

Zukünftig erforderliche Kompetenzen in der Langzeitpflege auf Tertiärstufe

Schlussbericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG)

Autoren/-innen:

Universität Lausanne:

Prof. Dr. Manuela Eicher

Dr. Cédric Mabire

Universität Basel:

PD Dr. Franziska Zúñiga

Prof. Dr. Michael Simon

Interface Politikstudien Forschung Beratung Luzern:

Dr. Vanessa Gut

Julián Salazar

Dr. Stefan Essig

25. April 2022

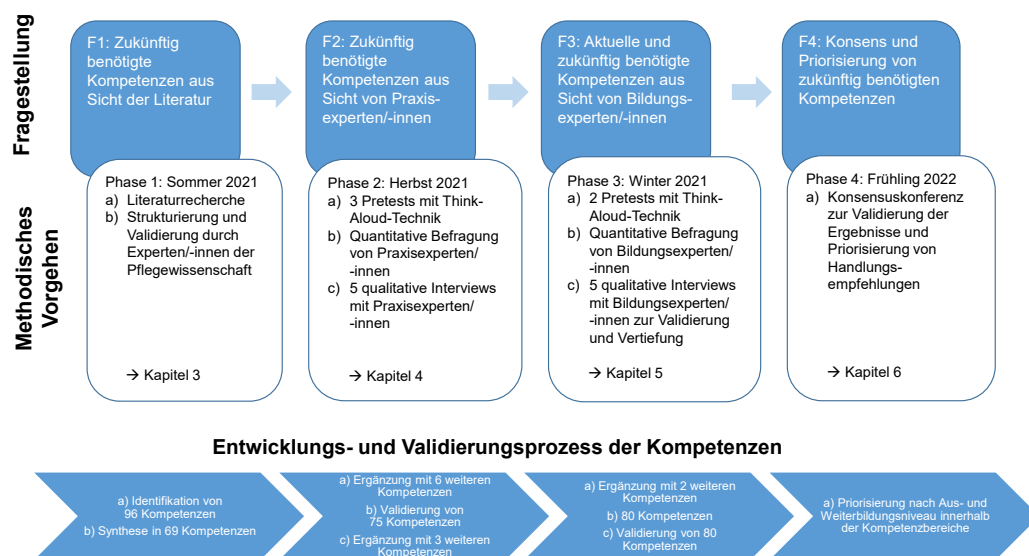
Extended Abstract

Kontext und Ziele

Die Sektion Entwicklung der Gesundheitsberufe des Bundesamts für Gesundheit (BAG) hat die Universitäten Lausanne (CHUV-Unil: Manuela Eicher, Cédric Mabire) und Basel (UniBas: Franziska Zúñiga, Michael Simon) beauftragt zu untersuchen, inwieweit die derzeitigen Inhalte der formalen und weiterführenden Pflegeausbildung die zukünftigen Anforderungen (bis 2030) der Langzeitpflege berücksichtigen und welche weiteren Massnahmen ergriffen werden sollten. Das Projekt wurden in Kooperation mit Interface Politikstudien durchgeführt. Im Fokus stehen dabei die Ausbildungen auf Tertiärstufe: Dipl. Pflegefachperson (HF), Bachelor of Science (BSc) in Pflege FH/UH und Master of Science (MSc) in Pflege FH/UH. Zusätzlich werden die Kompetenzen in der Weiterbildung mit Fokus MAS, DAS, CAS thematisiert, wobei innerhalb der Weiterbildung nicht differenziert wird, welche Kompetenzen welcher Weiterbildungsform zugehörig sind. Zur besseren Abgrenzung der Tertiär- zur Sekundärstufe wurden zusätzlich Fachpersonen Gesundheit EFZ berücksichtigt.

Vorgehen

Die in der Zukunft benötigten Kompetenzen in der Langzeitpflege sind im Rahmen eines iterativen Prozesses entwickelt und validiert worden. Das Projekt folgt einem deskriptiven, explorativen Vorgehen in vier Phasen:



Ergebnisse

Phase 1 Literaturreview (Sommer 2021) – In einem ersten Schritt wurden basierend auf einer breiten Literaturanalyse erforderliche Kompetenzen für die zukünftige Langzeitpflege identifiziert.

Es wurden 31 Dokumenten gefunden, in welchen 96 Kompetenzen identifiziert werden konnten. Diese wurden durch Experten/-innen der Pflegewissenschaft synthetisiert und in

11 Kompetenzbereichen zusammengefasst. Die Kompetenzbereiche, welche insgesamt 69 Kompetenzen umfassen, lauten wie folgt:

1. Veränderungen im Alter
2. Geriatrische Syndrome
3. Patientensicherheit und Medikation
4. Neurokognitive Störungen und gerontopsychiatrische Erkrankungen
5. Palliative Care inklusive Spiritualität/Sinnhaftigkeit
6. Personenzentrierte Pflege und Kommunikation
7. Gesundheitsförderung inklusive Gesundheitskompetenz
8. Digitalisierung
9. Rechtliche und ethische Aspekte
10. Interprofessionelle Zusammenarbeit und Leadership
11. Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik

Phase 2 Umfragen und Interviews mit Dienstleistungserbringern (Herbst 2021) – Mittels Umfrage und Interviews wurden die in Phase 1 zusammengefassten, erforderlichen 69 Kompetenzen eingeschätzt.

Insgesamt nahmen 73 Praxisexperten/-innen an der Befragung teil (Höchste Ausbildung: 49% HF, 15% MSc FH/UH, 5% BSc FH/UH, 1% EFZ, restliche Experten/-innen höchste Ausbildung ausserhalb der Pflege). Einige Kompetenzbereiche sind laut Einschätzung bereits in der heutigen Praxis sehr wichtig. Beim Bedarf in der Zukunft zeigte sich, dass laut Einschätzung alle erwähnten Kompetenzbereiche an Bedeutung zulegen. Insbesondere sollten Kompetenzen in den Bereichen Digitalisierung sowie die Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik für die Praxis stark an Bedeutung zulegen. Bei Zuordnung der Kompetenzen zu den Ausbildungsniveaus zeigte sich, dass bei zunehmender Komplexität der Kompetenzen höhere Ausbildungsniveaus zugewiesen werden. Insbesondere dem Ausbildungsniveau HF wurde eine zentrale Rolle hinsichtlich der Kompetenzen in der Langzeitpflege zugeschrieben. Dieses Ergebnis ist vor dem Hintergrund einer überproportionalen Teilnahme von HF-Pflegenden vorsichtig zu interpretieren.

In fünf Interviews mit Praxisexperten/-innen stimmten deren Erklärungsansätze in hohem Mass mit den in der Literaturanalyse identifizierten Herausforderungen in der Langzeitpflege überein. Die Rückmeldungen der Experten führten zu einer geringen Anpassung der 11 Kompetenzbereiche (es wurden 6 weitere Kompetenzen ergänzt) für die Phase 3.

Phase 3 Umfragen und Interviews mit Bildungsinstitutionen (Winter 2021) – Mittels Umfrage und Interviews wurden die zu unterrichtenden Kompetenzen eingeschätzt.

Insgesamt nahmen 58 Bildungsexperten/-innen an der Befragung teil (Höchste Ausbildung: 28% Doktorat, 20% MSc FH/UH, 18% HF, 10% BSc FH/UH, restliche Experten/-innen höchste Ausbildung ausserhalb der Pflege). Einige Kompetenzbereiche stehen laut Einschätzung bereits in der heutigen Aus- und Weiterbildung im Fokus. Beim Bedarf in der Zukunft zeigte sich, dass alle erwähnten Kompetenzbereiche in den Fokus des Unterrichts rücken müssen. Insbesondere sollen vermehrt die Patientensicherheit und Medikation, die Palliative Care inklusive Spiritualität/Sinnhaftigkeit, die Gesundheitsförderung inklusive Gesundheitskompetenz, die Digitalisierung sowie die Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik im Fokus des Unterrichts stehen, mit Unterschieden je nach Ausbildungsniveau.

Im Vergleich zu den Praxisexperten/-innen spielt für die Bildungsexperten/-innen nicht nur das Ausbildungsniveau dipl. Pflegefachperson HF eine zentrale Rolle, sondern auch die Ausbildungsniveaus Bachelor, Master und etwas weniger die Weiterbildung. Der deutliche Unterschied in der Zuordnung der notwendigen Kompetenzbereiche zwischen Praxis- und Bildungsexperten ist im Lichte der freiwilligen Teilnahme an den Befragungen zu interpretieren.

In fünf Interviews mit Bildungsexperten/-innen wurde nochmals klar, dass Teilaspekte sämtlicher Kompetenzbereiche bereits heute in den Ausbildungsgängen enthalten sind. Nichtsdestotrotz sind viele Kompetenzen angesichts des zukünftigen Bedarfs zu vertiefen, insbesondere übergeordnete, transversale Kompetenzen. Entwicklungspotential besteht laut Bildungsexperten/-innen auf verschiedenen Ebenen, insbesondere bei regelmässigen Fortbildungen, Fortbildungen für spezifischen Zielgruppen, innovativen Konzepten für Aus- und Weiterbildung sowie der Schulung von Führungs- und Lehrverantwortlichen der Betriebe.

Phase 4 Konsensuskonferenz (Frühling 2022) – Die Ergebnisse der vorherigen Phasen wurden im Rahmen einer Konsensuskonferenz mit 21 Experten/-innen von Dienstleistungsorganisationen, Bildungsinstitutionen und Verbänden in einer zweisprachigen Konferenz diskutiert, um eine Synthese mit Handlungsempfehlungen zu erstellen.

Empfehlungen

Die Ergebnisse legen eindrücklich dar, dass der Bedarf an Kompetenzen in der Langzeitpflege deutlich zunimmt und die benötigten Kompetenzen in der Praxis auf allen Bildungsstufen bereits heute nicht ausreichend vorhanden sind und heute auf allen Bildungsstufen nicht ausreichend ausgebildet werden. Die daraus abgeleiteten Empfehlungen beziehen sich auf eine übergeordnete Ebene, gefolgt von spezifischen Empfehlungen auf Politik-, Bildungs- sowie Praxisebene.

Übergeordnete Handlungsempfehlung 1 – Koordinierte, bildungsspezifische Definition der Taxonomiestufen der Kompetenzen

Die für diesen Bericht beschriebenen Kompetenzen in der Langzeitpflege müssen in einem nächsten Schritt auf der Grundlage von Taxonomiestufen für alle Bildungsstufen und über alle Bildungsstufen hinweg definiert werden. Dies erlaubt eine bessere Unterscheidung von Kompetenzen und damit Einsatzgebieten in der Praxis, beispielsweise im Bereich der wissenschaftlichen Kompetenzen oder des Leadership.

Übergeordnete Handlungsempfehlung 2 – Abschätzung des Bedarfs an Fachkräften in der Langzeitpflege

Die Entwicklung von intraprofessionell und interprofessionell abgestimmten Versorgungsmodellen unter Einbezug der definierten Kompetenzen ist notwendig, um der Praxis Orientierungsmöglichkeiten zu geben. Gleichzeitig bilden solche Versorgungsmodelle eine solide Grundlage für die Abschätzung des künftigen Arbeitskräftebedarfs und der Anzahl der Pflegefachpersonen auf den verschiedenen Bildungsebenen.

Übergeordnete Handlungsempfehlung 3 – Ausbildungsoffensive der Pflegeinitiative gezielt einsetzen

Aufgrund des starken Bedarfs an Kompetenzentwicklung in der Langzeitpflege muss die Ausbildungsoffensive der Pflegeinitiative Ressourcen für die Kompetenzentwicklung in der Langzeitpflege planen und einsetzen.

Auf *Politikebene* wurden vier Handlungsempfehlungen für die Langzeitpflege identifiziert.

1. **Besserer Einbezug in politische Entscheidungsprozesse**
Pflegefachpersonen aus der Langzeitpflege sollen in politischen Entscheidungsprozessen bei Bund und Kantonen konsequent einbezogen und stärker vertreten werden. So sollte eine politische Stelle wie ein «Chief Nurse Officer» auf Bundesebene und in jedem Kanton geschaffen bzw. gefördert werden, wie dies auf Kantonsebene bereits heute in St. Gallen und Waadt der Fall ist. Diese müssen explizit den Auftrag haben, die Qualität und Sicherheit der Ausbildung und Praxis der Pflege in der Langzeitversorgung von alten Menschen sicherzustellen.
2. **Abschätzung des Bedarfs an Fachkräften in der Langzeitpflege**
Die Entwicklung von intraprofessionell und interprofessionell abgestimmten Versorgungsmodellen unter Einbezug der definierten Kompetenzen ist notwendig, um der Praxis Orientierungsmöglichkeiten zu geben. Gleichzeitig bilden solche Versorgungsmodelle eine solide Grundlage für die Abschätzung des künftigen Arbeitskräftebedarfs und der Anzahl der Pflegefachpersonen auf den verschiedenen Bildungsebenen. Dies würde es den politischen Entscheidungsträgern ermöglichen, die für die Ausbildung und Finanzierung von Fachkräften in der Zukunft erforderlichen Mittel abzuschätzen. Eine Verknüpfung mit den Postulaten Streiff-Feller¹ und Marchand Balet² könnte dabei in Betracht gezogen werden.
3. **Adäquate Vergütung**
Es braucht eine Anpassung der Tarif- und Abrechnungssysteme, sodass zentrale Aspekte der Langzeitpflege, wie Palliative Care, Demenzpflege und gerontopsychiatrische Pflege adäquat abgerechnet werden können. Für die Gesundheitsförderung, Prävention und patientenzentrierte Versorgung unabdingbare Aspekte wie Beratung, Prävention, Koordination und interprofessionelle Zusammenarbeit sind ebenfalls besser zu berücksichtigen. Die Anpassung der Tarif- und Abrechnungssysteme ist die Grundlage, um zu ermöglichen, dass Pflegefachpersonen aus der Langzeitpflege auf verschiedenen Bildungsebenen nicht nur besser bekannt und anerkannt werden, sondern auch entsprechend ihrer Kompetenzen und Leistungen adäquat vergütet werden.
4. **Zugang zu Aus- und Weiterbildung verbessern**
Um dem Bedarf an Langzeitpflege begegnen zu können, müssen finanzielle Unterstützungsangebote für Aus- und Weiterzubildende aufgebaut und Zugangshindernisse zu Aus- und Weiterbildung abgebaut werden. Ein wesentliches Zugangshindernis für Aus- und Weiterzubildende, welche sich in der Langzeitpflege engagieren möchten, sind die mangelnden finanziellen Mittel. Die Experten/-innen raten daher, Möglichkeiten der finanziellen Unterstützung der Aus- und Weiterbildung in der Langzeitpflege zu schaffen, z. B. in Form von Stipendien. Dadurch kann ausreichend Zeit für das Lehren und Lernen der zentralen Kompetenzen in der Langzeitpflege geschaffen werden. Um möglichst rasch auf den Bedarf an Pflegefachpersonen mit Bachelor- und Masterabschluss reagieren zu

¹ <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeff?AffairId=20194278> (besucht am 18.03.2022).

² <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeff?AffairId=20183602> (besucht am 18.03.2022).

können, empfehlen Experten/-innen die Numerus clausus-Beschränkung für Ausbildungsplätze auf diesem Niveau zu überdenken. Es sollen ebenfalls für spezifische Zielgruppen Bildungsangebote gefördert werden: Quereinsteigende, Neu-Einsteigende, Wiedereinsteigende (insbesondere Pflegefachpersonen mit familiären Verpflichtungen) und qualifizierte Fachpersonen aus dem Ausland, die ihre Sprachkenntnisse weiterentwickeln müssen. Auch berufsbegleitende Ausbildungen sollen verstärkt ermöglicht werden.

Auf *Bildungsebene* wurden folgende drei Handlungsempfehlungen identifiziert:

1. Systematischer Förderung des Unterrichts in Langzeitpflege
Kompetenzen in der Langzeitpflege müssen in der Aus- und Weiterbildung von Fachkräften systematisch entwickelt werden, so dass eine kontinuierliche Kompetenzentwicklung möglich ist. Die Themen der Langzeitpflege müssen in der Ausbildung mehr Gewicht erhalten und Theorie und Praxis eng vernetzen. So sollen Lernkooperationen und Immersionspraktika in verschiedenen Settings der Langzeitpflege (Spitex, Heime, Spital, Praxen und deren Koordination untereinander) geschaffen werden. Gleichzeitig braucht es Durchlässigkeit und Verknüpfung bzw. Integration von Bildung und Praxis, dies könnte laut Workshopteilnehmenden beispielsweise durch Mini-Praktika (1 Tag) oder kleine Schnupperlehren in Verbindung mit Ausbildungsmodulen erreicht werden.
2. Kompetenzen auf den einzelnen Bildungsebenen abstimmen
Es ist notwendig, die Kompetenzen auf den einzelnen Bildungsebenen untereinander abzustimmen. So müssen auf der Tertiärstufe die Unterschiede zwischen den Kompetenzen auf HF- und BSc-Stufe (z.B. was Unterschiede im Bereich der wissenschaftlichen Kompetenzen, Führungskompetenzen angeht) präzisiert werden, da Bachelor-ausgebildete Pflegefachpersonen in höherem Masse auf eine Expertenrolle vorbereitet sind als HF und direkten Zugang zur MSc-Stufe FH/UH haben.
3. Aufbau starker intra- und interprofessioneller Aus- und Weiterbildungsgänge
Lernende und Studierende müssen die verschiedenen Berufsbilder in der Langzeitpflege besser kennenlernen können. Neue Pflegemodelle sollen umgesetzt und evaluiert werden, um die Kompetenzen und den Tätigkeitsbereich aller Fachkräfte auf verschiedenen Ebenen (intraprofessionell) und in Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsfachkräften (interprofessionell) zu definieren. So soll Zusammenarbeit in der Pflege höher gewichtet werden, damit sich Vertreter und Vertreterinnen der verschiedenen Berufsbilder in der Versorgung chronisch kranker, ältere Patienten/-innen besser kennen und verstehen. Darüber hinaus soll interprofessionelles Lernen vermehrt ermöglicht werden, indem beispielsweise Vorlesungen oder Praktika der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzte/-innen auch von anderen Gesundheitsfachpersonen besucht werden können.

