

# **Zur Vulnerabilität der Pflegeprofession innerhalb der beruflichen Ausbildung und Tätigkeit**

## **Dissertation**

zur Erlangung des Grades eines Doktors der  
Wirtschaftswissenschaften an der Rechts- und  
Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Bayreuth

Vorgelegt von

**Sebastian Schmidt**

geboren in Gotha

*Dekan:*

*Prof. Dr. Claas Christian Germelmann*

*Erstberichterstatter:*

*Prof. Dr. mult. Eckhard Nagel*

*Zweitberichterstatter:*

*Prof. Dr. Martin Emmert*

*Tag der mündlichen Prüfung:*

*13. April 2026*

*„Vulnerabilität ist eine Universalie.  
Sie bezeichnet etwas,  
das auf alle  
Menschen zutrifft“*

*(Schnell, M. W., 2020)*

## **Danksagung**

Die vorliegende Dissertation wurde am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften (IMG), Universität Bayreuth, angefertigt. Ich möchte diesen besonderen Rahmen nutzen, um denjenigen Menschen zu danken, welche mir in dieser einmaligen Phase meines Lebens festen Halt, eine klare Orientierung sowie den notwendigen Mut gespendet haben.

Einen besonderen Dank gebührt meinem Doktorvater Univ.-Prof. Dr. Dr. med. habil. Dr. phil. Dr. theol. h.c. Eckhard Nagel, welcher mir im Rahmen der Planung, Erstellung und Verteidigung dieser Arbeit eine feste Stütze und Motivation war und mir als ein Teil des IMG die Chance der Promotion grundlegend eröffnet und nahegelegt hat. Durch seine umfassende fachliche Expertise sowie seine wertvolle Lebenserfahrung, konnte ich auch in schwierigen Zeiten Orientierung und Hoffnung fassen und diese Arbeit erfolgreich beenden. Ich habe Professor Nagel persönlich sehr viel zu verdanken.

Weiterhin gilt Prof. Dr. Martin Emmert ein herausragender Dank, welcher ganz maßgeblich zum Gelingen dieser Dissertation beigetragen hat. Durch seine nahbare Art sowie seine umfangreichen fachlichen und methodischen Kenntnisse konnte ich mich bei Unsicherheiten stets auf seine wertvolle und konstruktive Unterstützung verlassen. Dieses Vertrauen in seine Begleitung hat mir in vielerlei Hinsicht dabei geholfen, meine Selbstreflexion zu schärfen und den notwendigen Mut für zahlreiche, wegweisende Entscheidungen aufzubringen und mein wissenschaftliches, persönliches Profil zu schärfen.

Ich möchte mich darüber hinaus bei allen Mitarbeiter\*innen des IMG, der Bayreuther Akademie für Gesundheitswissenschaften e.V. sowie der GWS – Gesundheit Wissenschaft Strategie GmbH für die gute und wertvolle Zusammenarbeit sowie die zahlreichen, wunderbaren Unternehmungen innerhalb der letzten Jahre bedanken. Ebenso danke ich allen Studierenden der Universität Bayreuth, welche ich im Rahmen ihrer akademischen Ausbildung begleiten und betreuen durfte und durch welche ich enorm viel dazugelernt habe.

Abschließend gebührt meiner Familie sowie meinen engsten Freunden ein besonderer Dank.

Alle bereits veröffentlichten Publikationen wurden mit Genehmigung des Herausgebers abgedruckt.

## **Abstract**

In the sense of the *conditio humana*, vulnerability constitutes a central criterion for identifying individuals with specific health needs and for addressing the resulting social inequalities within the context of healthcare provision. In this regard, it is of particular importance that characteristics associated with vulnerability be further delineated and contextualized within their specific settings. Within the nursing profession, the largest occupational group in the healthcare sector both, health literacy (as a modifiable variable) and the presence of a migration background (as a non-modifiable variable) represent key characteristics regarding the vulnerability of the profession. These factors serve as the subject of investigation in the present study specifically within the setting of professional practice (the first line of inquiry) and within the setting of professional education (the second line of inquiry).

As a first step, a systematic review was conducted to identify specific stressors affecting nursing professionals with a migration background (PmMH) in nursing and elderly care settings within the context of their professional practice (first contribution). The second contribution shifted the focus to the context of professional education. In an initial qualitative phase, it examined the extent to which fostering health literacy among trainees constitutes a component of generalist nursing education and how this is operationalized in actual training practice (second contribution). Building upon this, a third quantitative step involved assessing the health literacy of trainees and investigating whether health literacy levels differ across the first, second, and third years of training (third contribution).

Based on the first contribution, specific stressors affecting PmMH were identified. Stressors that are specifically attributable to the context of nursing practice and thus create a setting-specific vulnerability within the nursing profession. These include, among other things, experiences of discrimination and racism perpetrated by colleagues as well as by patients and their relatives based on external characteristics (e.g., skin color, clothing). Based on the results of the second contribution, it became evident that fostering health literacy among trainees constitutes an important and necessary competency and educational objective within generalist nursing education. However, in actual training practice, this objective is interpreted heterogeneously and consequently implemented in diverse ways. At the same time, the results indicate that dissonances exist between the settings of professional

education and professional practice, leading to confusion and frustration among both trainees and instructors. The results of the third contribution demonstrated that the health literacy of trainees is predominantly problematic or inadequately developed (42.1% and 19.7%, respectively) and that no differences exist between the first, second, and third years of training regarding the level of health literacy among trainees ( $p = 0.141$ ).

In summary, the results underscore that vulnerability within the nursing profession both in the context of professional practice and in that of professional education is specifically determined by the variables listed; consequently, it plays a central role in both academic research and the practical realms of education and care delivery. Looking ahead, further longitudinal studies should be conducted within the settings to, on the one hand, consolidate the present findings and, on the other, further refine their specificity. Furthermore, it is imperative that, based on the available evidence, measures need to be identified that make a substantial contribution to preventing vulnerability within the nursing profession across the settings of professional education and practice.

## Zusammenfassung

Die Vulnerabilität stellt im Sinne der *Conditio humana* ein zentrales Kriterium dar, um Menschen mit besonderen gesundheitlichen Bedürfnissen zu identifizieren und darauf beruhende gesellschaftliche Ungleichheiten im Kontext der Gesundheitsversorgung abzubauen. Hierbei ist es vor allem von Bedeutung, dass Merkmale, welche mit Vulnerabilität assoziiert sind, weiterführend in ihren spezifischen Kontexten konturiert und kontextualisiert werden. Innerhalb der Pflegeprofession, der größten Berufsgruppe des Gesundheitswesens, stellen sowohl die Gesundheitskompetenz, als modifizierbare Variable sowie das Vorhandensein eines Migrationshintergrunds, als nicht-modifizierbare Variable wesentliche Merkmale im Kontext der Vulnerabilität der Pflegeprofession dar, wobei diese einerseits im Setting der beruflichen Tätigkeit (erster Forschungsstrang) und andererseits im Setting der beruflichen Ausbildung (zweiter Forschungsstrang) den Untersuchungsgegenstand der vorliegenden Arbeit darstellen.

In einem ersten Schritt wurde hierzu eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, um spezifische Belastungsfaktoren von Pflegefachpersonen mit Migrationshintergrund (PmMH) in der Kranken- und Altenpflege im Setting der beruflichen Tätigkeit zu identifizieren (erster Beitrag). Der zweite Beitrag richtete die Perspektive auf das Setting der beruflichen Ausbildung und untersuchte dabei in einem ersten, qualitativen Schritt, inwiefern die Förderung der Gesundheitskompetenz von Auszubildenden Gegenstand der generalistischen Pflegeausbildung ist und durch die Ausbildungspraxis operationalisiert wird (zweiter Beitrag). Darauf aufbauend wurde in einem dritten, quantitativen Schritt, die Gesundheitskompetenz von Auszubildenden erhoben und überprüft, ob sich die Gesundheitskompetenz zwischen dem ersten, zweiten und dritten Ausbildungsjahr unterscheidet (dritter Beitrag).

Mittels des ersten Beitrags konnten besondere Belastungen bei PmMH identifiziert werden, welche spezifisch im Kontext der pflegerischen Tätigkeit zuzuordnen sind und damit eine Setting-spezifische Vulnerabilität innerhalb der Pflegeprofession erzeugen. Hierzu zählen unter anderem Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen sowohl durch Kolleg\*innen als auch Patient\*innen sowie deren Angehörige aufgrund äußerer Merkmale (z. B. Hautfarbe, Kleidung). Auf Basis der Ergebnisse des zweiten Beitrags wurde ersichtlich, dass die Förderung der Gesundheitskompetenz von Auszubildenden ein wichtiges und notwendiges Kompetenz- und Ausbildungsziel der Generalistik darstellt, jedoch in der ausbildenden Praxis

heterogen interpretiert und demzufolge unterschiedlich ausgestaltet wird. Gleichzeitig weisen die Ergebnisse darauf hin, dass zwischen den Settings der beruflichen Ausbildung und beruflichen Tätigkeiten Dissonanzen bestehen, welche sowohl bei den Auszubildenden als auch den Lehrkräften zu Irritationen führen. Die Ergebnisse des dritten Beitrags zeigten, dass die Gesundheitskompetenz von Auszubildenden überwiegend problematisch bzw. inadäquat ausgeprägt (42,1 % bzw. 19,7%) ist und, dass keine Unterschiede zwischen dem ersten, zweiten und dritten Ausbildungsjahr hinsichtlich der Ausprägung der Gesundheitskompetenz bei Auszubildenden bestehen ( $p = 0.141$ ).

Zusammenfassend unterstreichen die Ergebnisse, dass Vulnerabilität innerhalb der Pflegeprofession sowohl im Setting der beruflichen Tätigkeit als auch im Setting der beruflichen Ausbildung spezifisch auf Grundlage der aufgeführten Variablen determiniert wird und damit sowohl in Wissenschaft & Forschung als auch innerhalb der Ausbildungs- und Versorgungspraxis eine zentrale Rolle einnehmen. Perspektivisch sind nun weiterführende, longitudinal angelegte Studien in den aufgeführten Settings durchzuführen, um die vorliegenden Erkenntnisse einerseits zu festigen und andererseits weiterführend zu spezifizieren. Darüber hinaus ist es zwingend erforderlich, dass auf Basis der vorliegenden Evidenz Maßnahmen identifiziert werden, welche einen substantiellen Beitrag zur Prävention von Vulnerabilität innerhalb der Pflegeprofession in den Settings der beruflichen Ausbildung und Tätigkeit leisten.

# Inhaltsverzeichnis

1. Aufbau der Dissertationsschrift .....	1
<b>Abschnitt I – Einleitung</b> .....	2
2. Forschungskontext und Motivation.....	3
3. Charakteristika der Artikel und ihr Beitrag zur Dissertation.....	11
<b>Abschnitt II – Publikationen</b> .....	16
4. Spezifische Arbeitsbelastungen bei Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund in der Kranken- und Altenpflege: Ein systematisches Review. ....	17
5. Zur Bedeutung der generalistischen Pflegeausbildung als Instrument zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Auszubildenden: Status quo und zukünftige Herausforderungen. ....	42
6. Zur Entwicklung der Gesundheitskompetenz während der generalistischen Pflegeausbildung: Ergebnisse einer Online-Befragung.....	60
<b>Abschnitt III – Übergreifende Diskussion</b> .....	79
7. Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse und Schlussfolgerungen ....	80
8. Limitationen und weiterführender Forschungsbedarf .....	84

# 1. Aufbau der Dissertationsschrift

Die vorliegende Dissertationsschrift zielt darauf ab, die Vulnerabilität der Pflegeprofession in den Settings der *beruflichen Ausbildung* und *beruflichen Tätigkeit* aufzugreifen und zu analysieren. Darauf aufbauend soll auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse erörtert werden, welche weiterführenden Forschungskontexte in Zukunft zu berücksichtigen sind. Zu diesem Zweck ist diese kumulative Schrift in drei aufeinander aufbauende, zusammengehörige Abschnitte gegliedert und umfasst eine Einleitung (1. Abschnitt), drei einschlägige Publikationen (2. Abschnitt) sowie eine übergreifende Diskussion (3. Abschnitt).

Im **ersten Abschnitt** der Arbeit werden zu Beginn zunächst wesentliche Kerngedanken zum Schwerpunkt der Dissertationsarbeit – Die Vulnerabilität innerhalb der Pflegeprofession – aufgegriffen und in einen nachvollziehbaren, relevanten Forschungskontext gebettet (Kapitel 2). Die sich daraus ableitenden Spannungsgefüge werden anschließend in ausgewählten, einschlägigen Forschungsfragen münden. Kapitel 3 bietet darauf aufbauend einen ersten inhaltlichen und strukturellen Überblick hinsichtlich der in Abschnitt 2 folgenden Publikationen und ermöglicht damit eine rasche, differenzierte Einordnung der Publikationsleistungen und -charakteristika. Im Rahmen des **zweiten Abschnittes** werden die identifizierten Forschungsfragen mittels drei einschlägiger Fachartikel dezidiert bearbeitet und beantwortet (Kapitel 4 – 6). Im **dritten Abschnitt** der Arbeit erfolgt eine Zusammenfassung sowie eine Reflexion der zentralen Erkenntnisse (Kapitel 7). Im achten Kapitel werden Limitationen und Stärken der dargelegten Forschung aufgezeigt und bilden damit, gemeinsam mit den vorangegangenen wissenschaftlichen Erkenntnissen der Arbeit, abschließend eine solide Basis zur Identifikation weiterführender Forschungsfragen.

Diese Dissertation wurde gemäß der Maßgaben der Promotionsordnung der Rechts- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Bayreuth vom 20. Mai 2022, unter Berücksichtigung der Änderungssatzung vom 5. Juni 2025, erstellt und der Prüfungskommission vorgestellt.

## *Abschnitt I – Einleitung*

## 2. Forschungskontext und Motivation

Das Recht auf Gesundheit einer jeden Person ist in Art. 2 (2) des Grundgesetz (GG) der Bundesrepublik Deutschland wie folgt festgeschrieben: „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“.<sup>1</sup> Dies bedeutet unter anderem, dass jeder Mensch in Deutschland das Recht auf eine angemessene Gesundheitsversorgung im Falle von Krankheit und/oder Behinderung hat, unabhängig von Einkommen, Geschlecht oder Herkunft. Dieses und andere Grundrechte sollen neben der individuell wahrgenommenen Sicherheit auf eine verlässliche Gesundheitsversorgung im Falle von Krankheit und Gebrechen auch eine gesundheitliche Chancengleichheit innerhalb der Bevölkerung sicherstellen. Aktuelle Ergebnisse zeigen jedoch, dass das Gut Gesundheit ungleich verteilt ist und mit bestimmten Merkmalen wie z. B. Bildung, Einkommen und Herkunft assoziiert ist: So sind vor allem Menschen mit niedrigem Bildungsniveau und geringem Einkommen sowie Menschen mit Migrationshintergrund im Kontext der medizinischen Versorgung häufiger benachteiligt als Menschen mit höherem Einkommen und besserem Bildungsniveau bzw. ohne Migrationshintergrund.<sup>2</sup> Diese Benachteiligung zeigt sich beispielsweise durch eine höhere Mortalität, oder durch eine reduzierte Wahrscheinlichkeit zur Verwirklichung von Lebenschancen der Betroffenen.<sup>3</sup> Diese Personen gelten aufgrund dessen, dass sie ein erhöhtes Risiko tragen an einer bestimmten Erkrankung zu erkranken, bzw. anderweitig benachteiligt zu werden, indem sie z. B. aufgrund bestimmter äußerlicher Merkmale stigmatisiert werden, als vulnerabel.<sup>4</sup> Die sogenannte *Vulnerabilität* bildet im Sinne der *conditio humana* eine anthropologische Grundkonstante und offenbart, dass die Verwundbarkeit eines jeden Menschen das Menschsein grundlegend charakterisiert.<sup>5</sup> Der Terminus *Vulnerabilität* (lat. *vulnus*, *vulneris*, Wunde, Verletzung) beschreibt dabei eine besondere Anfälligkeit oder Verletzbarkeit von Menschen durch genetische, organische, biochemische, psychische und soziale Faktoren.<sup>6</sup> Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert weiterführend die Variablen Alter, Geschlecht, sexuelle Identität, Rasse, Kultur, Religion, Behinderung, sozioökonomischer Status, geografische Lage und Migrationsstatus

---

<sup>1</sup> Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland, Art. 2 (2).

<sup>2</sup> Vgl. Kuntz, B., (2011), S. 311; Vgl. Brozka, P. & Razum, O., (2020), S. 319.

<sup>3</sup> Vgl. Marckmann, G., (2008), S. 887.

<sup>4</sup> Vgl. Mainka, C., S., (2024), S. 145.

<sup>5</sup> Vgl. Lehmeier, S., (2025), S. 91.

<sup>6</sup> Vgl. Pschyrembel (2004), S. 1940.

als potenziell relevante Einflussfaktoren auf das Vulnerabilitätsrisiko bestimmter Menschen und leistet damit eine erste Orientierung hinsichtlich der Identifikation vulnerabler Menschen.<sup>7</sup> Die WHO legt mit diesen Variablen einen wichtigen Meilenstein, indem sie den Blick auf Menschen richtet, die ein erhöhtes Vulnerabilitätsrisiko tragen. Gleichwohl besteht Konsens darüber, dass eine weiterführende Konturierung des Begriffs notwendig ist, da sonst die Gefahr besteht, dass tatsächlich vulnerable Personen nicht ausreichend genug identifiziert werden können, was zur Folge hätte, dass ihnen die notwendige Zuwendung und Aufmerksamkeit nicht entgegnet werden kann. Ein Ansatzpunkt hierfür ist die Differenzierung zwischen inhärenten und situativen Vulnerabilitäten. Krankheiten, Verletzungen und der Tod selbst stellen einige sogenannter inhärenter Vulnerabilitäten dar, wobei die Kontextfaktoren wie z. B. soziale, politische, ökonomische und umweltbezogene Aspekte situative, sekundäre Vulnerabilitäten verursachen können.<sup>8</sup> Demzufolge ist neben der Kenntnis bezüglich spezifischen Vulnerabilitätsrisiken auch das *Setting* von Bedeutung und muss im Kontext der Identifikation, Modifikation, Reduktion und Berücksichtigung von Vulnerabilitäten stets im Auge behalten werden. Ein Setting ist hierbei durch einen dauerhaften Sozialzusammenhang von Akteur\*innen innerhalb eines gemeinsamen sozial-räumlichen Bezugs (z. B. Schule, Betrieb, etc.) sowie einer gemeinsamen Lebenslage (z. B. Ausbildung, Migrationshintergrund, Ruhestand, etc.) gekennzeichnet.<sup>9</sup> Die Gestaltung von Settings bekommt damit eine besondere Rolle, da Settings einen zentralen Ort verkörpern, um vulnerable Menschen zu schützen, was eine Handlungsmaxime der Ottawa Charta (1986) darstellt.<sup>10</sup>

Es ist demzufolge wichtig und notwendig Vulnerabilität in spezifischen Settings zu analysieren, wobei vor allem innerhalb des Gesundheitswesens eine prekäre Situation vorliegt, da die Beschäftigten dort durch den Schutz und die Förderung ihrer eigenen Gesundheit auch einen Beitrag zur Sicherstellung des Versorgungsangebots leisten, welcher vor dem Hintergrund der Vulnerabilität gefährdet ist.<sup>11</sup> Vor allem die größte Berufsgruppe des Gesundheitswesens – *die Pflegeprofession* – nimmt in diesem Kontext, mit rund 1,7 Millionen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (Stand 2024), eine besondere Rolle

---

<sup>7</sup> Vgl. Weltgesundheitsorganisation (2022).

<sup>8</sup> Vgl. Wild, V., (2014), S. 297.

<sup>9</sup> Vgl. Rosenbrock, R., (2015), S. 216.

<sup>10</sup> Vgl. Babitsch, B., (2019), S. 6.

<sup>11</sup> Vgl. Krupp, E., et al., (2019), S. 118.

ein.<sup>12</sup> Es ist offensichtlich, dass auch innerhalb der Pflegeprofession vulnerable Personengruppen existieren, wobei an dieser Stelle sowohl das Setting der *beruflichen Ausbildung* als auch das Setting der *beruflichen Tätigkeit* ein weiteres Merkmal darstellt, um die in der Realität vorhandene Komplexität differenzierter darzustellen.

Einschlägige Ergebnisse konstatieren, dass im Kontext der *beruflichen Tätigkeit* hohe körperliche und psychische Arbeitsbelastungen, eine älter werdende Belegschaft sowie wachsende Versorgungsbedarfe die Pflegebranche zunehmend unter Druck setzt und sich der bereits bestehende Pflege-Fachkräftemangel in Zukunft weiterhin verschärfen wird.<sup>13</sup> In der Folge zeichnen sich dadurch z. B. fehlende Motivation im Arbeitsalltag und eine geringere Versorgungsqualität für die Patient\*innen sowie erhöhte Arbeitsbelastungen und wachsende Krankenstände innerhalb der Belegschaft ab.<sup>14</sup> Vor diesem Hintergrund bilden Pflegefachpersonen mit Migrationshintergrund (PmMH) bereits seit vielen Jahren eine wichtige und notwendige Ressource, um dem Fachkräftemangel in der Pflegebranche entgegenzuwirken.<sup>15</sup> So hatten 2024 insgesamt circa 18% der Pflegefachpersonen in Deutschland einen Migrationshintergrund, wobei der Anteil innerhalb der Altenpflege sogar rund 30% betrug.<sup>16</sup> Bisherige Ergebnisse zeigen, dass Menschen mit Migrationshintergrund häufiger höheren physischen und psychischen Arbeitsbelastungen ausgesetzt sind als Menschen ohne Migrationshintergrund.<sup>17</sup> Bisher besteht jedoch keine Evidenz, welche spezifischen Arbeitsbelastungen insbesondere bei PmMH in der Kranken- und Altenpflege existieren und inwiefern diese auch die tägliche (Zusammen-) Arbeit mit Pflegefachpersonen ohne Migrationshintergrund charakterisieren. Dies stellt ein relevantes Forschungsderivat dar, da PmMH auch zukünftig eine feste Säule der pflegerischen Versorgung darstellen werden und eine weitere Verschärfung der bereits vorhandenen Chancenungleichheiten in diesem Kontext nicht hinnehmbar ist.

Neben der langfristigen Bindung von bereits bestehendem Pflegepersonal sowie der Akquise von neuen Fachkräften mit und ohne Migrationshintergrund im Rahmen der beruflichen Tätigkeit, stellt auch die *beruflichen Ausbildung* von Pflegefachkräften eine zentrale Phase

---

<sup>12</sup> Vgl. Singer, K., Fleischer N., (2025), S. 4.

<sup>13</sup> Vgl. Fenchel, V., (2012), S. 3.

<sup>14</sup> Vgl. Kraft, S., (2019), S. 59.

<sup>15</sup> Vgl. Lauxen, O., et al. (2019), S. 792.

<sup>16</sup> Vgl. Radtke, R., (2025).

<sup>17</sup> Vgl. Oldenburg, C. et al. (2010), S. 142.

dar, um den notwendigen Personalbestand zukünftig qualitativ und quantitativ aufrecht zu erhalten bzw. auszubauen. Eine wesentliche, modifizierbare Variable stellt in diesem Zusammenhang die Gesundheitskompetenz (GK) der Auszubildenden dar. So ist es eine Zielsetzung der generalistischen Pflegeausbildung, im Sinne eines Setting-Ansatzes, die GK der Auszubildenden zu fördern, da diese als wesentlicher Prädiktor für die Vulnerabilität der Auszubildenden und später beruflich Tätigen Pflegefachpersonen angesehen wird.<sup>18</sup> Die GK bildet hierbei eine wesentliche Voraussetzung, um die Gesundheitsinteressen und -bedürfnisse innerhalb der sozialgesetzlich festgelegten Rahmenbedingungen adäquat auszuschöpfen. Sie „... umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen in Bezug darauf, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die die Lebensqualität im gesamten Lebensverlauf erhalten oder verbessern“.<sup>19</sup> Es besteht bisher keine Evidenz, ob und inwiefern dieses Ziel in der aktuellen generalistischen Ausbildungspraxis realisiert wird und welche Konsequenzen sich daraus ferner für die berufliche Ausbildung ergeben.

