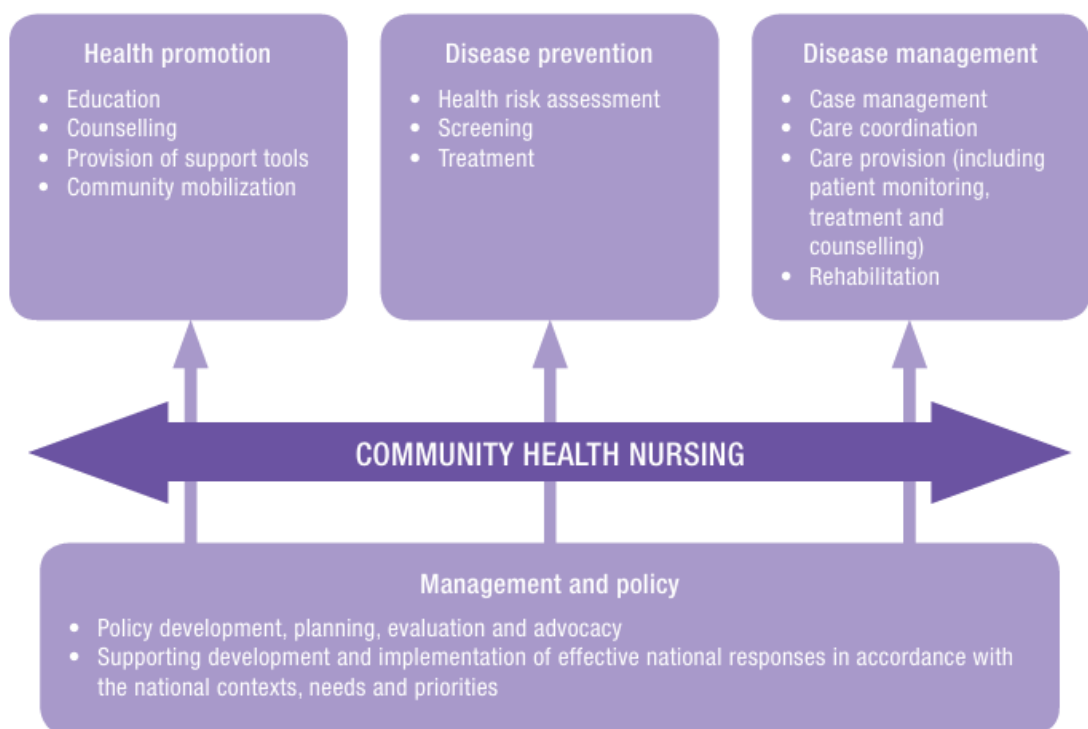


Abbildung 7: Aufgaben einer CHN

Quelle: World Health Organization (2017), S. 6.

⁶⁵ Vgl. Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH, vertreten durch den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Bundesverband e.V. (2022), S. 6–8.

⁶⁶ Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD)/ Bündnis 90 / Die Grünen/ Freie Demokratische Partei (FDP) (2021), S. 64.

Die Aufgaben einer CHN umfassen somit die Gesundheitsförderung, Prävention, Disease Management Programme aber auch strategische Aufgaben wie die Planung und Entwicklung der Versorgungsformen.⁶⁷

In Deutschland gibt es aktuell vier Bereiche, in denen eine CHN tätig sein kann:

1. „bestehende und neu entstehende Primärversorgungszentren,
2. weiterzuentwickelnde ambulante Pflege,
3. der im Sinne von Public Health weiterzuentwickelnde Öffentliche Gesundheitsdienst,
4. die kommunale Daseinsvorsorge mit ihrer spezifischen Sozialraumentwicklung und dem Quartiersmanagement.“⁶⁸

Wie für die APN bedarf es für die CHN ebenfalls ein Masterstudium. Dieses ist jedoch vielerorts (noch) im Aufbau. Aktuell gibt es in Deutschland nur drei Hochschulen, die ein CHN Masterstudium anbieten.⁶⁹

Das Berufsbild und das Aufgabenspektrum einer CHN schaut im Gegensatz zu einer APN etwas anders aus.

Die APN ist in einer Einrichtung (meistens einer Klinik) beschäftigt, die CHN geht vorwiegend in kommunalen Gesundheitszentren ihren Aufgaben nach.

Dies trifft die Anforderung nach einer wohnortnahen, akuten (punktuellen) Versorgung sowie einer Langzeitversorgung chronisch Kranker.⁷⁰

„Der zentrale Unterschied zu anderen Studiengängen im Bereich Advanced Practice Nursing liegt im starken Bezug zur öffentlichen Gesundheitspflege – mit einem klaren Fokus auf Prävention und Gesundheitsförderung.“⁷¹

Wie schon zu Beginn des Abschnitts beschreiben, werden immer höhere Anforderungen an die Gesundheitsversorgung gestellt, die es zu decken gilt.

Hierfür könnte gerade im ländlichen Raum mit weniger Arztpraxen das Berufsfeld der CHN die Lösung sein. Diese können verschiedenste präventive, kurative, pflegerische, rehabilitative und palliative Maßnahmen wohnortnah durchführen und so die Ärzte unterstützen, aber auch die Versorgung sicherstellen.

⁶⁷ Vgl. Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH, vertreten durch den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Bundesverband e.V. (2022), S. 9.

⁶⁸ Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH, vertreten durch den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Bundesverband e.V. (2022), S. 10.

⁶⁹ Vgl. DBfK (2025 d), online Dokument.

⁷⁰ Vgl. Igl/ Burgi (2021), S. 7–8.

⁷¹ DBfK (2025 d), online Dokument.

4.6 Zwischenfazit

Aufgrund der chronologischen Betrachtung der Gesetzreformen, sowie unter Einbeziehung der Historie, kann gesagt werden, dass die Kompetenzen der Pflegekräfte Schritt für Schritt erweitert wurden und ihnen immer mehr Befugnisse eingeräumt wurden.

Die Ziele, die damit verfolgt werden, dienen einer besseren Patientenversorgung, dem Entgegenwirken des Fachkräftemangels (auch auf Seiten anderer Professionen wie z.B. der Ärzte, da von ihnen ebenfalls Aufgaben von CHN übernommen werden können). Als letztes Ziel sei die Steigerung der Attraktivität des Berufs zu nennen, die darauf abzielt Ausbildungsinteressierte für den Pflegebereich zu gewinnen.

Die inzwischen einheitliche Ausbildung der ehemals drei Ausbildungsberufe in der Generalistik ist als positiv zu sehen, da Pflegekräfte sektorenübergreifend eingesetzt werden können.

Es ist ebenfalls erkenntlich, dass die Gesetzreformen immer schneller kommen. Das reflektiert die Dringlichkeit, die im Gesundheitswesen aktuell besteht und wofür etwas getan werden muss. Auch wenn gewisse Aspekte z.B. des Fachkräftemangels nicht vollständig abgewandt werden können, können sie zumindest abgemindert werden. Zu nennen sind hier bspw. die immer älteren Personen, die der Hilfe bedürfen gegenüber der sinkenden Zahl der Personen im erwerbstätigen Alter.