Auf *Praxisebene* wurden folgende drei Handlungsempfehlungen identifiziert:

1. Unterstützung im praktischen Arbeitsfeld
Lernende und Studierende müssen in der Langzeitpflege besser begleitet werden. Erstens müssen Praxisausbildner/-innen in Schulungen, Tagungen und Workshops die Möglichkeit haben, ihr Wissen bezüglich Entwicklungen und Anforderungen in der Langzeitpflege regelmässig zu aktualisieren. Es muss dabei definiert werden, über welche minimalen Kompetenzen sie auf den verschiedenen Stufen verfügen müssen und wie sie diese aktualisieren. Zweitens soll die praktische Ausbildung speziell auf der Stufe FaGe EFZ und HF finanziell gestärkt werden. Eine bessere Finanzierung soll zeitliche Ressourcen für die

- Praxisausbildung ermöglichen und die Leistung der Bildungsverantwortlichen besser anerkennen. Drittens sollen auch Führungsausbildungen im Langzeitpflegebereich (z.B. in der Spitex) verstärkt angeboten werden.
2. Ausbildungsqualität in den Betrieben sicherstellen
Die Ausbildung in der Praxis soll für eine qualitativ hochstehende Langzeitpflege weiterentwickelt werden. Für die Ausbildung in den Betrieben sollen Qualitätsindikatoren (z. B. für Ausbildungsumfang und -zeit) geschaffen werden.
 3. Innovative Ausbildungsbetriebe fördern
Innovative Formen der Begleitung praktischer Ausbildung sollen gefördert und entwickelt werden. Es sollen Anreize für Langzeitinstitutionen geschaffen werden, innovative Formen der Begleitung praktischer Ausbildung zu entwickeln. Das Anreizsystem soll dabei flexibel und leicht zugänglich sein und ein Monitoring bzw. Follow-up beinhalten. Es könnten bspw. Visitenttraining mit der Ärzteschaft, Lehrwerkstätten für Auszubildende und Studierende sowie Ausbildungspartnerschaften von kleineren Betrieben gefördert werden.

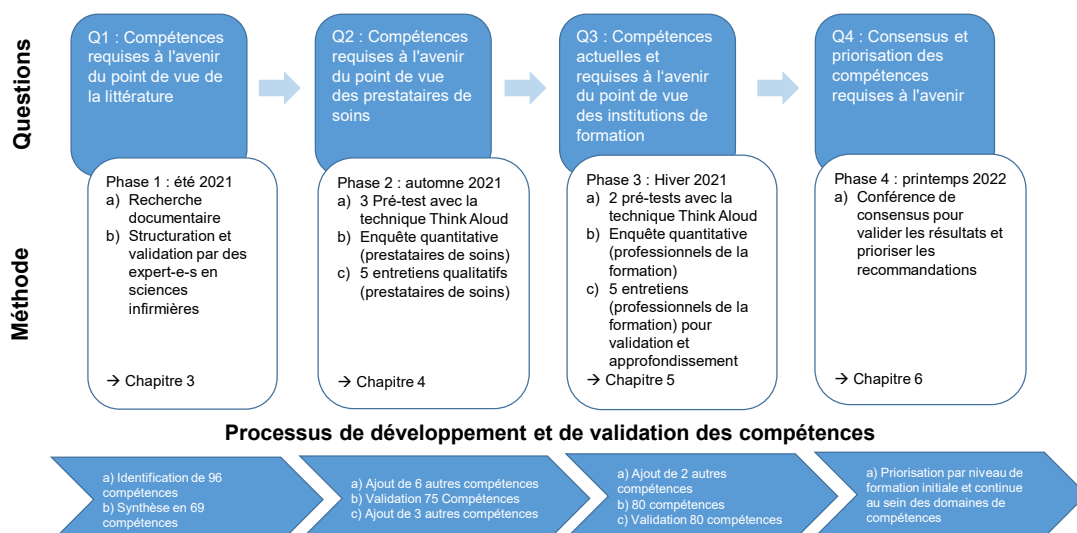
Résumé étendu

Contexte et objectifs

La section Développement des professions de la santé de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a chargé les universités de Lausanne (CHUV-UniL : Manuela Eicher, Cédric Mabire) et de Bâle (UniBas : Franziska Zúñiga, Michael Simon) d'examiner dans quelle mesure les contenus actuels de la formation formelle et continue en soins infirmiers tiennent compte des exigences futures (jusqu'en 2030) des soins de longue durée et quelles autres mesures devraient être prises. Le projet a été mené en coopération avec Interface Politikstudien. L'accent est mis sur les formations du niveau tertiaire : infirmier-ère diplômé-e (ES), Bachelor ès Sciences (BSc) en soins infirmiers HES/HEU et Master ès Sciences (MSc) en soins infirmiers HES/HEU. En outre, les compétences dans la formation continue sont thématiques en mettant l'accent sur les MAS, DAS, CAS, sans toutefois différencier, au sein de la formation continue, quelles compétences appartiennent à quelle forme de formation continue. Pour mieux distinguer le niveau tertiaire du niveau secondaire, nous avons également pris en compte les Assistant-e-s en soins et santé communautaire (CFC).

Méthode

Les compétences nécessaires à l'avenir dans les soins de longue durée ont été développées et validées dans le cadre d'un processus itératif. Le projet suit une approche descriptive et exploratoire en quatre phases :



Résultats

Phase 1 Revue de la littérature (été 2021) - Dans un premier temps, les compétences nécessaires pour les futurs soins de longue durée ont été identifiées sur la base d'une large analyse de la littérature.

31 documents ont été sélectionnés, dans lesquels 96 compétences ont été identifiées. Celles-ci ont été synthétisées par des expert-e-s en sciences infirmières et regroupées en 11 domaines de compétences. Les domaines de compétences, qui comprennent 69 compétences au total, sont les suivants :

1. Vieillesse
2. Syndromes gériatriques
3. Sécurité des patients et médication
4. Troubles neurocognitifs et psychiatrie de l'âge avancé
5. Soins palliatifs y compris la spiritualité/sens de la vie
6. Soins et communication centrés sur la personne
7. Promotion de la santé y compris compétences en santé
8. Digitalisation
9. Cadre légal et aspects éthiques
10. Collaboration interprofessionnelle et leadership
11. Pratique des soins et politique de la santé

Phase 2 Enquête et entretiens auprès des prestataires de services (automne 2021) - Les 69 compétences requises, synthétisées lors de la phase 1, ont été évaluées au moyen d'une enquête et d'entretiens.

Au total, 73 experts issus de la pratique ont participé à l'enquête (formation la plus élevée : 49% ES, 15% MSc HES/HEU, 5% BSc HES/HEU, 1% CFC, les autres experts ayant la formation la plus élevée en dehors des soins). Selon les réponses des experts, certains domaines de compétences sont déjà très importants dans la pratique actuelle. En ce qui concerne les besoins futurs, il s'avère que tous les domaines de compétences mentionnés gagnent en importance. En particulier, les compétences dans les domaines de la digitalisation et de la pratique des soins et politique de la santé devraient gagner en importance dans la pratique. Lors de l'attribution des compétences aux niveaux de formation, il s'est avéré que des niveaux de formation plus élevés sont attribués lorsque la complexité des compétences augmente. Le niveau de formation ES, en particulier, s'est vu attribuer un rôle central en ce qui concerne les compétences dans les soins de longue durée. Ce résultat doit être interprété avec prudence, compte tenu de la surreprésentation des infirmières et infirmiers ES.

Lors de cinq entretiens avec des experts issus de la pratique, les explications qu'ils ont fournies correspondaient dans une large mesure aux défis identifiés dans l'analyse de la littérature pour les soins de longue durée. Les retours des experts ont conduit à une légère adaptation des 11 domaines de compétences (6 compétences supplémentaires ont été ajoutées) pour la phase 3.

Phase 3 Enquête et entretiens auprès des institutions de formation (hiver 2021) - Les compétences à enseigner ont été évaluées au moyen d'une enquête et d'entretiens.

Au total, 58 professionnels de la formation ont participé à l'enquête (formation la plus élevée : 28% doctorat, 20% MSc HES/HEU, 18% ES, 10% BSc HES/HEU, les autres professionnels ayant la formation la plus élevée en dehors des soins). Selon les réponses des professionnels, certains domaines de compétences sont déjà au cœur de la formation initiale et continue actuelle. En ce qui concerne les besoins futurs, il s'est avéré que tous les domaines de compétences mentionnés devaient être mis au centre de l'enseignement. L'enseignement doit notamment se concentrer davantage sur la sécurité des patients et la médication, les soins palliatifs, y compris la spiritualité/le sens de la vie, la promotion de la santé, y compris les compétences en santé, la digitalisation ainsi que la pratique des soins et la politique de la santé, avec des différences selon le niveau de formation.

Par rapport aux experts issus de la pratique, ce n'est pas seulement le niveau de formation d'infirmier-ère diplômé-e qui joue un rôle central pour les professionnels de la formation, mais aussi les niveaux de formation Bachelor HES/HEU, Master HES/HEU et dans une moindre la formation continue. La nette différence dans l'attribution des domaines de compétences nécessaires entre les experts issus du terrain et les professionnels de la formation doit être interprétée à la lumière de la participation volontaire aux enquêtes.

Cinq entretiens avec des professionnels de la formation ont montré que certains aspects de tous les domaines de compétences sont déjà inclus dans les programmes de formation. Néanmoins, de nombreuses compétences doivent être approfondies au vu des besoins futurs, en particulier les compétences transversales supérieures. Selon les professionnels de la formation, il existe un potentiel de développement à différents niveaux, notamment en ce qui concerne les offres de perfectionnement continu, les offres de perfectionnement pour des groupes cibles spécifiques, les concepts innovants de formation initiale et continue ainsi que la formation des cadres et des responsables de la formation des entreprises.

Phase 4 Conférence de consensus (printemps 2022) - Les résultats des phases précédentes ont été discutés dans le cadre d'une conférence de consensus bilingue réunissant 21 experts, prestataires de services et issus d'institutions de formation et d'associations, afin d'établir une synthèse avec des recommandations.

Recommandations

Les résultats montrent clairement que les besoins en compétences dans le domaine des soins de longue durée sont en nette augmentation et que les compétences nécessaires ne sont pas suffisamment présentes dans la pratique à tous les niveaux de formation et ne sont pas suffisamment enseignées à tous les niveaux de formation. Les recommandations qui en découlent sont d'abord d'ordre général, suivies de recommandations spécifiques au niveau de la politique, de la formation ainsi que de la pratique.

Recommandation générale n°1 - Définition coordonnée et spécifique à l'éducation des niveaux taxonomiques des compétences

Les compétences en soins de longue durée décrites pour ce rapport doivent être définies dans une prochaine étape sur la base de niveaux taxonomiques pour tous les niveaux de formation et à travers tous les niveaux de formation. Cela permettra de mieux distinguer les compétences et par là les domaines d'application dans la pratique, par exemple dans le domaine des compétences scientifiques ou du leadership.

Recommandation générale n°2 - Estimation des besoins en personnel qualifié dans le domaine des soins de longue durée

Le développement de modèles de soins coordonnés au niveau intraprofessionnel et interprofessionnel, intégrant les compétences définies, est nécessaire pour donner des orientations à la pratique. Parallèlement, de tels modèles de soins constituent une base solide pour l'estimation des besoins futurs en main-d'œuvre et du nombre d'infirmier-ère-s aux différents niveaux de formation.

Recommandation générale n°3 - Utiliser de manière ciblée l'offensive de formation de l'initiative sur les soins infirmiers

En raison de la forte demande de développement des compétences dans les soins de longue durée, l'offensive de formation de l'initiative sur les soins infirmiers doit planifier et utiliser des ressources pour le développement des compétences dans les soins de longue durée.

Au *niveau politique*, quatre recommandations ont été identifiées pour les soins de longue durée.

1. **Meilleure implication dans les processus de décision politique**
Les infirmières et infirmiers des soins de longue durée doivent être systématiquement impliqués dans les processus de décision politique au niveau fédéral et cantonal et être davantage représentés. Ainsi, un poste politique tel qu'un « Chief Nurse Officer » devrait être créé ou promu au niveau fédéral et dans chaque canton, comme c'est déjà le cas aujourd'hui au niveau cantonal à Saint-Gall et dans le canton de Vaud. Ces derniers doivent être explicitement chargés de garantir la qualité et la sécurité de la formation et de la pratique des soins infirmiers dans la prise en charge à long terme des personnes âgées.
2. **Estimation des besoins en personnel qualifié dans le domaine des soins de longue durée**
Le développement de modèles de soins coordonnés au niveau intraprofessionnel et interprofessionnel, intégrant les compétences définies, est nécessaire pour donner des orientations à la pratique. Parallèlement, de tels modèles de soins constituent une base solide pour l'estimation des besoins futurs en main-d'œuvre et du nombre d'infirmier-ère-s aux différents niveaux de formation. Cela permettrait aux décideurs politiques d'estimer les ressources nécessaires à la formation et au financement des professionnels à l'avenir. Un lien avec les postulats Streiff-Feller³ et Marchand Balet⁴ pourrait être envisagé à cet égard.
3. **Rémunération adéquate**
Il est nécessaire d'adapter les systèmes de tarification et de facturation afin que les aspects centraux des soins de longue durée, tels que les soins palliatifs, la prise en charge et le traitement des personnes atteintes de démence ainsi que les soins gériopsychiatriques, puissent être facturés de manière adéquate. Les aspects indispensables à la promotion de la santé, à la prévention et aux soins centrés sur le patient, tels que le conseil, la prévention, la coordination et la collaboration interprofessionnelle, doivent également être mieux pris en compte. L'adaptation des systèmes de tarification et de facturation est la base pour permettre aux infirmières et infirmiers des soins de longue durée d'être non

³ <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20194278> (visité le 18.03.2022).

⁴ <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20183602> (visité le 18.03.2022).

seulement mieux connus et reconnus à différents niveaux de formation, mais aussi d'être rémunérés de manière adéquate en fonction de leurs compétences et de leurs prestations.

4. Améliorer l'accès à la formation initiale et continue

Pour répondre à la demande de soins de longue durée, il est nécessaire de mettre en place des offres de soutien financier pour les personnes en formation et de supprimer les obstacles à l'accès à la formation initiale et continue. Le manque de moyens financiers constitue un obstacle majeur à l'accès à la formation initiale et continue des personnes qui souhaitent s'engager dans les soins de longue durée. Les experts conseillent donc de créer des possibilités de soutien financier pour la formation initiale et continue dans les soins de longue durée, par exemple sous la forme de bourses. Cela permettrait de dégager suffisamment de temps pour l'enseignement et l'apprentissage des compétences essentielles dans le domaine des soins de longue durée. Afin de pouvoir réagir le plus rapidement possible à la demande de personnel soignant titulaire d'un Bachelor ou d'un master, les experts recommandent de reconsidérer la limitation du numerus clausus pour les places de formation à ce niveau. Il convient également de promouvoir des offres de formation pour des groupes cibles spécifiques : Les personnes qui changent de voie, les nouveaux professionnels, les personnes qui reprennent le travail (en particulier les infirmier-ère-s ayant des obligations familiales) et les professionnels qualifiés venant de l'étranger qui doivent développer leurs connaissances linguistiques. Les formations en cours d'emploi doivent également être davantage facilitées.

Au *niveau de la formation*, les trois recommandations suivantes ont été identifiées :

1. Promotion systématique de l'enseignement des soins de longue durée
Les compétences en matière de soins de longue durée doivent être systématiquement développées dans le cadre de la formation initiale et continue des professionnels, de sorte qu'un développement continu des compétences soit possible. Les thèmes des soins de longue durée doivent prendre plus d'importance dans la formation et relier étroitement la théorie et la pratique. Il convient ainsi de créer des coopérations d'apprentissage et des stages d'immersion dans différents settings de soins de longue durée (soins à domicile, EMS, hôpital, cabinets médicaux et leur coordination entre eux). Parallèlement, il faut une perméabilité et un lien ou une intégration entre la formation et la pratique, ce qui pourrait être réalisé, selon les participants à la Conférence, par exemple par des mini-stages (1 jour) ou de petits stages d'initiation en lien avec des modules de formation.
2. Coordonner les compétences à tous les différents niveaux d'enseignement
Il est nécessaire de coordonner les compétences entre les différents niveaux de formation. Ainsi, au niveau tertiaire, les différences entre les compétences au niveau ES et BSc HES/HEU (par exemple en ce qui concerne les différences dans le domaine des compétences scientifiques et des compétences de direction) doivent être précisées, car les infirmier-ère-s formés au niveau Bachelor HES/HEU sont davantage préparés à un rôle d'expert que les ES et ont un accès direct au niveau Master HES/HEU.
3. Mise en place de filières d'enseignement et de formation intra- et interprofessionnelles solides
Les apprentis et les étudiants doivent pouvoir mieux connaître les différents profils professionnels dans le domaine des soins de longue durée. De nouveaux modèles de soins doivent être mis en œuvre et évalués afin de définir les compétences et le champ d'ac-

tion de tous les professionnels à différents niveaux (intraprofessionnel) et en collaboration avec d'autres professionnels de la santé (interprofessionnel). Ainsi, la collaboration dans le domaine des soins doit être renforcée afin que les représentants des différentes professions se connaissent et se comprennent mieux dans la prise en charge des patient-e-s âgé-e-s atteint-e-s de maladies chroniques. En outre, l'apprentissage interprofessionnel doit être davantage facilité, par exemple en permettant à d'autres professionnels de la santé de suivre des cours ou des stages des formations initiale, continue et de perfectionnement des médecins.