Demgegenüber bestehen derzeit nur vereinzelte Studienergebnisse die zeigen, dass die GK bei Auszubildenden des Gesundheitswesens wie z. B. Hebammen, Physiotherapeut\*innen sowie Pflegefachkräften häufig zu gering ausgeprägt ist, was negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Auszubildenden haben kann und demzufolge dringenden Handlungsbedarf signalisiert.<sup>20</sup> Gleichzeitig werden in diesem Feld weitere Forschungslücken sichtbar, indem bisher keine Evidenz dazu besteht, inwiefern sich die GK von Auszubildenden der generalistischen Pflegeausbildung im Kontext der *beruflichen Ausbildung* darstellt.

Die vorliegende Dissertation ist in zwei Forschungsstränge im Spannungsfeld der Pflegeprofession gegliedert und fokussiert sich dabei einerseits auf das Setting der *beruflichen Tätigkeit* bei PmMH (erster Forschungsstrang) und andererseits auf das Setting der *beruflichen Ausbildung* zum Pflegefachmann bzw. zur Pflegefachfrau (zweiter Forschungsstrang). Vor dem skizzierten Hintergrund werden im Rahmen der vorliegenden Arbeit die folgenden Forschungsfragen aufgegriffen und bearbeitet:

---

<sup>18</sup> Stassen, G., et al. (2023), S. 111.

<sup>19</sup> Bitzer, E. M., (2018), S. 754.

<sup>20</sup> Simon, A., et al. (2022), S. 1044.

- 1. Welche spezifischen Belastungsfaktoren bestehen bei PmMH am Arbeitsplatz der Alten- und Krankenpflege und welche Handlungsfelder ergeben sich aufgrund dieser Belastungsfaktoren?*
- 2. Inwiefern wird die Zielsetzung der Rahmenlehrpläne der generalistischen Pflegeausbildung – die Förderung der GK – in der Ausbildungspraxis berücksichtigt und in welcher Art und Weise werden etwaige Lernziele operationalisiert?*
- 3. Wie ist die GK von Auszubildenden der generalistischen Pflegeausbildung ausgeprägt und unterscheidet sich die GK von Auszubildenden des ersten, zweiten und dritten Ausbildungsjahres voneinander?*

Zusammenfassend knüpft die vorliegende Arbeit an bereits bestehende Erkenntnisse im Kontext der Pflegelandschaft an und identifiziert davon ausgehend relevante, weitere Forschungsderivate. Hierbei richtet die Arbeit den Blick insbesondere auf den Kontext der Vulnerabilität innerhalb der Pflegeprofession und fokussiert sich dabei im Rahmen der beiden aufgezeigten Forschungsstränge einerseits auf das Setting der beruflichen Ausbildung und andererseits auf das Setting der beruflichen Tätigkeit.

Die Dissertation untersucht dabei zum einen, welche spezifischen Belastungsfaktoren bei PmMH in der Alten- und Krankenpflege vorliegen und zum anderen, inwiefern die Zielvorgabe der generalistischen Pflegeausbildung – die Förderung der GK – in der Ausbildungspraxis aufgegriffen und umgesetzt wird. Weiterführend eruiert die Arbeit, wie die GK bei Auszubildenden der generalistischen Pflegeausbildung ausgeprägt ist und widmet sich ferner der Fragestellung, ob sich Unterschiede zwischen dem ersten, zweiten und dritten Ausbildungsjahr hinsichtlich der Ausprägung der GK abzeichnen.

## Literaturverzeichnis

- Babitsch B (2019). Gesundheitswissenschaften – Eine Einführung, in: Haring R (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften, Springer, Berlin/Heidelberg, S. 6–13.
- Bitzer E M und Sørensen K (2018). Gesundheitskompetenz - Health Literacy, in: Das Gesundheitswesen, 80 (08/09), S. 754-766.
- Fenchel V (2012). Demografische Aspekte des Fachkräftemangels, in: Bettig U, Frommelt M, Schmidt R (Hrsg.): Fachkräftemangel in der Pflege: Konzepte, Strategien, Lösungen, medhochzwei Verlag, Heidelberg, S. 3-18.
- Brzoska P und Razum O (2020). Die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund aus sozialepidemiologischer Sicht, in: Kriwy P, Jungbauer-Gans M (Hrsg.): Handbuch Gesundheitssoziologie, 1. Aufl., Springer VS, Wiesbaden, 2020, S. 319-335.
- Kraft S (2019). Welche Auswirkungen hat der Fachkräftemangel?, in: Pflegezeitschrift, 72(6), S. 58-59.
- Krupp E, Hielscher V, Kirchen-Peters S (2019). Betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege–Umsetzungsbarrieren und Handlungsansätze, in: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.): Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege - aber woher? Springer Berlin, Heidelberg, S. 113 – 122.
- Kuntz B (2011). Bildung und Gesundheit, in: Schott T und Hornberg C (Hrsg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit: 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft, 1. Aufl., VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 311-327.
- Lauxen O, Larsen C, Slotala L (2019). Pflegefachkräfte aus dem Ausland und ihr Beitrag zur Fachkräftesicherung in Deutschland. Das Fallbeispiel Hessen, in: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 62(6), S. 792–797.
- Lehmeyer S (2025). Vulnerabilität. In: Riedel A, Linde AC (Hrsg.): Ethische Reflexion in der Pflege: Konzepte-Werte-Phänomene. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 91-103.
- Mainka C S (2024). Das Schichtenkonzept kontextabhängiger Vulnerabilität im Gesundheitswesen. Zeitschrift für Ethik und Moralphilosophie, 8, S. 143-156.
- Marckmann G (2008). Gesundheit und Gerechtigkeit, in: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 2008, 51(8), S. 887-894.

- Oldenburg C, Siefer A, Beermann B (2010). Migration als Prädiktor für Belastung und Beanspruchung?, in: Badura B, Schröder H, Klose J, Macco K (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2010 - Vielfalt managen: Gesundheit fördern - Potenziale nutzen. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft, Springer Berlin, Heidelberg, S. 141-151.
- Pschyrembel (2004). Klinisches Wörterbuch. 260 Aufl. Walter de Gruyter, Berlin, New York, S. 1940.
- Radtke R (2025). Ausländeranteil unter Pflegekräften in Deutschland 2024. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1029896/umfrage/auslaenderanteil-an-pflegekraeften-in-deutschland-nach-pflegeart/>, abgerufen am: 13.09.2025.
- Rosenbrock R (2015). Prävention in Lebenswelten—der Setting-Ansatz: in: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 91(5), S. 213-219.
- Simon A, Ebinger M, Holoch E (2022). Die Gesundheitskompetenz von angehenden Ärzt\*innen Pflegenden, Hebammen, Therapeut\*innen und Gesundheitsmanager\*innen in Deutschland—Explorative Pilotstudie, in: Das Gesundheitswesen, 84(11), S. 1039-1049.
- Singer K, Fleischer N (2025). Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. [https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile), abgerufen am 12.09.2025.
- Stassen G, Baumann H, Schaller A (2023). Gesundheitskompetenz im Kontext der Gesundheitsförderung von Auszubildenden in der Pflege, in: Bischoff L L, Otto AK, Wollesen B (Hrsg.): Gesundheitsförderung und Präventionsarbeit im Pflegeheim: Praktische Umsetzung für Führungskräfte, Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, S. 111-123.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2022). Vulnerabilität und gefährdete Bevölkerungsgruppen. Gemeinschaftliches Katastrophenrisikomanagement, <https://wkc.who.int/our-work/health-emergencies/knowledge-hub/community-disaster-risk-management/vulnerability-and-vulnerable-populations>, abgerufen am: 12.09.2025.
- Wild V (2014). Vulnerabilität, in: Lenk C, Duttge G, Fangerau H (Hrsg.): Handbuch Ethik und Recht der Forschung am Menschen, 1. Aufl., Springer Berlin, Heidelberg, S. 297-298.

## Rechtsquellenverzeichnis

- GG Grundgesetz in der Fassung und Bekanntmachung vom 23. Mai 1949 (BGBl. S. 1), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes zur Änderung des Grundgesetzes (Artikel 109, 115 und 143h) vom 22. März 2025 (BGBl. I Nr. 94)

### 3. Charakteristika der Artikel und ihr Beitrag zur Dissertation

Das folgende Kapitel beschreibt den Beitrag der drei inkludierten Fachartikel innerhalb der vorliegenden Dissertation und skizziert in Tabelle 1 die jeweiligen Charakteristika der einzelnen Artikel sowie die Beiträge des Autors dieser Arbeit. Der erste Artikel greift den ersten Forschungsstrang der Dissertation auf und fokussiert sich spezifisch auf PmMH im Setting der *beruflichen Tätigkeit*. Ferner werden die Untersuchungsgegenstände des zweiten Forschungsstrangs durch den zweiten und dritten Artikel der Arbeit repräsentiert. Hier liegt der Fokus einerseits auf der generalistischen Berufsausbildung als Instrument zur Förderung der GK und andererseits auf der GK von Auszubildenden der generalistische Pflegeausbildung. Beide Artikel beziehen sich dabei auf das Setting der *beruflichen Ausbildung*. Die folgende Abbildung illustriert die beiden Forschungsstränge und zeigt die jeweiligen Spezifika der in Kapitel 4 - 6 aufgeführten Artikel dieser Arbeit.

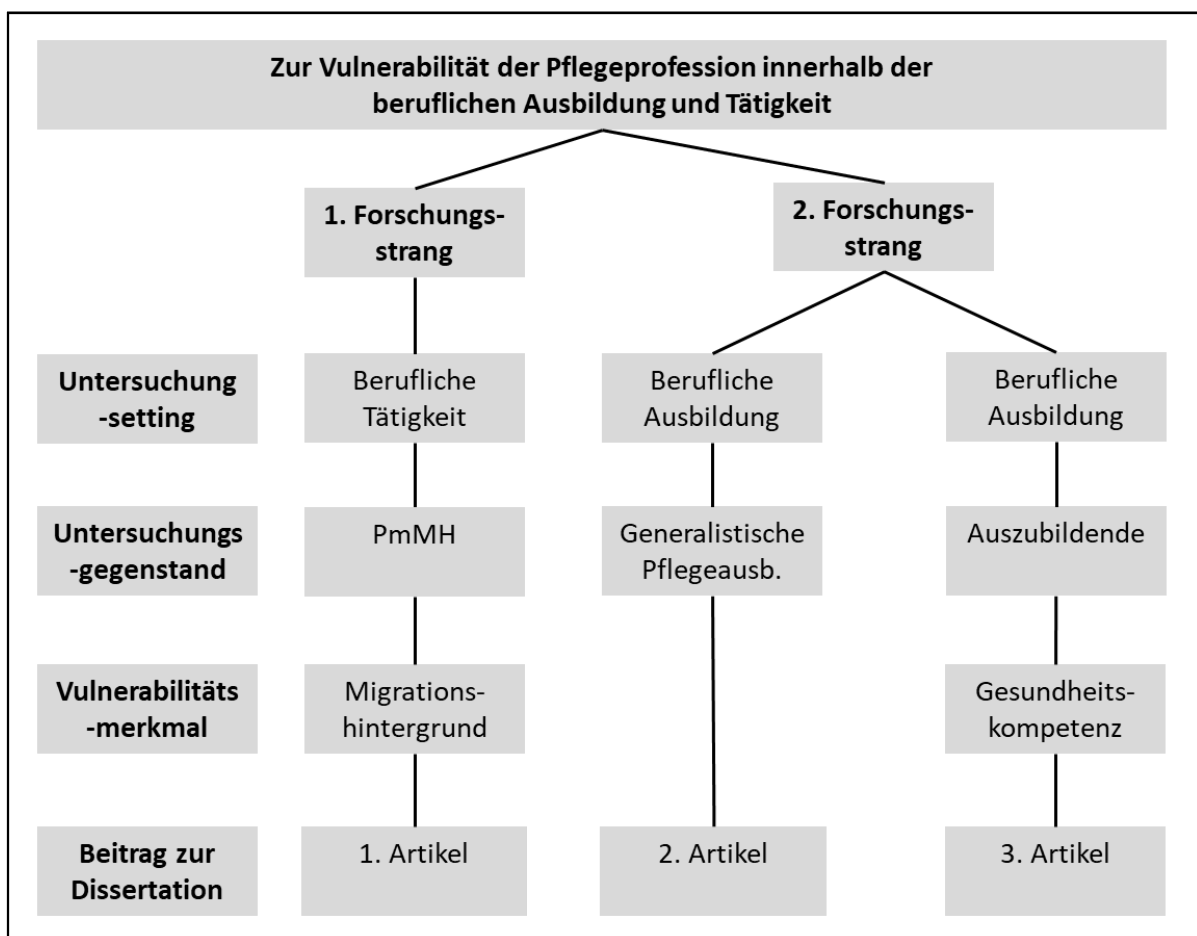


Abb. 1: Studienartikel und ihr Beitrag zur Dissertation (eigene Darstellung).

Der erste Artikel (Kapitel 4) *„Spezifische Arbeitsbelastungen bei Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund in der Kranken- und Altenpflege: Ein systematisches Review“* eruiert auf Basis einer Sekundärdatenanalyse spezifische Arbeitsbelastungen im Rahmen der Kranken- und Altenpflege und fokussiert sich dabei auf PmMH. Die vorgetragenen Erkenntnisse leisten einen spezifischen, substanziellen Beitrag innerhalb dieses Forschungsfelds und bilden darüber hinaus konkrete Anknüpfungspunkte sowohl im Rahmen weiterführender Forschungsarbeiten als auch für verantwortliche Akteur\*innen der beruflichen Pflegepraxis wie z. B. Stationsleiter\*innen oder andere Personalverantwortliche.

Mit Hilfe des zweiten Artikels (Kapitel 5) *„Zur Bedeutung der generalistischen Pflegeausbildung als Instrument zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Auszubildenden: Status quo und zukünftige Herausforderungen“* wird auf Basis einer qualitativen Primärdatenanalyse die generalistische Pflegeausbildung in das Zentrum der durchgeführten Forschung gestellt. Aus der Perspektive von Expert\*inneninterviews wird hierbei eruiert, ob und inwiefern die generalistische Pflegeausbildung derzeit als Instrument zur Förderung der GK in der Ausbildungspraxis dezidiert Anwendung findet. Nach bisherigem Kenntnisstand sind die Ergebnisse des Artikels, in diesem sensiblen Kontext, in Deutschland erstmalig so formuliert und schaffen somit eine zentrale Grundlage zur Reflexion der Zielstellung der Berufsausbildung, nämlich die GK zu im Rahmen der generalistischen Pflegeausbildung zu fördern.

Abschließend knüpft der dritte Artikel (Kapitel 6) *„Zur Entwicklung der Gesundheitskompetenz während der generalistischen Pflegeausbildung: Ergebnisse einer Online-Befragung“* im Rahmen einer quantitativen Primärdatenanalyse an den zweiten Artikel an und eruiert zum einen, wie die GK bei Auszubildenden der generalistischen Pflegeausbildung ausgeprägt ist. Zum anderen wird im Rahmen des dritten Artikels überprüft, ob sich die GK zwischen dem ersten, zweiten und dritten Ausbildungsjahr unterscheidet. Zusammenfassend festigt der Beitrag bereits vorhandene Evidenz zur Ausprägung der GK bei Auszubildenden und erweitert darüber hinaus die bisherigen Erkenntnisse, indem die GK auf Basis des Ausbildungsstands differenziert betrachtet wird.

Tab. 1: Publikationsüberblick (eigene Darstellung)

	<b>1. Beitrag</b>	<b>2. Beitrag</b>	<b>3. Beitrag</b>
<b>Titel des Papers</b>	Spezifische Arbeitsbelastungen bei Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund in der Kranken- und Altenpflege: Ein systematisches Review.	Zur Bedeutung der generalistischen Pflegeausbildung als Instrument zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Auszubildenden: Status quo und zukünftige Herausforderungen.	Zur Entwicklung der Gesundheitskompetenz während der generalistischen Pflegeausbildung: Ergebnisse einer Online-Befragung.
<b>Autorenschaft</b>	Erstautor	Erstautor	Erstautor
<b>Journal</b>	Das Gesundheitswesen, Peer-Reviewed, veröffentlicht	Pflegewissenschaft, Peer-Reviewed, veröffentlicht	Pflegewissenschaft, Peer-Reviewed, veröffentlicht
<b>Methodik</b>	Systematische Literaturrecherche	Qualitative Expert*inneninterviews (n= 11)	Quantitative Datenerhebung bei Auszubildenden (n= 127)
<b>Fragestellungen</b>	<p>1. Welche spezifischen Arbeitsbelastungen bestehen bei PmMH in der Kranken- und Altenpflege?</p> <p>2. Welche spezifischen Handlungsfelder ergeben sich auf Basis der identifizierten Arbeitsbelastungen bei PmMH?</p>	<p>1. Inwiefern wird die Zielsetzung der Rahmenlehrpläne der generalistischen Pflegeausbildung – die Förderung der GK – in der Ausbildungspraxis berücksichtigt?</p> <p>2. Wie werden etwaige Lernziele in der Ausbildungspraxis operationalisiert?</p>	<p>1. Wie ist die GK bei Auszubildenden der generalistischen Pflegeausbildung ausgeprägt?</p> <p>2. Unterscheidet sich die GK von Auszubildenden zwischen dem ersten, zweiten und dritten Ausbildungsjahr?</p>

## **Medium und Status**

Der erste Beitrag dieser Dissertation (Kapitel 4) wurde in der Fachzeitschrift *Das Gesundheitswesen* publiziert. Die Zeitschrift zeichnet sich durch ein peer-review Verfahren mittels multidisziplinärer, unabhängiger Expert\*innen aus und ist insbesondere in Deutschland in den Bereichen Sozialmedizin, Gesundheits-System-Forschung, Medizinischer Dienst, Public Health, Öffentlicher Gesundheitsdienst sowie Versorgungsforschung ein einschlägiges wissenschaftliches Fachjournal.

Die in Kapitel 5 und 6 erarbeiteten Beiträge wurden im Fachjournal *Pflegewissenschaft* publiziert. Das Journal hat seinen Schwerpunkt auf die Veröffentlichung von Beiträgen über alle Aspekte der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Disziplinen des Gesundheitswesens gelegt. Das peer-review Verfahren, welches sich an internationalen Standards zur Artikelbegutachtung (z. B. JAMA) orientiert, sichert einen standardisierten und fairen Bewertungsprozess der Beiträge.

## **Autorenschaft**

Der Doktorand ist Erstautor aller drei Beiträge. Den entsprechenden Artikeln der Kapitel vier, fünf und sechs sind die Details der Co-Autor\*innen zu entnehmen.

## **Sprache**

Die Artikel der vorliegenden Dissertation wurden in deutscher Sprache veröffentlicht. Die Titel sowie die Zusammenfassung aller Beiträge wurden entsprechend in die englische Sprache übersetzt und den Beiträgen vorangestellt.

## **Originalität und Vereinheitlichung**

Die in dieser Dissertation aufgeführten Beiträge entsprechen vollumfänglich den veröffentlichten Beiträgen innerhalb der jeweiligen Fachjournals. Vor diesem Hintergrund wurden die Spezifika der beiden Journals z. B. Zitationsstil, Gestaltung der Literaturverzeichnisse sowie die jeweilige Gender-Schreibweise entsprechend beibehalten.

Um eine einheitliche Darstellung in dieser Dissertation zu gewährleisten, wurden die Schriftart und -größe, die Zeilenabstände sowie die Überschriften und Schlüsselwörter standardisiert.

## **Nutzungsrechte**

Für alle drei lizenzpflichtigen Beiträge der vorliegenden Dissertation wurde eine schriftliche Nutzungsgenehmigung durch die Herausgeber\*innen erteilt, welche sich auf die abzugebenden Pflichtexemplare bezieht.

## *Abschnitt II – Publikationen*

## 4. Spezifische Arbeitsbelastungen bei Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund in der Kranken- und Altenpflege: Ein systematisches Review.

Specific Workloads among Employees with a Migration Background in Nursing and Geriatric Care: A Systematic Review

### **Zitation**

Schmidt, Sebastian; Lörzing, Romina; Jahn, Jennifer; Andersch-Rupprecht, Claudia; Emmert, Martin; Nagel, Eckhard: Spezifische Arbeitsbelastungen bei Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund in der Kranken- und Altenpflege: Ein systematisches Review. In: Das Gesundheitswesen, 85 (2023) Heft 11, S. 1027-1036.

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Multimorbidität, zunehmend chronisch-erkrankte Patient\*innen sowie der demografische Wandel führen in Deutschland zu einem erhöhten Versorgungsaufwand bei zunehmender Personalknappheit in der Kranken- und Altenpflege. Vor dem Hintergrund des bestehenden Fachkräftemangels in der Kranken- und Altenpflege werden zunehmend Pflegende mit Migrationshintergrund der 1. und 2. Generation (PmMH) rekrutiert und in bestehende (Unternehmens-) Kulturen integriert. Dies stellt einen wichtigen Ansatzpunkt für eine dauerhafte und bedarfsgerechte Versorgungslandschaft dar.

**Ziel der Studie:** Ziel der Studie ist die Identifikation und Analyse von spezifischen Belastungen von PmMH am Arbeitsplatz der Kranken- und Altenpflege.

**Material und Methoden:** Es wurde eine systematische Literaturrecherche in relevanten Fachdatenbanken (Pubmed, PsychInfo, Web of Science, Cochrane) durchgeführt, ergänzt durch eine erweiternde Schneeball- und Handsuche. Im Anschluss erfolgte eine deskriptive Ergebnisdarstellung der Studieninhalte, welche in einem darauffolgenden Schritt durch mehrere Personen iterativ in thematische Kategorien zusammengeführt und konsolidiert wurden.

**Ergebnisse:** Es wurden 15 Publikationen als relevant identifiziert und in die Analyse eingeschlossen. Es konnten spezifische, migrationsassoziierte Belastungsfaktoren identifiziert werden. Insbesondere die Kategorien: „Diskriminierung und Rassismus“, „Sprach- und Kommunikationsprobleme“ sowie „Kulturelle Anpassung“ prägen die (Zusammen-) Arbeit in der Kranken- und Altenpflege und führen zu zusätzlichen Belastungen bei den Mitarbeitenden sowie den Patient\*innen und bilden konkrete Handlungsfelder für betriebliche Akteur\*innen.

**Diskussion:** Die vorliegende Übersichtsarbeit konnte spezifische Belastungen von PmMH identifizieren und zusammenfassen. Es ist an dieser Stelle davon auszugehen, dass diese nicht einseitig, ausschließlich auf PmMH wirken, sondern dass vielmehr bilaterale Verflechtungen bestehen. Betriebliche Konzepte scheinen die bestehenden Herausforderungen bisher nicht adäquat lösen zu können, sodass wirksame, nachhaltige Ansätze zu finden sind. Inwiefern die benannten spezifischen Belastungen ausschließlich

PmMH beeinflussen, bleibt in diesem Kontext unberücksichtigt, sodass sich hieraus obligater Forschungsbedarf ergibt.

**Schlüsselwörter:** Systematische Übersichtsarbeit, Migration, Fachkräftemangel, Kranken- und Altenpflege, Arbeitsbelastungen

## **Abstract**

**Background:** Multimorbidity, increasing numbers of chronically ill patients and demographic change are leading to increased care costs in Germany with an increasing shortage of staff in skilled nursing and geriatric care. In this context more and more caregivers with a migration background of the 1st generation (PmMH) are being recruited and integrated into existing (corporate) cultures. This represents an important starting point for a permanent and needs-based supply landscape.

**The aim of the study:** The aim of the study was to identify and analyze the specific stresses of PmMH at the workplace in nursing and geriatric care.