Um den Fachkräftemangel in der Pflege abzufedern, gibt es neben der Ausbildung bzw. dem Studium noch eine weitere Möglichkeit neue Fachkräfte zu gewinnen. Die Zureise von ausländischen Pflegekräften, die sich ihren Beruf in Deutschland anerkennen lassen können. Doch welche Voraussetzungen sind dazu nötig und wie läuft das Verfahren ab? Haben ausländische Pflegekräfte dieselben Befugnisse wie deutsche? Diese Fragen werden im nächsten Kapitel kurz geklärt.

5. Ausländische Fachkräfte

Im Jahr 2024 waren in Deutschland insgesamt 1,72 Millionen Personen im Bereich der Pflege beschäftigt.⁷²

Davon waren 18 Prozent (was ca. 309.600 Personen entspricht) mit einem nicht-deutschen Pass sozialversicherungspflichtig angestellt. Abbildung 8 stellt dies nochmals grafisch dar. Im Vergleich zu der Gesamtgruppe der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten, ist der Anteil der ausländischen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten in der Pflege damit leicht erhöht (2 Prozent höher als der Durchschnitt der Gesamtgruppe).

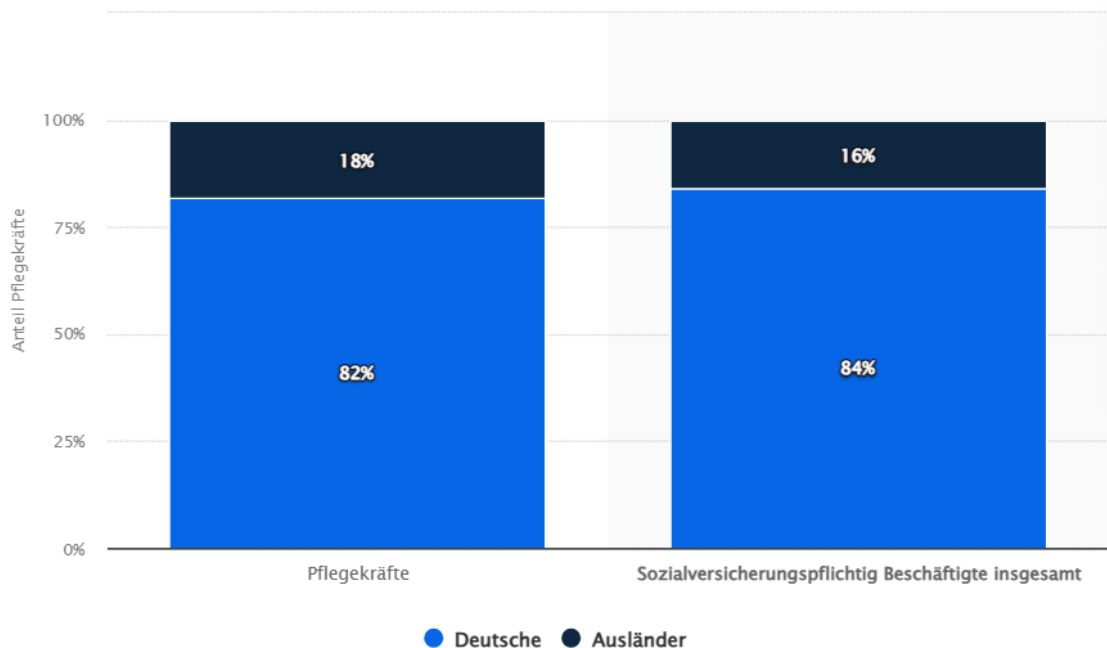


Abbildung 8: Ausländische Pflegekräfte im Vergleich zu Beschäftigten insgesamt
Quelle: Scholle (2025 c), online Dokument.

Doch wie können ausländische Pflegekräfte in Deutschland tätig werden? Hierzu gibt es mehrere Möglichkeiten.

5.1 Anerkennungsverfahren

Im September 2005 wurde die Richtlinie 2005/36 EG des Europäischen Parlaments und des Rates eingeführt. Diese regelt die gegenseitige Anerkennung von Berufsqualifikationen innerhalb verschiedener EU-Länder; unter anderem im Bereich der Pflege. In den allgemeinen Bestimmungen der Richtlinie 2005/36 heißt es: „Die Freizügigkeit und die gegenseitige Anerkennung der Ausbildungsnachweise (...) sollte sich auf den

⁷² Vgl. Scholle (2025 b), online Dokument.

Grundsatz der automatischen Anerkennung der Ausbildungsnachweise im Zug der Koordinierung der Mindestanforderungen an die Ausbildung stützen.“⁷³

Damit die Wirksamkeit der Anerkennung gewährleistet ist „... sollten einheitliche Formalitäten und Verfahrensregeln für seine Anwendung sowie bestimmte Modalitäten für die Ausübung der Berufe festgelegt werden.“⁷⁴

Da die Pflegefachperson zu den reglementierten Berufen gehört, ist hier eine Anerkennung nötig. Allerdings erfolgt diese automatisch. Andersrum wird auch der deutsche Abschluss der Generalistik im europäischen Ausland anerkannt (siehe auch Tabelle 2 bei Punkt 3.1.1). Da die Bachelor- und Masterabschlüsse ebenfalls vereinheitlicht wurden, erfolgt hier ebenfalls die automatische Anerkennung.

Wurde die Ausbildung allerdings außerhalb der EU abgeschlossen, erfolgt eine Prüfung des Abschlusses und der Inhalte der Ausbildung. Gegebenenfalls muss die antragstellende Person eine Ausgleichsmaßnahme in Form einer Kenntnisprüfung oder eines Anpassungslehrgangs absolvieren, damit sie schlussendlich die gleichen Rechte und Befugnisse wie eine in Deutschland gelernte Pflegefachkraft hat.⁷⁵

Neben der Möglichkeit der Anerkennung gibt es noch die Möglichkeit ausländische Pflege(fach)kräfte durch Recruiting zu gewinnen. Wie dieser Vorgang abläuft, soll im nächsten Punkt beschrieben werden.

5.2 Recruiting

Personalrekrutierung, ist eine Teilfunktion des Personalmanagement. Ziel ist es die „... in einer Organisation benötigten Arbeitskräfte in qualitativer, quantitativer, zeitlicher und räumlicher Hinsicht zu rekrutieren.“⁷⁶

Hierbei gibt es unterschiedliche Programme, die unter anderem von der Bundesagentur für Arbeit unterstützt werden. Der Ablauf ist stets derselbe: ausländische Bewerber*innen können sich bei einem potentiellen Arbeitgeber bewerben. Erhält die Person eine entsprechende Zusage, absolviert sie noch im Heimatland einen Sprachkurs bis sie mindestens Level B1 erfolgreich abgeschlossen hat. Parallel dazu werden die Unterlagen für die Anerkennung sowie die Einreise nach Deutschland vorbereitet. Sobald die

⁷³ Europäisches Parlament / Europäischer Rat (2005), Abs. 19.