Au *niveau de la pratique*, les trois recommandations d'action suivantes ont été identifiées :

1. **Soutien dans le cadre de l'activité professionnelle**
Les apprentis et les étudiants doivent être mieux accompagnés dans les soins de longue durée. Premièrement, les formateurs pratiques doivent avoir la possibilité d'actualiser régulièrement leurs connaissances sur les évolutions et les exigences des soins de longue durée dans le cadre de formations, de congrès et d'ateliers. Il convient de définir les compétences minimales dont ils doivent disposer aux différents niveaux et la manière dont ils doivent les actualiser. Deuxièmement, la formation pratique doit être renforcée financièrement, en particulier au niveau ASSC et ES. Un meilleur financement doit permettre de consacrer du temps à la formation pratique et de mieux reconnaître les prestations des responsables de formation. Troisièmement, les formations destinées aux cadres du domaine des soins de longue durée (par exemple dans les services d'aide et de soins à domicile) doivent également être davantage proposées.
2. **Assurer la qualité de la formation dans les entreprises**
La formation dans la pratique doit être développée pour assurer des soins de longue durée de qualité. Des indicateurs de qualité (p. ex. pour l'étendue et la durée de la formation) doivent être créés pour la formation dans les entreprises.
3. **Promouvoir les entreprises innovantes en matière de formation**
Les formes innovantes d'accompagnement de la formation pratique doivent être encouragées et développées. Des incitations doivent être créées pour les institutions de longue durée afin qu'elles développent des formes innovantes d'accompagnement de la formation pratique. Le système d'incitation doit être flexible et facile d'accès et inclure un monitoring ou un suivi. Il pourrait s'agir par exemple d'un entraînement aux visites avec le corps médical, d'ateliers d'apprentissage pour les apprentis et les étudiants, ainsi que de partenariats de formation entre petites entreprises.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	16
2. Übersicht zum methodischen Vorgehen im gesamten Projekt	16
3. Erforderliche Kompetenzen aus Sicht der Literatur	19
3.1. Methodisches Vorgehen Literaturanalyse	19
3.2. Ergebnisse der Literaturanalyse	21
3.2.1. Übersicht zu eingeschlossenen Dokumenten	21
3.2.2. Herausforderungen in der zukünftigen Langzeitpflege	22
3.2.3. Zukünftig erforderliche Kompetenzen für Tertiärberufe in der Langzeitpflege	24
4. Erforderliche Kompetenzen aus Sicht der Dienstleistungsorganisationen	26
4.1. Methodisches Vorgehen Dienstleistungsinstitutionen	26
4.2. Ergebnisse Befragung Dienstleistungsorganisationen	28
4.2.1. Übersicht zu Teilnehmern/-innen	28
4.2.2. Wichtigkeit von Kompetenzbereichen	28
4.2.3. Wichtigkeit und Ausbildungsniveau spezifischer Kompetenzen	32
4.2.4. Zwischenfazit	47
4.3. Ergebnisse qualitative Interviews Praxisexperten/-innen	49
5. Zu unterrichtende Kompetenzen aus Sicht der Bildungsinstitutionen	50
5.1. Methodisches Vorgehen Bildungsinstitutionen	50
5.2. Ergebnisse Befragung Bildungsinstitutionen	52
5.2.1. Übersicht zu Teilnehmern/-innen	52
5.2.2. Aktuell unterrichtete Kompetenzbereiche sowie Bedarf in der Zukunft	52
5.2.3. Aktuell unterrichtete Kompetenzen sowie Bedarf in der Zukunft	54

5.2.4.	Zwischenfazit	68
5.3.	Ergebnisse qualitative Interviews Bildungsexperten/-innen	69
6.	Konsensuskonferenz	71
6.1.	Methodisches Vorgehen Konsensuskonferenz	71
6.2.	Ergebnisse Konsensuskonferenz	72
6.2.1.	Übersicht zu Teilnehmern/-innen der Konsensuskonferenz	72
6.2.2.	Validierung der Studienergebnisse sowie Priorisierung des Handlungsbedarfs	72
7.	Limitationen der Studie	74
8.	Handlungsempfehlungen	74
8.1.	Übergeordnete Handlungsempfehlungen	75
8.2.	Handlungsempfehlungen auf Politikebene	76
8.3.	Handlungsempfehlungen auf Bildungsebene	77
8.4.	Handlungsempfehlungen auf Praxisebene	78
Anhang		80
A 1	Literaturanalyse	80
A 2	Liste Experteninterviews	97
A 3	Konsensuskonferenz	98

1. Einleitung

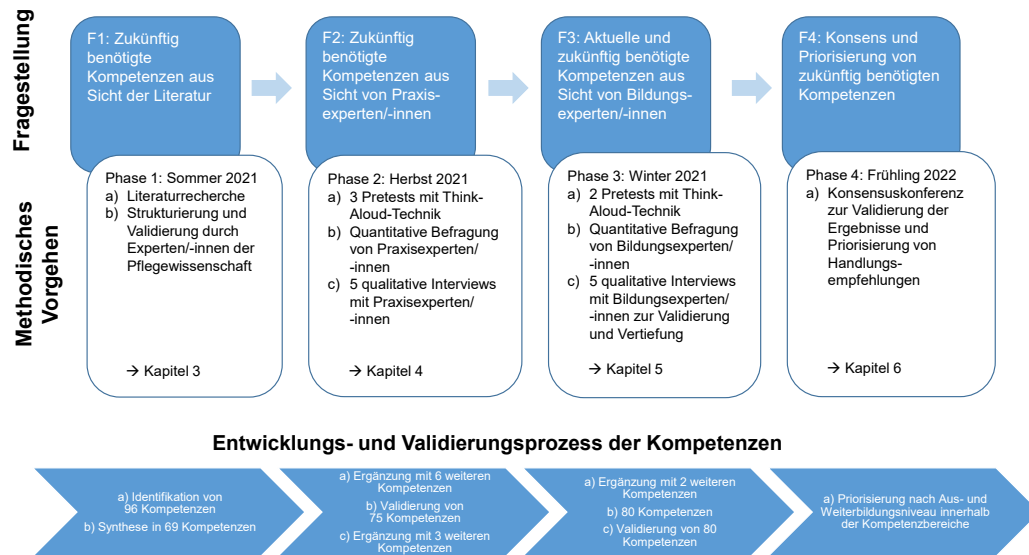
Die Sektion Weiterentwicklung Gesundheitsberufe des Bundesamts für Gesundheit (BAG) hat die Universitäten Lausanne (Manuela Eicher, Cédric Mabire) und Basel (Franziska Zúñiga, Michael Simon) beauftragt zu untersuchen, inwieweit die derzeitigen Inhalte der formalen und weiterführenden Ausbildung in der Pflege auf Tertiärstufe die zukünftigen Anforderungen (bis 2030) der Langzeitpflege berücksichtigen und welche Massnahmen zur Optimierung ergriffen werden sollten. Kompetenzen der Berufsgruppen auf Sekundarstufe und tieferer Ausbildungsstufen stehen nicht im Fokus des Projekts. Interface Politikstudien Forschung Beratung (Vanessa Gut, Julián Salazar, Stefan Essig) unterstützte die Projektdurchführung.

2. Übersicht zum methodischen Vorgehen im gesamten Projekt

Die in der Zukunft benötigten Kompetenzen in der Langzeitpflege auf Tertiärstufe sind im Rahmen eines iterativen Prozesses entwickelt und validiert worden. Das Projekt umfasste vier Phasen (vgl. Abbildung 1):

- Phase 1 Literaturreview (Sommer 2021): In einem ersten Schritt wurden basierend auf einer breiten Literaturanalyse Anforderungen sowie erforderliche Kompetenzen für die zukünftige Langzeitpflege auf der Tertiärstufe identifiziert.
- Phase 2 Umfragen und Interviews mit Dienstleistungserbringern (Herbst 2021): Die identifizierten Kompetenzen wurden mittels Umfragen und Interviews aus Sicht der Leistungserbringer in der Praxis für die Schweizer Verhältnisse validiert.
- Phase 3 Umfragen und Interviews mit Vertreter/-innen der Bildungsinstitutionen (Winter 2021): Vertreter/-innen der Bildungsinstitutionen gaben in Umfragen und Interviews an, inwieweit die geforderten Kompetenzen im Bereich der Langzeitpflege bereits in den heutigen Aus- und Weiterbildungen vermittelt werden und welche Kompetenzen in Zukunft unterrichtet werden sollten.
- Phase 4 Konsensuskonferenz (Frühling 2022): Die Ergebnisse der Phasen 2 und 3 wurden im Rahmen einer Konsensuskonferenz mit Experten und Expertinnen diskutiert und es wurde eine Synthese mit Handlungsempfehlungen erstellt.

Abbildung 1: Übersicht methodisches Vorgehen im Projekt



Quelle: Eigene Darstellung.

Die identifizierten Kompetenzen in der Langzeitpflege wurden jeweils basierend auf den sechs Lerntaxonomiestufen nach Bloom eingeordnet (vgl. Tabelle 1)⁵. Die Taxonomie von Bloom ist ein bewährtes Modell im Bildungsbereich und ermöglicht die Kategorisierung von Kompetenzen anhand von aufeinander aufbauenden Taxonomiestufen. Die Komplexität der Kompetenzen nimmt dabei aufsteigend mit der Taxonomiestufe zu.

Tabelle 1: Lernzieltaxonomie nach Bloom

Komplexität	Taxonomiestufe	Beschreibung
Einfach	1) Erinnern	Erinnern, benennen, bezeichnen, wiedergeben, definieren von Fakten, Methoden und Theorien
	2) Verstehen	Verstehen, einordnen, erläutern von Zusammenhängen/Erkennen von Bedeutungen
	3) Anwenden	Anwenden, ausführen, umsetzen, nutzen von erworbenem Wissen
	4) Analysieren	Analysieren, gegenüberstellen, gliedern, klassifizieren von Sachverhalten und Problemstellungen

⁵ <https://www.teachthought.com/learning/what-is-blooms-taxonomy-a-definition-for-teachers/> (besucht am 18.03.2022). Ursprüngliche Publikation: Bloom, B S, Engelhart, M D, Furst, E J, Hill, W H, Krathwohl, D R. Taxonomy of educational objectives. The classification of educational goals, Handbook I: cognitive domain. New York: David McKay Company, Inc. 1956.

Komplexität	Taxonomiestufe	Beschreibung
	5) Bewerten	Bewerten, reflektieren, argumentieren, kritisch prüfen von Meinungen, Fakten, Situationen, Ideen und Ergebnissen
Komplex	6) Kreieren	Kreieren, entwickeln, erarbeiten, erschaffen von neuen Ideen/Wissen/Strukturen

Quelle: Adaptierte Darstellung der Lerntaxonomie gemäss Bloom.

Zudem wurde das Mandat inhaltlich laufend mit weiteren Projekten im Themenbereich der Langzeitpflege abgestimmt:

- «BESRO - Berufsausbildung in der Sozialraumorientierung» laufendes Projekt von CURAVIVA Schweiz:

Dieses Projekt setzt sich mit Veränderungen in der Langzeitpflege und Betreuung auseinander und geht von einer Bedarfsorientierung in der Zukunft aus. Die Unterstützungsangebote für Personen passen sich dem individuellen Bedarf und dem sozialen Umfeld an. Diese sozialraumorientierte Versorgungspraxis beinhaltet unterschiedliche Berufsgruppen, wie Gesundheits-, Sozialberufe und weitere für das Setting relevante Berufe, die Dienstleistungen erbringen. Das Projekt greift die sich wandelnden Anforderungen an die verschiedenen Berufsgruppen im Rahmen einer sozialraumorientierten Langzeitversorgung auf. Entsprechend werden Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Berufsausbildung abgeleitet mit dem Setzen neuer Schwerpunkte, Überprüfung von bestehenden Berufsprofilen und Qualifikationsniveaus, Anpassungen in der Organisation der Berufsausbildung, Nutzen neuer Lernfelder und dem Definieren von angepassten Ausbildungsstandards.
- Trendszenarien im Rahmen des Projekts «Abschlüsse in Pflege und Betreuung» von OdASanté⁶

In einem Dossier werden sechs Trendszenarien vorgestellt, die im Rahmen des Projekts «Abschlüsse in Pflege und Betreuung» im Auftrag von OdASanté entwickelt wurden. Sie beschreiben in einer synthetisierten Form die neuen bzw. veränderten beruflichen Anforderungen an eine umfassende Pflege und Betreuung aufgrund von verschiedenen aktuellen Entwicklungen. Im Fokus stehen dabei diverse Berufe, beginnend mit Assistentin/ Assistent Gesundheit und Soziales mit eidg. Berufsattest (EBA) bis zu Master of Science in Pflege FH/UH.
- «Gesundheitspersonal in der Schweiz – Nationaler Versorgungsbericht 2021 – Bestand, Bedarf, Angebot und Massnahmen zur Personalsicherung» Bericht vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan)⁷

⁶ Leumann et al. Abschlüsse in Pflege und Betreuung - Trendszenario. Projektbericht zuhanden von OdaSanté. Eidgenössische Hochschule für Berufsbildung (EHB), Zollikofen: 2022.

⁷ Merçay C., Grünig A., Dolder P. Gesundheitspersonal in der Schweiz – Nationaler Versorgungsbericht 2021. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Neuchâtel: 2021.

Der dritte nationale Versorgungsbericht zum Gesundheitspersonal setzt den Schwerpunkt auf die Schätzung des Bedarfs an Pflege- und Betreuungspersonal in den nächsten zehn Jahren (2019-2029). Dank der intensiven Bemühungen der letzten Jahre konnte zwar der Deckungsgrad des Bedarfs verbessert werden, aber es besteht auch in Zukunft bei den Pflegefachkräften eine erhebliche Diskrepanz zwischen dem Angebot und dem Bedarf an Nachwuchskräften. Diese Ergebnisse zeigen auf, dass eine Erhöhung der Ausbildungskapazitäten allein nicht reicht. Weitere Massnahmen beim Berufseinstieg und der Personalerhaltung drängen sich auf⁸.

3. Erforderliche Kompetenzen aus Sicht der Literatur

3.1. Methodisches Vorgehen Literaturanalyse

Ziel: Beschreibung der zukünftig erforderlichen Kompetenzen in der Langzeitpflege auf Tertiärstufe: Welche pflegerischen Kompetenzen werden in Zukunft benötigt, um den Versorgungsbedarf in der Langzeitpflege zu decken?

Zur Beschreibung der erforderlichen Kompetenzen in der zukünftigen Langzeitpflege wurde ein Literaturreview zur Sichtung relevanter wissenschaftlicher Artikel sowie grauer Literatur, wie Studiengangsprogrammen oder Konsenspapieren, durchgeführt. Der Fokus der Literaturanalyse lag auf den zukünftig erforderlichen Kompetenzen in der Langzeitpflege auf Tertiärstufe. Entsprechend wurden auch gezielt Suchbegriffe für Pflegeberufe auf der Tertiärstufe verwendet.

Folgende drei Suchstrategien wurden angewendet (vgl. Abbildung 2):

1. In einem ersten Schritt wurden internationale Experten/-innen mit der Bitte angeschrieben, relevante Literatur zuzusenden. Insgesamt wurden 19 Dokumente von den Experten/-innen zugeschickt.
2. In einem zweiten Schritt wurde eine Google-Suche mit Fokus auf die graue Literatur mit folgenden Suchbegriffen durchgeführt: Geriatric* AND nurs* AND competenc* AND future (Stand: 31.05.2021). Bei der Google-Suche wurden die ersten 100 Suchtreffer angeschaut und insgesamt 46 potenziell relevante Dokumente gefunden. Einschlusskriterien waren: (a) Publikationen ab dem Jahr 2000, (b) Fokus auf Pflegeberufe in der Langzeitpflege auf Tertiärstufe sowie (c) die zukünftig dafür erforderlichen Kompetenzen.
3. In einem dritten Schritt wurde eine erste Literaturrecherche in den beiden Datenbanken Embase und Cinahl mit den folgenden Suchbegriffen durchgeführt (Stand: 31.05.2021): (((('nursing' OR 'nurse') NEAR/4 ('competenc*' OR 'skill*' OR 'ability*' OR 'qualification*' OR 'curriculum' OR 'education program*' OR 'continuing education' OR 'course content') NEAR/4 ('elderly care' OR 'geriatric care' OR 'geriatric nursing' OR 'psychogeriatric nursing')):ti,ab,kw) AND [english]/lim NOT ('conference abstract'/it OR 'conference review'/it) AND [2000-2021]/py. Bei beiden Datenbanken wurden folgende Einschlusskriterien verwendet: (a) Publikationen ab dem Jahr 2000, (b) Fokus auf Pflegeberufe in der Langzeitpflege sowie (c) die zukünftig dafür erforderlichen Kompetenzen.