**Material and Methods:** A systematic literature search was carried out in relevant specialist databases (Pubmed, PsychInfo, Web of Science, Cochrane), supplemented by an extended snowball and hand search. This was followed by a descriptive presentation of the results of the study content, which in a subsequent step was iteratively brought together and consolidated into thematic categories by several people.

**Results:** A total of 15 publications were identified as relevant and included in the analysis. Specific, migration-associated stress factors could be identified. In particular, the categories: "Discrimination and racism", "Language and communication problems" and "Cultural adjustment" characterized the (collaborative) work in nursing and care for the elderly and led to additional stress for employees and patients.

**Discussion:** The present review article identified and summarized specific burdens of PmMH. At this point it can be assumed that these affect both PmMH and patients. So far, operational concepts do not seem to be able to adequately solve the challenges, so that effective, sustainable approaches have to be found. The extent to which the specified stress factors only affect PmMH is not considered in this context, so that further research is needed.

**Keywords:** Systematic review, Migration, Shortage of skilled workers, nursing and elderly care, Workload

## 1. Einleitung

Die Beschäftigtenanzahl im Bereich der Kranken- und Altenpflege verzeichnete in den letzten Jahren einen Anstieg, wobei sich die Anzahl der offenen Stellen im Gesundheitswesen von 2011 bis 2019 verdoppelt hat [1, 2]. Gleichzeitig fehlen derzeit etwa immer noch 50.000 Pflegekräfte in Deutschland, wobei Prognosen bis zum Jahr 2035 von rund 500.000 unbesetzten Stellen in der Kranken- und Altenpflege ausgehen [3]. Demgegenüber steht ein komplex wachsender Versorgungsaufwand im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel, durch Multimorbidität geprägte Patient\*innen sowie sukzessive durch Chronifizierung charakterisierte Patient\*innen; hieraus ergibt sich ein zunehmender Bedarf an Pflegenden in Deutschland in der Zukunft [4, 5]. Demgegenüber gestaltet sich die fortlaufende Rekrutierung von fähigem, motiviertem Pflegepersonal schwierig, da der Pflegeberuf unattraktiv erscheint [6]. Die Gründe hierfür sind vielschichtig, vor allem die hohen psychischen und physischen Arbeitsbelastungen kennzeichnen den Dienstleistungsberuf „Pflege“ [7].

Dem bestehenden Fachkräftemangel im Bereich der Alten- und Krankenpflege gilt es durch adäquate Strategien entgegenzuwirken, sodass im Sinne der Gerechtigkeit, Sicherheit und Solidarität auch für die folgenden Generationen gesorgt und damit eine lückenlose Versorgung möglich erscheint [8]. Damit dem Bedarf auch zukünftig im Sinne einer umfangreichen medizinischen Pflege- und/oder Krankenbetreuung gerecht begegnet werden kann, ist es notwendig, personelle Engpässe zu kompensieren bzw. diesen prospektiv entgegenzuwirken. Am 01. Mai 2020 wurde einer von zahlreichen Schritten unternommen, um die Arbeitsbedingungen von Pflegekräften zu entlasten – zum (Gesundheits-)Schutz der Mitarbeitenden: Die neuen Mindestarbeitsbedingungen sollen durch zusätzliche Urlaubstage sowie tätigkeits- und qualitätsabhängige Mindestentgelte die Berufsattraktivität über Fachgrenzen hinweg steigern [9]. Da diese Schritte noch nicht ausreichend sein können, wird an vielen Stellen deutlich, indem z. B. weiterhin eine hohe Fluktuation im Bereich der Pflege zu verzeichnen ist [10]. Fachkräfte zu gewinnen und langfristig an das eigene Unternehmen zu binden, wird damit neben dem eigentlichen Kerngeschäft zur zusätzlichen Herausforderung für die Entscheidungsträger\*innen in der Kranken- und Altenpflege. Neben der fortlaufenden Rekrutierung von Fachpersonal aus dem Inland stellt die Gewinnung von Pflegepersonal aus dem Ausland ein erfolgsversprechendes

Instrument zur Gewinnung zusätzlicher Fachkräfte dar [11]. Sowohl in der Altenpflege als auch in der Krankenpflege ist die Anzahl von ausländischen Pflegekräften steigend. Insgesamt ist ein Zuwachs von 53.000 beschäftigten Pflegekräften innerhalb der letzten 5 Jahre festzustellen [12]. Die häufigsten Herkunftsländer waren hierbei Griechenland, Portugal, Spanien, Bosnien und Herzegowina, Türkei, Kroatien sowie Rumänien [11].

Personen mit Migrationshintergrund weisen im Vergleich zur Menschen ohne Migrationshintergrund erhöhte Gesundheitsrisiken auf, welche u. a. mit der beruflichen Tätigkeit assoziiert sind [13]. Es zeichnet sich ab, dass ohne effektive Integration der positive Effekt der neu eingestellten ausländischen Mitarbeitenden, im Sinne einer Personalgewinnung, schnell verblasst, sodass aus alten Problemen neue Herausforderungen generiert werden. Die Gefahr besteht demzufolge darin, dass neu eingestellte PmMH nicht adäquat integriert werden, wodurch erwartbare (gesundheitliche) Belastungen zu Problemen führen. Nachhaltige Lösungen müssen daher eine ethisch und moralisch vertretbare Handlungsperspektive für alle Beteiligten ermöglichen, damit eine dauerhafte Versorgung durch ausreichend Pflegepersonal gewährleistet ist. Der kulturelle (Unternehmens-) Wandel in all seinen Facetten ist längst verlässlicher Begleiter und demzufolge über die Grenzen der Kranken- und Altenpflege hinweg anzutreffen [14]. Vor diesem Hintergrund ergeben sich nach der initialen Rekrutierung von Pflegepersonal aus dem Ausland besondere (betriebliche) Handlungsfelder, um Pflegende mit Migrationshintergrund der 1. und 2. Generation (PmMH) nachhaltig an das Unternehmen binden und integrieren zu können. Essenzielle Grundlage hierfür bildet die Kenntnis darüber, welche spezifischen Belastungen bei den migrierten Pflegekräften vorzufinden sind, damit diesen zielgerichtet und frühzeitig entgegengewirkt werden kann. Das Wissen über die spezifischen Belastungen kristallisiert sich als essenzieller Stellhebel heraus und bietet damit die Grundlage zur gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung [15]. Dadurch kann eine gute und nachhaltige pflegerische Versorgung mittels inländischer und ausländischer Pflegekräfte in Zukunft gewährleistet werden.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, systematisch zu analysieren, welche besonderen, spezifischen Belastungen PmMH am Arbeitsplatz der Alten- und Krankenpflege erfahren und welche betrieblichen Handlungsfelder sich dadurch für Unternehmen ergeben können.

## 2. Methodik

Im Juli 2021 erfolgte eine systematische Literaturrecherche in den elektronischen Fach- und Praxisdatenbanken Web of Science, PubMed, PsychInfo und Cochrane Library, ergänzt durch forward und backward snowballing [16] sowie freier Handsuche. Eingeschlossen wurden Artikel aus Fachzeitschriften und wissenschaftlichen Journals in deutscher oder englischer Sprache, publiziert zwischen Januar 2005 und April 2021. Ausgeschlossen wurden vor 2005 veröffentlichte Studienprotokolle, Workshopergebnisse, Pilot-Studien. Die Erstellung des Reviews erfolgte in Übereinstimmung mit den Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA-Statement) [17]. Die eingesetzten Suchbegriffe wurden anhand bereits bestehender Reviews [18] sowie spezifischer Ergänzungen definiert und entsprechend in der Suchsyntax berücksichtigt (s. Tab. 1).

Tab. 1: Elektronische Suchstrategie (eigene Darstellung).

Elektronische Datenbanken	Deskriptoren und boolesche Operatoren	Selektionsebene
PubMed PsychInfo Web of Science Cochrane	<p>(Pflege* OR Krankenpflege* OR Altenpflege* OR Nurses (MeSH) OR Nursing staff (MeSH) OR Nurse* OR Nursing* OR Care worker* OR Healthcare professional* OR Health worker* OR Health personnel)</p> <p><b>AND</b></p> <p>(Ausland* OR Ausländ* OR Emigration and immigration (MeSH) OR Emigrants and immigrants (MeSH) OR Migrants and transients (MeSH) OR Foreign professional personnel (MeSH) OR Migrant* OR migration OR Foreign* OR Emigra* OR Immigra* OR Ethnic OR International* nurs* OR Workforce diversity OR acculturation OR Overseas qualified)</p> <p><b>AND</b></p> <p>(Krankenhaus* OR Arbeit* OR Betrieb* OR Workplace (MeSH) OR Workplace* OR Hospitals (MeSH) OR Hospital* OR Occupation* OR Employe* OR Work-related OR Work* environment) AND (Gesundheit* OR Sicherheit* OR Health (MeSH) OR Health* OR Safety (MeSH) OR Safety OR Occupational health (MeSH)) AND (Prävention* OR Bedürfnis* OR Job satisfaction (MeSH) OR Program evaluation (MeSH) OR Job satisfaction OR Experience* OR Perception* OR Intervention* OR Program* OR Promot* OR Impement* OR Initiative* OR Working condition*)</p>	<p>Gegenstand</p> <p>Migrations- hintergrund</p> <p>Eingrenzung</p>

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden die entsprechenden Suchbegriffe anhand des PICO-Schemas identifiziert und eingesetzt [19]. Tabelle 2 zeigt die ausgewählten Ein- und Ausschlusskriterien.

Tab. 2: Ein- und Ausschlusskriterien (eigene Darstellung).

<b>Selektionskriterium</b>	<b>Einschlusskriterium</b>	<b>Ausschlusskriterium</b>
Studiendesign	Systematischer Review, qualitative und quantitative Studien	Studienprotokolle, Pilot-Studien, Pilotprojekte, Fallstudie, Workshop
Publikationsform	Artikel aus Fachzeitschriften & wissenschaftlichen Journals, Projekt-Abschlussberichte	Arbeitspapiere, Nachrichtenartikel Bachelor- & Masterthesen, Foren Dissertationen, Sammelbände, Duplikate, Kommentare, Monografien
Publikationsdatum	Januar 2005 – April 2021	Publikationen vor 2005
Sprachen	Deutsch und Englisch	Nicht Deutsch oder Englisch
Verfügbarkeit	Volltext muss zugänglich sein	Nur Zugriff auf Title/Abstract
<b>Patient</b>	Pflegekräfte: Fachkräfte in Kranken- und Altenpflege (Pflegefachkräfte und Pflegehelfer*innen)  Migrationshintergrund: sowohl erste als auch zweite Generation	Keine Pflegekraft: Facharzt*innen (doctors, physicans, medical graduates, dentist), Apotheker*innen  Kein Migrationshintergrund: Einheimische und, wenn minority als „religiöse Minderheit“ definiert
<b>Intervention</b>	Betriebliches Setting Kranken-/Pflegeeinrichtung ambulante und stationäre Pflege	Außerhalb des Arbeitsplatzes keine Kranken-/Pflegeeinrichtung schulisches Setting
<b>Control</b>	Daten zum Gesundheitsrisiko der Zielgruppe (Faktoren, die die Gesundheit der Zielgruppe beeinflussen)  Vergleich mit Pflegenden ohne Migrationshintergrund	Outcome ist nicht mit Gesundheit der Zielgruppe assoziiert (z.B. Akkulturation)  Keine Daten zum Gesundheitszustand/-risiko oder Bedürfnissen der Zielgruppe im Setting  Fokus auf Pflegearbeit (Patientensicherheit, Karriere, wie wird Pflegearbeit definiert)
<b>Outcome</b>	Zusammenhang zwischen Arbeit als Pflegekraft und spezifischen Bedürfnissen von PmMH	Migrationsprozess – Organisation & Ablauf Migrationsprozess – Auswirkungen auf das Gesundheitssystem im Herkunftsland

Nach Entfernung von Duplikaten sowie Titel- und Abstract-Screening erfolgte die Prüfung von Volltexten auf Eignung. Insbesondere der Zugang zu den Volltexten, die falsche Zielgruppe sowie falsches Setting führten zum Ausschluss einiger Studien. Vorläufig ausgewählte Studien wurden entsprechend auf Inhalte überprüft und anhand der zuvor definierten Ein- und Ausschlusskriterien beurteilt. Abschließend wurde eine weitere Studie, welche sich im Rahmen einer Schneeballsuche als geeignet erwies, in die Gesamtauswahl (N= 15) mit aufgenommen.

Auf Basis der systematisch identifizierten Studien fand in einem ersten Schritt eine deskriptive Beschreibung der Studieninhalte statt. Die unterschiedlichen Studienergebnisse wurden darauf aufbauend, auf Grundlage ergebnisrelevanter, thematischer Redundanzen, in übergeordnete deskriptive Gruppen zusammengefügt. Hieraus ergaben sich zehn Themengruppen, welche die zahlreichen Einzelergebnisse der ausgewählten Studien zusammenfassend widerspiegeln und die spezifischen Arbeitsbelastungen von PmMH. Abbildung 1 veranschaulicht die zugrundeliegende Suchstrategie.

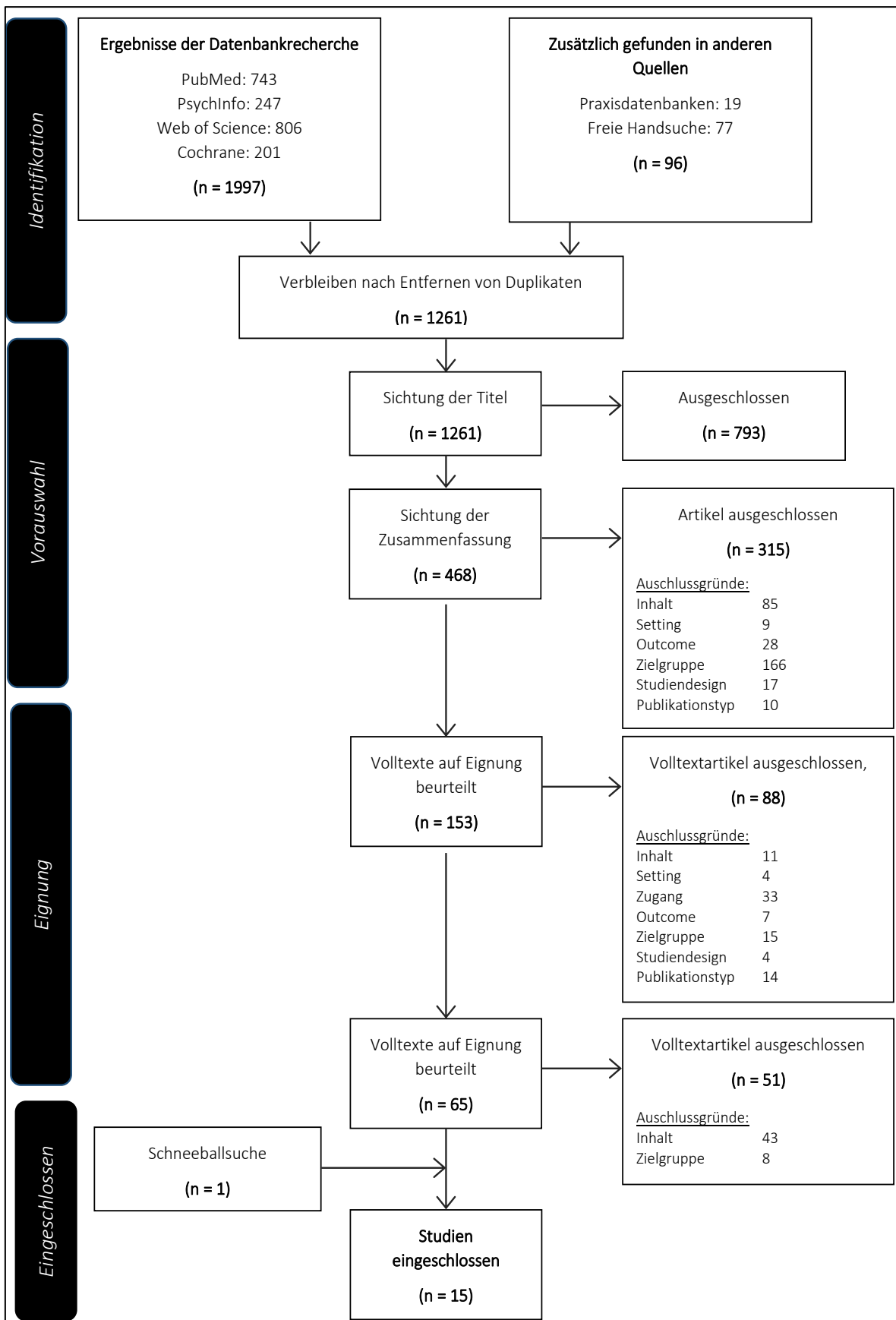


Abb. 1: PRISMA-Flow Diagramm (Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. Doi:10.1371/journal.pmed1000097).

### 3. Ergebnisse

Von 2.093 identifizierten Studien wurden insgesamt 15 Artikel als relevant eingestuft. Diese setzen sich aus sieben qualitativen Studien, sieben quantitativ durchgeführten Querschnittsstudien sowie einem Review zusammen. Der überwiegende Anteil schließt Arbeiten aus den USA (N= 5) und Deutschland (N= 5) ein, wobei darüber hinaus Artikel aus Kanada (N= 1), England (N= 1), Taiwan (N= 1), Australien (N= 1) und Neuseeland (N= 1) Einzug in das Review fanden. Auf Basis der ausgewählten Studien konnten spezifische Arbeitsbelastungen identifiziert und auf anhand ihrer thematischen Spezifika in zehn Kategorien gruppiert werden. Tabelle 3 gibt einen Überblick über die ausgewählten Studien.

Tab. 3: Studienübersicht (eigene Darstellung)

Quelle	Titel	Studienpopulation			Studienergebnisse mit Fokus auf migrationsspezifische Bedürfnisse
		n	MH	Alter	
Adebayo et al. 2020	Investigating the Impacts of Acculturation Stress on Migrant Care Workers in Australian Residential Aged Care Facilities	272	MH 1. Generation	25-45 Jahre	Fehlende oder schlechte Englischkenntnisse sowie ethnische Herkunft können Prädiktoren für Akkulturationsstress darstellen.
An et al. 2016	Factors Affecting Job Satisfaction of Immigrant Korean Nurses	105	MH 1. Generation	52 ± 10,67 Jahre	In der Erhebung wurden Lebenszufriedenheit, Selbstwertgefühl und wahrgenommener Stress als Prädiktoren für Arbeitszufriedenheit bei PmMH identifiziert.
Boateng et al. 2019	Uncovering a health and wellbeing gap among professional nurses: Situated experiences of direct care nurses in two Canadian cities	70	MH 1. Generation und MH 2. Generation	Ø 38,3 Jahre	Die Pflegearbeit verschlechtert physisches, emotionales und soziales Wohlbefinden von PmMH. Es wurde ein „health gap“ zwischen PmMH und PoMH identifiziert, da Pflegekräfte, die ethnischen Minderheiten angehören, über stärkere negative Auswirkungen der direkten

					Pflege auf ihr körperliches, emotionales, berufliches und soziales Wohlbefinden berichteten als ihre nicht-migrierten Kolleg*innen.
Connor 2016	Cultural Influence on Coping Strategies of Filipino Immigrant Nurses	20	MH 1. Generation	Ø 30,5 Jahre	Kultur bzw. kulturelle Werte prägen die bevorzugten Coping-Strategien von PmMH. Insgesamt nutzen PmMH eher gemeinschaftliche, indirekte Wege des Copings, die emotionale Belastung verringern als direkte oder problemorientierte Coping-Strategien.
Connor und Miller 2014	Occupational stress and adaptation of immigrant nurses from the Philippines	20	MH 1. Generation	Ø 30,5 Jahre	Die Ergebnisse zeigen, dass PmMH aufgrund des neuen sozialen Umfeldes/Lebensbedingungen mit den Anforderungen der Wiedereingliederung konfrontiert sind. Sie erleben auch Kommunikationsprobleme, Diskriminierung und Entfremdung, die mit arbeitsbedingten Stressfaktoren interagierten und diese verstärkten. Darüber hinaus ist die Konfrontation mit kulturellen Unterschieden eine zusätzliche Herausforderung. Insgesamt zeigt die Erhebung, dass Stress dynamisch und multidimensional ist und stark von der Kultur beeinflusst wird.
Estacio und Saidy-Khan 2014	Experiences of Racial Microaggression Among Migrant Nurses in the United Kingdom	12	MH 1. Generation	k.A.	PmMH erfahren rassistische Mikroaggressionen durch Patient*innen und Kolleg*innen in Form von rassistischen Vorlieben und Mobbing. Zusätzlich behindert institutioneller Rassismus auch ihre Weiterbildungs- und Beförderungschancen. Trotz

					der negativen Auswirkungen rassistischer Mikroaggression auf ihr emotionales Wohlbefinden (in Form von Wut, Frustration, Paranoia) wurden die Vorfälle aufgrund ihrer vagen und subtilen Natur als trivial heruntergespielt.
Huang und Yang 2011	The effects of nationality differences and work stressors on work adjustment for foreign nurse aides	71	MH 1. Generation	20 - 40 Jahre	Die Nationalität der PmMH kann die Arbeitseinstellung und Anpassung am Arbeitsplatz beeinflussen. Der durch die Pflegearbeit verursachte Stress beeinflusst persönliche Beziehungen der PmMH am Arbeitsplatz und wirkt sich auf ihre Einstellung bei der Ausführung ihrer Aufgaben aus. Es wurde festgestellt, dass Arbeitsstressoren einen signifikanten Zusammenhang mit der Arbeitsanpassung aufweisen.
Kim und Lee 2019	Work-Related Perceptions, Injuries, and Musculoskeletal Symptoms: Comparison Between U.S.-Educated and Foreign-Educated Nurses	419	MH 1. Generation	48 ± 12,3 Jahre	PmMH berichten über ein positiveres Sicherheitsklima und empfinden ihre Arbeit als weniger anspruchsvoll als PoMH.
Schilgen et al. 2017	Health situation of migrant and minority nurses: A systematic review		MH 1. Generation und MH 2. Generation	21 - 51 Jahre	PmMH und PoMH berichten unterschiedlich über arbeitsbedingte Verletzungen. Gesundheitsbelastungen werden von verschiedenen ethnischen Gruppen kulturell unterschiedlich wahrgenommen.

Schilgen et al. 2019	Work-related barriers and resources of migrant and autochthonous homecare nurses in Germany: A qualitative comparative study	48	MH 1. Generation und MH 2. Generation	PmMH Ø 42,9 Jahre  PoMH Ø 45 Jahre	Im Hinblick auf die Zusammenarbeit von PmMH und PoMH sind das unterschiedliche Verständnis von Verhaltensmustern und Pflege sowie eine nicht funktionierende/zielführende Kommunikation potenzielle Hürden für eine gute Zusammenarbeit. PmMH sind von Vorurteilen, verbaler und sexueller Belästigung durch Patient*innen betroffen.
Song und McDonald 2020	Experiences of New Zealand registered nurses of Chinese ethnicity during the COVID-19 pandemic	51	MH 1. Generation	20 - 59 Jahre	47,06 % der befragten PmMH berichten von negativen Erfahrungen wie rassistische Diskriminierung, Mobbing und Verurteilung am Arbeitsplatz.
Theobald und Leidig 2018	Pflegearbeit in Deutschland, Japan und Schweden. Wie werden Pflegekräfte mit Migrationshintergrund und Männer in die Pflegearbeit einbezogen?	1732	MH 1. Generation (Schweden) MH 2. Generation (Dtl.)	k.A.	Im Vergleich von PmMH und PoMH treten sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor hinsichtlich der Arbeitsorganisation sowie der sozialen Interaktion mit Kolleg*innen und Patient*innen Unterschiede bezüglich möglicher Belastungen hervor.
Ulusoy et al. 2019	Psychosoziale Belastungen und Beanspruchungen in der Altenpflege: Vergleich zwischen Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund	366	MH 1. Generation	Ø 44,1 Jahre	Der Vergleich zwischen PmMH und PoMH zeigt, dass „Emotionale Anforderungen“, „Work-Privacy-Conflict“ und „Rollenkonflikte“ von den PmMH signifikant besser und „Entwicklungsmöglichkeiten“ signifikant schlechter bewertet werden. Die befragten Pflegekräfte weisen im Vergleich zu der COPSOQ-Referenzgruppe bei fast allen Skalen im Mittel höhere Belastungs- und Beanspruchungswerte auf.