⁷⁴ Europäisches Parlament / Europäischer Rat. (2005), Abs. 33.

⁷⁵ Vgl. Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (o. J.), online Dokument.

⁷⁶ Bartscher/ Nissen (2018), online Dokument.

Pflegekräfte eingereist sind, startet der Integrationsprozess sowie der Anpassungslehrgang oder die Kenntnisprüfung. Aktuell liegt der Fokus auf den Ländern Mexiko und Kolumbien.⁷⁷

Des Weiteren gibt es das Programm Triple Win bei dem die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit und die zentrale Auslands- und Fachvermittlung sowie eine Behörde aus dem entsprechenden Land kooperieren. Partnerländer sind hierbei: die Philippinen, Indien, Indonesien und Tunesien.⁷⁸

Neben der gezielten Anwerbung von bereits fertig ausgebildeten Pflegekräften existiert noch die zweite Möglichkeit: die Anwerbung von potentiellen Azubis, die die Pflegeausbildung in Deutschland absolvieren.⁷⁹

An diesen Anwerbeabkommen und Recruiting Programmen gibt es durchaus Kritik. Die Pflegekräfte wurden „... häufig in ihrer Heimat mit enormen Aufwand ausgebildet...“⁸⁰ und stehen nach der Ausbildung nicht mehr für den lokalen Arbeitsmarkt zur Verfügung. Somit verschiebe sich nur das Problem der medizinischen Versorgung von einem Land ins nächste (Stichwort: Global Care Chains).

Aus diesem Grund verabschiedete die WHO 2010 einen Kodex, wie mit dem Recruiting von internationalen Mitarbeiter*innen im Gesundheitswesen umzugehen ist. Hauptaussage ist, dass Anwerbungen nur aus Ländern stattfinden darf, in denen es keinen Personalmangel im Gesundheitssektor gibt.⁸¹

Des Weiteren heißt es dort, dass die Anwerbung nicht durch zwielichtige Agenturen durchgeführt werden soll und die ausländischen Arbeiter*innen im Zielland entsprechend ihrer Qualifikation und Erfahrung angemessen gezahlt werden.

Allerdings stellt der Punkt Einsatz gemäß ihrer Qualifikation und Erfahrung weiterhin große Probleme dar, was im nächsten Punkt dargestellt werden soll.

⁷⁷ Vgl. Bundesagentur für Arbeit (2025 b), online Dokument.

⁷⁸ Vgl. Bundesagentur für Arbeit (2025 a), online Dokument.

⁷⁹ Vgl. Slotala et al. (2022), S. 17f.

⁸⁰ Doelfs/ Heeser (2019), S. 37.

⁸¹ Vgl. Sixty-Third World Health Assembly (2010), Art. 3.

5.4. Einsatz & Befugnisse

Der DBfK hat 2025 zum wiederholten Male eine Umfrage unter Pflegekräften gestellt, bei der die internationalen Pflegekräfte in den Fokus genommen worden sind. Bei der Umfrage gaben 77 Prozent der ausländischen Pflegekräfte an, dass sie in Deutschland unter ihren erlernten Befugnissen arbeiten.⁸²

Nachdem viele ausländische Pflegekräfte aus Drittstaaten kommen, muss ihr Abschluss zuerst anerkannt werden. Die oft geforderten Ausgleichsmaßnahmen oder Kenntnisprüfungen sind zeitaufwändig und so können bis zur endgültigen Anerkennung bis zu 426 Tage vergehen. In dieser Zeit dürfen die Pflegekräfte nur als Pflegehilfskräfte arbeiten. Was wiederum die hohe Zahl der Personen erklärt, die unter ihrem Niveau arbeiten.⁸³

Doch warum ist das so? Im Ausland ist die Pflegeausbildung keine schulische, sondern eine universitäre Ausbildung die auch ganz andere Schwerpunkte setzt. Ein Beispiel hierfür ist die Türkei. Dort dauert die akademische Ausbildung vier Jahre und hat ihren Hauptfokus im medizinischen Bereich wie z.B. Infusionen, Verbände, oder Injektionen. Der pflegerische Aspekt oder auch die Hilfe beim Eingeben von Essen wird von Angehörigen oder Hilfskräften übernommen und nicht von der Pflegekraft.⁸⁴

Dadurch kommt die Verwunderung oder auch Unzufriedenheit, bei ausländischen Pflegekräften in Deutschland, wenn sie diese Tätigkeiten übernehmen müssen.

5.5 Global Skills Partnership (GSP)

Eine weitere Möglichkeit zum Recruiting sind sog. Global Skills Partnerships.

„Mit den GSP des BMG soll im jeweiligen Herkunftsland eine pflegfachliche Ausbildung etabliert werden, die sowohl den Ausbildungsanforderungen des jeweiligen Herkunftslandes als auch den Ausbildungsanforderungen zur Pflegefachkraft in Deutschland entspricht.“

Durch das GSP profitieren beide Länder. Die Azubis erhalten bereits während ihrer Ausbildungszeit Sprachunterricht und werden auf das Leben in Deutschland vorbereitet. Des Weiteren sind die Inhalte der Ausbildung an die der deutschen Ausbildung

⁸² Vgl. DBfK (2025 a), S. 35.

⁸³ Vgl. Carstensen/ Seiber/ Wiethölter (2024), S. 14 & 18.

⁸⁴ Vgl. Ni (2025), online Dokument.

ergänzt bzw. angepasst, sodass keine langwierigen Anerkennungsverfahren durch Anpassungsprüfungen entstehen. Das Land, in dem die Ausbildung stattfindet, hat ebenfalls einen Nutzen davon, da die Ergänzungen hauptsächlich in der ambulanten und stationären Langzeitversorgung stattfinden, wodurch sich die pflegerische Versorgung im Partnerland ebenfalls verbessert.⁸⁵

Das neueste Partnerland, das dieses Abkommen mit Deutschland unterzeichnet hat ist Indien. Ein weiteres Land sind die Philippinen. Beide Länder nehmen dadurch auch an dem Programm Triple Win (siehe Punkt 5.2) teil.

5.6 Zwischenfazit

Ausländische Pflegekräfte sind inzwischen ein wichtiger Faktor in der Pflege. Sie können den Fachkräftemangel zwar nicht komplett aufhalten, aber sie können dabei helfen ihn abzufedern. Allerdings gibt es noch einige Probleme, die nicht vernachlässigt werden dürfen.

Zum einen das Anerkennungsverfahren an sich: Da dieses nicht bundesweit, sondern in jedem Land extra geregelt wird und auch unterschiedliche Institutionen dafür zuständig sind, ergeben sich Undurchsichtigkeiten und zeitaufwendige, bürokratische Prozesse bei den Zugangsvoraussetzungen. So kann in bspw. in einem Bundesland die Ablehnung erfolgen wohingegen ein anderes die Ausbildung (teilweise) anerkennt. Hinzu kommt die Dauer des Verfahrens, die mit 14 Monaten sehr lang ist.