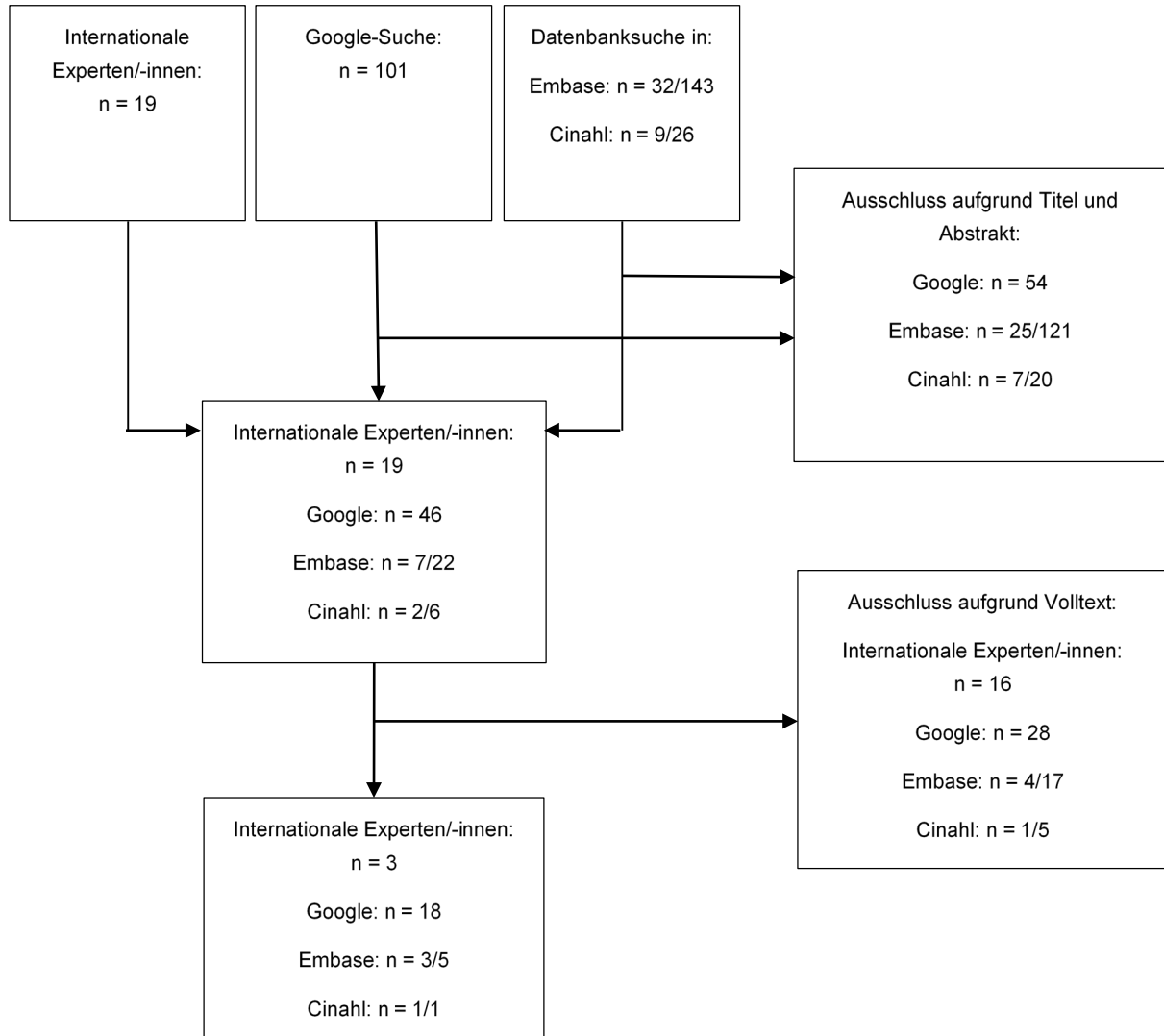
⁸ <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2021-gesundheitspersonal-der-schweiz-nationaler-versorgungsbericht-2021> (besucht am 18.03.2022).

Von den 32 Suchtreffern auf der Datenbank Embase wurden 25 Treffer in einer ersten Beurteilung (Screening von Titel und Abstrakt) ausgeschlossen und 7 Treffer eingeschlossen. Von den 9 Suchtreffern auf der Datenbank Cinahl wurden 7 Treffer ausgeschlossen, wobei ein Dokument bereits auf der Embase-Datenbank gefunden wurde. Zwei Dokumente wurden eingeschlossen.

Aufgrund der geringen Anzahl von insgesamt 9 Suchtreffern wurde eine zweite Literatursuche mit folgenden Suchbegriffen durchgeführt: geriatric* AND nurs* AND competenc* AND ('future'/exp OR future) AND [english]/lim NOT ('conference abstract'/it OR 'conference review'/it) AND [2000-2021]/py. Diese Suche erzielte 143 Treffer in der Datenbank Embase, wovon 121 Dokumente ausgeschlossen und 22 Dokumente eingeschlossen wurden. Drei Dokumente wurden bereits in der ersten Literatursuche gefunden. In Cinahl wurde mit dieser Suchbegriffkombination 26 Treffer erzielt, wovon 20 Dokumente ausgeschlossen und 6 Dokumente eingeschlossen wurden. Ein Dokument wurde bereits in der ersten Literaturrecherche gefunden.

Insgesamt wurden mit Hilfe aller drei Suchstrategien 101 relevante Dokumente identifiziert. Die 101 Dokumente wurden anschliessend von Experten/-innen aus der Pflegewissenschaft der Universität Basel und Lausanne hinsichtlich der inhaltlichen Passung priorisiert (Volltextsichtung) und schlussendlich wurden 31 Dokumente für eine inhaltliche Synthese eingeschlossen.

Abbildung 2: Flow-Chart Literaturrecherche



Quelle: Eigene Darstellung.

In einem nächsten Schritt wurden in 28 von 31 Dokumenten Herausforderungen in der Langzeitpflege im Allgemeinen sowie spezifisch für die Ausbildung identifiziert. Anschliessend wurden Kompetenzen in der Langzeitpflege anhand von zehn Kompetenzbereichen extrahiert und kategorisiert. Die zehn Kompetenzkategorien wurden durch Experten/-innen der Pflegewissenschaft der Universität Lausanne und Basel gebildet.

3.2. Ergebnisse der Literaturanalyse

3.2.1. Übersicht zu eingeschlossenen Dokumenten

Insgesamt wurden 31 Dokumente in die Literaturanalyse eingeschlossen (vgl. Abschnitt A 1.2). Die Dokumente haben ihren Ursprung in Europa, Amerika und Asien. Innerhalb von Europa stammen die Dokumente aus Finnland (2), Irland (2), der Schweiz (1), Deutschland (1), England (1),

Skandinavien (1), Holland (1), Belgien (1) und dem Regionalbüro Europa der World Health Organisation (1). Besonders stark vertreten insgesamt und innerhalb von Amerika ist die USA mit 12 Dokumenten, währenddessen aus Kanada zwei Dokumente stammen. Innerhalb von Asien stammen die Dokumente aus Japan (3), dem Iran (2) und China (1). Die 31 Dokumente beziehen sich auf graue Literatur in Form von Curricula/Bildungsstandards (9), Literaturreviews (8), qualitative Studien (4), Studien zu Kompetenzrahmenmodellen (3) und weiteren Dokumententypen (z. B. Konsensus- oder Positions-Statements von nationalen Berufsverbänden oder Interessensorganisationen) (7). Betreffend das Ausbildungsniveau bezieht sich ein grosser Teil der Dokumente auf die Ausbildungsniveaus Bachelor of Science (18) und Master of Science (8: davon 4 Nurse Practitioner [NP] und 4 Clinical Nurse Specialist [CNS]) in Pflegewissenschaft.⁹ Wenige Dokumente beziehen sich auf Registered Nurses (2). In einigen Dokumenten (3) findet sich kein Hinweis auf das Ausbildungsniveau. Während die Mehrheit der Dokumente nicht auf ein spezifisches Setting fokussiert (17), sind auch Dokumente für die folgenden Settings vorhanden: Spital (4), gerontopsychiatrische Pflege (4), Pflegeheim (3), Pflege zuhause (2) sowie geronto-onkologische Pflege (1).

3.2.2. Herausforderungen in der zukünftigen Langzeitpflege

Nachfolgend werden in zwei separaten Kapiteln zukünftige Herausforderungen in der Versorgung sowie Herausforderungen in der Ausbildung im Bereich der Langzeitpflege beschrieben. Dabei werden ähnliche Themen erwähnt wie im Projekt von CURAVIVA Schweiz «Berufsausbildung in der Sozialraumorientierung (BESRO)», im Projekt von OdaSanté «Abschlüsse in Pflege und Betreuung» sowie im nationalen Versorgungsbericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan, 2021) «Gesundheitspersonal in der Schweiz – Nationaler Versorgungsbericht».

3.2.2.1. Herausforderungen in der Pflege

Beginnend mit der am häufigsten genannten Herausforderung konnten wir in der Versorgung im Bereich der Langzeitpflege verschiedene Herausforderungen identifizieren.

Alternde Bevölkerung und höherer Bedarf an Langzeitpflege

Die häufigste genannte Herausforderung stellt die zunehmende Zahl älterer Menschen und der entsprechend höhere Bedarf an Langzeitpflege in diversen Ländern dar [1–13].

Bedarf an Fachkräften im Bereich der Langzeitpflege

Durch die zukünftig höhere Anzahl älterer Menschen und durch den dementsprechend höheren Bedarf an Langzeitpflege müssen nationale Gesundheitssysteme, beispielsweise in Japan [10], angepasst werden [14]. So bedarf es zukünftig der Entwicklung von Ausbildungsprogrammen, die auf die komplexen Bedürfnisse älterer Menschen ausgerichtet sind [7] und Fachkräfte in unterschiedlichen Bereichen der Langzeitpflege hervorbringen, beispielsweise in der Betreuung von Menschen mit Demenz [15,16], Krebs [7] oder allgemein psychischen Erkrankungen im Alter [9]. Mehrfach wird das Fehlen von gut ausgebildeten Fachkräften als eine der grössten Herausforderungen für die zukünftige Pflege genannt [3,9,13,16–18].

⁹ Die ausgewiesenen Ausbildungsniveaus orientieren sich an den international gängigen Stufen. Beim Master-Abschluss wird in der Literatur zwischen Nurse Practitioner (NP) und Clinical Nurse Specialist (CNS) unterschieden.

Spannungsfeld zwischen qualitativ hochwertiger Pflege und Kostendruck

Der Kostendruck in der Pflege nimmt ständig zu, während gleichzeitig auch qualitativ hochwertige Pflege gefordert wird [2,11,12]. So werden im Allgemeinen die Mittel für Personal in der Geriatrie/Gerontologie gekürzt [19].

Zunehmende Multimorbidität und Polymedikation

Die zunehmende Anzahl multimorbider Personen führt zu komplexeren Pflegefällen [2]. Des Weiteren werden aufgrund der zunehmenden Multimorbidität immer mehr Medikamente verschrieben [1,11], was wiederum zu vermehrten Fehlern bei der Medikation führen kann.

Pflegeschwestern in der Rolle des Koordinators bei der interprofessionellen Zusammenarbeit

Bei älteren Menschen mit mehreren Erkrankungen beteiligen sich immer häufiger mehrere Berufsgruppen an deren Betreuung. Bei derart komplexen Pflegebedürfnissen nehmen Pflegeschwestern vermehrt die Rolle des Koordinators in der interprofessionellen Zusammenarbeit ein [8,19,20].

Fehlende öffentliche Aufmerksamkeit für die Langzeitpflege und fehlende finanzielle Mittel für Ausbildung und Forschung

Bislang fehlt die öffentliche Aufmerksamkeit für die Anliegen in der Langzeitpflege [21]. In amerikanischen und kanadischen Instituten und Universitäten im Bereich der Langzeitpflege fehlen beispielsweise die finanziellen Mittel für eine qualitativ gute Ausbildung und Forschung oder bestehende Mittel werden gekürzt [12,17,19,22].

Verschiebung in der Leistungserbringung – weg von der Akutversorgung hin zur Community Care und Pflege zuhause

Aufgrund des Kostendrucks werden Patienten/-innen immer früher aus dem Spital entlassen und die Patienten/-innen müssen vermehrt intensiver zuhause nachversorgt werden. Gleichzeitig besteht vermehrt das Bedürfnis bei älteren Personen, ausserhalb der Spitals gepflegt zu werden. Dadurch findet eine Verschiebung von der Akutversorgung hin zur Community-Care und Pflege zuhause statt [4,16,20].

Sinnvolle Nutzung und Integration von Technologie, um die Pflege zu unterstützen und die Unabhängigkeit älterer Menschen zu erhalten

Der technische Fortschritt führt dazu, dass immer mehr neue Technologien wie Pflegeroboter sowie elektronische Überwachungs- und Entscheidungssysteme in der Pflege eingesetzt werden [16]. Eine sinnvolle Nutzung und Integration in den Pflegeprozess stellt gleichzeitig eine Chance und Herausforderung dar [11,14,16,19,20].

3.2.2.2. Herausforderungen für die Ausbildung

Innerhalb der Ausbildung der in der Langzeitpflege tätigen Berufe konnten ebenfalls Herausforderungen identifiziert werden:

Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Auszubildenden und der Bindung des Personals in der Langzeitpflege

Am häufigsten genannt wurde das fehlende Interesse und die negative Einstellung gegenüber der Arbeit in der Langzeitpflege und dem älteren Menschen [12,17–19,23] sowie niedrige Gehälter und Karrieremöglichkeiten [18] dar. Zukünftig bedarf es über Wissen, wie Personen möglichst effektiv für die Ausbildung in der Langzeitpflege rekrutiert werden können und wie die bestehenden Fachkräfte der Langzeitpflege erhalten bleiben [18,21]. Dafür müssen hinderliche und förderliche Faktoren identifiziert und entsprechende Strategien ausgearbeitet werden.

Fehlende Berücksichtigung der erforderlichen Kompetenzen in der Ausbildung der Langzeitpflege

Zukünftig sollten Ausbildungsprogramme mehr auf die Bedürfnisse älterer Personen und der sich verändernden Pflegeumgebung angepasst werden [12,17,22–24]. So rückt beispielsweise vermehrt die Förderung der Lebensqualität des älteren Menschen in den Fokus.

Fehlende Definition von Kompetenzen und Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen

Vielfach wird in der Literatur erwähnt, dass eine klare nationale Definition der Kompetenzen für Pflegeberufe sowie eine Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen fehlen [2,25,26]. Entsprechend sind in der Praxis die Rollen einzelner Pflegeberufe, beispielsweise in den skandinavischen Ländern, unklar [3].

3.2.3. Zukünftig erforderliche Kompetenzen für Tertiärberufe in der Langzeitpflege

Insgesamt wurden in den 31 Dokumenten [1-31] 96 Kompetenzen für die Langzeitpflege identifiziert. Im Anhang werden die Kompetenzen anhand der folgenden zehn Kompetenzbereiche aufgelistet (vgl. Abschnitt A 1.1). Zur Bildung der Kompetenzbereiche wurde in einem ersten Schritt in der Literatur nach bereits bestehenden Kompetenzbereichssystemen gesucht. Die gefundenen Kategorien¹⁰ waren jedoch zu wenig differenziert. Daher nahmen Franziska Zúñiga und Cédric Mabire in einem zweiten Schritt eine weitere Ausdifferenzierung der bestehenden Kompetenzbereiche vor. Dieser erste Kategorisierungsvorschlag wurde im Laufe des Projekts fortwährend durch Experten/-inneninterviews validiert und ggf. angepasst.

1. Körperliche Veränderungen im Alter
2. Geriatrische Syndrome (insb. Prävention, Beurteilung und Behandlung von körperlichen Störungen)
3. Neurokognitive Störungen (insb. Prävention, Beurteilung und Behandlung von neuropsychiatrischen Erkrankungen wie Demenz, verhaltensbezogenen und psychologischen Symptomen einer Demenz [BPSD] sowie Depression)
4. Palliativmedizin inklusive Spiritualität

¹⁰ American association of Colleges of Nursing. Advanced Practice Adult-Gerontology and Baccalaureate Competencies. Washington, D.C.; 2010. <https://www.aagponline.org/index.php?src=gendocs&ref=GeriatricCoreCompetencies&category=Education> (besucht am 18.03.2022).

Queens Nursing Institute. Standards of Education and Practice for Nurses New to Care Home Nursing. London; 2021.

Tohmola A, Saarnio R, Mikkonen K, Kyngäs H, Elo S. Development and psychometric testing of the Gerontological Nursing Competence (GeroNursingCom) instrument. Journal of Advanced Nursing. 2021 Feb 28;77(2):1070–84.