Ulusoy und Schablon 2020	Discrimination in In-Patient Geriatric Care: A qualitative Study on the Experiences of Employees with a Turkish Migration Background	24	MH 1. Generation und MH 2. Generation	19 - 56 Jahre	Die Teilnehmer*innen berichten von erlebter oder beobachteter Diskriminierung am Arbeitsplatz. Dies geschieht hauptsächlich in Form von fremdenfeindlichen Beleidigungen und Ablehnung. PmMH nehmen primär sichtbare Merkmale (dunkle Haar- und Augenfarbe, Kleidung) als mögliche Gründe wahr. Um mit der Diskriminierung umzugehen, verließen die meisten von ihnen vorübergehend die Situation.
Wheeler et al. 2014	The experience of discrimination by US and Internationally educated nurses in hospital practice in the USA: a qualitative study	82	MH 1. Generation	24 - 70 Jahre	Pflegekräfte unterschiedlicher Nationalitäten und mit unterschiedlichem ethnischen Hintergrund (PmMH und PoMH) erfahren ähnliche Formen von Diskriminierung sowohl durch Patient*innen als auch durch Kolleg*innen und Vorgesetzten. PmMH und PoMH nutzen ähnliche Coping-Strategien.

*Diskriminierung und Rassismus* findet bei PmMH primär aufgrund sogenannter äußerer Merkmale wie z. B. Haut-, Haar- und Augenfarbe sowie des Kleidungsstils (v.a. Kopftuch) statt [20, 18, 21, 22]. Darüber hinaus ist der Gebrauch der ausländischen Muttersprache sowie das Fortbestehen von Kommunikationsbarrieren zwischen PmMH und Pflegenden ohne Migrationshintergrund (PoMH) ein weiterer Ansatzpunkt für direkt oder indirekt erlebte Diskriminierung und Rassismus am Arbeitsplatz [23, 21, 22]. Ebenso finden Diskriminierung und Rassismus nicht ausschließlich durch Kolleg\*innen [23, 24, 18, 22], sondern auch durch Patient\*innen und Führungskräfte sowie auf institutioneller Ebene statt [18, 22]. Letzteres zeigt sich insbesondere in einer ungleich wahrgenommenen Chance im Bereich Aus- und Fortbildung, ungleicher Bezahlung sowie unzureichender Betriebseinweisung im Vergleich zu PoMH. Darüber hinaus wird die fachliche Kompetenz von PoMH häufiger infrage gestellt und die Behandlung durch die zu behandelnden

Patient\*innen verweigert. Hinzu kommen rassistische und sexistische Beleidigungen [25, 21, 22], abwertende Kommentare [26], sexuelle Belästigung [27] sowie häufigeres Kritisieren der Arbeit durch PoMH [25].

Mehrere Studien bestätigen, dass die *kulturelle Anpassung* für PmMH mit erhöhtem Stress verbunden sein kann [28, 23, 18, 29]. Adebayo et al. konkretisiert dies dahingehend, dass ein erhöhter Akkulturationsstress mit einem höheren negativen, affektiven Zustand verbunden ist. Dazu zählen die Anpassung an einen neuen Lebensstil, die neue Sprache, das Verhalten sowie die neue Kultur und die Eigenständigkeit. Die Anpassung an das neue Arbeitsumfeld wird u.a. auch durch die Nationalität beeinflusst [28]. Pflegende aus Subsahara-Afrika zeigen einen höheren Akkulturationsstress als andere Ethnizitäten. Ähnlich beschreiben Huang und Yang, dass Pflegenden aus Indonesien die Anpassung leichter fällt als Pflegenden aus Vietnam [30]. Zudem zeigt sich, dass die kulturelle Anpassung nicht mit der Arbeitszufriedenheit korreliert, wohl aber mit dem Selbstwertgefühl und der Selbstwirksamkeit der ausländischen Pflegekräfte [29].

*Sprach- und Kommunikationsprobleme* treten häufig in der direkten Zusammenarbeit zwischen PmMH und PoMH, z.B. bei pflegerischen Tätigkeiten, auf [28, 23, 27]. Unterschiedliche kognitive Sprachkenntnisse, fehlende Fachtermini sowie kulturelle Sprachkomponenten bilden die Basis für migrationspezifische Sprach- und Kommunikationsprobleme [23, 27]. Sprach- und Kommunikationsprobleme werden sowohl von PmMH als auch von PoMH wahrgenommen und als ein wesentlicher Grund für eine unzureichende Zusammenarbeit benannt.

*Entwicklungs- und Aufstiegsmöglichkeiten* werden durch PmMH im Vergleich zu PoMH nachteilig empfunden und führen zu Diskrepanzen am Arbeitsplatz. Es scheint, dass z. T. nicht-anerkannte Berufsabschlüsse aus dem Ausland eine Erklärung für eine schlechtere Entwicklungs- und Aufstiegsmöglichkeit darstellen können [31]. Zudem zeigt sich eine Assoziation mit dem beruflichen Status, da PmMH häufiger in niedrig qualifizierten Bereichen tätig sind: Während Estacio und Saidy-Khan dies damit begründen, dass PmMH Weiterbildungsmöglichkeiten verwehrt bleiben [24], kommen Ulusoy et al. zu dem Schluss, dass sich PmMH häufig aufgrund ihrer hohen Qualifikationen unterfordert fühlen [21].

### *Gesundheitszustand*

Sowohl PmMH als auch PoMH sind während der Arbeitszeit hohen Gesundheitsrisiken ausgesetzt [20], wie z.B. dem Heben und Umlagern schwerer Patient\*innen, Zeitdruck, Unfällen usw. [32, 27]. Es lässt sich an dieser Stelle konstatieren, dass insbesondere die Qualität der pflegerischen Tätigkeiten sowie die ungünstigen Rahmenbedingungen für die Gesundheitsbelastungen verantwortlich sind. Gleichzeitig herrscht über die eventuell höhere Belastung von ausländischen Pflegekräften Uneinigkeit. Boateng et al. beschreiben demnach ein höheres Verletzungsrisiko von PmMH, welches damit zu erklären sei, dass PmMH häufiger zusätzliche Nebentätigkeiten ausüben, um der Familie im Ausland Geld zu senden [20]. Generell wird die allgemeine Arbeitsbelastung und die Arbeitssicherheit jedoch von PmMH positiver wahrgenommen als von PoMH. An dieser Stelle dienen insbesondere schlechtere Arbeitszustände ihres Herkunftslands als Erklärung [32].

*Soziale Integration am Arbeitsplatz* wird von PmMH im Vergleich zu PoMH nachteilig empfunden. Zudem werden PmMH im Kontext ihrer Arbeitstätigkeiten häufig als „zu streng“ durch PoMH wahrgenommen. Die soziale Integration am Arbeitsplatz gestaltet sich aufgrund unterschiedlicher kultureller Werte, Missinterpretation von Verhaltensweisen sowie interpersonellen Konflikten zunehmend zu einem spezifischen Bedarf bei PmMH [23]. Im Kontext der Kooperation mit Kolleg\*innen und Vorgesetzten empfinden PmMH eine deutliche Benachteiligung gegenüber PoMH. Hinzu kommt, dass die Unterstützung seitens des Pflegemanagements als unzureichend durch PmMH empfunden wird [23].

Der am Arbeitsplatz empfundene Stress, das Selbstwertgefühl und die Lebenszufriedenheit werden als wesentliche Prädiktoren für die Arbeitszufriedenheit beschrieben und charakterisieren ein weiteres migrationsspezifisches Bedürfnisfeld von PmMH [29]. PmMH erleben eine geringere Arbeitszufriedenheit im Vergleich zu PoMH, welche sich insbesondere durch eine unzureichende Einweisung z. B. in die Arbeitstätigkeit, die Kultur der Patient\*innen sowie den neuen Arbeitsplatz widerspiegelt. Die Ergebnisse legen nahe, dass die allgemeine Arbeitszufriedenheit bei PoMH höher ist als bei PmMH.

Huang und Yang konkludieren, dass der *arbeitsbedingte Stress* sich nicht nur negativ auf die zwischenmenschlichen Beziehungen der PmMH untereinander auswirkt, sondern auch die Einstellung zum Umgang mit den Aufgaben negativ beeinträchtigt [30]. Als Stress wird neben den Aufgaben in der Pflege und dem hohen Arbeitspensum auch die Beziehung zu

den Patient\*innen empfunden. Schilgen et al. gehen darauf ein, dass v.a. in der ambulanten Pflege die fehlende (emotionale) Distanz zu den Patient\*innen und deren Schicksale als belastend empfunden wird [27]. Ebenso wird deutlich, dass sowohl PmMH als auch PoMH Stress durch Zeitdruck empfinden. Auffällig hierbei ist, dass PoMH einen erhöhten Zeitdruck aufgrund der Arbeitsweise von PmMH empfinden. Gleichzeitig empfinden PmMH zeitlichen Stress, weil sie sich verpflichtet fühlen, pünktlich zu sein, stets akkurat zu arbeiten und somit aus ihrer Sicht der „deutschen Pünktlichkeit“ sowie der „akkuraten deutschen Arbeitsweise“ gerecht zu werden

Die *Arbeitssicherheit in der COVID-19-Pandemie* wurde von Pflegekräften mit chinesischem Migrationshintergrund als zusätzlicher Belastungsfaktor wahrgenommen. Einerseits äußerten die Pflegekräfte Angst vor einer Ansteckung zu haben. Andererseits äußerten sie Bedenken bzgl. des Wohlergehens ihrer Angehörigen sowie hinsichtlich der unzureichenden Bereitstellung und unbeständigen Nutzung von Arbeitsschutzausrüstung [26].

Die *Unternehmensorganisation* von PmMH wird insbesondere durch die Faktoren Arbeitsgestaltung und Arbeitszeit negativ beeinflusst. Dies zeichnet sich z. B. bei der Nichtteilnahme an religiösen Veranstaltungen aufgrund festgelegter, unflexibler Arbeitszeiten ab [20]. Gemeindes Gottesdienste oder -versammlungen, religiöse Feiern wie Ostern, Weihnachten oder Ramadan sind im derzeitigen „System der Arbeitsorganisation“ kaum interessensgerecht zu vereinbaren. Ebenso ist auf Grundlage der Untersuchungen zu konstatieren, dass PmMH häufiger atypischen Arbeitsverhältnissen ausgesetzt sind und unbezahlte Überstunden öfter akzeptieren als ihre gleichgestellten Kolleg\*innen ohne Migrationshintergrund. Im Kontext der Arbeitsinhalte ist zudem festzustellen, dass PmMH deutlich öfter haushaltsorientierte Aufgaben – z. B. Reinigungstätigkeiten – übernehmen als gleichwertig qualifizierte Kolleg\*innen ohne Migrationshintergrund [ebd.].

## 4. Diskussion

Die vorliegende Arbeit untersucht, welche spezifischen Arbeitsbelastungen bei Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund in der Kranken- und Altenpflege existieren und zielt darüber hinaus darauf ab, zu analysieren in welcher Art und Weise diese im täglichen Arbeitsprozess vorzufinden sind.

Auf Basis der durchgeführten Literaturrecherche konnten spezifische Faktoren, welche bei Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund am Arbeitsplatz zu besonderen Belastungen führen identifiziert werden. An dieser Stelle ist zu konstatieren, dass die hier aufgeführten Belastungen umfangreiche und wichtige Ansatzpunkte im Rahmen der Prävention und Integration im Unternehmen darstellen können.

Entsprechend der Quantität – im Sinne des Auftretens der Belastungen – wurden diese in thematische Gruppen zusammengefasst, wodurch sich zehn Kategorien ergaben. Besonders die Themen „Diskriminierung und Rassismus“, „Sprache und Kommunikation“ sowie „Kulturelle Anpassung“ scheinen bei PmMH einen besonderen Stellenwert einzunehmen, da diese Vorrangig und wiederkehrend durch die Betroffenen im Rahmen der Untersuchungen thematisiert worden. Hieraus ergeben sich nachvollziehbare und begründbare Interventionsfelder, zur Verbesserung der Integration, von PmMH in Unternehmen zu antizipieren der Kranken- und Altenpflege.

Trotz des weitgefassten Suchstrings sowie der breit durchgeführten Literaturrecherche innerhalb unterschiedlicher Datenbanken kann nicht sichergestellt werden, dass alle relevanten Studien identifiziert und eingeschlossen wurden. Die einbezogenen Studien waren ausschließlich Querschnittstudien, sodass aufgrund des Studiendesigns keine Kausalzusammenhänge ableitbar sind. Zudem wurden innerhalb der ausgewählten Studien unterschiedliche Settings, Outcomes und Erhebungsinstrumente verwendet, sodass die Vergleichbarkeit der Studien stark limitiert war. Die untersuchten Studienpopulationen zeigten zudem eine geringe Vergleichbarkeit untereinander, was sich insbesondere in ihrer Ethnie sowie ihres spezifisch-individuellen Migrationshintergrundes widerspiegelte. Auf dieser Basis war eine dezidierte Zuordnung unterschiedlicher Ausgangsparameter wie bspw. Herkunftsland, vorhandene Sprachkenntnisse oder die Aufenthaltsdauer in Deutschland nicht in Bezug zu den spezifischen Belastungen der Pflegekräfte zu bringen. Außerdem ist

davon auszugehen, dass aufgrund unterschiedlicher individueller Ausgangsbedingungen eine differenzierte Wahrnehmung und Begegnung zu den Belastungen erfolgt und damit das Outcome beeinflusst wurde. Die vorliegenden Belastungen zeigen konkrete Möglichkeiten zur Prävention und Gesundheitsförderung für Unternehmen der Kranken- und Altenpflege und signalisieren damit zahlreiche Chancen zur Verbesserung der Situation. Besondere Berücksichtigung bedarf es dabei bei der Planung und Umsetzung von z. B. Sprachkursen, private und betriebliche Integration, Vermittlung fachlichen Knowhows sowie der Personalentwicklung [33]. Grundlegend soll die Prämisse einer partizipativen Gesundheitsförderung stets berücksichtigt werden, um die Aussicht auf erfolgreiche Integration zu festigen [34]. Vor diesem Hintergrund darf dennoch keineswegs von einem „geschlossenen System“ innerhalb der PmMH ausgegangen werden. Vielmehr scheinen die identifizierten, spezifischen Belastungen z. T. auch durch PoMH sowie durch Patient\*innen wahrgenommen und als (zusätzliche) Belastung empfunden werden. Dies spiegelt sich insbesondere im Kontext von Diskriminierung und Rassismus sowie der Kommunikation wider. Hierbei ist zu erwarten, dass an diesem Momentum Wechselwirkungen entstehen, sodass diese maßgeblich über den Erfolg der kulturellen Eingliederung mitentscheiden. Betriebliche Interventionen ausschließlich bei PmMH durchzuführen, scheint in diesem Kontext nicht ausreichend zu sein, sodass hier ein bilateraler „Dialog zwischen den Kulturen“ stattfinden muss. Der Schlüssel des Erfolgs kann also in einer professionellen und frühzeitigen Integration in bestehende Teams und Unternehmenskulturen liegen, stets mit der Prämisse Stigmatisierungen proaktiv zu verhindern [35]. Es gilt nun proaktiv eine Verbesserung der Situation durch konkrete, operative Handlungen im betrieblichen Setting zu erzeugen und nachhaltig zu begleiten. Häufig werden betriebliche Maßnahmen unter dem Begriff Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) subsumiert, was aus unserer Sicht nicht zielführend ist. BGM wird als ganzheitliches, betriebsweites Tool charakterisiert, was, wenn es so umgesetzt wird, sicherlich dazu beitragen kann die spezifischen Belastungen zu reduzieren [15]. Einzelne Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF), scheinen die Zielgruppe(n) nicht ausreichend adressieren zu können und stehen daher im Fokus weiterführender Forschungsarbeiten. Denn: es besteht die Gefahr, dass für spezifische Belastungen bei Pflegenden mit Migrationshintergrund keine betrieblichen Standardlösungen – im Sinne von „Maßnahmen“ – angeboten werden können, sodass BGF hier an die Grenzen seiner normativen Vorgaben stößt. Dies darf dennoch keineswegs zu

Unmut bei den Akteur\*innen führen. Vielmehr sind alle Beteiligten dazu aufgefordert, spezifische, auf die individuellen Belastungen angepasste, Maßnahmen zu entwickeln, durchzuführen und zu evaluieren, sodass eine kulturelle Integration erfolgreich umgesetzt werden kann.

## **Interessenskonflikt**

Die Autorinnen und Autoren erklären, dass kein Interessenskonflikt besteht.

## Literaturverzeichnis

- 1 Statistisches Bundesamt (Destatis). Statistisches Jahrbuch 2019.
- 2 Arbeitsmarkt in Zahlen–Arbeitsmarktstatistik. Gemeldete Arbeitsstellen nach Wirtschaftszweigen–Monatszahlen. Juli 2019; 2019.
- 3 Fachkräfteengpass in der Altenpflege. IW Trends 2018.
- 4 Nowossadeck S. Demografischer Wandel, Pflegebedürftige und der künftige Bedarf an Pflegekräften. Eine Übersicht. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2013; 56: 1040–1047.
- 5 Tinnemann P, Bruns-Philipps E, Schumacher J. Quantifizierung der Entwicklungen des Mangels an Fachärzten/innen für Öffentliches Gesundheitswesen im Öffentlichen Gesundheitsdienst und seine Auswirkungen. Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 2022; 84: 189–198.
- 6 Fajardo A. Die (Un-)Attraktivität des Pflegeberufes in Deutschland und der Einfluss der Führungskräfte. Hamburg: Diplomica-Verl.; 2013.
- 7 Stierle J, Siller H, Fiedler M et al. Handbuch Strategisches Krankenhausmanagement. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2019.
- 8 Fleßa S, Greiner W. Grundlagen der Gesundheitsökonomie. Eine Einführung in das wirtschaftliche Denken im Gesundheitswesen: Springer-Verlag; 2013.
- 9 Müller H. Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung in der Pflege. Grundlagen - Modelle - Methodik. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft; 2021.
- 10 Neumann P, Klewer J. Pflegepersonalfuktuation und Mitarbeiterorientierung in der Pflege. Heilberufe 2008; 60: 13–17.
- 11 Süß R. Ökonomische Bewertung der Anwerbung ausländischer Pflegekräfte. Eine Studie an deutschen Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen. 1. Aufl. Wiesbaden, Heidelberg: Springer; 2018.
- 12 Kirsten Singer. Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich; Mai 2021.
- 13 Schwerpunktbericht: Migration und Gesundheit; 2008.
- 14 Badura B, Hrsg. Arbeit und Gesundheit im 21. Jahrhundert. Mitarbeiterbindung durch Kulturentwicklung. Berlin: Springer Gabler; 2017.
- 15 Uhle T, Treier M. Betriebliches Gesundheitsmanagement. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2019.

- 16 Wohlin C. Guidelines for snowballing in systematic literature studies and a replication in software engineering. Proceedings of the 18th International Conference on Evaluation and Assessment in Software Engineering - EASE '14. New York, New York, USA: ACM Press; 2014.
- 17 Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Syst Rev* 2021; 10: 89.
- 18 Schilgen B, Nienhaus A, Handtke O et al. Health situation of migrant and minority nurses: A systematic review. *PloS one* 2017; 12.
- 19 Amir-Behghadami M, Janati A. Population, Intervention, Comparison, Outcomes and Study (PICOS) design as a framework to formulate eligibility criteria in systematic reviews. *Emerg Med J* 2020; 37: 387.
- 20 Boateng GO, Schuster RC, Odei Boateng M. Uncovering a health and wellbeing gap among professional nurses: Situated experiences of direct care nurses in two Canadian cities. *Social Science & Medicine* 2019; 242.
- 21 Ulusoy N, Schablon A. Discrimination in In-Patient Geriatric Care: A Qualitative Study on the Experiences of Employees with a Turkish Migration Background. *International journal of environmental research and public health* 2020; 17.
- 22 Wheeler RM, Foster JW, Hepburn KW. The experience of discrimination by US and Internationally educated nurses in hospital practice in the USA: a qualitative study. *Journal of advanced nursing* 2014; 70: 350–359.
- 23 Connor JB, Miller AM. Occupational stress and adaptation of immigrant nurses from the Philippines. *Journal of Research in Nursing* 2014; 19: 504–515.
- 24 Estacio EV, Saidy-Khan S. Experiences of Racial Microaggression Among Migrant Nurses in the United Kingdom. *Global qualitative nursing research* 2014; 1: 1-7.
- 25 Theobald H, Leidig HA. *Pflegearbeit in Deutschland, Japan und Schweden. Wie werden Pflegekräfte mit Migrationshintergrund und Männer in die Pflegearbeit einbezogen?* Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung 2018.
- 26 Song J, McDonald C. Experiences of New Zealand registered nurses of Chinese ethnicity during the COVID-19 pandemic. *Journal of clinical nursing* 2020; 30: 756–764.
- 27 Schilgen B, Handtke O, Nienhaus A et al. Work-related barriers and resources of migrant and autochthonous homecare nurses in Germany: A qualitative comparative study. *APPLIED NURSING RESEARCH* 2019; 46: 57–66.

- 28 Adebayo B, Nichols P, Albrecht MA et al. Investigating the Impacts of Acculturation Stress on Migrant Care Workers in Australian Residential Aged Care Facilities. *Journal of Transcultural Nursing* 2020; 32: 1-10.
- 29 An J-Y, Cha S, Moon H et al. Factors Affecting Job Satisfaction of Immigrant Korean Nurses. *Journal of Transcultural Nursing* 2016; 27: 126–135.
- 30 Huang FF, Yang HH. The effects of nationality differences and work stressors on work adjustment for foreign nurse aides. *BMC health services research* 2011; 11: 192.
- 31 Ulusoy N, Wirth T, Lincke H-J et al. Psychosoziale Belastungen und Beanspruchungen in der Altenpflege: Vergleich zwischen Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2019; 52: 589–597.
- 32 Kim KM, Lee S-J. Work-Related Perceptions, Injuries, and Musculoskeletal Symptoms: Comparison Between U.S.-Educated and Foreign-Educated Nurses. *Workplace health & safety* 2019; 67: 326–337.
- 33 Merda M, Braeseke G, Kähler B. Arbeitsschutzbezogene Herausforderungen der Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte in Deutschland; 2014.
- 34 Wright MT. Partizipative Gesundheitsforschung: Ursprünge und heutiger Stand. *Bundesgesundheitsbl* 2021; 64: 140–145.
- 35 Schmidt C. Integration von Geflüchteten in die Pflege: Erfahrungen aus der Praxis; *Forschung Aktuell*, 05, Institut Arbeit und Technik (IAT), Gelsenkirchen 2019.

## 5. Zur Bedeutung der generalistischen Pflegeausbildung als Instrument zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Auszubildenden: Status quo und zukünftige Herausforderungen.

On the importance of generalist nursing training as an instrument for promoting the health literacy of trainees: Status quo and future challenges

### **Zitation**

Schmidt, Sebastian; Andersch-Rupprecht, Claudia; Emmert, Martin; Nagel, Eckhard: Die generalistische Pflegeausbildung als Instrument zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Auszubildenden: Status quo und zukünftige Herausforderungen. In: Pflegewissenschaft: Zeitschrift für den Dialog von Wissenschaft und Praxis, Bd. 26 (2024) Ausgabe 6, S. 264-269.