Für das Recruiting gibt es zwar einen Verhaltens-Kodex, der die Abwerbung aus Ländern mit Personalmangel untersagt, aber es gibt immer wieder dubiose Agenturen, die daraus Profit schlagen. In-house Pflegekräfte, die aus Polen, Rumänien oder Ukraine nach Deutschland kommen um Senior*innen zu Hause zu pflegen, sind hierfür ein bekanntes Beispiel. Die Untersuchung der Rollen von Agenturen in diesem Bereich wäre sehr aufschlussreich um ganzheitliche Lösungsansätze für die Herausforderungen der Akademisierung der Pflege zu finden, aber geht über den Rahmen dieser Masterarbeit hinaus.

Nicht zu unterschätzen sind außerdem die fehlenden Befugnisse. Für viele Fachkräfte ist es befremdlich pflegerische Aufgaben zu übernehmen.

Was bis zu diesem Punkt noch nicht angesprochen wurde ist der Zeitaufwand den es für die Anwerbung bedarf. Es muss ein passender Bewerber gefunden werden. Dieser

⁸⁵ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2026), online Dokument.

braucht zuerst alle Einreiseformalitäten und meistens wird Deutsch auf Level B2 vorausgesetzt. Ist er schließlich in Deutschland startet die Integration: sowohl in den Berufsalltag als auch in den normalen Alltag mit Behördengängen etc. was ebenfalls viel Zeit in Anspruch nimmt und eine Unterstützung voraussetzt.⁸⁶

Außerdem erleben etliche Pflegekräfte Rassismus im (Berufs-)Alltag, wie z.B. Ablehnung der Versorgung, Schwierigkeiten bei der Wohnungssuche oder ihre Kompetenz wird angezweifelt. Diese Aspekte dürfen ebenfalls nicht für den langfristigen Erfolg der Anwerbung ausländischer Pflegekräfte unterschätzt werden. Sie müssen sich wohl fühlen, um in Deutschland zu bleiben.⁸⁷

⁸⁶ Vgl. DBfK (2019 a), S. 5f.

⁸⁷ Vgl. DBfK (2025 a), S. 43f.

6. Implementierung von akademischen Pflegekräften

Die essentielle Frage, die sich stellt ist, wie viele studierte Pflegekräfte werden in einem Team benötigt.

Zu erwähnen ist hierbei der Skill-Grade-Mix. Doch was genau ist das?

6.1 Skill-Grade-Mix

„Der sogenannte Skill-Grade-Mix bezeichnet die Zusammensetzung von Pflorgeteams aus Personen mit verschiedenen Fähigkeiten (Skills) und Bildungsabschlüssen (Grades)“⁸⁸

Primär wurde dieser Mix für Krankenhäuser geprägt, jedoch kann er genauso gut auf eine stationäre Pflegeeinrichtung übertragen werden. Dort arbeiten ebenfalls Pflegekräfte mit den unterschiedlichsten Berufsabschlüssen und Weiterbildungen.

„Hauptziel eines Grade- und Skill-Mix ist eine qualitativ hochwertige Versorgung von Pflegebedürftigen bei gleichzeitig möglichst hoher Effizienz und Effektivität der pflegerischen Arbeit und letztendlich auch zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung.“⁸⁹

Der DBfK unterstützt diese Aussage, in dem er unterstreicht, dass für eine gute Versorgung eine gesetzliche Mindestausstattung des Personals vorgeschrieben wird. Gleichzeitig soll sich die Quote an akademisch ausgebildeten Pflegekräften bis 2030 auf 30 Prozent erhöhen. Eine wichtige Rolle sollen dabei die APNs (siehe Punkt 4.4.1) übernehmen.⁹⁰

Wie in Punkt 4 bereits dargelegt, forderte der Wissenschaftsrat 2010 bereits eine Quote von 10 – 20 Prozent an akademisch ausgebildeten Pflegekräften. Betrachtet man die Zahlen von 2024 ergibt sich folgende Rechnung: Es wurden 59400 neue Ausbildungsverträge in der Pflege abgeschlossen, zusätzlich haben 740 Personen ein Studium begonnen. Dies entspricht allerdings nur einer Quote von ca. 1,3% und ist somit weit

⁸⁸ DBfK (2021), online Dokument.

⁸⁹ Maucher (2019), S. 89.

⁹⁰ Vgl. DBfK (2021), online Dokument.

entfernt von der aktuellen Forderung, dass mindestens 10 – 20 Prozent bzw. zukünftig 30 Prozent eines Jahrgangs einen akademischen Abschluss erwerben sollen.⁹¹

Zur weiteren Notwendigkeit passender, bzw. durchmischter Grade und Skills wird zusätzlich aufgeführt, dass es einen Zusammenhang zwischen gesundheitsgefährdenden Komplikationen bzw. der Mortalitätsrate und den Qualifikationen im Pflgeteam gibt.

An diesen Ausführungen ist erkennbar, dass ein Mix aus verschiedenen Abschlüssen und Qualifikationen für ein Team eigentlich unerlässlich ist. Allerdings gibt es zum jetzigen Zeitpunkt immer noch keine (rechts)verbindlichen Vorgaben über die genauen Tätigkeiten und Aufgaben im Zusammenhang mit der täglichen Pflege und Versorgung der Patienten durch akademisch ausgebildete Pflegekräfte im Vergleich zu denen, die die schulische Ausbildung absolviert haben.

Somit ergeben sich unvermeidbar gewisse Herausforderungen, Chancen und Risiken für ein Team bzw. bei der Implementierung studierter Pflegekräfte in ein Team. Welche dies genau sind, soll nun aufgezeigt werden.

6.2. Chancen, Risiken und Herausforderungen

Die Ablehnung der Akademisierung kommt beispielsweise von der Bundeärztekammer (BÄK), die argumentiert, dass eine dreijährige schulische Ausbildung in der Pflege funktioniert bzw. ausreichend ist. Allerdings ist dieser Weg ohne größere Karrierechancen verbunden. Wenn „nur“ die schulische Ausbildung absolviert wurde, kann die Weiterbildung zur Pflegedienstleitung (PDL) nur mit großem Aufwand absolviert werden. Voraussetzung in Bayern ist hierfür nämlich die dreijährige pflegerische Ausbildung, zwei Jahre Berufserfahrung sowie eine Weiterbildung i.H.v. 724 UE. Insgesamt bedarf es auf diesem Ausbildungsweg zur PDL ca. 6 Jahre.⁹² Im Gegensatz dazu ist das Bachelorstudium, das ebenfalls für die Leitungsfunktion befähigt, nur 7 Semester lang.

Des Weiteren wird von der BÄK angemerkt, dass die Finanzierung der Akademisierung nicht ausreichend geklärt ist. Die Akademisierung könne nicht auf Grund von Einsparungen im ärztlichen Bereich stattfinden. Hinzu kommt, dass studierte Pflege-

⁹¹ Destatis (2025), online Dokument.