5. Personenzentrierte Pflege und Kommunikation (insb. zu gemeinsamer Entscheidungsfindung, Partizipation, Empowerment sowie dem Einbezug von Familien und Angehörigen)
6. Gesundheitskompetenz
7. eHealth (insb. zu Anwendungen und Robotik)
8. Rechtliche und ethische Aspekte
9. Professionelle Rolle und interprofessionelle Zusammenarbeit (insb. zu Transitional Care, Lernen und Lehren)
10. Organisationale und gesundheitspolitische Aspekte (insb. zu wirtschaftlichen Aspekten, Versorgungsmodellen und Qualitätsverbesserung)

Die zehn gebildeten Bereiche dienen als vorläufige Gliederungshilfe. Die Bereiche wurden im Laufe des Projekts anhand der Ergebnisse der Befragungen, der Expertengespräche sowie der Konsensuskonferenz validiert und angepasst. Zusätzlich sind die Kompetenzen in Tabelle A 1.1 anhand der Lernzieltaxonomie nach Bloom kategorisiert.¹¹ Ebenfalls ersichtlich ist das Ausbildungsniveau, auf das sich die jeweilige Kompetenz bezieht; insgesamt wurde in vier internationale Ausbildungsniveaus differenziert: (1) Dipl. Pflegefachpersonen (Registered Nurses), (2) Bachelor of Science in Pflege, (3) Master of Science in Pflege Nurse Practitioner (NP) sowie (4) Master of Science in Pflege Clinical Nurse Specialist (CNS). Wobei die Differenzierung häufig nicht trennscharf ist, da sich die untersuchten Dokumente an den Ausbildungsstrukturen der jeweiligen Länder orientieren. Falls in den Dokumenten generelle Kompetenzen beschrieben wurden, ohne spezifische Angaben zum Ausbildungsniveau, wurden die Kompetenzen allen vier Ausbildungsniveaus zugeordnet.

Die meisten Kompetenzen für die Langzeitpflege (21) sind im zweiten Kompetenzbereich «Geriatrische Syndrome» vorhanden. Die zweithäufigsten Kompetenzen (13) wurden im Bereich «Personenzentrierte Pflege und Kommunikation» identifiziert. Hingegen wurden wenige Kompetenzen im Bereich «Palliativmedizin inklusive Spiritualität» (3), «Gesundheitskompetenz» (2) sowie «eHealth» (4) identifiziert. Die beiden weiteren Kompetenzbereiche «Professionelle Rolle und interprofessionelle Zusammenarbeit» sowie «Organisationale und gesundheitspolitische Aspekte» stellen allgemeine Kompetenzbereiche in der Pflege dar, die nicht spezifisch für die Langzeitpflege sind, dort aber auch relevant sind.

Limitierend ist festzuhalten, dass sich die Literaturanalyse auf Kompetenzen in der Langzeitpflege auf Tertiärstufe beschränkt. Entsprechend beziehen sich die identifizierten Kompetenzen nicht auf Berufe auf der Sekundarstufe, wie z. B. Fachperson Gesundheit EFZ, und tiefere Ausbildungsstufen, wie z. B. Pflegehelfende SRK. Diese Ausbildungsstufen bilden jedoch ebenfalls sehr wichtige Berufsgruppen in der Langzeitpflege, insbesondere ihre Kompetenzen im Bereich der Betreuung und Hauswirtschaft sind hervorzuheben. Zudem fokussierte sich die Literaturanalyse auf die Pflegeberufe, wodurch möglicherweise ebenfalls in der Zukunft relevante Kompetenzen in weiteren angrenzenden Disziplinen, wie beispielsweise der Sozialarbeit, nicht berücksichtigt wurden.

¹¹ <https://www.teachthought.com/learning/what-is-blooms-taxonomy-a-definition-for-teachers/> (besucht am 18.03.2022). Ursprüngliche Publikation: Bloom, B S, Engelhart, M D, Furst, E J, Hill, W H, Krathwohl, D R. Taxonomy of educational objectives. The classification of educational goals, Handbook I: cognitive domain. New York: David McKay Company, Inc. 1956.

Daher sind insbesondere auch die Erkenntnisse aus dem Projekt von CURAVIVA Schweiz «Berufsausbildung in der Sozialraumorientierung (BESRO)» ergänzend zu berücksichtigen, wenn umfassende Empfehlungen für die Langzeitpflege formuliert werden.

4. Erforderliche Kompetenzen aus Sicht der Dienstleistungsorganisationen

4.1. Methodisches Vorgehen Dienstleistungsinstitutionen

Ziel: Einschätzung der Wichtigkeit der identifizierten Kompetenzen aus Sicht der Praxisexperten/-innen von Dienstleistungsorganisationen in der Langzeitpflege: Welche Ergebnisse der Literaturanalyse können für die Langzeitpflege in der Schweiz validiert werden?

In einem ersten Schritt wurden die zehn Kompetenzbereiche bestehend aus den in der Literaturanalyse identifizierten Kompetenzen von einem Expertenteam der Universitäten Basel und Lausanne systematisch analysiert und inhaltlich ähnliche Kompetenzen weiter zusammengefasst. So wurden die ursprünglichen 96 Kompetenzen zu 69 Kompetenzen zusammengefasst. Mit diesen Kompetenzen wurde in einem zweiten Schritt eine erste Fragebogenversion erstellt, die sich in zwei Teile gliedert: Zu Beginn wurden sozioökonomische Merkmale erfasst. Anschliessend wurden die einzelnen Kompetenzen pro Kompetenzbereich aufgelistet, mit der Bitte, die Wichtigkeit heute und in der Zukunft auf einer Skala einzuschätzen; von 1 = gar nicht wichtig bis 5 = sehr wichtig. Innerhalb der Kompetenzbereiche wurden die Kompetenzen nochmals thematisch gegliedert und innerhalb der Subthemen nach aufsteigender Komplexität im Sinne der Lern-taxonomie nach Bloom aufgelistet. Die Taxonomiestufen nahmen in der Komplexität in folgender Reihenfolge zu: Erinnern, Verstehen, Anwenden, Analysieren, Evaluieren, Kreieren.¹² Des Weiteren wurden die Experten/-innen gebeten, diejenigen Ausbildungsniveaus auszuwählen, die Pflegefachpersonen idealerweise in der Praxis besitzen, die über diese Kompetenzen verfügen. Sie hatten die Möglichkeit, zwischen Pflegefachpersonen mit Pflegediplom HF, mit BSc in Pflege FH/UH und MSc in Pflege FH/UH zu unterscheiden. Zusätzlich wurde das Niveau der Fachpersonen Gesundheit EFZ aufgeführt, um deutlich zu machen, welche Kompetenzen nicht ausschliesslich auf der Tertiärstufe liegen. Die Experten/-innen hatten die Möglichkeit, pro Kompetenz einen Kommentar anzufügen sowie eine allgemeine Rückmeldung zu geben. Zur Validierung dieser ersten Fragebogenversion wurde mit drei Experten/-innen ein Pretest durchgeführt, um die Augenscheinvalidität zu überprüfen. Dafür nahmen eine Person aus der französischsprachigen Schweiz sowie zwei Personen aus der deutschsprachigen Schweiz teil (vgl. Abschnitt A 2.1). Beim Pretest wurde die Think-Aloud-Technik eingesetzt, bei der gemeinsam mit den Experten/-innen der Fragebogen durchgegangen wurde und die Personen gebeten wurden, während dieses Prozesses laut zu denken. Der Fokus lag dabei auf der Verständlichkeit der Kompetenzen, der Reduktion der Komplexität der Formulierungen, der Kohärenz der Inhalte innerhalb einer Kompetenz sowie der Kontextualisierung der Kompetenzformulierungen für das Schweizer Gesundheitssystem. Aufgrund des Pretests wurden die 69 Kompetenzen mit sechs weiteren Kompetenzen ergänzt,

¹² <https://www.teachthought.com/learning/what-is-blooms-taxonomy-a-definition-for-teachers/> (besucht am 18.03.2022). Ursprüngliche Publikation: Bloom, B S, Engelhart, M D, Furst, E J, Hill, W H, Krathwohl, D R. Taxonomy of educational objectives. The classification of educational goals, Handbook I: cognitive domain. New York: David McKay Company, Inc. 1956.

womit die finale Liste aus 75 Kompetenzen bestand. Zudem wurden die Kompetenzbereiche angepasst (neu: elf Bereiche) und konkrete Beispiele zur besseren Verständlichkeit eingefügt, beispielsweise bei den ethischen Aspekten das Beispiel des assistierten Suizids. Die elf Kompetenzbereiche wurden für die nächsten Projektphasen beibehalten und setzen sich folgendermassen zusammen:

1. Veränderungen im Alter
2. Geriatrische Syndrome
3. Patientensicherheit und Medikation
4. Neurokognitive Störungen und gerontopsychiatrische Erkrankungen
5. Palliative Care inklusive Spiritualität/Sinnhaftigkeit
6. Personenzentrierte Pflege und Kommunikation
7. Gesundheitsförderung inklusive Gesundheitskompetenz
8. Digitalisierung
9. Rechtliche und ethische Aspekte
10. Interprofessionelle Zusammenarbeit und Leadership
11. Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik

Insgesamt wurden 60 Personen direkt angeschrieben, die über die folgenden Institutionen vermittelt wurden: Spitex Schweiz, Verband der privaten Spitexorganisationen (ASPS), Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK-ASI), Langzeit Schweiz, Branchenverband der Institutionen für Menschen mit Unterstützungsbedarf (CURAVIVA Schweiz), Zusammenschluss wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen der Schweiz (Senesuisse). Zudem wurden rund 25 Personen des Netzwerks Langzeitpflege des SBK-ASI durch den SBK-ASI eingeladen. Innerhalb der erwähnten Organisationen wurde der Fragebogen an die passendsten Mitarbeitenden im Schneeballverfahren weitergeleitet, sodass nicht definiert werden kann, wie viele Personen den Fragebogen insgesamt erhalten haben und wie hoch die exakte Rücklaufquote ist. Die Umfrage war während vier Wochen zugänglich, wobei nach zwei Wochen eine Erinnerung verschickt wurde. Einschlusskriterium für die Auswertung war, dass mindestens eine Frage zur Wichtigkeit der Kompetenzen beantwortet wurde.

Die Daten wurden bereinigt und deskriptiv ausgewertet. Für die Kompetenzbereiche und die spezifischen Kompetenzen wurde jeweils der Mittelwert und die Standardabweichung der Wichtigkeit für heute und in der Zukunft berechnet. Zudem wurde die Differenz der beiden Mittelwerte als Mass für die zunehmende oder abnehmende Wichtigkeit eines Kompetenzbereichs/einer Kompetenz gebildet. Abschliessend wurde ein Prozentwert für jedes Ausbildungsniveau berechnet. Dieser Prozentwert wurde als Mass für die Zustimmung verwendet, dass die jeweilige Kompetenz auf diesem Ausbildungsniveau idealerweise in der Praxis vorhanden sein sollte.

Zur Validierung und Vertiefung der Umfrageergebnisse wurden zudem fünf qualitative halbstandardisierte Interviews mit Praxisexperten/-innen von Dienstleistungsorganisationen durchgeführt (vgl. Abschnitt A 2.2). Drei Personen waren aus der deutschsprachigen und zwei Personen aus der französischsprachigen Schweiz. In einem ersten Schritt wurden die Ergebnisse präsentiert und die in der Zukunft besonders wichtigen Kompetenzbereiche und spezifischen Kompetenzen validiert sowie mögliche Gründe für deren Wichtigkeit diskutiert. Zudem wurde das Interview auf diejenigen Kompetenzen fokussiert, bei denen die Einschätzung hinsichtlich der Wichtigkeit die grössten Unterschiede aufwies.

4.2. Ergebnisse Befragung Dienstleistungsorganisationen

4.2.1. Übersicht zu Teilnehmern/-innen

Die Stichprobe der befragten Praxisexperten/-innen bestand aus insgesamt 73 Personen, wovon 78 Prozent weiblich und 11 Prozent männlich waren.¹³ Die Teilnehmer/-innen waren zwischen 23 und 66 Jahre alt, das Durchschnittsalter betrug 49 Jahre. 79 Prozent der Praxisexperten/-innen haben die Umfrage auf Deutsch beantwortet, 21 Prozent auf Französisch. 82 Prozent haben die Umfrage allein ausgefüllt, 14 Prozent zu zweit und 4 Prozent in einer Gruppe. 32 Prozent der Teilnehmer/-innen wurden von CURAVIVA Schweiz als Experten/-innen vorgeschlagen, 25 Prozent von SBK-ASI, 21 Prozent von Spitex Schweiz, 8 Prozent von ASPs und 4 Prozent von Senesuisse.

Insgesamt 53 Prozent der Praxisexperten/-innen arbeiteten in einem Pflegeheim, 30 Prozent bei der SpiteX, 3 Prozent in einem Spital; 14 Prozent arbeiteten in anderen Organisationen (Hochschulen, Hausarztpraxen) oder waren pensioniert. Als Funktion beziehungsweise Rolle innerhalb ihrer Organisation nannten 22 Prozent Institutions-/Organisationsleitung, 18 Prozent Leitung Betreuung und Pflege, 16 Prozent Berufsbildner/-in/Bildungsverantwortung, 14 Prozent Pflegeexperte/-in und 3 Prozent Qualitätsverantwortung.

Rund 49 Prozent gaben als höchste Ausbildung Dipl. Pflegefachperson HF, 15 Prozent den Master of Science in Pflege FH/UH, 5 Prozent den Bachelor of Science in Pflege FH/UH sowie 1 Prozent Fachperson Gesundheit EFZ an. 22 Prozent nannten eine höchste Ausbildung ausserhalb der Pflege und haben im Kommentarfeld Weiterbildungen wie MAS Management im Gesundheits- und Sozialbereich oder MAS Non Profit Management genannt.

Im Bereich der Erwachsenenbildung verfügten 19 Prozent über ein CAS/DAS/MAS, 15 Prozent waren Ausbilder/-innen mit eidgenössischem Fachausweis. 40 Prozent hatten eine andere höchste Ausbildung im Bereich der Erwachsenenbildung, unter anderem Dipl. Erwachsenenbildner/-in HF oder SVEB-Zertifikat Kursleiter/-in.

4.2.2. Wichtigkeit von Kompetenzbereichen

In Tabelle 2 sind die Wichtigkeit der Kompetenzbereiche heute und in der Zukunft in Form des Mittelwerts, des Unterschieds zwischen diesen beiden Mittelwerten und der Standardabweichung in der Zukunft dargestellt. Die Standardabweichung zeigt auf, wie einig sich die Praxisexperten/-innen waren. Zur besseren Visualisierung der Ergebnisse wurde der Unterschied zwischen der Wichtigkeit heute und in der Zukunft mittels einer kontinuierlichen Farbabstufung in Rot dargestellt, wobei grössere Unterschiede eine dunklere Schattierung aufweisen. Ebenfalls wurden die Standardabweichungen mittels einer kontinuierlichen Farbabstufung in Grün dargestellt, wobei grössere Standardabweichungen eine dunklere Schattierung aufweisen.

Die Kompetenzbereiche, welche die Praxisexperten/-innen heute als am wichtigsten betrachten, sind die Veränderungen im Alter, die Palliative Care inklusive Spiritualität/Sinnhaftigkeit und die

¹³ Die Beantwortung der Fragen zur Stichprobenbeschreibung war freiwillig. Entsprechend ergibt die Summe der Prozentwerte pro Antwort nicht immer 100 Prozent. Beispielsweise haben 11 Prozent keine Angaben zu ihrem Geschlecht gemacht.

Patientensicherheit und Medikation (vgl. Tabelle 2). Die Kompetenzbereiche, welche die Praxisexperten/-innen heute als am wenigsten wichtig betrachten, sind die Gesundheitsförderung inklusive Gesundheitskompetenz, die Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik sowie die Digitalisierung. Dabei lagen alle Kompetenzbereiche über einem Mittelwert von 3 (mittlere Wichtigkeit). Bezüglich Abschätzung der Wichtigkeit in der Zukunft waren sich die Praxisexperten/-innen bei den Kompetenzbereichen Digitalisierung, Gesundheitsförderung inklusive Gesundheitskompetenz und Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik am wenigsten einig (grösste Standardabweichung). Hingegen waren die Meinungsunterschiede bei der personenzentrierten Pflege und Kommunikation, der Palliative Care inklusive Spiritualität/Sinnhaftigkeit und der Patientensicherheit und Medikation am geringsten (kleinste Standardabweichung).