## **Zusammenfassung**

Die Gesundheitskompetenz (GK) stellt eine zentrale Voraussetzung dar, um die eigene Gesundheit schützen und fördern zu können. Alle Auszubildenden der generalistischen Pflegeausbildung benötigen eine adäquate GK, um ihre Gesundheitsinteressen ausreichend zu vertreten. Es besteht keine Evidenz, in welcher Art und Weise die Förderung der GK innerhalb der Berufsausbildung dezidiert adressiert wird. Es wurden Experteninterviews innerhalb der Ausbildungspraxis geführt. Die generalistische Pflegeausbildung stellt ein wichtiges Instrument zur Verbesserung der GK von Auszubildenden dar. Zahlreiche Inhalte sorgen in der Berufspraxis der Auszubildenden z. B. im Krankenhaus jedoch für Irritationen, da sie durch die Auszubildenden nur bedingt umsetzbar sind. Zukünftig sind Maßnahmen zu identifizieren, umzusetzen und zu evaluieren, welche die GK der Auszubildenden dezidiert fördern.

## **Abstract**

Health literacy (HL) is a necessary requirement to protect and promote one's own health. All trainees in generalist nursing need adequate HL in order to adequately represent their health interests. There is no evidence as to how the promotion of HL is specifically addressed within vocational training. Expert interviews were conducted within the training practice. Generalist nursing training is an important instrument for improving the HL of trainees. Numerous contents contribute to the professional practice of trainees, e.g. However, in hospitals, for example, this can cause irritation as trainees can only implement them to a limited extent. In the future, measures must be identified, implemented and evaluated that specifically promote the HL of trainee nurses.

## 1. Einleitung

Schaeffer & Hämel (2013) prognostizieren spätestens für das Jahr 2050, im Kontext des epidemiologisch demografischen Wandels, eine prekäre Pflege- und Versorgungssituation, charakterisiert durch überwiegend multimorbide, chronisch kranke Patient/-innen auf der einen Seite sowie einen progredienten Fachkräftemangel auf der anderen Seite. Dies stellt für das deutsche Gesundheitswesen sowie die Gesellschaft als Solidargemeinschaft eine enorme Herausforderung dar, um auch in Zukunft eine adäquate und flächendeckende Versorgung für alle Bürger/-innen in Deutschland gewährleisten zu können. Die Pflegeprofession nimmt in diesem Rahmen eine besondere Rolle ein, da sie nicht zuletzt die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen – mit rund 1,3 Millionen (Stand Dezember 2021) Beschäftigten in Deutschland – widerspiegelt, sondern auch im Sinne der Daseinsfürsorge eine bedeutsame Funktion innehat (Hofmann, 2012). Nagel (2020) macht in einem weiterführenden Beitrag an vielen Stellen deutlich, dass insbesondere die Gesundheit der Pflegefachkräfte eine wichtige Grundlage darstellt, da sie als konditionales Gut die Realisierung und Lösung der skizzierten Herausforderungen erst ermöglicht. Um die Gesundheit und das Wohlbefinden von Pflegefachpersonen zu fördern und zu schützen, werden bereits mannigfaltige Maßnahmen, wie z. B. die Implementierung gesundheitsförderlicher Angebote im Setting der Pflege, Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, betriebliches Eingliederungsmanagement sowie alternative Dienstplanmodelle, erprobt und eingeführt, wie Drupp, Meyer, Winter (2021) sowie Schmidt, Lörzing, Jahn, Andersch-Rupprecht, Emmert, Nagel (2022) darstellen. Vor diesem Hintergrund ist auch dezidiert der Gesundheitszustand von Auszubildenden in der Pflege von hoher Relevanz, da dieser in vielfältiger Art und Weise den Habitus der Pflegeprofession der Zukunft charakterisiert und determiniert. Eine beeinflussbare Variable stellt dabei die Gesundheitskompetenz (GK) der Auszubildenden dar. Sørensen, Van den Broucke, Fullam, Doyle, Pelikan, Slonska, Brand (2012) definieren die GK wie folgt und unterstreichen damit ihren (gesellschaftlichen) Stellenwert eindrücklich:

*„Health literacy is linked to literacy and entails people’s knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course.“*

Um die GK zu eruieren können zahlreiche Instrumente verwendet werden, wobei je nach Häufigkeit der gegebenen Antworten unterschiedliche Kategorien der GK gebildet werden können: z. B. „exzellent“, „ausreichend“, „problematisch“ oder „inadäquat“. Eine inadäquate, also überdurchschnittlich niedrige GK ist laut Kolpatzik, Schäfer und Vogt (2018) mit einem schlechteren Gesundheitszustand, häufigeren Arztbesuchen sowie einer geringeren Inanspruchnahme von empfohlenen Präventionsleistungen assoziiert und führt damit zusammenfassend zu einem erhöhten Erkrankungsrisiko sowie in der Folge zu vermeidbaren Belastungen. Simon, Ebinger und Holoch (2022) stellen in ihrer Studie an deutschen Berufsfachschulen und Lehrkrankenhäusern eine problematische bzw. inadäquate GK bei ca. 70 Prozent der Teilnehmenden fest und fordern konsequenterweise die Förderung der GK von Angehörigen der Gesundheitsberufe in Ausbildung und Studium. Dieser Maßgabe sollen gemäß der Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (PflAPrV, 2018) explizit die entsprechenden Ausbildungsträger gerecht werden. Demzufolge liegt es auch in der Verantwortung der Berufsfachschulen, die Förderung der GK in ihre Lehr- und Ausbildungscurricula zu implementieren und damit die Auszubildenden dabei zu unterstützen, ihre GK über den Ausbildungsverlauf positiv zu entwickeln. Gleichzeitig ergeben sich laut Olden, Großmann, Dorin, Meng, Peters und Reuschenbach (2023) Hinweise darauf, dass z. B. durch Personalengpässe, mangelhafte Organisationsstrukturen sowie einen unzureichenden Informationstransfer die Ausbildungsinhalte der generalistischen Pflegeausbildung in der theoretischen Berufsausbildung aufgegriffen und bearbeitet werden, in der Praxis jedoch aufgrund z. B. unzureichender, notwendiger Ressourcen nur bedingt umsetzbar sind und so für Irritationen sorgen. Dies spiegelt sich beispielsweise im Rahmen nicht-regelmäßiger Praxisanleitungen, einer fehlenden Kommunikation über den Wissenstand der Auszubildenden sowie der Missachtung gesundheitsförderlicher Pflege- und Arbeitsbedingungen wider. Bisher besteht keine hinreichende Evidenz, inwiefern die in der PflAPrV gesetzten Ausbildungsziele im Hinblick auf die Förderung der GK spezifisch adressiert und umgesetzt werden.

Daher lautet die Forschungsfrage: Ist die Förderung der GK von Auszubildenden tatsächlich ein dezidierter Ausbildungsinhalt der generalistischen Pflegeausbildung und auf welche Art und Weise werden etwaige Ausbildungsinhalte hinsichtlich der Verbesserung der GK für die Auszubildenden operationalisiert?

## 2. Methodik

Um die gestellte Forschungsfrage bearbeiten und beantworten zu können, ist ein explorativ-interpretativer, qualitativer Forschungsansatz gewählt worden, welcher in Form einer Inhaltsanalyse nach Mayring mittels eines zuvor definierten, deduktiven Ablaufmodells standardisiert wurde (Mayring und Frenzel, 2019). Hierfür wurden Expert/-inneninterviews durchgeführt. Dieses Vorgehen bot eine gegenstandsangemessene Arbeitsgrundlage, um in diesem Forschungsfeld neue Hinweise auf Basis von Einzelfällen aufzugreifen, welche darauf aufbauend durch größer angelegte, quantitative Studien zu verifizieren sind (Döring & Bortz, 2016; Flick, 2007). Hierfür waren Interviewpartner/-innen zu identifizieren, welche sowohl im Rahmen der Planung und Gestaltung der Lehr- und Lernziele Verantwortung tragen sowie in der tatsächlichen Umsetzung der Ausbildungscurricula involviert sind. Darüber hinaus ist es wichtig gewesen, dass die Interviewten einen Zugang zu den Auszubildenden haben bzw. im direkten Austausch mit ihnen stehen, um Hinweise sowie Rückmeldungen seitens der Auszubildenden in diesem Kontext zu eruieren. Die Stichprobenziehung erfolgte auf Basis einer deduktiven, selbstaktivierenden Samplingstrategie (Reinders, 2012). Um eine hohe Varianz innerhalb der Stichprobe zu gewährleisten, wurden Schulleiter/-innen, deren Stellvertreter/-innen sowie Lehrkräfte mit mindestens 5-jähriger Lehrerfahrung einbezogen. Um etwaige Verzerrungen durch einen Selektionsbias zu vermeiden, wurde lediglich jeweils eine Person der teilnehmenden, interessierten Ausbildungseinrichtungen interviewt, wie es von Niederberger & Drejack vorgeschlagen wird (Niederberger & Drejack, 2020a). In Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend erfolgte von Mai 2023 bis März 2024 die Rekrutierung. Es wurde zunächst eine schriftliche Kontaktaufnahme an jeweils zehn Ausbildungseinrichtungen bundesweit verschickt, wobei eine erneute E-Mail-basierte Anfrage versendet wurde, sofern keine Rückmeldung binnen 14 Tagen erfolgte. Zu Beginn jedes Interviews wurden das Ziel, die Modalitäten sowie die geplante Dauer von ca. 30 Minuten kommuniziert. Die Zusammenarbeit zwischen den Interviewer/-innen und den Interviewten zeichnete sich durch die Berücksichtigung forschungsethischer Grundsätze aus: Neben dem informierten Einverständnis und der freiwilligen Teilnahme wurden den Interviewpartner/-innen der Schutz vor Beeinträchtigung und Schädigung sowie die Vertraulichkeit und Anonymisierung der Daten mittels einer Datenschutzerklärung zugesichert (Döring & Bortz, 2016). Da keine persönlichen, sensiblen Daten erhoben wurden, war eine vorherige Prüfung der Ethikkommission nicht indiziert.

## **Leitfadenerstellung**

Um einen nachvollziehbaren, transparenten Forschungsrahmen zu gewährleisten, orientierten sich sämtliche Arbeitsschritte anhand des Standards for Reporting Qualitative Research-Protokolls (SRQR), welchen O'Brien, Harris, Beckman, Reed und Cook (2014) vorschlugen. Für eine differenzierte Beantwortung der Forschungsfrage, wurden drei einschlägige, deduktive Kategorien – angelehnt an die qualitative Inhaltsanalyse – definiert und durch Leitfragen anschließend operationalisiert (Mayring & Fenzl, 2019). Die Kategorien ergaben sich konsequenterweise aus der o. g. Forschungsfrage und wurden wie folgt definiert:

1. „Bedeutung der GK im Rahmen der generalistischen Pflegeausbildung“
2. „Methoden und Inhalte im Kontext der Pflegeausbildung“
3. „Feedback der Auszubildenden“.

Die verwendeten Leitfragen wurden durch die Autor/-innen in einem iterativen Prozess erstellt. Das erste Interview diente als Pretest und konnte bereits als vollwertiges Interview genutzt werden, da die als Pretester/-in interviewte Person keine Anpassung des Leitfadens als notwendig erachtete.

## **Datengewinnung und Stichprobenauswahl**

Zur Bearbeitung der Forschungsfrage wurden online-basierte, semi-strukturierte Experteninterviews in Deutschland mit der Software Microsoft Teams (Version 1.6.00.33567) geführt, aufgezeichnet und autotranskribiert. Dieses Vorgehen bot sich insbesondere deshalb an, da dies eine ressourcensparende, flexible Möglichkeit der Interviewplanung und -durchführung ermöglichte (Rick, 2023). Vor dem Hintergrund einer effizienten und gegenstandsangemessenen Methodendurchführung wurde eine theoretische Sättigung der Ergebnisse als jener Erkenntnisstand definiert, an welchem die zusätzliche Durchführung von Interviews keine wesentlichen Erkenntnisse mehr generiert hätte und im Kontext des Rekrutierungsaufwands unangemessen gewesen wäre (Wintzer, 2016).

## Datenanalyse

Die Auswertung des Datenmaterials erfolgte auf Grundlage der qualitativen, strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring & Fenzl, 2019). Diese regelgeleitete Extraktion relevanter Textstellen sowie ihre Kategorisierung ermöglicht eine standardisierte Analyse und Interpretation des Datenmaterials. Die mittels des Textanalyse Programms MAXQDA (VERBI, Version 22) transkribierten Interviewpassagen wurden anhand des zuvor festgelegten Kategoriensystems codiert, inhaltlich analysiert, zusammengefasst und interpretiert. Nachfolgend bietet Tabelle 1 einen Überblick hinsichtlich des festgelegten Kategoriensystems.

Tab. 1: Kategoriensystem (eigene Darstellung).

Kürzel	Kategoriename	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
K1	Bedeutung der GK im Rahmen der generalistischen Pflegeausbildung	Organisatorische sowie operative Integration der GK in die generalistische Pflegeausbildung	GK ist bei uns fester Bestandteil der Berufsausbildung und wird immer wieder im Unterricht thematisiert und reflektiert.	Mindestens ein Aspekt der Definition muss durch den Interviewten genannt werden.
K2	Methoden und Inhalte im Kontext der Ausbildung	Inhalte und Methoden der theoretischen und praktischen Berufsausbildung im Kontext der GK	Die Auszubildenden üben gemeinsam Entspannungstechniken im Unterricht und reflektieren ihr eigenes Gesundheitsverhalten.	Alle operativen Maßnahmen und Lernziele werden akzeptiert.
K3	Feedback der Auszubildenden	Rückmeldung durch die Auszubildenden hinsichtlich der GK	Die Auszubildenden können Gelerntes in der Praxis nur bedingt anwenden, da die notwendige Zeit fehlt.	Rückmeldungen durch die Auszubildenden auch nach Praxiseinsätzen.

### 3. Ergebnisse

Im Rahmen der durchgeführten Studie wurden 11 problemzentrierte, leitfadengestützte, web-basierte Interviews durchgeführt. Es konnten dabei Expert/-innen aus Schleswig-Holstein, Brandenburg, Bayern, Berlin, Rheinland-Pfalz, Thüringen sowie dem Saarland gewonnen werden. Die befragten Teilnehmer/-innen waren überwiegend in schulleitender (n = 6) bzw. stellvertretender Funktion (n = 4) sowie als pädagogische Lehrkraft (n = 1) tätig.

#### **Kategorie 1: Bedeutung der GK im Rahmen der generalistischen Pflegeausbildung**

Auf Basis der durchgeführten Interviews ist zu konstatieren, dass die GK im Rahmen der generalistischen Pflegeausbildung als wichtiges und notwendiges Lern- und Kompetenzziel seitens der Expert/-innen wahrgenommen wird und damit eine hohe Bedeutung innehat. Gleichzeitig signalisieren die vorliegenden Daten, dass unterschiedliche Definitionen der GK seitens der Schulen als Maßgabe Verwendung finden, wodurch schulübergreifend in Deutschland ein eher heterogenes Verständnis hinsichtlich der GK zu konstatieren ist. Das Spektrum reicht dabei von weitreichenden, definitionsnahen Konzepten der GK bis hin zu segmentartigen, gesundheitsfördernden Einzelmaßnahmen wie die nachfolgenden beiden Ausschnitte verdeutlichen:

*„Gesundheitskompetenz verstehe ich die eigene Gesundheit ernst zu nehmen mit der eigenen Gesundheit zu arbeiten, die eigene Gesundheit im Fokus zu haben, ...und das Zweite ist diese Kompetenz, also in der Lage zu sein, diese Kompetenzen auch zu vermitteln an Patienten und auch an Angehörige oder eben an Bezugspersonen unserer Patienten“ (Interview 11, Pos. 1),*  
*„[...] da geht es eher tatsächlich um diese niedrigschwelligen Angebote. Aber wie nutze ich oder wie finde ich mich auch in diesem Gesundheitssystem zurecht, das ist hier nicht Bestandteil“ (Interview 1, Pos. 65).*

Auch mit Blick auf den Umfang der Ausbildung der GK finden sich zahlreiche Unterschiede zwischen den Einrichtungen: Teilweise werden über den gesamten Ausbildungsverlauf, spiralförmig immer wieder dezidiert Themenfelder der GK aufgegriffen und bearbeitet, wohingegen an anderen Stellen diese nur randständig, singulär aufgegriffen werden. Die folgenden Passagen unterstreichen dies eindrücklich:

*„[...] und eben (im) Curriculum ist es zwar immer mal sporadisch mit in den Unterrichtsinhalten drinnen, aber es ist kein einzelnes Thema, was bearbeitet werden muss“ (Interview 4, Pos. 11), „[...] das ist definitiv im gesamten Ausbildungsverlauf immer wiederkehrend. Also da sind dann verschiedene Lerneinheiten diesbezüglich auch fest im Stundenplan verankert. Das heißt es ist nicht nur einmal so ein Schlaglicht“ (Interview 6, Pos. 8), „[...] steht bei uns auch im Mittelpunkt des Curriculums“ (Interview 1, Pos. 6), „[...] wir haben im Curriculum ein paar verschiedene Lernfelder drin unter anderem auch ganz konkret „Gesundheitskompetenz“ (Interview 6, Pos. 6).*

Auch bestehen Unterschiede hinsichtlich der organisatorischen Integration der GK innerhalb der Ausbildung. Im Kern lassen sich folgende Strukturen benennen, welche wiederkehrend zur Integration der GK in Verbindung gebracht werden: *„das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM), die Sozialberatung“ (Interview 1, Pos. 14), „das Ausbildungs- und Pflegemanagement“ (Interview 1, Pos. 102) sowie „angebundene Psycholog/-innen“ (Interview 7, Pos. 75).*

Darüber hinaus zeigen die eruierten Daten, dass die gewünschte und notwendige Zusammenarbeit zwischen Schule und Träger nicht flächendeckend vorzufinden ist wie die folgenden Zitate verdeutlichen: *„Also wir geben dem eine große Bedeutung und wir wollen das auch gar nicht so isoliert betrachten. Ausbildungscurriculum und Theorie, sondern wir sehen uns da als Einheit mit unserem Träger. Auf der praktischen Seite gibt es da auch ein betriebliches Gesundheitsmanagement, mit dem wir sehr intensiv zusammenarbeiten“ (Interview 3, Pos. 6), „Die Schule macht ihr Ding und die Praxis macht ihr Ding. Aber eigentlich sollten wir zusammen etwas positiv, etwas Sinnvolles tun und da ist es ist immer noch nicht (Interview 8, Pos. 121).*

## **Kategorie 2: Methoden und Inhalte im Kontext der Ausbildung**

Hinsichtlich der eingesetzten Inhalte und Methoden zur Erreichung der Lern- und Kompetenzziele zeichnet sich zwischen den befragten Ausbildungseinrichtungen ein heterogenes Bild der Ausgestaltung ab. Eine hohe Varianz findet sich innerhalb der eingesetzten (Lern-) Methoden, welche von „Gruppenarbeiten“ (Interview 5, Pos. 76), „Projektwochen & Workshops“ (Interview 2, Pos. 8), theoriegeleitetem Unterricht bis hin zu Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) (Interview 7, Pos. 12) reichen, welche die Auszubildenden dazu befähigen sollen, eine adäquate GK zu entwickeln. Darüber hinaus werden Methoden wie z. B. „wissenschaftliches Arbeiten“ (Interview 4, Pos. 36), „Selbstmanagement, selbstorganisiertes sowie problemorientiertes Lernen“ (Interview 2, Pos. 32) im Rahmen der Ausbildung z. T. neu entwickelt und durch die Ausbildungseinrichtungen umgesetzt, um die GK entsprechend zu fördern. Damit einhergehend finden stellenweise Skill-Trainings z. B. im Umgang mit digitalen Medien (Finden, Beurteilen, Bewerten und Anwenden von gesuchten Informationen) Einzug in den theoretischen und praktischen Unterricht.

Auf inhaltlicher Ebene sind zahlreiche, deckungsgleiche Inhalte zwischen den Ausbildungseinrichtungen zu identifizieren, welche in unterschiedlicher Auswahl und Ausprägung Einzug in die Ausbildung finden. Das folgende Zitat verschafft hierfür einen Eindruck: *„Dort sind eben halt alle Grundlagen, die dort vermittelt werden, wie Salutogenese wie Ressourcen, Bildung, Stress und Stressmanagement, Konflikte und Konfliktbewältigung, das Thema Mediation und Supervision spielt dort auch eine Rolle“* (Interview 1, Pos. 35).

Zusammenfassend werden folgenden Themenbereiche im Rahmen der Ausbildung der GK zugeschrieben: „Grundlagenwissen zum Aufbau und Umgang mit dem Gesundheits- und Sozialwesen“, „gesunde Ernährung“, „physische Gesundheit“, „rückengerechtes Arbeiten“, „psychische Gesundheit“ sowie „Entspannungsmöglichkeiten und Kinästhetik“.

### **Kategorie 3: Feedback der Auszubildenden**

Auf Basis der Daten in der dritten Kategorie ist das Feedback der Auszubildenden durch zwei Ebenen widerzuspiegeln: Erstens auf persönlicher, individueller Ebene und zweitens auf organisatorischer Ebene. So zeichnet sich auf individueller Ebene mehrheitlich ein hoher Ausbildungsbedarf hinsichtlich GK bei den Auszubildenden ab, welcher z. B. durch die folgende Aussagen eindrücklich untermauert wird: *„[...] für die meisten ist das tatsächlich unbekannt und das müssen sie hier lernen“ (Interview 1, Pos. 60), [...] sehr zwiegespalten ja, wir haben eine Gruppe von Auszubildenden, die sehr froh ist und auch zurückmeldet, dass sie dann neue Ansatzpunkte für ihr eigenes Leben finden, sozusagen sich auch in die eigene Reflexion und kritische Verhaltensweise oder Veränderung dann begeben und die andere Hälfte, die sagten brauch ich nicht, weiß ich doch schon“ (Interview 1, Pos. 72).*

Darüber hinaus ist festzustellen, dass relevante, einschlägige Kompetenzen der GK, z. B. das Finden und Bewerten von gesundheitsrelevanten Informationen, insbesondere zu Beginn der Ausbildung zwischen den Auszubildenden stark variiert, wobei Hinweise signalisieren, dass vor allem der Bildungsabschluss einen maßgeblichen Einfluss zu nehmen scheint, wie die folgenden Aussagen verdeutlichen: *„[...] wir müssen wirklich bei den Basics anfangen, erst auch mal so wissenschaftliche Grundlagen erstmal reinlegen, wie gehe ich überhaupt mit Treffern im Internet um? Wie bewerte ich das? Das ist also wirklich nicht gut bei den Schülern“ (Interview 11, Pos. 37), „[...] kommen immer wieder Abiturienten zu uns auch in die Ausbildung und die sind wirklich sehr gut vorbereitet (Interview 11, Pos. 38).*

Im Hinblick auf die organisatorische Ebene wird häufig ein ernüchterndes Bild durch die Auszubildenden gezeichnet: *„Also ich würde mal sagen da ist viel Desillusionierung dabei, wenn die Auszubildenden aus der Praxis wieder zurück in die Schule kommen, weil sie da eben halt merken, da wird nicht dafür gesorgt, also auch nicht vom Unternehmen“ (Interview 1, Pos. 93).*

Häufig berichteten Auszubildende, dass insbesondere die Anwendung der gelernten Inhalte und Methoden (z. B. Kinästhetik & Entspannungsverfahren) in der Praxis für Irritationen sorgen, da sie kaum oder gar nicht umsetzbar seien und damit den weiteren Entwicklungsverlauf in diesem Kontext negativ im Unterricht beeinflussen. Dies führt auch innerhalb der Lehrer/-innenschaft zu Unmut und Verunsicherung, da diese häufig, indem was sie vermittelt unglaubwürdig bzw. realitätsfern erscheinen, wie die nachfolgenden Zitate zeigen: *„[...] Ja, wir sind auch in einem Dilemma genau“ (Interview 1, Pos. 99), „[...]*

*letztlich wir können zum Beispiel Kinästhetik hier noch so viel unterrichten, wenn sie es in der Praxis nicht erleben. Wir können die Schüler noch so viel darauf hinweisen, wie wichtig es ist, ihre Pausen einzuhalten und auch Nein zu sagen, wenn sie dann auf der Station als Verräter gelten“ (Interview 2, Pos. 68).*

## **4. Diskussion**

Ziel dieser Arbeit war es zu analysieren, welche Bedeutung die Förderung der GK im Rahmen der generalistischen Pflegeausbildung einnimmt und auf welche Art und Weise dies ggf. durch die Ausbildungsträger operationalisiert wird. Zusätzlich sollte eruiert werden, welche Erfahrungen durch die Auszubildenden in diesem Kontext – auch nach den obligatorischen Praxiseinsätzen – widergespiegelt werden.