⁹² Vgl. Berufliche Fortbildungszentren der bayerischen Wirtschaft (bfz) (2026), online Dokument.

kräfte höhere Vergütungen im Vergleich zu den Absolventen der Schule fordern würden. Diese Gehälter sind ebenfalls nicht in der Finanzierung des Gesundheitssystems vorgesehen.⁹³

Zusätzlich wird angemerkt, dass ein Studium für viele Studenten nicht finanzierbar sei, da während der Semesterferien die Praxisphasen in den verschiedensten Bereichen der Pflege stattfinden. Auch ein akademischer Abschluss kann keine Garantie für höhere Löhne nach dem Studium bieten.⁹⁴

Dieses Argument ist allerdings weggefallen, da sich diese Situation mit dem PflStu-dStG (siehe Punkt 4.3) geändert hat und Studenten nun für die komplette Ausbildung Angestellte einer Praxiseinrichtung sind und ebenfalls eine monatliche Vergütung erhalten.

Eine weitere Befürchtung der BÄK war die Teuerung im Allgemeinen im Gesundheitswesen. Da im Gesundheitswesen generell die finanziellen Mittel fehlen, lässt sich auch keine Akademisierung finanzieren.⁹⁵

Ein weiterer Kritikpunkt liegt darin, dass APNs (siehe Punkt 4.4.1) nicht die ärztliche oder medizinische Versorgung im ländlichen Raum bzw. in medizinisch unterversorgten Regionen vollständig übernehmen oder ersetzen können. Wenn diese Versorgungsstruktur flächendeckend eingeführt wird, entstehen wieder neue Schwierigkeiten, die es zu beheben gibt und es dadurch nicht den gewünschten Effekt einer Vereinfachung gibt. So sind bspw. die Tätigkeiten und Aufgaben der APNs in den Einrichtungen nicht klar definiert. Dies könne allerdings wiederum durch den Ausbau des Skill-Grade-Mix (siehe Punkt 6.1) behoben werden, wenn das Tätigkeitsspektrum klar geklärt ist.⁹⁶

Auch für dieses Argument gibt es inzwischen eine Entkräftigung, da im Frühjahr dieses Jahres ein Bundesgesetz zur APN etabliert werden soll.⁹⁷

Wie schon an mehreren Stellen in dieser Arbeit erwähnt, fordert der Wissenschaftsrat eine Akademisierungsquote von 10 – 20 Prozent an Pflegenden, die in der direkten Versorgung der Patienten tätig sind. Hierzu wurde der Bologna Prozess als neue Chance wahrgenommen, da es mit der Einführung von den Bachelor- und Masterabschlüssen einheitliche europäische Studienabschlüsse gibt.

⁹³ Vgl. Gerst/ Dr. med. Hibbeler (2012), S. 2460.

⁹⁴ Vgl. Strittmatter (2015), S. 74.

⁹⁵ Vgl. ebenda.

⁹⁶ Vgl. Gerst/ Dr. med. Hibbeler (2012), S. 2460.

⁹⁷ Vgl. Lücke/ Millich (2026), online Dokument.

Des Weiteren könne der Fachkräftemangel auf Grund des demografischen Wandels nur durch die Akademisierung aufgehalten werden. Dafür spricht, dass sich durch die Akademisierung neue Zielgruppen für die Pflege angesprochen fühlen und es zu einer Aufwertung des Berufs kommt, dadurch dass zusätzliche Aufgaben übernommen werden können (siehe Erklärung in Punkt 4.4 Ausübung Heilkunde und die Modellvorhaben in Punkt 4.5). Die Pflegenden werden zu Spezialisten in ihrem Bereich. Dies hängt wiederum mit den komplexen Krankheitsbildern (Multimorbidität) und dem medizinischen Fortschritt zusammen, wozu es zu erhöhten und komplexeren Anforderungen komme. Die Versorgung erfolgt individuell auf den Patienten abgestimmt sowie im Team interdisziplinär. Dadurch komme es zu einer verbesserten pflegerischen Versorgung was sich ebenfalls positiv auf den Patienten Outcome auswirkt (siehe auch Punkt 4.4.1).⁹⁸

Allerdings wird dagegengehalten, dass es keinen Bedarf für eine große Anzahl an Akademikern in der Pflege gebe. Viele die studieren, würden Leitungspositionen oder weitere Forschungsprojekte übernehmen. Die direkte Pflege am Bett komme zu kurz, wodurch die Theorie in den Vordergrund rücke.⁹⁹

Aktuell sind die Neuimmatrikulationen in Pflegestudiengängen allerdings rückläufig was automatisch zu weniger Abschlüssen und Pflegeakademikern führt.¹⁰⁰

Lt. Literatur sind „... außerhalb der Unikliniken (...) teilweise weniger als ein Prozent [studierte Pflegekräfte]. In der Langzeitpflege ist der Anteil noch geringer. Das bedeutet: Ihr potenzieller Einfluss bleibt bislang stark begrenzt.“¹⁰¹

Zu demselben Ergebnis führt auch die aufgezeigte Berechnung unter Punkt 6.1.

6.3. Zwischenfazit

Es zeigt sich, dass sich in den letzten Jahren etliches im Bereich der Akademisierung in der Pflege getan hat. Wie an den angegebenen Quellen zu sehen ist, wurden Argumente von 2012 mit aktuelleren Entwicklungen bereits widerlegt. Nicht alles, was damals als negativ gesehen wurde, ist es geblieben, sondern es hat sich gewandelt. Bsp. APNs. Allerdings ist und bleibt die Finanzierung und die Aufgabenverteilung bzw. Implementierung ein bestehendes Thema, was bis heute noch nicht abschließend ge-

⁹⁸ Vgl. Strittmatter (2015), S. 72 ff.

⁹⁹ Vgl. ebenda.

¹⁰⁰ Vgl. Lücke (2026), online Dokument.

¹⁰¹ Lücke/ Millich (2026), online Dokument.

klärt ist und weiterhin mit Vorurteilen belegt ist. So passieren in diesem Bereich aktuell nur kleine Schritte, aber noch keine großen Veränderungen.

7. Schlussbetrachtung

Auf Grund der umfassenden Thematik, muss die Schlussbetrachtung nochmals geteilt werden: in ein Fazit der vorliegenden Arbeit und einen Ausblick, was in Zukunft voraussichtlich noch im Bereich der Pflege geschieht.

7.1. Fazit

Die Kapitel dieser Arbeit haben gezeigt, dass der Bereich der Pflege immer in Bewegung ist und sich die Anforderungen stetig verändern. Gesellschaftliche Entwicklungen führen zu Neuerungen oder Änderungen, die es zu beachten gibt.

Wie bei der Historie bzw. den Phasen der Akademisierung (Punkt 4) erkennbar war, sind die Gesetze immer schneller und in kürzeren Abständen in Kraft getreten. Das zeigt die strukturelle Bedeutung dieses Bereichs und den Handlungsdruck, der sich in den letzten Jahren erhöht hat. Die Schnelligkeit der Reformen führen durchaus zu Problemen, da Leitungs- oder Führungskräfte im Gesundheitswesen nicht mehr hinterherkommen und leicht den Überblick über den aktuellsten Stand verlieren können. Fraglich ist hierbei auch, inwieweit strukturelle Anpassungen und Nachbesserungen in den letzten Jahrzehnten von politischen Entscheidungsträger*innen versäumt wurden, obwohl der demografische Wandel bereits vor 20 Jahren absehbar war.