Tabelle 2: Mittelwerte der Wichtigkeit der elf Kompetenzbereiche, heute und in der Zukunft

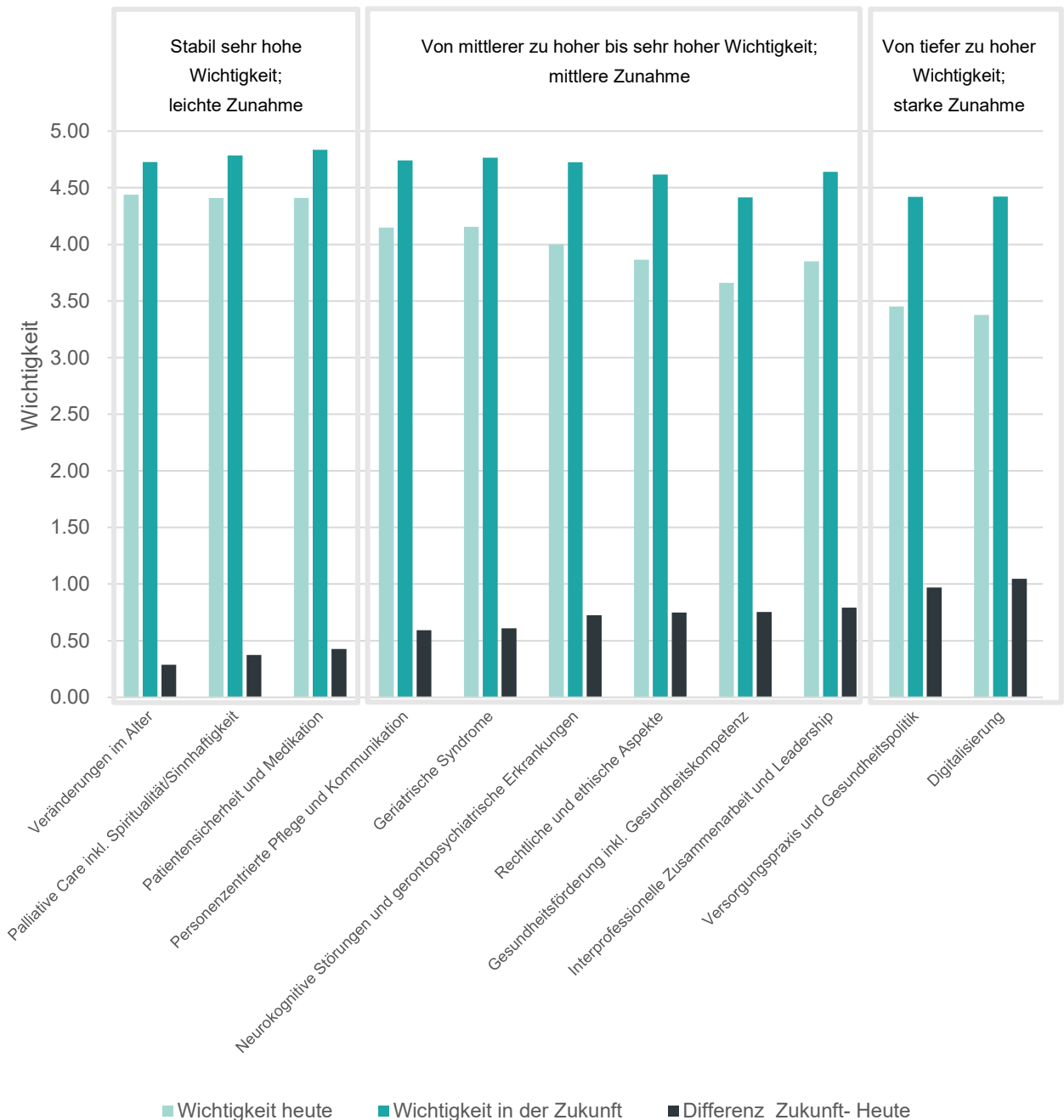
N°	Kompetenzbereich	Wichtigkeit heute	Wichtigkeit in der Zukunft	Differenz Zukunft- Heute	Standardabweichung Wichtigkeit Zukunft	N
1	Veränderungen im Alter	4.44	4.73	0.29	0.63	73
2	Geriatrische Syndrome	4.16	4.77	0.61	0.56	64
3	Patientensicherheit und Medikation	4.41	4.84	0.43	0.37	61
4	Neurokognitive Störungen und gerontopsychiatrische Erkrankungen	4.00	4.72	0.72	0.56	58
5	Palliative Care inkl. Spiritualität/Sinnhaftigkeit	4.41	4.79	0.38	0.41	56
6	Personenzentrierte Pflege und Kommunikation	4.15	4.74	0.59	0.48	54
7	Gesundheitsförderung inkl. Gesundheitskompetenz	3.66	4.42	0.75	0.75	53
8	Digitalisierung	3.38	4.42	1.05	0.87	53
9	Rechtliche und ethische Aspekte	3.87	4.62	0.75	0.63	53
10	Interprofessionelle Zusammenarbeit und Leadership	3.85	4.64	0.79	0.59	53
11	Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik	3.45	4.42	0.97	0.67	53

Quelle: Eigene Darstellung. Legende: Skala: 1 = gar nicht wichtig bis 5 = sehr wichtig.

Abbildung 3 zeigt die Veränderung der Wichtigkeit des Kompetenzbereichs heute und in der Zukunft, geordnet nach deren Differenz. In Bezug auf die Entwicklung der Wichtigkeit sind mittels visuellen Vergleichen drei Tendenzen zu erkennen:

1. Erstens zeigen Kompetenzbereiche eine kleine Zunahme und bleiben stabil hoch wichtig; dies sind die Bereiche Veränderungen im Alter, Palliative Care inklusive Spiritualität/Sinnhaftigkeit und Patientensicherheit und Medikation.
2. Zweitens entwickeln sich die Kompetenzbereiche mit einer mittleren Zunahme von einer mittleren zu einer hohen bis sehr hohen Wichtigkeit; dazu gehören interprofessionelle Zusammenarbeit und Leadership, Gesundheitsförderung inklusive Gesundheitskompetenz, rechtliche und ethische Aspekte, neurokognitive Störungen und gerontopsychiatrische Erkrankungen, geriatrische Syndrome und personenzentrierte Pflege und Kommunikation.
3. Drittens entwickeln sich die Kompetenzbereiche, die in der Zukunft am meisten an Wichtigkeit gewinnen, von einer tiefen zu einer hohen Wichtigkeit; dies sind gemäss Praxisexperten/-innen die Digitalisierung sowie die Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik.

Abbildung 3: Veränderung der Wichtigkeit der Kompetenzbereiche, geordnet nach Differenz. Mittelwerte der Wichtigkeit der 11 Kompetenzbereiche, heute und in der Zukunft



Quelle: Eigene Darstellung. Legende: Skala: 1 = gar nicht wichtig bis 5 = sehr wichtig.

4.2.3. Wichtigkeit und Ausbildungsniveau spezifischer Kompetenzen

Im Folgenden wird für jede Kompetenz, wie bereits vorgängig für alle Kompetenzbereiche, die Wichtigkeit sowie zusätzlich das ideale Ausbildungsniveau dargestellt, welches Fachpersonen gemässe Umfrage idealerweise besitzen sollten, um die Kompetenz in der Praxis umzusetzen. Das Ausbildungsniveau ist je nach Prozentsatz der Teilnehmenden, die ein bestimmtes Ausbildungsniveau angekreuzt haben, in verschiedenen Grüntönen eingefärbt. Es waren Mehrfachantworten möglich, sodass die Summe über die vier Ausbildungsniveaus grösser als 100 Prozent ist. Zudem wurden die Kompetenzen mittels der Lerntaxonomie nach Bloom eingestuft. Die Taxonomiestufen nehmen in der Komplexität in folgender Reihenfolge zu: Erinnern, Verstehen, Anwenden, Analysieren, Evaluieren, Kreieren.¹⁴

Veränderungen im Alter

Innerhalb dieses Kompetenzbereichs betrachteten die Praxisexperten/-innen die Kompetenz «Verfügen über Wissen zum normalen Alterungsprozess [...]» heute als die Wichtigere (vgl. Tabelle 3). In der Zukunft hingegen wird die Kompetenz «Kennen psychische Erkrankungen im Alter [...]» als wichtiger betrachtet.

Die erste Kompetenz wurde von 71 Prozent der Befragten beim Ausbildungsniveau Fachperson Gesundheit eingestuft und von 64 Prozent beim Ausbildungsniveau dipl. Pflegefachperson HF (vgl. Tabelle 4). Hingegen wurde die zweite Kompetenz nur von 49 Prozent der Praxisexperten/-innen beim Ausbildungsniveau Fachperson Gesundheit und von 71 Prozent bei dem Ausbildungsniveau dipl. Pflegefachperson HF eingestuft. Die beiden Kompetenzen befinden sich auf der gleichen Taxonomiestufe «Erinnern», es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die zweite Kompetenz durch das Wissen zu altersbezogenen Unterschieden in Krankheitsbilder inhaltlich etwas komplexer ist als die erste Kompetenz.

Tabelle 3: Mittelwerte der Wichtigkeit der spezifischen Kompetenzen im Bereich «Veränderungen im Alter», heute und in der Zukunft

Nr.	Kompetenz	Wichtigkeit heute	Wichtigkeit in der Zukunft	Differenz Zukunft–Heute	SD Wichtigkeit Zukunft	N
1	Verfügen über Wissen zum normalen Alterungsprozess, zur Funktionsfähigkeit sowie zum Zusammenspiel von physiologischen Veränderungsprozessen und Verhalten.	4.49	4.71	0.23	0.68	73
2	Kennen psychische Erkrankungen im Alter, einschliesslich altersbezogener Unterschiede in schweren psychischen Krankheitsbildern.	4.26	4.79	0.53	0.45	73

Quelle: Eigene Darstellung. Legende: Skala: 1 = gar nicht wichtig bis 5 = sehr wichtig.

¹⁴ <https://www.teachthought.com/learning/what-is-blooms-taxonomy-a-definition-for-teachers/> (besucht am 18.03.2022). Ursprüngliche Publikation: Bloom, B S, Engelhart, M D, Furst, E J, Hill, W H, Krathwohl, D R. Taxonomy of educational objectives. The classification of educational goals, Handbook I: cognitive domain. New York: David McKay Company, Inc. 1956.

Tabelle 4: Ideales Ausbildungsniveau in der Praxis für die spezifischen Kompetenzen im Bereich «Veränderungen im Alter»

Nr.	Kompetenz	Ideales Ausbildungsniveau in der Praxis					
		Taxonomie- stufen nach Bloom	Kompetenz ist nicht relevant	Fachperson Gesundheit EFZ	dipl. Pflegefach- frau/-mann HF	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege
1	Verfügen über Wissen zum normalen Alterungsprozess, zur Funktionsfähigkeit sowie zum Zusammenspiel von physiologischen Veränderungsprozessen und Verhalten.	Erinnern	4%	71%	64%	49%	38%
2	Kennen psychische Erkrankungen im Alter, einschliesslich altersbezogener Unterschiede in schweren psychischen Krankheitsbildern.	Erinnern	3%	49%	71%	53%	41%

Quelle: Eigene Darstellung.

Geriatrische Syndrome

Die Kompetenz, die heute innerhalb dieses Kompetenzbereichs von den Praxisexperten/-innen als die wichtigste betrachtet wird, ist «Verfügen über Wissen zu geriatrischen Krankheitsbildern und Syndromen [...]» (vgl. Tabelle 6). In Zukunft hingegen wird die Kompetenz «kennen komplexe Interaktionen von akuten und chronischen, physischen und psychischen Mehrfacherkrankungen [...]» als etwas wichtiger betrachtet. Den grössten Zuwachs an Wichtigkeit verzeichnet die Kompetenz «Wenden eine geschlechtsspezifische Pflege an [...]»

Je komplexer im Sinne der Lerntaxonomie nach Bloom die Kompetenzen innerhalb des Bereichs sind, desto mehr verlagern sie sich zu den höheren Ausbildungsniveaus (vgl. Tabelle 6). Damit einher geht in den meisten Fällen, dass die Wichtigkeit vor allem bei denjenigen Kompetenzen zunimmt, die höheren Ausbildungsniveaus zugesprochen werden.¹⁵ Die Tendenz, die hier erkennbar ist, wird sich bei den weiteren Kompetenzbereichen oft wiederholen.

Ausnahme ist die komplexe Kompetenz «Wenden eine geschlechtsspezifische Pflege an [...]», über die idealerweise auch Fachpersonen Gesundheit EFZ verfügen. Generell wird das Niveau der dipl. Pflegefachpersonen HF am häufigsten als ideal erachtet.

¹⁵ Da gefragt wurde, welche Ausbildungsniveaus idealerweise in der Praxis über die entsprechende Kompetenz verfügen, können auch höhere Ausbildungsniveaus als angegeben diese Kompetenz besitzen. So ist anzunehmen, dass Personen mit BSc- und MSc-Niveau FH/UH in fallführender Funktion ebenfalls über die Kompetenzen von Fachpersonen Gesundheit und dipl. Pflegefachpersonen HF verfügen sollten.

Tabelle 5: Mittelwerte der Wichtigkeit der spezifischen Kompetenzen im Bereich «Geriatrische Syndrome», heute und in der Zukunft

Nr.	Kompetenz	Wichtigkeit heute	Wichtigkeit in der Zukunft	Differenz Zukunft–Heute	SD Wichtigkeit Zukunft	N
3	Verfügen über Wissen zu geriatrischen Krankheitsbildern und Syndromen (z.B. Frailty, Stürze).	4.37	4.80	0.43	0.47	64
4	Kennen komplexe Interaktionen von akuten und chronischen, physischen und psychischen Mehrfacherkrankungen und berücksichtigen diese bei der Behandlung und Pflege.	4.27	4.81	0.55	0.47	64
5	Identifizieren häufige Risikofaktoren, die zu einer Verschlechterung von kognitiven oder körperlichen Fähigkeiten führen, die Lebensqualität beeinträchtigen oder eine körperliche Abhängigkeit verstärken und wirken diesen entgegen.	4.29	4.67	0.38	0.56	64
6	Verfügen über die Kompetenz, kognitive und körperliche Einschränkungen sowie geriatrische Syndrome zu identifizieren, den damit einhergehenden Unterstützungsbedarf einzuschätzen und entsprechende Massnahmen umzusetzen.	4.29	4.64	0.35	0.63	64
7	Setzen bei der umfassenden/ganzheitlichen Beurteilung bewährte (d.h. reliable und valide) Assessments, Instrumente und Verfahren rechtzeitig ein und berücksichtigen dabei die aktuelle Evidenz.	3.90	4.58	0.68	0.62	64
8	Nutzen die umfassende/ganzheitliche Beurteilung, um die Entscheidungsfindung für angemessene Screenings, diagnostische Tests, Behandlung und Planung der Pflege zu unterstützen.	3.84	4.48	0.65	0.72	64
9	Wenden eine geschlechtsspezifische Pflege an, bei der sie sensibel für kulturelle und psychosoziale Aspekte sind beim Umgang mit der sexuellen Gesundheit älterer Menschen.	3.60	4.37	0.77	0.81	64

Quelle: Eigene Darstellung. Legende: Skala: 1 = gar nicht wichtig bis 5 = sehr wichtig.

Tabelle 6: Ideales Ausbildungsniveau in der Praxis für die spezifischen Kompetenzen im Bereich «Geriatrische Syndrome»

Nr.	Kompetenz	Ideales Ausbildungsniveau in der Praxis					
		Taxonomie-stufen nach Bloom	Kompetenz ist nicht relevant	Fachperson Gesundheit EFZ	dipl. Pflegefach-frau/-mann HF	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege
3	Verfügen über Wissen zu geriatrischen Krankheitsbildern und Syndromen (z.B. Frailty, Stürze).	Erinnern	0%	69%	84%	61%	44%
4	Kennen komplexe Interaktionen von akuten und chronischen, physischen und psychischen Mehrfacherkrankungen und berücksichtigen diese bei der Behandlung und Pflege.	Erinnern, Evaluieren	0%	38%	86%	64%	47%
5	Identifizieren häufige Risikofaktoren, die zu einer Verschlechterung von kognitiven oder körperlichen Fähigkeiten führen, die Lebensqualität beeinträchtigen oder eine körperliche Abhängigkeit verstärken und wirken diesen entgegen.	Analysieren, Evaluieren	2%	47%	88%	69%	42%
6	Verfügen über die Kompetenz, kognitive und körperliche Einschränkungen sowie geriatrische Syndrome zu identifizieren, den damit einhergehenden Unterstützungsbedarf einzuschätzen und entsprechende Massnahmen umzusetzen.	Anwenden, Analysieren	2%	30%	78%	70%	48%
7	Setzen bei der umfassenden/ganzheitlichen Beurteilung bewährte (d.h. reliable und valide) Assessments, Instrumente und Verfahren rechtzeitig ein und berücksichtigen dabei die aktuelle Evidenz.	Anwenden, Analysieren, Kreieren	2%	20%	70%	70%	52%
8	Nutzen die umfassende/ganzheitliche Beurteilung, um die Entscheidungsfindung für angemessene Screenings, diagnostische Tests, Behandlung und Planung der Pflege zu unterstützen.	Anwenden, Analysieren, Kreieren	0%	13%	66%	69%	52%
9	Wenden eine geschlechtsspezifische Pflege an, bei der sie sensibel für kulturelle und psychosoziale Aspekte sind beim Umgang mit der sexuellen Gesundheit älterer Menschen.	Anwenden	2%	66%	77%	56%	34%

Quelle: Eigene Darstellung.

Patientensicherheit und Medikation

Die Kompetenz, die von den Praxisexperten/-innen heute innerhalb dieses Kompetenzbereichs als die wichtigste betrachtet wird, ist «Stellen sicher, dass die Richtlinien für das Medikamentenmanagement in der Pflegeinstitution und Zuhause in Zusammenarbeit mit dem Arzt/der Ärztin und dem/der Apotheker/-in eingehalten werden» (vgl. Tabelle 7). In der Zukunft hingegen wird die Kompetenz «Kennen die Prinzipien und Praktiken der sicheren, angemessenen und effektiven Medikamentenverwendung und -überwachung bei älteren Menschen [...]» von den Praxisexperten/-innen wichtiger beurteilt. Den grössten Zuwachs an Wichtigkeit verzeichnet die Kompetenz «Verfügen über ein umfassendes Wissen in der Verschreibungspraxis von Medikamenten, [...]».