Wie eingangs skizziert, soll die Berufsausbildung die GK der Auszubildenden Pflegefachpersonen fördern, weshalb sich das ausgewählte Sample innerhalb dieses Forschungskontextes als geeignet erwies. Denn einerseits verantworten auch die Lehrkräfte die Planung und Umsetzung der Lern- und Ausbildungsziele der Curricula und andererseits stehen sie in direktem Kontakt zu den Auszubildenden und erhalten damit unmittelbares Feedback zur Berufsausbildung. Darüber hinaus bilden sie eine wesentliche Schnittstelle zwischen theoretischer und praktischer Ausbildung und verfügen daher auch in diesem Bereich über entsprechende Expertise.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die Erkenntnisse aus den einzelnen Kategorien nicht für sich alleinstehend betrachtet werden sollten, da dies die Realität sehr reduktionistisch darstellen würde. Vielmehr ist anzunehmen, dass sie eine wechselseitige Abhängig zueinander besitzen und sich dadurch gegenseitig bedingen.

Im Hinblick auf die Kategorie: „Bedeutung der GK im Rahmen der generalistischen Pflegeausbildung“ kann zusammenfassend festgehalten werden, dass die befragten Einrichtungen der Verbesserung der GK eine hohe Bedeutung zuschreiben und sie als notwendigen Bestandteil der Berufsausbildung wahrnehmen. Dies ist insgesamt ein positives Signal und unterstreicht die Notwendigkeit, die Verbesserung der GK als Ausbildungsziel auch weiterhin zu verfolgen, wie durch Nickl & Rathmann (2022) ebenfalls deutlich gemacht

wird. Dennoch muss an dieser Stelle auch darauf hingewiesen werden, dass zwischen den Einrichtungen starke Unterschiede hinsichtlich der organisatorischen sowie operativen Ausgestaltung der GK bestehen. So ist beispielsweise zu konstatieren, dass vordergründig verhaltenspräventive Ansätze aufgegriffen werden, obwohl ganz offensichtlich die verhältnispräventiven, notwendigen Voraussetzungen nur bedingt adaptiert werden (können). Dies stellt grundlegend kein neu auftretendes Problem in diesem Kontext dar, führt aber vor, dass Anpassungen der Arbeits- und Organisationsstrukturen durchaus eine große Herausforderung darstellen, wie auch Halbe-Haenschke (2017) zu bedenken gibt. Grundlegend besteht dadurch die Gefahr, dass Interessenskonflikte zwischen der theoretischen und praktischen Berufsausbildung provoziert werden, was einer verzahnten Ausbildung kontraproduktiv entgegensteht. Auch deshalb ist die vorliegenden Arbeit von Relevanz, da sie konkret den Entscheidungsträger/-innen auf Grundlage der Rahmenlehr- und Rahmenausbildungspläne eine begründbare Handlungsoption anrät, um so insbesondere die Verhältnisprävention in den Organisationen nachhaltig zu fördern.

Innerhalb der zweiten Kategorie: „Methoden und Inhalte“ ist zu erkennen, dass diese stark von den Zielvorgaben der Schulen einerseits sowie den dafür notwendigen Rahmenbedingungen der Träger andererseits abhängig sind. Es ist festzustellen, dass dadurch bedingt auch unterschiedliche Wahrnehmungen der GK seitens der Lehrer/-innen bestehen, welche sich nicht zuletzt in einem heterogenen Inhalts- und Methodenportfolio widerspiegeln. Die Anwendung der Lerninhalte soll in der Praxis regelhaft durch Angebote der BGF bzw. der betrieblichen Fort- und Weiterbildung erfolgen, was jedoch häufig aufgrund vorhandener Barrieren nur in geringem Maße gelingen kann, wie Holleder (2023) zu bedenken gibt. Auch dass die Pflegelandschaft zunehmend unterschiedlichen kulturellen Einflüssen ausgesetzt ist, erfordert ein adaptives, differenziertes Vorgehen innerhalb der Ausbildung, um den Bedürfnissen und Werten der Nachwuchsgeneration – auch im Hinblick auf die Förderung der GK – adäquat gerecht zu werden (Mittenzwei, 2022). Zusammenfassend unterstreicht dies die Notwendigkeit, dass eine einheitliche Verwendung des Konstruktes GK auch im Rahmen der Berufsausbildung zielführend scheint, um die bereits vorhandene Unschärfe nicht zusätzlich zu fördern (Lenartz, 2012).

Vor dem Hintergrund der beiden ersten Kategorien ist es nicht verwunderlich, dass auch in der dritten Kategorie: „Feedback der Auszubildenden“ deutliche Verbesserungspotentiale

hinsichtlich der vorgestellten Ergebnisse bestehen: So ist nicht nur die Schaffung von geeigneten Voraussetzungen dringend notwendig und erforderlich, sondern auch, dass entsprechende Angebote durch die Auszubildenden adäquat genutzt werden. Es gilt an dieser Stelle zu eruieren, welche Zugangsbarrieren (z. B. fehlende Motivation, notwendige Ressourcen, etc.) existieren und inwiefern diesen nachhaltig entgegengewirkt werden kann. Gleichzeitig ist an dieser Stelle zu berücksichtigen, dass die vorliegenden Ergebnisse aus der Wahrnehmung der Interviewten stammen und nicht direkt durch die Auszubildenden wiedergegeben wurden. Vor diesem Hintergrund wäre es zielführend, auch die direkte Wahrnehmung der Auszubildenden zu eruieren, um so die hier vorliegenden Ergebnisse zu untermauern und weitere Evidenz zu schaffen. Die Ergebnisse dieser Untersuchung lenken den Blick spezifisch auf Auszubildende der Pflegeprofession. Es existieren aber auch Hinweise darauf, dass innerhalb anderer Gesundheitsberufe (z. B. Physiotherapie) ähnliche Voraussetzungen und Barrieren hinsichtlich der GK bestehen, sodass auch dort entsprechende Verbesserungspotentiale möglich und notwendig sind (Wirner et al., 2022).

### **Limitationen**

Die eruierten Erkenntnisse signalisieren, dass die generalistische Pflegeausbildung ein wichtiges und notwendiges Instrument darstellen kann, um die Stärkung der GK von Auszubildenden zu adressieren und zu fördern. Gleichzeitig muss berücksichtigt werden, dass aufgrund des Studiencharakters sowie der sich daraus ergebenden Samplegröße die Ergebnisse keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben können. Dennoch signalisieren andere Arbeiten mit vergleichbarer Stichprobengröße im Kontext der GK (N = 11), dass die Ergebnisse Evidenz erzeugen und durchaus relevant sind (Mehlis et al., 2022). Es kann auch davon ausgegangen werden, dass vor allem Ausbildungseinrichtungen an der Befragung teilgenommen haben, welche die GK als wichtigen Teil ihrer Ausbildungsagenda führen, sodass eine falsch positive Wahrnehmung erzeugt werden könnte (Niederberger & Drejack, 2020b). Es wäre daher wünschenswert, wenn auf Grundlage dieser Arbeit auch andere Ausbildungseinrichtungen diesem Vorbild folgen würden und die GK vollumfänglich in ihre Curricula implementieren.

## **5. Fazit und Ausblick**

Vor dem Hintergrund, der eingangs skizzierten Herausforderungen ist, es notwendig, dass die GK bei angehenden Pflegefachpersonen vollumfänglich über den gesamten Erwerbsverlauf gefördert und ausgebildet wird. Die Pflegeausbildung wird diesem Anspruch bereits heute an vielen Stellen gerecht und setzt damit wichtige Impulse. Die dezidierte, flächendeckende Förderung der GK, durch die generalistische Pflegeausbildung, nimmt folglich eine wesentliche Rolle im Kontext der Versorgungssicherheit und -qualität sowie im Wohlbefinden der Pflegefachpersonen ein. Perspektivisch sind neben der Förderung der GK des Pflegefachpersonals auch Strategien zur Förderung der organisationalen GK vermehrt zu entwickeln, umzusetzen und zu evaluieren, damit die zahlreichen Akteur/-innen durch gesundheitsförderliche Strukturen und Prozesse dabei unterstützt werden, relevante Inhalte barrierearm und zielführend in die Praxis zu implementieren. Gesundheitsschutz und -förderung sind auch Aufgaben der Träger, welchen an vielen Stellen bereits nachgekommen wird. Dennoch müssen zukünftig darüber hinaus die besonderen Bedürfnisse und Voraussetzungen – hin zu einer Gesundheitskultur bei Auszubildenden – eruiert werden, um Angebot und Nachfrage sinnvoll auf dem Markt zu vereinen.

### **Interessenskonflikt**

Die Autorinnen und Autoren erklären, dass kein Interessenskonflikt besteht.

## Literaturverzeichnis

- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe, BGBl. I (2018), 1596 – 1600.  
<https://www.gesetze-im-internet.de/pflaprv/>.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage). <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-642-41089-5.pdf>.
- Drupp, M., Meyer, M. & Winter, W. (2021). Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) für Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser unter Pandemiebedingungen. In K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report: Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen* (S. 71–89), Springer.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-662-63107-2\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-662-63107-2_5).
- Flick, U. (2007). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung*. Rororo Rowohlt's Enzyklopädie: Bd. 55694. Rowohlt-Taschenbuch Verlag.  
<https://sfbs.tudortmund.de/handle/sfbs/662>.
- Halbe-Haenschke, B. (2017). Informieren: Was ist BGM. In B. Halbe-Haenschke & U. Reck Hog (Hrsg.), *Die Erfolgsstrategie für Ihr BGM: Methoden und Umsetzung eines effektiven betrieblichen Gesundheitsmanagements* (S. 17–31). Springer Gabler.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-658-15491-2\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-658-15491-2_3).
- Hofmann, I. (2012). Die Rolle der Pflege im Gesundheitswesen. Historische Hintergründe und heutige Konfliktkonstellationen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 55(9), 1161–1167. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1540-1>.
- Holleder, A. (2023). Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland für alle? Ergebnisse der BIBB-/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2018. In: *Das Gesundheitswesen*, 85(4), 277–288. <https://doi.org/10.1055/a-1658-0125>.
- Kolpatzik, K., Schaeffer, D. & Vogt, D. (2018). Förderung der Gesundheitskompetenz – eine Aufgabe der Pflege. *GGW*, 18(2). <https://pub.uni-bielefeld.de/record/2919397>.
- Lenartz, N. (2012). *Gesundheitskompetenz und Selbstregulation*. Applied Research in Psychology and Evaluation: Bd. 6. V&R unipress University Press.
- Mayring, P. & Fenzl, T. (2019). *Qualitative Inhaltsanalyse*. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), Springer eBook Collection. *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*

- (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 633–648). Springer VS. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4\\_42](https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_42).
- Mehlis, A., Locher, V. & Hornberg, C. (2022). Organisationale Gesundheitskompetenz deutscher Gesundheitsämter (OGK-GA): Entwicklung eines theoretischen Modells mit Hilfe von ExpertInneninterviews. *Das Gesundheitswesen*, 84(4), 263–270. <https://doi.org/10.1055/a-1510-8799>.
- Mittenzwei, M. (2022). Die interkulturelle pflegepädagogische Kompetenz in Aneignungssituationen. *Padua*, 17(3), 147–152. <https://doi.org/10.1024/18616186/a000680>.
- Nagel, E. (2020). Gesundheit und Gerechtigkeit. In *Staat – Religion – Recht* (S. 47–62). Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. <https://doi.org/10.5771/978374890987347>.
- Nickl, J. & Rathmann, K. (2022). Gesundheitskompetenz in der Pflege- und Physiotherapie Ausbildung. In *Gesundheitskompetenz* (S. 1–10). Springer Berlin Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-62800-3\\_57-1](https://doi.org/10.1007/978-3-662-62800-3_57-1).
- Niederberger, M. & Drejack, S. (2020a). Die qualitative Inhaltsanalyse in den Gesundheitswissenschaften. Ergebnisse eines systematischen Reviews einschlägiger Fachzeitschriften. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 21(1), 48. <https://doi.org/10.17169/fqs-21.1.3423>.
- Niederberger, M. & Drejack, S. (2020b). Die qualitative Inhaltsanalyse in den Gesundheitswissenschaften. Ergebnisse eines systematischen Reviews einschlägiger Fachzeitschriften. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 21(1), 48. <https://doi.org/10.17169/fqs-21.1.3423> (Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, Vol 21, No 1 (2020): Qualitative Content Analysis II).
- O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A. & Cook, D. A. (2014). Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 89(9), 1245–1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>.

- Olden, D., Großmann, D., Dorin, L., Meng, M., Peters, M. & Reuschenbach, B. (2023). Die generalistische Pflegeausbildung in Deutschland aus Sicht Auszubildender. Pflege. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi/10.1024/1012-5302/a000930>.
- Reinders, H. (2012). Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen: Ein Leitfaden (2., aktualisierte Aufl.). Sozialwissenschaften 10-2012. Oldenbourg. <https://doi.org/10.1524/9783486717600>.
- Rick, J. (2023). Problemzentrierte Interviews online und offline: eine methodische Reflexion. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.17169/FQS-24.2.3977> (Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, Vol. 24 No. 2 (2023): Social Worlds, Arenas, and Situational Analyses: Theoretical Debates and Practical Research Experiences).
- Schaeffer, D. & Hämel, K. (2013). Who cares? Fachkräftemangel in der Pflege. Zeitschrift für Sozialreform (4), 413–432. <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/zsr-2013-0401/html>.
- Schmidt, S., Lörzing, R., Jahn, J., Andersch-Rupprecht, C., Emmert, M. & Nagel, E. (2023). Spezifische Arbeitsbelastungen bei Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund in der Kranken- und Altenpflege: Ein systematisches Review. In: Das Gesundheitswesen, 85(11), 1027-1036, <https://doi.org/10.1055/a-1966-0192>.
- Simon, A., Ebinger, M. & Holoch, E. (2022). Die Gesundheitskompetenz von angehenden Ärzt\*innen Pflegenden, Hebammen, Therapeut\*innen und Gesundheitsmanager\* innen in Deutschland – Explorative Pilotstudie. In: Das Gesundheitswesen, 84(11), 1039-1049, <https://doi.org/10.1055/a-1657-9627>.
- Sørensen, K., van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. In: BMC public health, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Wintzer, J. (2016). Qualitative Methoden in der Sozialforschung. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-47496-9>
- Wirner, C., Pott, C., Kirschneck, M. & Coenen, M. (2022). Bundesweite Bestandsaufnahme zum Konstrukt Gesundheitskompetenz aus der Perspektive der Profession Physiotherapie. In: Das Gesundheitswesen, 84(1), 60–63. <https://doi.org/10.1055/a-1144-2948>

## 6. Zur Entwicklung der Gesundheitskompetenz während der generalistischen Pflegeausbildung: Ergebnisse einer Online-Befragung

On the development of health literacy during generalist nursing training: Results of an online survey

### **Zitation**

Schmidt, Sebastian; Andersch-Rupprecht, Claudia; Emmert, Martin; Nagel, Eckhard: Zur Entwicklung der Gesundheitskompetenz während der generalistischen Pflegeausbildung: Ergebnisse einer Online-Befragung. In: Pflegewissenschaft: Zeitschrift für den Dialog von Wissenschaft und Praxis, Bd. 26 (2025) Ausgabe 4, S. 198-206.

## **Zusammenfassung**

Die Gesundheitskompetenz (GK) stellt eine wesentliche Voraussetzung für eine präventive und gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeits- und Lebenswirklichkeit dar. Vor allem Auszubildende der generalistischen Pflegeausbildung benötigen zum Schutz und zur Förderung ihrer eigenen Gesundheit eine adäquate GK. Im Moment besteht keine Evidenz hinsichtlich der Entwicklung der GK während der generalistischen Pflegeausbildung. Es wurde eine online-basierte Erhebung der GK (HLS-EU-Q16) durchgeführt. Insgesamt wurde bei 137 Auszubildenden die GK erhoben und analysiert. Im Durchschnitt ergab sich ein GK-Score von 11 Punkten, was einer problematischen GK entspricht. Es konnten keine signifikanten Mittelwertsunterschiede der GK zwischen dem ersten, zweiten und dritten Ausbildungsjahr festgestellt werden. Zukünftig sind Wege zu identifizieren, welche dezidiert die GK von Auszubildenden nachhaltig fördern.

## **Abstract**

Health literacy (HL) is a key prerequisite for a preventative and health-promoting approach to work and life. Generalist nursing students, in particular require adequate HL to protect and promote their own health. Currently, there is no evidence regarding the development of HL during generalist nursing training. An online survey of HL (HLS-EU-Q16) was conducted. The HL of a total of 137 students was assessed and analyzed. The average HL score was 11 points, corresponding to problematic HL. No significant mean differences in HL were found between the first, second, and third years of training. In the future, ways must be identified to specifically promote HL in students in a sustainable manner.

## 1. Hintergrund

Hohe körperliche und psychische Arbeitsanforderungen, ein sukzessiv steigender Fachkräftemangel sowie parallel dazu komplexer werdende Versorgungsbedarfe z. B. aufgrund zunehmend chronisch-kranker, multimorbider Patient/-innen führen zu zahlreichen Herausforderungen innerhalb der Pflegeprofession (Schaeffer und Martin Moers, 2003). Zur Sicherstellung des Behandlungsauftrags stellt auch der Schutz und die Förderung der Gesundheit der Beschäftigten in der Pflegeprofession eine zentrale Voraussetzung dar. Dies stellt insgesamt eine herausfordernde Aufgabe für Politik, Betriebe und die Beschäftigten dar, welche ein proaktives und ineinander verzahntes Handeln aller Stakeholder voraussetzt (Lennefer et al., 2024).

Insbesondere Auszubildende der generalistischen Pflegeausbildung nehmen vor diesem Hintergrund eine besondere Rolle ein, da sie bereits heute das Rückgrat der Pflegelandschaft von morgen bilden, charakterisieren und determinieren. Auch lösen sie nach und nach die geburtsstarken Jahrgänge – die sogenannten „Babyboomer“ – ab, was die Pflege- und Versorgungslandschaft zusätzlich unter Druck setzt (Destatis, 2023). Untersuchungen zeigen, dass risikoreiches Verhalten und gesundheitsschädigende Tendenzen, insbesondere das Rauchen sowie unzureichende körperliche Aktivität und Schlafmangel im Lebensabschnitt der Berufsausbildung tendenziell zunehmen und damit eine wesentliche Grundlage für eine Vielzahl zeitlich versetzt auftretender epidemiologisch-relevanter, sogenannter nicht-übertragbarer Erkrankungen wie z. B. Atemwegs-, Herz-Kreislauf- sowie psychischer Erkrankungen bilden (Stassen et al., 2023; Kaminski et al., 2008; Walsh et al., 2011; Katrin Schaller et al., 2015). Prekär ist, dass dies vor dem Hintergrund eines facettenreichen, evidenten Präventionsangebots geschieht, welches z. B. durch die Krankenkassen weitreichend beworben und mitfinanziert wird. Einschlägige Ergebnisse zeigen, dass lediglich 3 % der Bevölkerung etwaige Leistungen der Primärprävention in Anspruch nehmen, wobei dies insbesondere Menschen mittleren Alters ( $\geq 40$  Jahre) betrifft und Auszubildende demzufolge kaum relevante Marktanteile ausmachen (Wallmann et al., 2011). Offensichtlich besteht eine Herausforderung auch darin, zu eruieren, wie es gelingen kann angehende Pflegefachpersonen für die herausfordernde Praxis von morgen vorzubereiten und auszubilden, sodass sie ihren Beruf gesund und langfristig ausüben können.

Ein wesentlicher Ansatzpunkt hierbei ist es, auch die Gesundheitskompetenz (GK) der Auszubildenden so zu fördern und auszubilden, dass ein selbstfürsorglicher Umgang mit der eigenen Gesundheit entsteht und nachhaltig gefestigt wird. Sørensen et al. (2012, S. 3) beschreibt die GK wie folgt:

„Das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen in Bezug darauf, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die die Lebensqualität im gesamten Lebensverlauf erhalten oder zu verbessern“ (Sørensen et al., 2012).

Folglich bildet die GK bildet eine wesentliche Grundlage für eine präventive und gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeits- und Lebenswirklichkeit der Auszubildende. Es ist zu konstatieren, dass eine inadäquate GK auch mit einem schlechteren Gesundheitszustand assoziiert ist, wobei vor allem Personen mit niedrigem Sozio-ökonomischen Status, finanzieller Deprivation sowie Migrationshintergrund eine besondere Vulnerabilität aufweisen (Schaeffer et al., 2021). Auf Basis einschlägiger Untersuchungen ist zu konstatieren, dass die GK in Deutschland bei einem Großteil der Bevölkerung im Jahr 2015 problematisch (31,9 %) und bei 12,3 % der Befragten inadäquat ausgeprägt war (Jordan und Hoebel, 2015). Neuere Daten aus dem Jahr 2020 untermauern dies zusätzlich und zeigen, dass 44,5 % der deutschen Bevölkerung über eine problematische GK und 19,7 % über eine inadäquate GK verfügen (Hurrelmann et al., 2023). Auch gibt es Hinweise darauf, dass die GK von angehenden Gesundheitsfachpersonen wie z. B. Therapeut/-innen, Ärzt/-innen, Hebammen und Pflegefachpersonen zu einem Großteil problematisch bzw. inadäquat ist, was vermeidbare Belastungen provoziert (Simon et al., 2022). Daher ist es wichtig, die GK von Auszubildenden nachhaltig zu fördern. Um die GK zu eruieren, werden mittlerweile mehr als 120 Erhebungsinstrumente eingesetzt, welche sich z. B. in der inhaltlichen Ausrichtung, der adressierten Ebene sowie dem Erhebungskonzept voneinander unterscheiden (Bitzer, 2017). Dies stellt eine Herausforderung im Hinblick auf die Vergleichbarkeit der Studienergebnisse dar.

Im Rahmen der generalistischen Pflegeausbildung wird bereits heute die Förderung der GK an vielen Stellen aufgegriffen und durch konkrete Lerninhalte zielgerichtet adressiert

(Schmidt et al., 2024). Damit untermauern und konkretisieren die Ausbildungseinrichtungen die dringende Notwendigkeit einer adäquaten Förderung der GK im Rahmen der Ausbildung und folgen damit den normativen Vorgaben der bundeseinheitlichen Rahmenpläne (Rahmenlehrplan, Rahmenausbildungsplan). Hierbei ist neben der „Pflegeprozessverantwortung“, der „Orientierung an Pflegesituationen“, der „entwicklungslogischen Strukturierung“ auch die sogenannte „Kompetenzorientierung“ ein wesentliches Konstruktionsprinzip der Ausbildung zum Pflegefachmann bzw. zur Pflegefachfrau (Bundesinstitut für Berufsbildung, 2019). Dennoch gibt es Hinweise darauf, dass eine vollumfängliche Förderung der GK im Rahmen der generalistischen Ausbildung nicht konsistent und flächendeckend in Deutschland zu beobachten ist und sich die Anwendung der GK-relevanten Lerninhalte im Ausbildungsalltag lückenhaft und heterogen darstellt (Schmidt et al., 2024).

Es besteht derzeit nur eine geringe Evidenz dazu, inwiefern die GK spezifisch bei Auszubildenden der Pflegeprofession ausgeprägt ist und ob die generalistische Pflegeausbildung einen Einfluss auf die Ausprägung der Gesundheitskompetenz angehender Pflegefachpersonen hat. Die ist unserer Kenntnis nach bisher unbeantwortet, sodass sich an dieser Stelle dringender Forschungsbedarf ergibt.