Nichtsdestotrotz kann die Akademisierung der Pflege als positiv bewertet werden, da Deutschland eins der letzten Länder innerhalb der EU war, das nur die schulische Ausbildung und kein Studium angeboten hat. Allerdings sollte sich die Frage gestellt werden: Wie können die langjährigen, sich als positiv bewährten Expertisen aus dem alten System in das neue System mitgenommen werden? Wie der Ablauf der Ausbildung (Punkt 3.1.1) aufgezeigt hat, gibt es ebenfalls verschiedenste Möglichkeiten für Fort- und Weiterbildungen auch ohne ein Studium.

Um den Beruf jedoch weiterhin attraktiv zu machen, ist die Akademisierung unumgänglich, da dadurch neue Berufsgruppen gewonnen werden können. Gleichzeitig steigt auch die Attraktivität für ausländische Fachkräfte. In so gut wie allen Ländern weltweit ist die Ausbildung zur Pflegefachkraft ein Studiengang. Bachelorabsolvent*innen sollten auch die Tätigkeiten ausüben dürfen, die sie gelernt haben. Des Weiteren sollten die bürokratischen Hürden für die Anerkennung überdacht und beschleunigt werden. In den meisten Fällen sind die Personen, die nach Deutschland kommen auf die Unterschiede der Lohnverhältnisse in ihrem Heimatland im Vergleich zu Deutschland angewiesen. Sind sie allerdings nur als Hilfskräfte angestellt, erhalten

sie im Umkehrschluss auch weniger Gehalt und tun sich bei der Bestreitung ihres Lebensunterhalts deutlich schwerer.

Es ist schwierig akademische Pflegekräfte zu beschäftigen, da es sein kann, dass sie vom Team nicht voll und ganz akzeptiert werden und Vorurteilen begegnen. Es stellt sich zudem die Frage ob „für die Pflege am Bett“ wirklich ein akademischer Abschluss notwendig ist. Sollen studierte Pflegekräfte flächendeckend eingesetzt werden, müssen zuerst genaue Tätigkeiten- und Aufgabenverteilungen festgesetzt werden. Eine Chance liegt aus Sicht der Autorin hier in der potentiellen Flexibilität einer Teamstruktur bei der Etablierung von multi-disziplinären und skill-grade-mix Teams.

7.2 Ausblick

Die Akademisierung war bzw. ist noch nicht das Ende der Reformen in der Pflege. Sie stellt lediglich einen „Tropfen auf den heißen Stein“ bzw. einen Zwischenschritt dar. Wie sich die Prognosen zur Anzahl der Pflegebedürftigen im Verhältnis zu Fachkräften in den nächsten fünf bis zehn Jahren tatsächlich herausstellen werden, kann zum jetzigen Zeitpunkt keiner definitiv sagen. Ein einflussreicher Faktor wird hierbei u.a. auch der technologische Fortschritt und der vermehrte Einsatz von innovativen Robotern spielen. Ein Risiko bzw. eine Chance für den Pflegebereich ist ihrer Resilienz. Wird sie es schaffen sich an die zunehmend schneller verändernden gesellschaftlichen Anforderungen anzupassen bzw. das Potential darin zu sehen? Nur so werden sich Versorgungslücken nachhaltig schließen lassen. Dafür ist die Reform der Pflegeausbildung ein wichtiger Schritt, aber noch lange nicht genug.

Literaturverzeichnis

Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH, vertreten durch den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Bundesverband e.V. (2022) Community Health Nursing—Aufgaben und Praxisprofile.

Arbeiter Samariter Bund (ASB) (Hrsg.) (2015a) Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufsgesetz – PflBG).

Arbeitskreis Ausbildungsstätten für Altenpflege in der BRD (Hrsg.) (2015b) Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (vom 26.11.2015), München.

Bartscher P. D. T., Nissen R. (2018) Definition: Personalbeschaffung, Gabler Wirtschaftslexikon (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/personalbeschaffung-44990>, Abrufdatum: 18.04.2025.

Berufliche Fortbildungszentren der bayerischen Wirtschaft (bfz) (2026) Pflegedienstleitung und Verantwortliche Pflegefachkraft, Bbw gGmbH (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://www.bbw-seminare.de/gesundheitspflege/leiten-fuehren/pflegedienstleitung>, Abrufdatum: 20.02.2026.

Bogai D., Hirschenauer F. (2015) Demografischer Wandel und Pflegearbeitsmarkt, Personalentwicklung in der Pflege, medhochzwei-Verlag, Heidelberg, S. 1–31.

Bundesagentur für Arbeit (2025 a) Programm Triple Win, online im Internet, URL: <https://www.arbeitsagentur.de/vor-ort/zav/projects-programs/health-and-care/triple-win>, Abrufdatum: 18.04.2025.

Bundesagentur für Arbeit (2025 b) Rekrutierungsprogramme von Pflegefachkräften aus Lateinamerika, online im Internet, URL: <https://www.arbeitsagentur.de/vor-ort/zav/projects-programs/health-and-care/informationen-arbeitgeber>, Abrufdatum: 18.04.2025.

Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege (2024) BAGFW-Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz – PKG) vom 06.09.2024.

Bundesinstitut für Berufsbildung (2024) Pflegeausbildung aktuell Modern, vielfältig und zukunftsfähig—Informationen zu den Pflegeausbildungen nach dem Pflegeberufegesetz, Barbara Budrich.

Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (o. J.) Anerkennung in Deutschland—Glossar, Anerkennung in Deutschland—Glossar (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://www.anerkennung-in-deutschland.de/html/de/service/glossar.php>, Abrufdatum: 21.02.2026.

Bundesministerium der Justiz (2023) Bundesgesetzblatt Teil I - Gesetz zur Stärkung der hochschulischen Pflegeausbildung, zu Erleichterungen bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse in der Pflege und zur Änderung weiterer Vorschriften—Bundesgesetzblatt.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2026) Pflegestudium: Pflegeausbildung, online im Internet, URL: <https://www.pflegeausbildung.net/pflegestudium.html>, Abrufdatum: 01.02.2025.

Bundesministerium für Gesundheit (2025 a) Bundeskabinett beschließt Gesetzentwurf zum Pflegekompetenzgesetz, BMG (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/bundeskabinett-beschliesst-entwurf-zum-pflegekompetenzgesetz-pm-18-12-2024.html>, Abrufdatum: 04.03.2025.

Bundesministerium für Gesundheit (2025 b) Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege, BMG (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/gesetz-befugnisserweiterung-entbuerokratisierung-pflege.html>, Abrufdatum: 29.01.2026.

Bundesministerium für Gesundheit (2026) Anwerbung von Pflegekräften – Bundesregierung unterzeichnet Absichtserklärung mit Indien, BMG (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/anwerbung-von-pflegekraeften-pm-12-01-26>, Abrufdatum: 22.02.2026.