Für das Ausbildungsniveau Fachperson Gesundheit EFZ nimmt der Prozentanteil der Einstufung der Kompetenzen bei zunehmender Komplexität auch in diesem Bereich meistens ab (vgl. Tabelle 8). Generell wird das Niveau der dipl. Pflegefachpersonen HF am häufigsten als ideal erachtet.

Tabelle 7: Mittelwerte der Wichtigkeit der spezifischen Kompetenzen im Bereich «Patientensicherheit und Medikation», heute und in der Zukunft

Nr.	Kompetenz	Wichtigkeit heute	Wichtigkeit in der Zukunft	Differenz Zukunft-Heute	SD Wichtigkeit Zukunft	N
10	Besitzen Wissen zu Sicherheitsvorgaben und -verfahren, z.B. zu Schutzkonzepten, Infektionskontrolle, äussere Einflüsse (z.B. Hitzewelle), aggressivem Verhalten.	4.37	4.73	0.36	0.45	61
11	Schätzen Risikofaktoren und Gefahren richtig ein und verhindern Schäden/unerwünschte Ereignisse für ältere Menschen sowie Angehörige und Personal.	4.42	4.68	0.27	0.50	61
12	Fördern in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen die Sicherheit der älteren Menschen.	4.05	4.56	0.51	0.68	61
13	Identifizieren Situationen mit Gewaltpotential gegen ältere Menschen und ergreifen präventive Massnahmen.	4.19	4.60	0.41	0.67	61
14	Besitzen Kenntnisse zu den Indikationen (und Kontraindikationen) von Medikamenten (inkl. Pharmakokinetik, Pharmakodynamik), die üblicherweise bei der Behandlung älterer Menschen eingesetzt werden.	4.42	4.82	0.40	0.50	61
15	Kennen die Prinzipien und Praktiken der sicheren, angemessenen und effektiven Medikamentenverwendung und -überwachung bei älteren Menschen (inkl. der Thematik der Polymedikation) und setzen diese in der Praxis um.	4.41	4.88	0.47	0.33	61
16	Stellen sicher, dass die Richtlinien für das Medikamentenmanagement in der Pflegeinstitution und Zuhause in Zusammenarbeit mit dem Arzt/der Ärztin und dem/der Apotheker/-in eingehalten werden.	4.60	4.72	0.12	0.52	61
17	Kennen Strategien zur Verhinderung von Medikationsfehlern und wenden diese in der Praxis an.	4.55	4.82	0.27	0.43	61
18	Verfügen über ein umfassendes Wissen in der Verschreibungspraxis von Medikamenten, einschliesslich der Bewertung von Risiken und Nutzen komplexer Fälle bei älteren Menschen.	3.76	4.45	0.69	0.70	61

Quelle: Eigene Darstellung. Legende: Skala: 1 = gar nicht wichtig bis 5 = sehr wichtig.

Tabelle 8: Ideales Ausbildungsniveau in der Praxis für die spezifischen Kompetenzen im Bereich «Patientensicherheit und Medikation»

Nr.	Kompetenz	Ideales Ausbildungsniveau in der Praxis					
		Taxonomie- stufen nach Bloom	Kompetenz ist nicht relevant	Fachperson Gesundheit EFZ	dipl. Pflegefach- frau/-mann HF	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege
10	Besitzen Wissen zu Sicherheitsvorgaben und -verfahren, z.B. zu Schutzkonzepten, Infektionskontrolle, äussere Einflüsse (z.B. Hitzewelle), aggressivem Verhalten.	Erinnern	0%	80%	84%	61%	44%
11	Schätzen Risikofaktoren und Gefahren richtig ein und verhindern Schäden/unerwünschte Ereignisse für ältere Menschen sowie Angehörige und Personal.	Anwenden, Analysieren, Evaluieren	0%	62%	80%	61%	44%
12	Fördern in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen die Sicherheit der älteren Menschen.	Anwenden	0%	46%	77%	67%	51%
13	Identifizieren Situationen mit Gewaltpotential gegen ältere Menschen und ergreifen präventive Massnahmen.	Anwenden, Analysieren, Kreieren	0%	54%	75%	70%	48%
14	Besitzen Kenntnisse zu den Indikationen (und Kontraindikationen) von Medikamenten (inkl. Pharmakokinetik, Pharmakodynamik), die üblicherweise bei der Behandlung älterer Menschen eingesetzt werden.	Erinnern	0%	51%	80%	67%	52%
15	Kennen die Prinzipien und Praktiken der sicheren, angemessenen und effektiven Medikamentenverwendung und -überwachung bei älteren Menschen (inkl. der Thematik der Polymedikation) und setzen diese in der Praxis um.	Erinnern, Anwenden	0%	41%	84%	69%	49%
16	Stellen sicher, dass die Richtlinien für das Medikamentenmanagement in der Pflegeinstitution und Zuhause in Zusammenarbeit mit dem Arzt/der Ärztin und dem/der Apotheker/-in eingehalten werden.	Anwenden	0%	38%	84%	66%	49%
17	Kennen Strategien zur Verhinderung von Medikationsfehlern und wenden diese in der Praxis an.	Erinnern, Anwenden	0%	69%	80%	66%	51%
18	Verfügen über ein umfassendes Wissen in der Verschreibungspraxis von Medikamenten, einschliesslich der Bewertung von Risiken und Nutzen komplexer Fälle bei älteren Menschen.	Erinnern, Kreieren	0%	8%	56%	64%	62%

Quelle: Eigene Darstellung.

Neurokognitive Störungen und gerontopsychiatrische Erkrankungen

Die Kompetenz, die von den Praxisexperten/-innen heute innerhalb dieses Kompetenzbereichs als die wichtigste betrachtet wird, ist: «Unterstützen Angehörige beim Umgang mit Menschen mit Demenz» (vgl. Tabelle 9). In der Zukunft wird die Kompetenz «Kennen aktuelle Konzepte sowie Modelle zum Umgang mit Menschen mit Demenz und wenden diese fachgerecht an» von den Praxisexperten/-innen wichtiger eingestuft. Den grössten Zuwachs an Wichtigkeit verzeichnet die Kompetenz «Schätzen den neurokognitiven und psychischen Zustand älterer Menschen [...] ein».

Das Ausbildungsniveau dipl. Pflegefachperson HF scheint auch hier eine zentrale Rolle für die meisten Kompetenzen zu spielen, mit Ausnahme der Kompetenz «Nutzen aktuelle Forschungsergebnisse [...]», die eher Bachelor- und Masterabsolventen FH/UH zugesprochen wird (vgl. Tabelle 10).

Tabelle 9: Mittelwerte der Wichtigkeit der spezifischen Kompetenzen im Bereich «Neurokognitive Störungen und gerontopsychiatrische Erkrankungen», heute und in der Zukunft

Nr.	Kompetenz	Wichtigkeit heute	Wichtigkeit in der Zukunft	Differenz Zukunft–Heute	SD Wichtigkeit Zukunft	N
19	Kennen neurokognitive Störungen und grenzen sie gegenüber anderen Erkrankungen ab.	3.93	4.48	0.55	0.79	58
20	Identifizieren Faktoren, die sich auf die psychische Gesundheit auswirken.	3.93	4.60	0.67	0.56	58
21	Schätzen den neurokognitiven und psychischen Zustand älterer Menschen sowie komplexe körperliche und psychische Mehrfacherkrankungen richtig ein.	3.82	4.64	0.82	0.70	58
22	Kennen die Symptome eines Deliriums und wissen, was die weiteren Behandlungsschritte sind.	4.28	4.79	0.51	0.49	58
23	Nutzen aktuelle Forschungsergebnisse zu biologischen und verhaltensbezogenen Grundlagen bei der Behandlung psychischer Erkrankungen.	3.23	3.95	0.71	0.95	58
24	Kennen aktuelle Konzepte sowie Modelle zum Umgang mit Menschen mit Demenz und wenden diese fachgerecht an.	4.28	4.81	0.53	0.61	58
25	Unterstützen Angehörige beim Umgang mit Menschen mit Demenz.	4.33	4.79	0.46	0.41	58

Quelle: Eigene Darstellung. Legende: Skala: 1 = gar nicht wichtig bis 5 = sehr wichtig

Tabelle 10: Mittelwerte der Wichtigkeit der spezifischen Kompetenzen im Bereich «Neurokognitive Störungen und gerontopsychiatrische Erkrankungen»

Nr.	Kompetenz	Ideales Ausbildungsniveau in der Praxis					
		Taxonomie-stufen nach Bloom	Kompetenz ist nicht relevant	Fachperson Gesundheit EFZ	dipl. Pflegefach-frau/-mann HF	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege
19	Kennen neurokognitive Störungen und grenzen sie gegenüber anderen Erkrankungen ab.	Erinnern, Analysieren	0%	45%	83%	66%	47%
20	Identifizieren Faktoren, die sich auf die psychische Gesundheit auswirken.	Analysieren	0%	52%	79%	66%	43%
21	Schätzen den neurokognitiven und psychischen Zustand älterer Menschen sowie komplexe körperliche und psychische Mehrfacherkrankungen richtig ein.	Evaluieren	2%	12%	74%	66%	50%
22	Kennen die Symptome eines Deliriums und wissen, was die weiteren Behandlungsschritte sind.	Erinnern, Anwenden	0%	59%	81%	64%	41%
23	Nutzen aktuelle Forschungsergebnisse zu biologischen und verhaltensbezogenen Grundlagen bei der Behandlung psychischer Erkrankungen.	Analysieren, Evaluieren	2%	3%	34%	81%	69%
24	Kennen aktuelle Konzepte sowie Modelle zum Umgang mit Menschen mit Demenz und wenden diese fachgerecht an.	Erinnern, Anwenden	2%	60%	84%	71%	55%
25	Unterstützen Angehörige beim Umgang mit Menschen mit Demenz.	Anwenden	0%	64%	91%	62%	45%

Quelle: Eigene Darstellung.

Palliative Care inklusive Spiritualität/Sinnhaftigkeit

Die Kompetenz, die von den Praxisexperten/-innen heute innerhalb dieses Kompetenzbereichs als die wichtigste betrachtet wird, ist: «Leisten eine nicht wertende ethische und respektvolle Pflege» (vgl. Tabelle 11). In der Zukunft wird die Kompetenz «Arbeiten möglichst respektvoll und sensibel hinsichtlich kultureller Gepflogenheiten mit dem älteren Menschen und dessen Angehörigen bei der Palliative Care zusammen» als wichtiger erachtet. Den grössten Zuwachs verzeichnet die Kompetenz «Befähigen ältere Menschen [...], ihre Behandlungswünsche auszudrücken».

Die Tendenz der Verlagerung auf höhere Ausbildungsniveaus mit der Zunahme der Komplexität bestätigt sich grösstenteils (vgl. Tabelle 12). Das Ausbildungsniveau dipl. Pflegefachperson HF spielt auch hier wiederum eine zentrale Rolle für alle Kompetenzen.

Tabelle 11: Mittelwerte der Wichtigkeit der spezifischen Kompetenzen im Bereich «Palliative Care inklusive Spiritualität/Sinnhaftigkeit», heute und in der Zukunft

Nr.	Kompetenz	Wichtigkeit heute	Wichtigkeit in der Zukunft	Differenz Zukunft–Heute	SD Wichtigkeit Zukunft	N
26	Arbeiten möglichst respektvoll und sensibel hinsichtlich kultureller Gepflogenheiten mit dem älteren Menschen und dessen Angehörigen bei der Palliative Care zusammen.	4.55	4.84	0.29	0.42	56
27	Unterstützen ältere Menschen emotional, indem sie ihre religiösen Überzeugungen und spirituellen Bedürfnisse berücksichtigen.	4.22	4.51	0.29	0.79	56
28	Leisten eine nicht wertende ethische und respektvolle Pflege.	4.67	4.82	0.15	0.47	56
29	Behandeln ältere Menschen in der End-of-Life-Care angemessen und evidenzbasiert.	4.53	4.81	0.28	0.44	56
30	Befähigen ältere Menschen, wo angebracht zusammen mit ihren Angehörigen, im Sinne des Advanced Care Planning ihre Behandlungswünsche auszudrücken.	4.09	4.62	0.53	0.73	56

Quelle: Eigene Darstellung. Legende: Skala: 1 = gar nicht wichtig bis 5 = sehr wichtig.

Tabelle 12: Ideales Ausbildungsniveau in der Praxis für die spezifischen Kompetenzen im Bereich «Palliative Care inklusive Spiritualität/Sinnhaftigkeit»

Nr.	Kompetenz	Ideales Ausbildungsniveau in der Praxis					
		Taxonomie-stufen nach Bloom	Kompetenz ist nicht relevant	Fachperson Gesundheit EFZ	dipl. Pflegefach-frau/-mann HF	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege
26	Arbeiten möglichst respektvoll und sensibel hinsichtlich kultureller Gepflogenheiten mit dem älteren Menschen und dessen Angehörigen bei der Palliative Care zusammen.	Erinnern, Verstehen, Anwenden	0%	79%	89%	61%	41%
27	Unterstützen ältere Menschen emotional, indem sie ihre religiösen Überzeugungen und spirituellen Bedürfnisse berücksichtigen.	Erinnern, Verstehen, Anwenden	2%	80%	79%	55%	36%
28	Leisten eine nicht wertende ethische und respektvolle Pflege.	Erinnern, Verstehen, Anwenden	0%	89%	80%	59%	45%
29	Behandeln ältere Menschen in der End-of-Life-Care angemessen und evidenzbasiert.	Anwenden	0%	55%	82%	66%	45%
30	Befähigen ältere Menschen, wo angebracht zusammen mit ihren Angehörigen, im Sinne des Advanced Care Planning ihre Behandlungswünsche auszudrücken.	Anwenden, Analysieren, Evaluieren, Kreieren	0%	27%	80%	68%	46%

Quelle: Eigene Darstellung.

Personenzentrierte Pflege und Kommunikation

Die Kompetenz, die heute innerhalb dieses Kompetenzbereichs von den Praxisexperten/-innen als die wichtigste betrachtet wird, ist «Begegnen den älteren Menschen und ihren Angehörigen bei der pflegerischen und psychosozialen Betreuung mit Empathie und Respekt und fördern die informierte und geteilte Entscheidungsfindung» (vgl. Tabelle 13). In der Zukunft wird die Kompetenz «Befähigen die älteren Menschen und deren Angehörige, die Pflege und ihren Alltag so lang wie möglich selbstbestimmt zu gestalten» von den Praxisexperten/-innen wichtiger betrachtet. Die Kompetenz «Berücksichtigen die Ressourcen von älteren Menschen und ihren Angehörigen [...]» zeigt die grösste Differenz zwischen der Wichtigkeit heute und in der Zukunft, bleibt jedoch in beiden Fällen die am wenigsten wichtige.

Bezüglich Ausbildungsniveau sind hier keine klaren Tendenzen zu erkennen; ausser, dass das Ausbildungsniveau dipl. Pflegefachperson HF wiederum eine zentrale Rolle für alle Kompetenzen spielt (vgl. Tabelle 14).

Tabelle 13: Mittelwerte der Wichtigkeit der spezifischen Kompetenzen im Bereich «Personenzentrierte Pflege und Kommunikation», heute und in der Zukunft

Nr.	Kompetenz	Wichtigkeit heute	Wichtigkeit in der Zukunft	Differenz Zukunft-Heute	SD Wichtigkeit Zukunft	N
31	Verfügen über Wissen zur personenzentrierten und ganzheitlichen Pflege.	4.10	4.52	0.42	0.80	54
32	Berücksichtigen die individuellen Voraussetzungen, Mehrfacherkrankungen, Lebenslagen, Bedürfnisse, Präferenzen und Behandlungsziele einer älteren Person bei der Planung und Durchführung der Pflege.	4.28	4.75	0.47	0.48	54
33	Berücksichtigen die Ressourcen von älteren Menschen und ihren Angehörigen, beispielsweise beim Aufbau von informellen Hilfesystemen (z.B. Nachbarn oder Pfarrer/-in) sowie Caring Communities respektive «sorgende Gemeinschaften» (z.B. Vereine).	3.69	4.31	0.63	0.99	54
34	Dienen als Kontaktpersonen für ältere Menschen und ihre Angehörigen bei Fragen und Unsicherheiten.	4.08	4.45	0.38	0.80	54
35	Begegnen den älteren Menschen und ihren Angehörigen bei der pflegerischen und psychosozialen Betreuung mit Empathie und Respekt und fördern die informierte und geteilte Entscheidungsfindung.	4.38	4.75	0.38	0.55	54
36	Befähigen die älteren Menschen und deren Angehörige, die Pflege und ihren Alltag so lang wie möglich selbstbestimmt zu gestalten.	4.27	4.77	0.50	0.55	54
37	Berücksichtigen mögliche Barrieren für ältere Menschen beim Empfangen, Verstehen und Weitergeben von Informationen.	4.30	4.68	0.38	0.55	54
38	Entwickeln Kommunikationsstrategien zur Überwindung möglicher sensorischer, sprachlicher und kognitiver Einschränkungen bei älteren Menschen.	4.15	4.67	0.52	0.55	54

Quelle: Eigene Darstellung. Legende: Skala: 1 = gar nicht wichtig bis 5 = sehr wichtig.