Konsequenterweise ist es das Ziel des vorliegenden Beitrags, (1.) die Ausprägung der individuellen GK von Auszubildenden Pflegefachpersonen zu eruieren und mit anderen Forschungsergebnissen in diesem Kontext in Einklang zu bringen und (2.) zu überprüfen, ob sich die GK bei Auszubildenden der generalistischen Pflegeausbildung zwischen dem 1., 2. und 3. Ausbildungsjahr unterscheidet.

## 2. Methode

Um die oben skizzierten Forschungsfragen zu beantworten, wurde eine web-basierte Datenerhebung bei Auszubildenden der generalistischen Pflegeausbildung in Deutschland durchgeführt.

### *Fragebogenkonstruktion und -auswertung*

Zur Erhebung der GK wurde der deutschsprachige, aus 16 Fragen bestehende HLS-EU-Q16-Fragebogen eingesetzt. Die GK wird dabei anhand subjektiver Einschätzungen der Teilnehmenden abgeleitet, wobei die Themenbereiche „Krankheitsbewältigung“, „Prävention“ und „Gesundheitsförderung“ aufgegriffen und mittels einer 4-stufigen Likert-Skala („sehr einfach“, „ziemlich einfach“, „ziemlich schwierig“, „sehr schwierig“) durch die Teilnehmenden bewertet werden. Innerhalb der einzelnen Themenbereiche sind die Items „Informationen finden“, „Informationen verstehen“, „Informationen beurteilen“ sowie „Informationen anwenden“ mittels Selbsteinschätzung zu beurteilen (Jordan und Hoebel, 2015). Zur Quantifizierung wurden die Antworten der 16 Items („sehr einfach“ & „ziemlich einfach“= 1 Punkt; „ziemlich schwierig“ & „sehr schwierig“= 0 Punkte) binarisiert und entsprechend aufaddiert, sodass sich daraus eine transparente Berechnung des GK-Gesamt-Scores ableiten lässt. Drei GK-Level, abhängig vom GK-Gesamtscore, wurden in Form der Kategorien „ausreichend“ (13 - 16 Punkte), „problematisch“ (9 - 12 Punkte) sowie „inadäquat“ (1 - 8 Punkte) abgeleitet und bilden damit einen normativen, standardisierten Rahmen der Beurteilung der GK (Jordan und Hoebel, 2015). Zusätzlich wurden die Phase des aktuellen Ausbildungsstandes der Zielgruppe (1. - 3. Ausbildungsjahr) sowie die sozio-ökonomische Variablen: Alter, Geschlecht, höchster Bildungsabschluss und Migrationsstatus erhoben.

### *Datenschutz und Forschungsethik*

Zur Sicherstellung der forschungsethischen Grundsätze wurden die Daten ausschließlich nach Zustimmung der Teilnehmenden anonymisiert gewonnen, bearbeitet und ausgewertet. Ein entsprechendes Ethikvotum der Universität Bayreuth wurde positiv durch die Ethikkommission bewertet (Az. O 1305/1-GB).

### *Hypothesenbildung, Stichprobe, Statistische Auswertungen*

Ausgehend von der zweiten Forschungsfrage leitet sich die Hypothesenbildung der vorliegenden Arbeit wie folgt ab: Es besteht kein signifikanter Unterschied der Gesundheitskompetenz zwischen Auszubildenden des ersten, zweiten und dritten Ausbildungsjahres (AJ) der generalistischen Pflegeausbildung.

Um die Hypothese zu überprüfen, wurden auf Basis des derzeitigen Ausbildungsstands der Teilnehmenden drei Gruppen (1. AJ, 2. AJ, 3. AJ) gebildet, was den Ausbildungsverlauf vollumfänglich abdeckt.

### *Datenerhebung*

Um einen Zugang zur Stichprobe herzustellen, wurden zwischen März und Mai 2024 Ausbildungsschulen der generalistischen Pflege schriftlich kontaktiert und über das Vorhaben entsprechend informiert und aufgeklärt. Bei einer positiven Rückmeldung seitens der Schulen erfolgte eine bilaterale, vertiefte Abstimmung über den Zeitpunkt sowie die Art und Weise der Datenerhebung. Insgesamt wurden 20 Ausbildungseinrichtungen in Deutschland kontaktiert, wobei zwei Ausbildungsschulen in Nordrhein-Westfalen für die Studie gewonnen wurden. Hier erfolgte die Datenerhebung im Zeitraum von August bis November 2024. Um eine hohe Teilnahmequote innerhalb der Stichprobe zu erreichen, wurde – in Abstimmung mit den teilnehmenden Ausbildungseinrichtungen – die Befragung während des Unterrichts durchgeführt. Für einen barrierearmen Zugang teilte das Lehrpersonal QR-Codes an die Auszubildenden aus, der sie zum web-basierten Fragebogen führte. Dieser wurde mittels der Online-Umfrage-Applikation „LimeSurvey Cloud“ erstellt und den teilnehmenden Schulen, nicht-öffentlich, zugänglich gemacht. Die Autor/-innen stellten sicher, dass die Teilnahme an der Umfrage nicht länger als zehn Minuten dauerte, damit die Schulen trotz Unterbrechung ihre hoheitlichen Lehrverpflichtungen adäquat erbringen können.

### *Statistische Auswertung*

Das Datenmaterial wurde zunächst auf Vollständigkeit überprüft, wobei unvollständige Datensätze nicht in der Analyse berücksichtigt wurden. Die deskriptive Datenanalyse erfolgte mittels SPSS (Version 29.0.1.0, IBM). Zur Hypothesentestung wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse durchgeführt. Das festgelegte Konfidenzintervall betrug 95%.

### 3. Ergebnisse

Ziel der Arbeit war es, (1.) die GK von Auszubildenden der generalistischen Pflegeausbildung zu erfassen und (2.) zu überprüfen, ob ein Unterschied in der GK von Auszubildenden der generalistischen Pflegeausbildung zwischen dem ersten, zweiten und dritten Ausbildungsjahr besteht.

#### *Stichprobenbeschreibung*

Insgesamt nahmen 144 Auszubildende an der Befragung teil, wobei aufgrund unvollständiger Dateneingaben 137 Fragebögen ausgewertet werden konnten. Tabelle 1 stellt die Charakteristika der Stichprobe dar.

*Tab. 1: Stichprobenbeschreibung nach Alter, Geschlecht, Bildungsabschluss, Migrationshintergrund und Ausbildungsabschnitt.*

		<b>Erstes Ausbildungsjahr</b>	<b>Zweites Ausbildungsjahr</b>	<b>Drittes Ausbildungsjahr</b>
<b>Anzahl Auszubildende</b>		53 (38,7 %)	47 (34,3 %)	37 (27 %)
<b>Alter in Jahren</b>		25 (SD: 8,8)	30 (SD: 10,6)	32 (SD: 10,8)
<b>Geschlecht</b>	m	12 (8,7 %)	13 (9,5 %)	10 (7,3 %)
	w	41 (29,9 %)	34 (24,8 %)	27 (19,7 %)
<b>Höchster Bildungsabschluss</b>	Hauptschul- abschluss	3 (2,2 %)	5 (3,7 %)	3 (2,2 %)
	Realschul- abschluss	24 (17,5 %)	17 (12,4 %)	17 (12,4 %)
	Fachhochschul- reife	8 (5,8 %)	11 (8 %)	6 (8,4 %)
	Abitur	14 (10,2 %)	12 (8,8 %)	7 (5,1 %)
	Bachelor	3 (2,2 %)	2 (1,5 %)	4 (2,9 %)
	Master	1 (0,7 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
<b>Migrations- hintergrund</b>	Ja	33 (24,1 %)	26 (19 %)	22 (16,1 %)
	Nein	20 (14,6 %)	21 (15,3 %)	15 (10,1 %)

Wie in Tabelle 1 dargestellt, konnten auf Basis des Ausbildungsstands in etwa drei gleich große Gruppen gebildet werden. Im Durchschnitt lag das Alter der Stichprobe bei 28 Jahren (SD: 10,3). Es haben überwiegend weibliche Auszubildenden an der Befragung teilgenommen, wobei das Verhältnis zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmenden über die drei Gruppen annähernd konstant ist. Knapp die Hälfte der Auszubildenden hat einen Realschulabschluss, wobei hervorzuheben ist, dass rund 24 % der Auszubildenden Abiturienten sind. Rund 60 % der Teilnehmenden gab einen bestehende Migrationshintergrund an.

#### *Ausprägung der GK von Auszubildenden in der generalistischen Pflegeausbildung*

Insgesamt konnte die GK bei 137 Auszubildenden erhoben und ausgewertet werden. Im Durchschnitt ergab sich ein Gesamtscore von 11 Punkten (SD: 3,2), was einer problematischen GK innerhalb der Stichprobe entspricht. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Verteilung der jeweiligen GK-Level innerhalb des Sample.

*Tab. 2: Gesundheitskompetenz-Level des Sample.*

<b>Gesundheitskompetenz-Level</b>	<b>n (%)</b>
Ausreichend	51 (37,2%)
Problematisch	59 (43,1 %)
Inadäquat	27 (19,7 %)

Im Hinblick auf die Bewertung des Fragebogens ergeben sich unterschiedliche Ausprägungen der einzelnen Items, welche in Tabelle 3 gegenübergestellt sind. Ebenfalls dargestellt ist die Häufigkeit, mit welcher die Items „schwierig“ bzw. „einfach“ durch die Auszubildenden bewertet wurden.

Tab. 2: Auswertung Items HLS-EU-Q16.

Item	Mittelwert	Stabw.	Anteil	
			sehr/ziemlich schwierig	sehr/ziemlich einfach
<b>„Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach...“</b>				
Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?	0,62	0,49	38 %	62 %
herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten können, wenn Sie erkrankt sind (z. B. Arzt, Apotheker, Psychologe)?	0,66	0,47	33,6 %	66,4 %
zu verstehen, was Ihr Arzt oder Ihre Ärztin Ihnen sagt?	0,69	0,46	30,7 %	69,3 %
die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?	0,91	0,28	8,8 %	91,2 %
zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?	0,58	0,50	41,6 %	58,4 %
mit Hilfe der Informationen, die Ihnen Ihr Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?	0,63	0,50	37,2 %	62,8 %
den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?	0,91	0,28	8,8 %	91,2 %
Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden?	0,43	0,50	56,9 %	43,1 %
Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßigem Trinken zu verstehen?	0,92	0,27	8 %	92 %
zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen (z. B. Krebsfrüherkennung, Blutzuckertest, Blutdruckmessung)?	0,93	0,26	7,3 %	92,7 %
zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind (z. B. Fernsehen, Internet oder andere Medien)?	0,61	0,49	39,4 %	60,6 %
aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können (z. B. Zeitungen, Broschüren, Internet oder andere Medien)?	0,69	0,46	30,7 %	69,3 %
Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind?	0,60	0,49	40,1 %	59,9 %

Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?	0,74	0,44	25,5 %	74,5 %
Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen?	0,64	0,48	35,8 %	64,2 %
zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen?	0,72	0,45	27,7 %	72,3 %

*Zur Entwicklung der Gesundheitskompetenz während der generalistischen Pflegeausbildung*

Auf Basis der drei definierten Gruppen konnte die Entwicklung der GK zwischen diesen überprüft werden. Tabelle 4 gibt einen Überblick hinsichtlich der GK-Scores zwischen den Gruppen.

*Tab. 3: Deskriptive Charakteristika der GK nach Ausbildungsjahr.*

	<b>N</b>	<b>Mittelwert (Punkte)</b>	<b>SD</b>
1. Ausbildungsjahr	53	11,57	3,35
2. Ausbildungsjahr	47	11,70	2,85
3. Ausbildungsjahr	37	10,41	3,43
<b>Gesamt</b>	<b>137</b>	<b>11,30</b>	<b>3,23</b>

Im Rahmen der einfaktoriellen Varianzanalyse konnte kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen dem ersten, zweiten und dritten Ausbildungsjahr im Hinblick auf die Ausprägung der GK gezeigt werden ( $p = 0,141$ ;  $f = 1,986$ ). Die Nullhypothese ist demzufolge beizubehalten. Auch konnten zwischen den einzelnen Gruppen (1. und 2. Ausbildungsjahr, 1. und 3. Ausbildungsjahr, 2. und 3. Ausbildungsjahr ( $p > 0,05$ )) keine Unterschiede im Hinblick auf die Ausprägung der GK gezeigt werden.

## 4. Diskussion

Ziel der Arbeit ist es, die GK von Auszubildenden der generalistischen Pflege zu eruieren und zu überprüfen, ob sich die GK zwischen Auszubildenden des ersten, zweiten und dritten Ausbildungsjahres unterscheidet. Die vorliegende Studie bietet damit einerseits wesentliche Erkenntnisse zur Ausprägung der GK bei Auszubildenden der generalistischen Pflege und skizziert andererseits erstmalig ein differenziertes Bild innerhalb dieser Zielgruppe im Hinblick auf den Ausbildungsstand.

Wie auch in anderen, vergleichbaren Arbeiten im Kontext der GK zeichnen auch die hier vorliegenden Daten ein eher ernüchterndes Bild: Ein Großteil der befragten Auszubildenden verfügt lediglich über eine inadäquate bzw. problematische GK. Insbesondere das Item „Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression zu finden“ wurde durch die Teilnehmenden als schwierig bewertet, was vor dem Hintergrund, der sich dadurch abzeichnenden Problematik hervorzuheben ist und Ähnlichkeiten zu anderen Erhebungen aufweist (Jordan und Hoebel, 2015). Ein wichtiges Signal, welches sich aus den vorliegenden Daten ableiten lässt, ist das hohe Verständnis der Auszubildenden über den positiven Nutzen von Vorsorgeuntersuchungen. Gleichzeitig muss an dieser Stelle wie eingangs skizziert auf die geringe Inanspruchnahme geblickt werden, sodass die Lücke zwischen Wissen und Nutzen zukünftig einem besonderen Interesse gilt. Dieses Bild der GK-Ausprägung ist jedoch nicht ausschließlich im Kontext der Pflegeprofession zu beobachten, sondern zeigt sich auch in anderen Professionen des Gesundheitswesens (Simon et al., 2022). Damit untermauert diese Arbeit die dringende Notwendigkeit, die GK in sämtlichen Berufsfeldern, vor allem aber der Gesundheitsprofessionen perspektivisch durch geeignete Maßnahmen zu fördern (Dadaczynski et al., 2023). Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sind auch unsere Ergebnisse mit denen vorheriger Arbeiten vergleichbar, indem sie zeigen, dass die GK vor allem innerhalb der Gesundheitsprofessionen überdurchschnittlich niedrig ausgeprägt ist. Hervorzuheben ist dabei der hohe Anteil weiblicher Teilnehmender, welcher jedoch innerhalb der Pflegeprofession typisch und erwartbar ist (Lübbbers, 2022). Bei der Interpretation der Ergebnisse ist der Anteil an Teilnehmenden mit Migrationshintergrund besonders zu berücksichtigen, welcher im Vergleich zu anderen Arbeiten (rund 20 %) überdurchschnittlich stark ausgeprägt ist (Habermann und Stagge, 2015). Hierdurch können etwaige Verzerrungen der Ergebnisse auftreten, da insbesondere Menschen mit

Migrationshintergrund eine eher niedrigere GK aufweisen (Quenzel et al., 2016). Die vorliegenden Daten sind im Hinblick auf das Alter der Befragten mit denen des statistischen Bundesamts in etwa vergleichbar, wobei das Durchschnittsalter unseres Samples leicht erhöht ist.

Die vorliegende Studie konnte keinen Unterschied der GK von Auszubildenden im Hinblick auf deren Ausbildungsstand darlegen. Damit liefert diese Arbeit erstmalig eine differenzierte Betrachtung der GK im Kontext der Berufsausbildung innerhalb des Gesundheitswesens. Ob sich dieses Bild auch in anderen Gesundheitsberufen z. B. der Physiotherapie abzeichnet, ist nach bisherigem Kenntnisstand unklar und bedarf einer dringenden Klärung durch weiterführende Forschungsarbeiten, da auch dort die Förderung der GK als Maßgabe der Berufsausbildung zu interpretieren ist (Wirner et al., 2022). Das sich die GK während der Berufsausbildung zwischen den Ausbildungsjahren in dieser Untersuchung nicht unterscheidet wirkt vor dem Hintergrund des immensen Bedarfs ernüchternd. Dennoch ist es wichtig, die Chancen, welche sich durch die Rahmenbedingungen der Berufsausbildung ergeben dennoch zu nutzen: Flächendeckender Zugang zur Zielgruppe, Feedbackmöglichkeiten durch die Auszubildenden, barrierearme Erreichbarkeit der Auszubildenden. Inwiefern die Ausbildung der generalistischen Pflege im Moment geeignet ist, um die GK der Auszubildenden flächendeckend zu fördern, ist lediglich unscharf zu beantworten, weshalb zeitnah weiterführende Untersuchungen notwendig sind. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass neben der schulischen Ausbildung auch andere, bereits existierende Instrumente zur Verfügung stehen und positive Effekte im Hinblick auf die Verbesserung der GK zeigen konnten (Akca und Ayaz-Alkaya, 2021; Chang et al., 2023; Berger et al., 2013). Es muss daher demzufolge auch darüber nachgedacht werden, ob die Art und Weise der Wissens- und Kompetenzvermittlung im Rahmen des Unterrichts dahingehend angepasst werden kann.

## *Limitationen*

Trotz der breitgefassten Rekrutierung konnten lediglich zwei Ausbildungseinrichtungen für die Teilnahme gewonnen werden, sodass sich daraus Limitationen ergeben, welche bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen sind. Erstens ist vor diesem Hintergrund zu konstatieren, dass die Ergebnisse aufgrund der kleinen Stichprobe keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben können. Hierfür wäre eine flächendeckende, diversifizierte Erhebung der GK von Auszubildenden der generalistischen Pflege nötig gewesen.

Nach unserem Wissen ist dies die erste Arbeit, welche dezidiert den Ausbildungsverlauf in seiner Gesamtheit im Kontext der Ausprägung der GK analysiert. Eine Limitation der vorliegenden Arbeit ist daher das Studiendesign. Durch den Querschnittscharakter können keine individuellen Veränderungen der GK im Verlauf der Ausbildung erfasst werden, sodass die hier vorliegenden Erkenntnisse lediglich eine Momentaufnahme darstellen. Vor diesem Hintergrund wäre es wünschenswert eine Längsschnittstudie in diesem Forschungsfeld durchzuführen, um so mögliche individuelle Veränderungen der GK im Kontext der Ausbildung zu erfassen. Hierbei ist es auch interessant zu überprüfen, welche weiteren modifizierbaren Attribute im Verlauf der Ausbildung erkennbar werden und inwiefern diese möglicherweise die GK beeinflussen.

Auch muss das Konstrukt der GK vor dem Hintergrund der eruierten Ergebnisse reflektiert werden, denn es besteht Konsens darüber, dass die GK lediglich spezifisch für den Gegenstand, den das entsprechende Messinstrument dezidiert erfasst, zu bewerten ist. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass neben der allgemeinen GK, wie sie in diesem Beitrag erfasst wurde, auch weitere Facetten der GK z. B. im Hinblick auf spezifische Erkrankungsbilder wie z. B. Diabetes mellitus Typ II (Abdullah et al., 2019), Lungenkrebs (Campbell und Erickson, 2024) sowie in Bezug auf relevante Entwicklungen wie die Digitalisierung (Patil et al., 2021) oder die Ernährung (Velardo, 2015) existieren und eine Vergleichbarkeit untereinander nur bedingt möglich ist. Derzeit werden vor allem Erhebungsinstrumente verwendet, welche eine subjektive Bewertung der GK durch die Befragten abbildet. Dies kann einen erheblichen Einfluss auf die Testgüte des Erhebungsinstruments darstellen und ist auch im Rahmen dieser Erhebung zu bedenken. An anderen Stellen wird dieser Problematik bereits entgegengetreten, indem z. B. ein objektiver Gesundheitskompetenz-Tests für die Sekundarstufe I entwickelt und erfolgreich getestet

wurden (Jünger et al., 2023). Perspektivisch sind daher Wege zu identifizieren, welche nachhaltig dazu beitragen können, dass die GK optimal gefördert werden kann. Wichtige Anknüpfungspunkte hierbei sind die Förderung sogenannten organisationalen GK (oGK), welche eng mit der professionellen GK (pGK) verknüpft ist. Die pGK beispielsweise eruiert die subjektiven Schwierigkeiten innerhalb der Gesundheitsprofessionen in vier Bereichen, die bei der Förderung der GK von Patient/-innen zu bewältigen sind, wohingegen die pGK danach fragt, welche Rolle die Gesundheitseinrichtung mit Blick auf die Förderung der GK einnimmt (Bitzer und Sørensen, 2018; Schaeffer et al., 2024). Daher ist es perspektivisch umso wichtiger, zu eruieren in welcher Art und Weise die zahlreichen Stakeholder der Gesundheitsversorgung und -inanspruchnahme dabei unterstützt werden können, respektvoll miteinander in Interaktion zu treten und die jeweiligen persönlichen Ressourcen und Wertevorstellungen zu berücksichtigen, was auch ein Ziel der Weltgesundheitsorganisation (WHO) darstellt (World Health Organization, 2016).

## **5. Schlussfolgerung und Fazit**

Die vorliegenden Ergebnisse bieten wichtige Hinweise darauf, dass die GK auch bei Auszubildenden der Pflegeprofession überwiegend problematisch ausgeprägt ist und, dass zumindest nach bisherigem Erkenntnisstand sich die GK zwischen den Ausbildungsjahren nicht unterscheidet. Insbesondere die Kenntnis darüber, in welcher Art und Weise Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden sind stellen die Auszubildenden vor Schwierigkeiten. Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie z. B. Rauchen oder übermäßigen Alkoholkonsum sowie die Sinnhaftigkeit von Vorsorgeuntersuchungen zu verstehen, wird durch die Auszubildenden als einfach beurteilt. Zukünftig sind daher longitudinal angelegte Studien mit größeren Samples durchzuführen, welche die dargestellten Ergebnisse aufgreifen und differenziert fortführen. Die individuelle sowie organisationale Identifikation mit, für und zur Gesundheit kann dabei als Leitmotiv angesehen werden, welches perspektivisch an immer höherer Bedeutung zu gewinnen scheint.

## Literaturverzeichnis

- Abdullah, A., Liew, S. M., Salim, H., Ng, C. J. und Chinna, K.: Prevalence of limited health literacy among patients with type 2 diabetes mellitus: A systematic review. *PLOS ONE* 14 (5), 2019, e0216402. DOI: 10.1371/journal.pone.0216402.
- Akca, A. und Ayaz-Alkaya, S.: Effectiveness of health literacy education for nursing students: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Practice* 27 (5), 2021, e12981. DOI: 10.1111/ijn.12981.
- Berger, B., Gerlach, A., Groth, S., Sladek, U., Ebner, K., Mühlhauser, I. und Steckelberg, A.: Competence training in evidence-based medicine for patients, patient counsellors, consumer representatives and health care professionals in Austria: a feasibility study. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 107 (1), 2013, 44–52. DOI: 10.1016/j.zefq.2012.11.013.
- Bitzer, E. M.: Gesundheitskompetenz messen–Kritischer Blick auf standardisierte Verfahren. *Public Health Forum* (1), 2017, 6–9.
- Bitzer, E. M. und Sørensen, K.: Gesundheitskompetenz – Health Literacy. *Das Gesundheitswesen* 80 (8-09), 2018, 754–766. DOI: 10.1055/a-0664-0395.
- Bundesinstitut für Berufsbildung: Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG: Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht. Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung. Online im Internet: <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/16560> in der Version vom 13.11.2023.
- Campbell, J. K. und Erickson, J. M.: Interactive Health Literacy and Symptom Self-management in Patients With Lung Cancer: A Critical Realist Analysis. *Cancer Nursing* 47 (5), 2024, 397–407. DOI: 10.1097/NCC.0000000000001245.
- Chang, M.-C., Yu, J.-H., Hsieh, J.-G., Wei, M.-H. und Wang, Y.-W.: Effectiveness of the refined health literacy course on improving the health literacy competencies of undergraduate nursing students: quantitative and qualitative perspectives. *Medical Education Online* 28 (1), 2023, 2173042. DOI: 10.1080/10872981.2023.2173042.
- Dadaczynski, K., Friedrich, J. und Sudeck, G.: Gesundheitskompetenz junger Erwachsener und Berufseinsteiger: innen. In: Knieps F, Pfaff H, (Hrsg.): *BKK-Gesundheitsreport, 2023*, 228-35.