Bundesministerium für Gesundheit Referat 422 - Studien und Modellprojekte, Wissenstransfer und Kommunikationsmaßnahmen (2023 a) Die neue Personalbemessung in der Langzeitpflege, online im Internet, URL: <https://pflegenetzwerk-deutschland.de/die-neue-personalbemessung-in-der-langzeitpflege>, Abrufdatum: 25.01.2025.

Bundesministerium für Gesundheit Referat 422 - Studien und Modellprojekte, Wissenstransfer und Kommunikationsmaßnahmen (2023 b) Erste Schritte zum kompetenzorientierten Personalmix, online im Internet, URL: <https://pflegenetzwerk-deutschland.de/erste-schritte-zum-kompetenzorientierten-personalmix>, Abrufdatum: 25.01.2025.

Bundesregierung (2024) Pflegestudium als Weg in den Beruf, Die Bundesregierung informiert | Startseite (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/ueberblick-zum-pflegestudium-2271670>, Abrufdatum: 01.02.2025.

Bundesverband Pflegemanagement e.V. (Hrsg.) (2015c) Stellungnahme Bundesverband Pflegemanagement zum Referentenentwurf Pflegeberufegesetz – PflBG, Berlin.

Bundeszentrale für politische Bildung (2016) Demografischer Wandel, Bpb.de (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://www.bpb.de/kurz-knapp/lexika/lexikon-der-wirtschaft/240461/demografischer-wandel/>, Abrufdatum: 16.06.2024.

Carstensen J., Seiber H., Wiethölter D. (2024) Internationalisierung der Pflege – Pflegekräfte mit ausländischer Staatsangehörigkeit und ihr Beitrag zur Fachkräftesicherung, Jg. 22 / 2024. DOI: 10.48720/IABFB2422

DBfK (Hrsg.) (2019 a) Anwerbung ausländischer Mitarbeiter/innen, Berlin.

DBfK (Hrsg.) (2019 b) Advanced Practice Nursing—Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK).

DBfK (Hrsg.) (2021) Skill-Grade-Mix im Krankenhaus, Berlin.

DBfK (Hrsg.) (2025 a) Pflege, wie geht es dir? 2025, Berlin.

DBfK (Hrsg.) (2025 b) Positionspapier—Evaluation der generalistischen Pflegeausbildung.

DBfK (Hrsg.) (2025 c) BEEP-Gesetz: Zentrale Neuerungen und die Bewertung des DBfK, online im Internet, URL: <https://www.dbfk.de/de/dbfk-aktuell/magazine/2025/12/stand-befugnisserweiterungsgesetz-beep.php>, Abrufdatum: 30.01.2026.

DBfK (Hrsg.) (2025 d) Community Health Nursing, Community Health Nursing (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://www.dbfk.de/de/berufspolitik/community-health-nursing/>, Abrufdatum: 09.02.2026.

Deutscher Bundestag (2017) Pflegeberufegesetz vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 22. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 371) geändert worden ist", Bd. CELEX Nr: 32005L0036.

Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode (Hrsg.) (2002) Schlussbericht der Enquête-Kommission "Demografischer Wandel—Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik.

Deutscher Caritasverband e. V. (2024) Caritas-Erhebung: Lebenszeit in Pflegeeinrichtungen immer kürzer, Caritas.de (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://www.caritas.de/presse/pressemeldungen-dcv/caritas-erhebung-lebenszeit-in-pflegeeinrichtungen-immer-kuerzer-44fe4abe-4ad1-418d-80cd-c97c87618a0d>, Abrufdatum: 25.02.2026.

Deutscher Caritasverband und Diakonie Deutschland (Hrsg.) (2015d) Stellungnahme des Deutschen Caritasverbandes und der Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband gemeinsam mit ihren Fachverbänden Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (DEKV), Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e.V. (DEVAP), Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (VKKD), Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V. (VKAD) zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend für ein Gesetz zur Reform der Pflegeberufe, Freiburg und Berlin.

Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e. V. (DEVAP) (2022) DEVAP Impulspapier zur Aufgabenverteilung und Qualifikation in der Pflege für ambulante und stationäre Träger sowie Pflegeschulen, Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e. V. (DEVAP), Berlin.

Deutscher Pflegerat (2023) Stellungnahme des DPR zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der hochschulischen Pflegeausbildung, zu Erleichterungen bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse in der Pflege und zur Änderung weiterer Vorschriften.

Destatis (2025) 37 400 erfolgreich ausgebildete Pflegefachfrauen und -männer im Jahr 2024, Statistisches Bundesamt (Hrsg.), online im Internet, URL: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/07/PD25_276_212.html, Abrufdatum: 14.02.2026.

Destatis (2026 a) Entwicklung der Lebenserwartung in Deutschland, Statistisches Bundesamt (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/sterbetafel.html>, Abrufdatum: 11.01.2026.

Destatis (2026 b) Sterbefälle und Lebenserwartung, Statistisches Bundesamt (Hrsg.), online im Internet, URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/_inhalt.html, Abrufdatum: 11.01.2026.

Doelfs G., Heeser A. (2019) Fachkräfteimport hilft, löst aber nicht das Problem, in: Klinik Management aktuell, Jg. 24 Jg, Nr. 5/2019, S. 35–37.

Dr. Techtmann G. (2015) Die Verweildauern sinken. Statistische Analysen zur zeitlichen Entwicklung der Verweildauer in stationären Pflegeeinrichtungen, Alters-Institut.

Europäisches Parlament, Europäischer Rat (Hrsg.) (2005) Richtlinie 2005/36/EG des europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen.

Freie Wohlfahrtspflege Bayern (2023) Bayern legt vor: Zukünftig bessere Personalausstattung in der Altenhilfe als im bundesweiten Vergleich, online im Internet, URL: <https://www.freie-wohlfahrtspflege-bayern.de/informationen/pressemitteilungen/presseartikel/bayern-legt-vor-zukuenftig-bessere-personalausstattung-in-der-altenhilfe-als-im-bundesweiten-vergleich>, Abrufdatum: 25.02.2026.

Gemeinsamer Bundesausschuss (o. J.) Heilkundeübertragung: Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an ausgebildete Pflegekräfte, online im Internet, URL: <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/weitere-bereiche/weitere-bereiche-heilkundeuebertragung/>, Abrufdatum: 04.03.2025.

Gerst T., Dr. med. Hibbeler B. (2012) Gesundheitsfachberufe: Auf dem Weg in die Akademisierung, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 109, Heft 49, S. 2458–2461.

Hummel K., Wrzeziono S. (o. J.) Medikalisierungs- und Kompressionsthese, in: Monitor Versorgungsforschung,.

Igl G., Burgi M. (2021) Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland, Bd. 61, Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Baden-Baden.

Knieling T. (2026) BEEP und die Praxis in Altenheim - Lösungen fürs Management 2.2026, S. 38–41.

Kroll L. E., Lange C., Ziese T. (2008) Entwicklung und Einflussgrößen der gesunden Lebenserwartung, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH, Berlin.

Lücke S. (2026) Jahrhundertprojekt zwischen Aufbruch, Widerstand und Neubeginn, Online-Portal für professionell Pflegende (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://www.bibliomed-pflege.de/sp/artikel/55031-jahrhundertprojekt-zwischen-aufbruch-widerstand-und-neubeginn>, Abrufdatum: 17.02.2026.

Lücke S., Millich N. (2026) Akademisierung der Pflege—"Der Durchbruch kam erst 2024", Online-Portal für professionell Pflegende (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://www.bibliomed-pflege.de/news/pflegestudium-akademisierung-fortschritt>, Abrufdatum: 17.02.2026.

Maucher H. (2019) Skill- und Grade Mix in der Pflege, in Chancen des Pflegeberufesgesetzes und Auswirkungen auf die Profession Pflege. Jahrbuch Pflegemanagement, Medhochzwei, Heidelberg, S. 83–110.

Moses S. (2015) Die Akademisierung der Pflege in Deutschland, 1. Auflage. Aufl., Huber, Bern.

Müller K. S., Strunk-Richter G., Denninger N.-E. (2022) Rollen und Aufgaben einer Advanced Practice Nurse (APN): Ein Rapid Review, in: Pflegewissenschaft, Nr. 1–2022, S. 9. DOI: 10.3936/12103

Ni D. (2025) Pflege in der Türkei: Was Deutschland lernen kann | Interview, Köln.

OAK - Online Akademie GmbH (2026) Pflege studieren—389 Studiengänge im Überblick, online im Internet, URL: <https://www.studycheck.de/studium/medizin-gesundheitswesen/pflege>, Abrufdatum: 12.01.2026.

Pflegeausbildungsfonds Bayern (Hrsg.) (2026), online im Internet, URL: <https://www.paf-bayern.de/ueber-uns/>, Abrufdatum: 27.01.2026.

Prof. Dr. iur. Igl G. (2017) Pflegeberufegesetz statt Pflegeberufsgesetz, Pflegeberufe der Zukunft: Akademisierung, Qualifizierung und Kompetenzentwicklung, medhochzwei-Verlag, Heidelberg, S. 1–6.

Runde A., Da-Cruz P., Schwegel P. (2012) Talentmanagement Innovative Strategien für das Personalmanagement von Gesundheitseinrichtungen, medhochzwei-Verlag, Heidelberg.

Schilder M., Boggatz T., Brandenburg H. (2022) Einleitung: Praxisentwicklung und Akademisierung in der Pflege, Praxisentwicklung und Akademisierung in der Pflege—Perspektiven für Forschung und Praxis, 1. Aufl., Kohlhammer, Stuttgart, S. 15–19.

Scholle K. (2025 a) Anzahl Pflegebedürftige in Deutschland in den Jahren 1999 bis 2023, Statista (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2722/umfrage/pflegebeduerftige-in-deutschland-seit-1999/>, Abrufdatum: 11.02.2026.

Scholle K. (2025 b) Anzahl Pflegekräfte in Deutschland, Statista (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1328743/umfrage/anzahl-der-sozialversicherungspflichtig-beschaeftigten-pflegekraefte/>, Abrufdatum: 11.02.2026.

Scholle K. (2025 c) Ausländeranteil unter Pflegekräften in Deutschland 2024, Statista (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1029896/umfrage/auslaenderanteil-an-pflegekraeften-in-deutschland-nach-pflegeart/>, Abrufdatum: 11.02.2026.

Schulz-Nieswandt F. (1990) Stationäre Altenpflege und „Pflegenotstand“ in der Bundesrepublik Deutschland, P. Lang, Frankfurt am Main ; New York.

Sixty-Third World Health Assembly (Hrsg.) (2010) WHO Global Code of Practice on the international Recruitment of Health Personnel, World Health Organization.

Slotala L., Noll N., Klemm M., Bollinger H. (2022) Einleitung: Die Internationalisierung der beruflichen Pflege in Deutschland, in Die Internationalisierung der beruflichen Pflege in Deutschland, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, S. 9–25.

Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90 / Die Grünen, Freie Demokratische Partei (FDP) (2021) Mehr Fortschritt wagen Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit, Koalitionsvertrag 2021—2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90 / Die Grünen und den Freien Demokraten (FDP).

Strittmatter V. (2015) Pflege studieren? Die Diskussion um die Akademisierung der Pflege in Deutschland, in Neue Wege zur akademischen Qualifizierung im Sozial- und Gesundheitssystem, Waxmann, Münster, S. 69–80.

Strube-Lahmann S., Dißmann S., Vogler C. (2024) Weiterentwicklung des Pflegeberufs: Chancen und Risiken der Akademisierung der Pflege, Pflege-Report 2024: Ankunft der Babybommer: Herausforderungen für die Pflege, Springer, Berlin, Heidelberg, S. 141–158.

Sulak H., Spieß C. K., Stawarz N., Loichinger E., Klüsener S., Weinmann M. (2022) Demografischen Wandel neu entdecken, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB). DOI: 10.12765/bro-2022-02

Ullmann P., Fajardo A., Freyer S., Lehwaldt D., Pelz S., Prommersberger M., Schmitt A., Centgraf D., Hussing M., Rafler H., Schweiger J. (2021) Thesenpapier. Empfehlungen für den Einsatz von Advanced Practice Nurses, Deutsches Netzwerk für Advanced Practice Nursing & Advanced Nursing Practice g.e.V. | Bundesverband Pflegemanagement e.V., Witten, Berlin.

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (Hrsg.) (2015e) VDAB zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufsgesetz), Essen.

Weidlich S., Hock S. M. (2017) Advanced Nursing Practice (ANP)—Wie gelingt der Einsatz von Wissenschaft in der Praxis?, Pflege im Wandel gestalten—Eine Führungsaufgabe, 2.nd edition. Aufl., Springer, Heidelberg, S. 277–287.

Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa (Hrsg.) (2001) Pflegende und Hebammen für Gesundheit: WHO-Strategie für die Ausbildung von Pflegenden und Hebammen in Europa, WHO, Kopenhagen.

Wissenschaftsrat (2021) Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen—Drucksache: 2411-12.

World Health Organization (2017) Enhancing the role of community health nursing for universal health coverage, World Health Organization, Geneva.

Eidesstattliche Erklärung

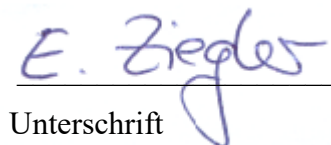
Hiermit erkläre ich,

1. dass ich die vorliegende Masterarbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als den angegebenen Hilfsmitteln angefertigt habe.
2. dass ich alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht-veröffentlichten Schriften entnommen wurden, als solche kenntlich gemacht habe.
3. dass ich diese Arbeit bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.
4. dass ich das Thema der Masterarbeit bisher weder im In- noch im Ausland einem Prüfer in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Mir ist bekannt, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben kann.

Oberstaufen, 28.02.2026

Ort, Datum



Unterschrift