- Destatis: Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung (PflAFinV). Online im Internet: [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/07/PD23\\_295\\_212.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/07/PD23_295_212.html) in der Version vom 13.11.2023.
- Habermann, M. und Stagge, M.: Menschen mit Migrationshintergrund in der professionellen Pflege. In: Zängl, P.: Zukunft der Pflege: 20 Jahre Norddeutsches Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege. Springer VS, Wiesbaden, 2015, 159–175.
- Hurrelmann, K., Klinger, J. und Schaeffer, D.: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland im Zeitvergleich der Jahre 2014 und 2020. *Das Gesundheitswesen* 85 (4), 2023, 314–322. DOI: 10.1055/a-1709-1011.
- Jordan, S. und Hoebel, J.: Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell" (GEDA). Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, 2015.
- Jünger, J., Klumpp, V., Heid, J., Mutschler, A., Brass, K., Ströhl, S., Erlenbeck, C., König, L., Lauerer, M., Nagel, E. und Egarter, S.: Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen suchen, finden und bewerten: Erste Ergebnisse zur Entwicklung und Pilotierung eines objektiven Gesundheitskompetenz-Tests für die Sekundarstufe I. In: *Gesundheitskompetenz in Krisenzeiten*. Georg Thieme Verlag, 2023.
- Kaminski, A., Nauerth, A. und Pfefferle, P. I.: Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten von Auszubildenden im ersten Lehrjahr - Erste Ergebnisse einer Befragung in Bielefelder Berufskollegs. *Das Gesundheitswesen* 70 (1), 2008, 38–46. DOI: 10.1055/s-2007-1022528.
- Schaller, K., Effertz, T., Garlichs, D., Gerlach, S., Prümel-Philippson, U.: Strategiepapier der Deutschen Allianz gegen Nichtübertragbare Krankheiten (NCD Allianz) zur Primärprävention. *Prävention und Gesundheitsförderung* 10 (1), 2015, 95–100.
- Lennefer, T., Drupp, M., Mall, W., Lehr, D., Ducki, A.: Pflege braucht Pflege: Wie Betriebliche Gesundheitsförderung dem Fachkräftemangel entgegenwirken kann. In: Schwinger, A., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J., Jacobs, K., und Behrendt, S.: *Pflege-Report 2024: Ankunft der Babyboomer: Herausforderungen für die Pflege*. Springer Berlin Heidelberg; Imprint Springer, Berlin, Heidelberg, 2024, 127–140.
- Lübbers, A.: Pflegen ist weiblich! Warum eigentlich? *Heilberufe* 74 (2), 2022, 54–56. DOI: 10.1007/s00058-021-2199-5.

- Patil, U., Kostareva, U., Hadley, M., Manganello, J. A., Okan, O., Dadaczynski, K., Massey, P. M., Agner, J., Sentell, T.: Health Literacy, Digital Health Literacy, and COVID-19 Pandemic Attitudes and Behaviors in U.S. College Students: Implications for Interventions. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18 (6), 2021, 3301. DOI: 10.3390/ijerph18063301.
- Quenzel, G., Vogt, D., Schaeffer, D.: Unterschiede der Gesundheitskompetenz von Jugendlichen mit niedriger Bildung, Älteren und Menschen mit Migrationshintergrund. *Das Gesundheitswesen* 78 (11), 2016, 708–710. DOI: 10.1055/s-0042-113605.
- Schaeffer, D., Griese, L., Haarmann, A.: Professionelle Gesundheitskompetenz von Hausärzt:innen – Ergebnisse des HLS-PROF. *Das Gesundheitswesen*, 2024. DOI: 10.1055/a-2350-6377.
- Schaeffer, D., Klinger, J., Berens, E.-M., Gille, S., Griese, L., Vogt, D. und Hurrelmann, K.: Gesundheitskompetenz in Deutschland vor und während der Corona-Pandemie. *Das Gesundheitswesen* 83 (10), 2021, 781–788. DOI: 10.1055/a-1560-2479.
- Schaeffer, D. und Martin Moers: Bewältigung chronischer Krankheiten–Herausforderungen für die Pflege: Rennen-Allhoff, B., Schaeffer, D. (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*, 2, 447-483., 2003.
- Schmidt, S., Andersch-Rupprecht, C., Emmert, M. und Nagel, E.: Zur Bedeutung der generalistischen Pflegeausbildung als Instrument zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Auszubildenden: Status quo und zukünftige Herausforderungen. *Pflegewissenschaft* 26. Jahrgang (6), 2024, 264–269.
- Simon, A., Ebinger, M. und Holoch, E.: Die Gesundheitskompetenz von angehenden Ärzt\*innen Pflegenden, Hebammen, Therapeut\*innen und Gesundheitsmanager\*innen in Deutschland – Explorative Pilotstudie. *Das Gesundheitswesen* 84 (11), 2022, 1039–1049. DOI: 10.1055/a-1657-9627.
- Sørensen, K., van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. und Brand, H.: Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12 (1), 2012, 80. DOI: 10.1186/1471-2458-12-80.

- Stassen, G., Baumann, H. und Schaller, A.: Gesundheitskompetenz im Kontext der Gesundheitsförderung von Auszubildenden in der Pflege. In: Bischoff, L.L., Otto, A.-K., und Wollesen, B.: Gesundheitsförderung und Präventionsarbeit im Pflegeheim: Praktische Umsetzung für Führungskräfte. Springer, Berlin, Heidelberg, 2023, 111–123.
- Velardo, S.: The Nuances of Health Literacy, Nutrition Literacy, and Food Literacy. *Journal of Nutrition Education and Behavior* 47 (4), 2015, 385-9.e1. DOI: 10.1016/j.jneb.2015.04.328.
- Wallmann, B., Allmer, H., Engelhard, M. und Froböse, I.: Der Hausarzt als Zugangsweg zur Bewegung? *Prävention und Gesundheitsförderung* 6 (4), 2011, 286–291. DOI: 10.1007/s11553-010-0288-4.
- Walsh, N. P., Gleeson, M., Shephard, R. J., Gleeson, M., Woods, J. A., Bishop, N. C., Fleshner, M., Green, C., Pedersen, B. K., Hoffman-Goetz, L., Rogers, C. J., Northoff, H., Abbasi, A. und Simon, P.: Position statement. Part one: Immune function and exercise. *Exercise immunology review* 17, 2011, 6–63.
- Wirner, C., Pott, C., Kirschneck, M. und Coenen, M.: Bundesweite Bestandsaufnahme zum Konstrukt Gesundheitskompetenz aus der Perspektive der Profession Physiotherapie. *Das Gesundheitswesen* 84 (1), 2022, 60–63. DOI: 10.1055/a-1144-2948.
- World Health Organization: Framework on integrated, people-centred health services: Geneva: World Health Organization 2019, 2016.

## *Abschnitt III – Übergreifende Diskussion*

## 7. Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Vor dem Hintergrund der Vulnerabilität innerhalb der Pflegeprofession steht das Setting der beruflichen Ausbildung sowie das Setting der beruflichen Tätigkeit im Fokus der vorliegenden Dissertation. Hierbei wurden insbesondere ein bestehender Migrationshintergrund bei Kranken- und Altenpfleger\*innen im Setting der beruflichen Tätigkeit bzw. die GK von Auszubildenden der Generalistik im Setting der beruflichen Ausbildung als Vulnerabilitätsmerkmal aufgegriffen und untersucht. Darüber hinaus bildet die generalistische Pflegeausbildung, als Instrument zur Förderung der Gesundheitskompetenz, einen weiterführenden, settingübergreifenden Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit.

Auf Basis theoretischer und empirischer Untersuchungen konnte in den spezifischen Forschungsfeldern Evidenz erzeugt werden, welche die bisherigen Erkenntnisse in den jeweiligen Kontexten einerseits festigt und andererseits spezifisch erweitert. Im Folgenden werden die zentralen Erkenntnisse der drei publizierten Fachartikel dieser Arbeit zusammengefasst.

Mit Hilfe des **ersten Beitrags** der vorliegenden Arbeit wurden auf Basis einer theoriebasierten, systematischen Literaturrecherche spezifische Belastungsfaktoren bei PmMH in der Alten- und Krankenpflege im Setting der beruflichen Tätigkeit identifiziert und induktiv in einschlägige Kategorien systematisiert. Die eruierten Ergebnisse zeigen, dass unterschiedliche Belastungsfaktoren bei PmMH in der Alten- und Krankenpflege existieren, die in der Versorgungspraxis häufig kombiniert und in wechselseitiger Abhängigkeit zueinander auftreten. So konnte z. B. gezeigt werden, dass die Faktoren Diskriminierung und Rassismus, sowohl durch Kolleg\*innen als auch Patient\*innen, eine besondere Belastung bei PmMH darstellen und häufig in Abhängigkeit zueinander auftreten. Damit untermauern die Ergebnisse bereits vorangegangene Arbeiten, welche zeigen, dass Migranten in Deutschland branchenübergreifend häufiger Diskriminierung erfahren als Nicht-Migranten. So arbeiten sie z. B. überdurchschnittlich oft in Niedriglohnssektoren bzw. üben eine Tätigkeit aus, für die sie überqualifiziert sind.<sup>1</sup> Es konnten darüber hinaus weiterführende Belastungsfaktoren, wie z. B. Sprach- und Kommunikationsprobleme sowie nachteilig empfundene Entwicklungs- und

---

<sup>1</sup> Vgl. Veit S und Arian Z (2023), S. 281.

Aufstiegschancen bei PmMH als relevant identifiziert werden. Andere Arbeiten haben in diesem Kontext vergleichbare Resultate gezeigt, was die hier vorgetragenen Ergebnisse zusätzlich stützt und damit eine belastbare Grundlage für etwaige Interventionen innerhalb der Betriebe wie z. B. Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen oder Altersheimen schafft.<sup>2</sup>

Der **zweite Beitrag** fokussiert sich im Rahmen einer qualitativen, empirischen Untersuchung auf das Setting der beruflichen Ausbildung und blickt hierbei insbesondere auf die generalistische Pflegeausbildung als Instrument zur Förderung der GK von Auszubildenden. Der Beitrag skizziert erstmalig in Deutschland, inwiefern die Förderung der GK aus der Perspektive von Schulleiter\*innen im Rahmen der generalistischen Pflegeausbildung interpretiert, integriert und konkret operationalisiert wird. Der Beitrag macht deutlich, dass kein Zweifel daran besteht, dass die Förderung der GK der Auszubildenden ein wichtiges und notwendiges Ziel im Kontext der Berufsausbildung zum Pflegefachmann bzw. zur Pflegefachfrau darstellt. Dies wird auch durch andere Autor\*innen bestätigt, die z. B. der Physiotherapie-Ausbildung oder Ausbildungen in der Industrie vergleichbare Potenziale zuschreiben bzw. diese bereits nutzen.<sup>3</sup> Die Ergebnisse des Beitrags zeigen, dass trotz der standardisierten Rahmenlehr- und -ausbildungspläne eine große Heterogenität zwischen den befragten Ausbildungseinrichtungen hinsichtlich der Interpretation und Ausgestaltung der Förderung der GK bestehen. So werden in der Ausbildungspraxis z. B. unterschiedliche Facetten der GK durch das verantwortliche Lehrpersonal aufgegriffen und als Lernziel definiert, was zur Folge hat, dass verschiedene Schwerpunkte – je nach Interpretation der GK – gelehrt werden. Dies widerspricht einer standardisierten Ausbildung und führt eher zu vermeidbaren Ungleichheiten innerhalb der Berufsausbildung. Diese Vielfältigkeit wird auch durch eine Übersichtsarbeit, welche 250 verschiedene Definitionen der GK identifiziert hat deutlich und unterstreicht, dass ein einheitliches Verständnis der GK eine wichtige Ausgangsbasis für die generalistische Pflegeausbildung – als Instrument zur Förderung der GK – darstellt.<sup>4</sup> Des Weiteren zeigt der Beitrag auch die derzeitigen Grenzen der generalistischen Pflegeausbildung hinsichtlich der Förderung der GK von Auszubildenden auf und macht deutlich, dass vor allem die Rahmenbedingungen im Setting der beruflichen Tätigkeit für den Erfolg entscheidend sind.

---

<sup>2</sup> Vgl. Ulusoy N et al. (2025), S. 146.

<sup>3</sup> Vgl. Schneider J und Schoof F (2016), S. 171; Nickl J und Rathmann K (2023), S. 727.

<sup>4</sup> Vgl. Malloy-Weir L J et al. (2016), S. 338.

Abschließend knüpft der **dritte Beitrag** mittels einer quantitativen, empirischen Untersuchung an den vorangegangenen Artikel an und eruiert, wie die GK von Auszubildenden der Generalistik ausgeprägt ist und ob sich die GK von Auszubildenden des ersten, zweiten und dritten Ausbildungsjahres voneinander unterscheidet. Mittels der analysierten Daten konnte gezeigt werden, dass die GK von Auszubildenden der generalistischen Pflegeausbildung überwiegend problematisch bzw. inadäquat ausgeprägt ist, was in Einklang zu anderen Arbeiten steht.<sup>5</sup> Erstmals konnte überdies gezeigt werden, dass sich die GK der Auszubildenden zwischen den drei Ausbildungsjahren nicht voneinander unterscheidet. Gleichzeitig ist zu konstatieren, dass keine Unterschiede der GK bei Auszubildenden mit und ohne Migrationshintergrund gezeigt werden konnten, was im Widerspruch zu anderen Arbeiten steht.<sup>6</sup> Die Ergebnisse liefern zusammenfassend erste Hinweis darauf, in welcher Art und Weise die GK derzeit bei Auszubildenden der generalistischen Pflegeausbildung ausgeprägt ist und greifen darüber hinaus den Ausbildungsstand als weiterführendes Merkmal auf. Ob sich dieses Bild auch in anderen Studien abzeichnet, ist zeitnah zu überprüfen.

Die Ergebnisse der einzelnen Beiträge schließen zusammenfassend konkrete Forschungslücken und bilden notwendige Evidenz im Kontext spezifischer Vulnerabilitätsmerkmale innerhalb der Pflegelandschaft sowohl im Setting der beruflichen Ausbildung als auch der beruflichen Tätigkeit. Weiterführend bieten sie konkrete Hinweise für zukünftige Forschungsarbeiten und schaffen eine notwendige, belastbare Grundlage zur Diskussion in Politik, Wissenschaft und Pflegepraxis. So lässt sich überdies schlussfolgern, dass die identifizierten Belastungsfaktoren bei PmMH zukünftig auch zum Gegenstand der generalistischen Pflegeausbildung gemacht werden könnten, um Auszubildende für diesen Kontext frühzeitig zu sensibilisieren. Gleichzeitig bilden die Ergebnisse valide Anknüpfungspunkte für etwaige Maßnahmen der Verhältnisprävention in den Settings der beruflichen Tätigkeit und Ausbildung innerhalb der Pflegeprofession. Mittels des zweiten und dritten Beitrags konnte zusammenfassend gezeigt werden, dass die Förderung der GK ein relevantes und notwendiges Ziel der generalistischen Pflegeausbildung ist und auch an vielen Stellen verfolgt wird, jedoch zum jetzigen Zeitpunkt ausbaufähig scheint. Inwiefern die

---

<sup>5</sup> Vgl. Dadczynski J et al. (2023), S. 231.

<sup>6</sup> Vgl. Quenzel G et al. (2016), S. 709.

generalistische Pflegeausbildung demzufolge dazu geeignet ist, die GK der Auszubildenden über den Ausbildungsverlauf hinweg zu fördern ist zeitnah zu überprüfen.

## Literaturverzeichnis

- Dadaczynski K, Friedrich J, Sudeck G (2023). Gesundheitskompetenz junger Erwachsener und Berufseinsteiger: innen. In: Knieps F, Pfaff H (Hrsg.): BKK-Gesundheitsreport, S. 228-235.
- Malloy-Weir L J, Charles C, Gafni A, Entwistle V (2016). A review of health literacy: Definitions, interpretations, and implications for policy initiatives, in: Journal of public health policy, 37(3), S. 334-352.
- Nickl J und Rathmann K (2023). Gesundheitskompetenz in der Pflege-und Physiotherapie-Ausbildung, in: Rathmann K, Dadaczynski K, Okan O, Messer M (Hrsg.): Gesundheitskompetenz, Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, S. 727-736.
- Quenzel G, Vogt D, Schaeffer D (2016). Unterschiede der Gesundheitskompetenz von Jugendlichen mit niedriger Bildung, Älteren und Menschen mit Migrationshintergrund, in: Das Gesundheitswesen, 78(11), S. 708-710.
- Schneider J und Schoof F (2016). Gesundheitskompetenz entwickeln–Betriebliches Gesundheitsmanagement bei der Wieland-Werke AG–gemeinsam mit der Wieland BKK, in: Pfannstiel M, Mehlich H (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement: Konzepte, Maßnahmen, Evaluation, Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden, S. 171-190.
- Ulusoy N, Nienhaus A, Brzoska P (2023). Erfahrungen eingewanderter Pflegefachpersonen mit Diskriminierung durch Pflegebedürftige: Ein narrativer Überblick, in: Pflege, 38(3), S. 141-150.
- Veit S und Arikan Z (2023). Diskriminierung auf dem Arbeitsmarkt, in: Scherr A, Reinhardt A C, El-Mafaalani A (Hrsg.): Handbuch Diskriminierung, Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden, S. 279-296.

## 8. Limitationen und weiterführender Forschungsbedarf

Im Folgenden werden die zentrale Limitationen der vorliegenden Dissertation aufgezeigt, welche einerseits dazu dienen, die Ergebnisse der jeweiligen Beiträge in ihrer Bewertung und Interpretation zu reflektieren und andererseits, um weiterführende Ansätze für zukünftige Forschungstätigkeiten zu benennen.

Zunächst ist zu konstatieren, dass die vorliegenden Ergebnisse, insbesondere des zweiten und dritten Beitrags, keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben können. Vor diesem Hintergrund muss stets berücksichtigt werden, dass die drei Beiträge insgesamt lediglich eine Teilmenge der Grundgesamtheit repräsentieren und daher in ihrer Übertragbarkeit Einschränkungen aufweisen. Ebenfalls zu berücksichtigen sind etwaige Selektions-Bias, welche durch die Identifikation und Auswahl von Studien (Beitrag 1) bzw. Ausbildungseinrichtungen bzw. Auszubildenden (Beitrag 2 und Beitrag 3) entstehen können. Auch hier können die Ergebnisse lediglich das repräsentieren, was Gegenstand der ausgewählten Studien war, bzw. was die Interviewteilnehmer\*innen wiedergegeben haben. So kann die Auswahl der Auszubildenden des dritten Beitrags einen erheblichen Einfluss auf die Ergebnisse haben, was stets zu berücksichtigen ist. Die Studiendesigns des zweiten und dritten Beitrags weisen zudem einen Querschnittcharakter auf, sodass die Ergebnisse keine individuellen Entwicklungsprozesse abbilden können.

So sind zukünftig vor allem longitudinal angelegte Studien durchzuführen, welche sich nicht darauf beschränken dürfen, lediglich die GK der jeweiligen Zielgruppe als modifizierbares Vulnerabilitätsmerkmal zu erfassen, sondern auch weiterführende, rahmenbildende Variablen wie z. B. persönliche Ressourcen, (kulturelle) Präferenzen, spezifische Setting-Merkmale sowie (gesundheits-) politische Aspekte zu eruieren. Zudem ist neben der Neu- und Weiterentwicklung von Instrumenten zur Erhebung der GK in spezifischen Settings, für unterschiedliche (vulnerable) Zielgruppen sowie verschiedene Facetten der GK zukünftig auch zu eruieren, inwiefern eine flächendeckende Förderung der GK, vor allem mit dem Fokus auf vulnerable Personengruppen, realisiert werden kann. Denn: Neben der Gewinnung von Evidenz ist die Nutzung vorhandener Evidenz ein zentraler Baustein eines sich weiterentwickelnden, lernenden Gesundheits- und Sozialwesens. Insbesondere Mass mediale Informations- und Kommunikationstechnologien wie z. B. Social-Media-

Plattformen könnten dabei ein effektives und effizientes Instrument darstellen.<sup>1</sup> Inwiefern moderne Technologien zukünftig eingesetzt werden, damit gesundheitsrelevante Informationen einfacher zu finden, besser zu verstehen und objektiv zu beurteilen sind, um sie anschließend in Einklang mit den persönlichen Ressourcen und Präferenzen effizient und effektiv anzuwenden ist Gegenstand weiterer Forschungsarbeiten. Darüber hinaus bildet auch die sogenannte professionelle GK ein relevantes Forschungsfeld, welches an die vorgelegten Ergebnisse dieser Arbeit anknüpfen könnte. Die professionelle GK stellt insbesondere im Kontext der Leistungserbringung von z. B. Pflegefachpersonen, Ärzt\*innen und Therapeut\*innen eine wichtige Kompetenz dar: Sie erweitert die in dieser Arbeit aufgegriffene persönliche GK von z. B. Pflegefachpersonen, indem sie den Blickwinkel auf den beruflichen Versorgungskontext richtet und Patient\*innen sowie deren Angehörige dezidiert dazu befähigt, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen und auf Basis vorhandener Ressourcen und Präferenzen adäquate Entscheidungen zu treffen.<sup>2</sup>

Zudem stellt die Forschung zu weiteren Vulnerabilitätsmerkmalen innerhalb der Pflegelandschaft ein relevantes Aufgabenfeld dar, wobei z. B. ältere oder weibliche Pflegefachpersonen im Hinblick auf ihre Vulnerabilität von besonderer Relevanz sind.<sup>3</sup>

Die vorliegende Dissertation hat auf Basis empirischer und theoretischer Untersuchungen gezeigt, dass sowohl PmMH als auch Auszubildende der generalistischen Pflegeausbildung mit geringer GK eine besondere Aufmerksamkeit und Rücksichtnahme in beruflicher Ausbildung und Tätigkeit benötigen. Darüber hinaus wurde explizit die Berufsausbildung zum Pflegefachmann bzw. zur Pflegefachfrau nach jetzigem Kenntnisstand erstmalig in dieser Art und Weise untersucht, was eine wesentliche Neuerung innerhalb der Pflegelandschaft darstellt. Insbesondere durch den explorativen Charakter des zweiten und dritten Beitrags konnte eine wichtige Lücke zwischen theoretischer Forschungstätigkeit auf der einen Seite und empirischer Forschungstätigkeit auf der anderen Seite geschlossen werden. Es ist wichtig und notwendig gewesen, dass ein konkreter Zugang zur Ausbildungspraxis eröffnet wurde und erste, wichtige Impulse in diesem Forschungsfeld, mittels der vorgestellten Publikationen, gesetzt wurden. Es gilt nun die eröffneten Kanäle intensiv zu nutzen und

---

<sup>1</sup> Vgl. Loss J und Nagel E (2009), S. 504.

<sup>2</sup> Vgl. Messer M und Schüle S (2024), S. 14.

<sup>3</sup> Vgl. Mergenthaler A und Micheel F (2024), S. 342.

auszubauen, um die Ergebnisse dieser Arbeit durch weiterführende Untersuchungen zu festigen und zu weiterführend zu differenzieren.

## **Literaturverzeichnis**

Mergenthaler A und Micheel F (2024). Vulnerabilität und Wohlbefinden bei älteren Menschen, in: Sozialbericht 2024: Ein Datenreport für Deutschland, Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, S. 340-343.

Messer M und Schüle S (2024). Professionelle Gesundheitskompetenz von Pflegefachpersonen, in: Pflegezeitschrift, 77(7), S. 14-16.

Loss J und Nagel E (2009). Probleme und ethische Herausforderungen bei der bevölkerungsbezogenen Gesundheitskommunikation, in: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 52(5), S. 502-511.