Tabelle 14: Ideales Ausbildungsniveau in der Praxis für die spezifischen Kompetenzen im Bereich «Personenzentrierte Pflege und Kommunikation»

Nr.	Kompetenz	Ideales Ausbildungsniveau in der Praxis					
		Taxonomie- stufen nach Bloom	Kompetenz ist nicht relevant	Fachperson Gesundheit EFZ	dipl. Pflegefach- frau/-mann HF	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege
31	Verfügen über Wissen zur personenzentrierten und ganzheitlichen Pflege.	Erinnern	2%	63%	85%	61%	46%
32	Berücksichtigen die individuellen Voraussetzungen, Mehrfacherkrankungen, Lebenslagen, Bedürfnisse, Präferenzen und Behandlungsziele einer älteren Person bei der Planung und Durchführung der Pflege.	Verstehen, Anwenden	0%	50%	87%	65%	41%
33	Berücksichtigen die Ressourcen von älteren Menschen und ihren Angehörigen, beispielsweise beim Aufbau von informellen Hilfesystemen (z.B. Nachbarn oder Pfarrer/-in) sowie Caring Communities respektive «sorgende Gemeinschaften» (z.B. Vereine).	Verstehen, Anwenden	9%	31%	67%	59%	31%
34	Dienen als Kontaktpersonen für ältere Menschen und ihre Angehörigen bei Fragen und Unsicherheiten.	Anwenden	2%	48%	87%	56%	31%
35	Begegnen den älteren Menschen und ihren Angehörigen bei der pflegerischen und psychosozialen Betreuung mit Empathie und Respekt und fördern die informierte und geteilte Entscheidungsfindung.	Anwenden	0%	69%	80%	65%	43%
36	Befähigen die älteren Menschen und deren Angehörige, die Pflege und ihren Alltag so lang wie möglich selbstbestimmt zu gestalten.	Anwenden, Analysieren, Evaluieren	0%	67%	83%	56%	35%
37	Berücksichtigen mögliche Barrieren für ältere Menschen beim Empfangen, Verstehen und Weitergeben von Informationen.	Anwenden, Analysieren	2%	78%	81%	54%	41%
38	Entwickeln Kommunikationsstrategien zur Überwindung möglicher sensorischer, sprachlicher und kognitiver Einschränkungen bei älteren Menschen.	Analysieren, Evaluieren, Kreieren	2%	48%	78%	59%	41%

Quelle: Eigene Darstellung.

Gesundheitsförderung inklusive Gesundheitskompetenz

Die Kompetenz, die heute von den Praxisexperten/-innen innerhalb dieses Kompetenzbereichs als die wichtigste betrachtet wird, ist «Berücksichtigen bei der Umsetzung von Massnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung [...]» (vgl. Tabelle 15). In der Zukunft wird die Kompetenz «Besitzen evidenzbasiertes Wissen und Fähigkeiten in der Gesundheitsförderung und Prävention älterer Menschen [...]» wichtiger beurteilt. Die Kompetenz «Analysieren die Auswirkungen des Alters und der alters- und krankheitsbedingten Veränderungen in Bezug auf die Sinneswahrnehmung [...]» gewinnt in Zukunft am meisten an Wichtigkeit, bleibt jedoch die am zweit wenigsten wichtige Kompetenz in der Zukunft.

Bezüglich Ausbildungsniveau zeigt sich, dass die Förderung der Gesundheitskompetenzen im Berufsalltag vor allem den dipl. Pflegefachpersonen HF zugewiesen wird, währenddessen die Analyse der Auswirkungen des Alters sowie von evidenzbasiertem Wissen eher dem Bachelorniveau FH/UH zugeschrieben wird (vgl. Tabelle 16).

Tabelle 15: Mittelwerte der Wichtigkeit der spezifischen Kompetenzen im Bereich «Gesundheitsförderung inklusive Gesundheitskompetenz», heute und in der Zukunft

Nr.	Kompetenz	Wichtigkeit heute	Wichtigkeit in der Zukunft	Differenz Zukunft–Heute	SD Wichtigkeit Zukunft	N
39	Besitzen evidenzbasiertes Wissen und Fähigkeiten in der Gesundheitsförderung und Prävention älterer Menschen, z.B. in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Frailty, Inkontinenz, Darmpflege, Dysphagie, Wundpflege und Hautgesundheit sowie Diabetes und andere Langzeiterkrankungen.	3.85	4.60	0.75	0.60	53
40	Analysieren die Auswirkungen des Alterns und der alters- und krankheitsbedingten Veränderungen in Bezug auf die Sinneswahrnehmung, Kognition, Zuversicht in der Nutzung von Technologie, die Gesundheitskompetenz und das Zahlenverständnis auf die Lernfähigkeit und -bereitschaft und passen Interventionen entsprechend an.	3.39	4.18	0.79	0.98	53
41	Fördern die Gesundheit älterer Menschen und setzen Massnahmen im Bereich der Prävention um.	3.90	4.58	0.67	0.75	53
42	Fördern die Gesundheitskompetenzen des älteren Menschen.	3.71	4.27	0.57	0.87	53
43	Kennen die Bedeutung von sozialen Kontakten sowie adäquaten Wohn- und Lebensbedingungen für die Gesundheitsförderung, insbesondere für das mentale Wohlbefinden, und setzen entsprechende Massnahmen um.	3.87	4.46	0.60	0.80	53
44	Kennen Massnahmen zur Förderung des gesunden Alterns, z.B. entsprechende Wohn- und Lebenskonzepte.	3.38	4.12	0.74	1.03	53
45	Berücksichtigen bei der Umsetzung von Massnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention das Lebensumfeld sowie die verfügbaren Ressourcen der älteren Menschen.	3.96	4.41	0.45	0.83	53

Quelle: Eigene Darstellung. Legende: Skala: 1 = gar nicht wichtig bis 5 = sehr wichtig.

Tabelle 16: Ideales Ausbildungsniveau in der Praxis für die spezifischen Kompetenzen im Bereich «Gesundheitsförderung inklusive Gesundheitskompetenz»

Nr.	Kompetenz	Ideales Ausbildungsniveau in der Praxis					
		Taxonomie-stufen nach Bloom	Kompetenz ist nicht relevant	Fachperson Gesundheit EFZ	dipl. Pflegefach-frau/-mann HF	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege
39	Besitzen evidenzbasiertes Wissen und Fähigkeiten in der Gesundheitsförderung und Prävention älterer Menschen, z.B. in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Frailty, Inkontinenz, Darmpflege, Dysphagie, Wundpflege und Hautgesundheit sowie Diabetes und andere Langzeiterkrankungen.	Erinnern, Anwenden	6%	6%	49%	66%	60%
40	Analysieren die Auswirkungen des Alterns und der alters- und krankheitsbedingten Veränderungen in Bezug auf die Sinneswahrnehmung, Kognition, Zuversicht in der Nutzung von Technologie, die Gesundheitskompetenz und das Zahlenverständnis auf die Lernfähigkeit und -bereitschaft und passen Interventionen entsprechend an.	Analysieren, Evaluieren, Kreieren	6%	6%	49%	66%	60%
41	Fördern die Gesundheit älterer Menschen und setzen Massnahmen im Bereich der Prävention um.	Anwenden	4%	58%	77%	64%	57%
42	Fördern die Gesundheitskompetenzen des älteren Menschen.	Anwenden	4%	38%	75%	58%	47%
43	Kennen die Bedeutung von sozialen Kontakten sowie adäquaten Wohn- und Lebensbedingungen für die Gesundheitsförderung, insbesondere für das mentale Wohlbefinden, und setzen entsprechende Massnahmen um.	Verstehen, Anwenden, Evaluieren	2%	53%	79%	62%	42%
44	Kennen Massnahmen zur Förderung des gesunden Alterns, z.B. entsprechende Wohn- und Lebenskonzepte.	Erinnern	9%	32%	53%	64%	49%
45	Berücksichtigen bei der Umsetzung von Massnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention das Lebensumfeld sowie die verfügbaren Ressourcen der älteren Menschen.	Anwenden, Evaluieren	4%	43%	68%	62%	47%

Quelle: Eigene Darstellung.

Digitalisierung

Die Kompetenz, die von den Praxisexperten/-innen heute und in der Zukunft innerhalb dieses Kompetenzbereichs als die wichtigste betrachtet wird, ist «Gewährleisten den Datenschutz bei der Arbeit mit technologischen Hilfsmitteln». Die Kompetenz «Bewerten die Auswirkungen/den Einfluss neuer digitaler Versorgungsformen und Technologien auf den Pflegeprozess [...]» zeigt die stärkste Differenz zwischen der Wichtigkeit heute und in der Zukunft (vgl. Tabelle 17).

Die erste und letzte Kompetenz innerhalb dieses Bereichs, «Verwenden technologische Hilfsmittel in den Bereichen des Informationsmanagements [...]» und «Gewährleisten den Datenschutz bei der Arbeit mit technologischen Hilfsmitteln» wurden vor allem den Ausbildungsniveaus Fachperson Gesundheit EFZ und Pflegefachpersonen HF zugesprochen (vgl. Tabelle 18), während die Bewertung der Auswirkungen neuer digitaler Versorgungsformen eher beim Bachelor FH/UH angesiedelt wird.

Tabelle 17: Mittelwerte der Wichtigkeit der spezifischen Kompetenzen im Bereich «Digitalisierung», heute und in der Zukunft

Nr.	Kompetenz	Wichtigkeit heute	Wichtigkeit in der Zukunft	Differenz Zukunft–Heute	SD Wichtigkeit Zukunft	N
46	Verwenden technologische Hilfsmittel in den Bereichen des Informationsmanagements, der Pflege und Betreuung und der Kommunikation im Team möglichst effizient, um ältere Menschen in ihrer Unabhängigkeit zu unterstützen und die Pflegequalität zu verbessern.	3.67	4.57	0.90	0.67	53
47	Bewerten die Auswirkungen/den Einfluss neuer digitaler Versorgungsformen und Technologien auf den Pflegeprozess (z.B. assistierende Technologien und Roboter) und wenden diese adäquat im Pflegealltag an.	2.67	3.98	1.31	1.18	53
48	Gewährleisten den Datenschutz bei der Arbeit mit technologischen Hilfsmitteln.	4.45	4.78	0.33	0.70	53

Quelle: Eigene Darstellung. Legende: Skala: 1 = gar nicht wichtig bis 5 = sehr wichtig.

Tabelle 18: Ideales Ausbildungsniveau in der Praxis für die spezifischen Kompetenzen im Bereich «Digitalisierung»

Nr.	Kompetenz	Ideales Ausbildungsniveau in der Praxis					
		Taxonomie-stufen nach Bloom	Kompetenz ist nicht relevant	Fachperson Gesundheit EFZ	dipl. Pflegefachfrau/-mann HF	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege
46	Verwenden technologische Hilfsmittel in den Bereichen des Informationsmanagements, der Pflege und Betreuung und der Kommunikation im Team möglichst effizient, um ältere Menschen in ihrer Unabhängigkeit zu unterstützen und die Pflegequalität zu verbessern.	Anwenden, Evaluieren	2%	75%	85%	57%	43%
47	Bewerten die Auswirkungen/den Einfluss neuer digitaler Versorgungsformen und Technologien auf den Pflegeprozess (z.B. assistierende Technologien und Roboter) und wenden diese adäquat im Pflegealltag an.	Evaluieren	9%	19%	45%	64%	53%
48	Gewährleisten den Datenschutz bei der Arbeit mit technologischen Hilfsmitteln.	Anwenden	2%	74%	68%	57%	53%

Quelle: Eigene Darstellung.

Rechtliche und ethische Aspekte

Die Kompetenz, die heute von den Praxisexperten/-innen innerhalb dieses Kompetenzbereichs als die wichtigste betrachtet wird, ist «Übernehmen Verantwortung für ihr Handeln und respektieren die Würde und Privatsphäre von älteren Menschen [...]» (vgl. Tabelle 19). In der Zukunft bleibt gemäss Befragten diese Kompetenz die wichtigste. Die Kompetenz «Priorisieren bei rechtlich-ethischen Fragen» zeigt die grösste Differenz zwischen der Wichtigkeit heute und in der Zukunft.

Die Tendenz der Verlagerung auf höhere Ausbildungsniveaus mit Zunahme der Komplexität scheint sich hier auch auf den grossen Linien zu bestätigen. Eine Ausnahme bildet die Kompetenz «Übernehmen Verantwortung für ihr Handeln [...]», die allen Ausbildungsniveaus in recht hohem Masse zugewiesen wurde, wobei insbesondere Fachpersonen Gesundheit EFZ einen sehr hohen Wert aufweisen (vgl. Tabelle 20).

Tabelle 19: Mittelwerte der Wichtigkeit der spezifischen Kompetenzen im Bereich «Rechtliche und ethische Aspekte», heute und in der Zukunft

Nr.	Kompetenz	Wichtigkeit heute	Wichtigkeit in der Zukunft	Differenz Zukunft–Heute	SD Wichtigkeit Zukunft	N
49	Verfügen über Wissen zu ethischen und rechtlichen Standards bei der Arbeit mit älteren Menschen, z.B. sozialrechtliche Leistungen bei neu anfallender Pflegebedürftigkeit oder Patientenrecht oder Beistandschaft.	3.73	4.37	0.63	0.79	53
50	Verfügen über Wissen zu ethischen Theorien und Prinzipien.	3.98	4.47	0.49	0.67	53
51	Halten ethisch-rechtliche Standards ein, z.B. bei Gesprächen oder der Pflegeplanung.	4.15	4.57	0.41	0.70	53
52	Übernehmen Verantwortung für ihr Handeln und respektieren die Würde und Privatsphäre von älteren Menschen bei der Pflege.	4.67	4.85	0.17	0.36	53
53	Erkennen potentiellen oder tatsächlichen physischen, psychischen oder finanziellen Missbrauch und/oder Selbstvernachlässigung bei älteren Menschen und treffen entsprechende Massnahmen.	4.18	4.73	0.54	0.53	53
54	Kennen Alternativen zum Einsatz von bewegungseinschränkenden Massnahmen oder zu medizinische Zwangsmassnahmen bei älteren Menschen.	4.17	4.59	0.42	0.78	53
55	Identifizieren mögliche ethische Konflikte, sprechen diese adäquat an und führen Fallbesprechungen durch.	3.94	4.65	0.71	0.59	53
56	Priorisieren bei rechtlich-ethischen Fragen (z.B. assistierter Suizid) anhand von relevanten Kriterien, wägen gesellschaftliche, wissenschaftliche und ethische Aspekte ab und wenden die Implikationen in der Praxis an.	3.70	4.49	0.79	0.90	53

Quelle: Eigene Darstellung. Legende: Skala: 1 = gar nicht wichtig bis 5 = sehr wichtig.

Tabelle 20: Ideales Ausbildungsniveau in der Praxis für die spezifischen Kompetenzen im Bereich «Rechtliche und ethische Aspekte»

Nr.	Kompetenz	Ideales Ausbildungsniveau in der Praxis					
		Taxonomie- stufen nach Bloom	Kompetenz ist nicht relevant	Fachperson Gesundheit EFZ	dipl. Pflegefach- frau/-mann HF	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege
49	Verfügen über Wissen zu ethischen und rechtlichen Standards bei der Arbeit mit älteren Menschen, z.B. sozialrechtliche Leistungen bei neu anfallender Pflegebedürftigkeit oder Patientenrecht oder Beistandschaft.	Erinnern	0%	32%	85%	75%	57%
50	Verfügen über Wissen zu ethischen Theorien und Prinzipien.	Erinnern	2%	43%	75%	70%	57%
51	Halten ethisch-rechtliche Standards ein, z.B. bei Gesprächen oder der Pflegeplanung.	Anwenden	0%	49%	83%	60%	51%
52	Übernehmen Verantwortung für ihr Handeln und respektieren die Würde und Privatsphäre von älteren Menschen bei der Pflege.	Anwenden	2%	91%	79%	68%	57%
53	Erkennen potentiellen oder tatsächlichen physischen, psychischen oder finanziellen Missbrauch und/oder Selbstvernachlässigung bei älteren Menschen und treffen entsprechende Massnahmen.	Anwenden, Analysieren, Evaluieren	2%	58%	83%	64%	51%
54	Kennen Alternativen zum Einsatz von bewegungseinschränkenden Massnahmen oder zu medizinische Zwangsmassnahmen bei älteren Menschen.	Erinnern	0%	58%	77%	66%	45%
55	Identifizieren mögliche ethische Konflikte, sprechen diese adäquat an und führen Fallbesprechungen durch.	Analysieren, Evaluieren, Kreieren	0%	15%	75%	81%	58%
56	Priorisieren bei rechtlich-ethischen Fragen (z.B. assistierter Suizid) anhand von relevanten Kriterien, wägen gesellschaftliche, wissenschaftliche und ethische Aspekte ab und wenden die Implikationen in der Praxis an.	Analysieren, Evaluieren, Kreieren	2%	9%	55%	70%	68%

Quelle: Eigene Darstellung.

Interprofessionelle Zusammenarbeit und Leadership

Die Kompetenz, die heute von den Praxisexperten/-innen innerhalb dieses Kompetenzbereichs als die wichtigste betrachtet wird, ist «Fördern als Führungspersonen eine positive Teamzusammenarbeit und das Potential der Teammitglieder» (vgl. Tabelle 21). In der Zukunft ist die Kompetenz «Arbeiten mit anderen Berufsgruppen und interdisziplinär zusammen [...]» die wichtigste. Die Kompetenz «Sind fähig, die Kommunikationsbedürfnisse auf der Abteilung einzuschätzen, um einen Kommunikationsplan für komplexe Situationen zu erstellen» gewinnt in Zukunft am meisten an Wichtigkeit.

Es scheint auch hier die generelle Tendenz zu geben, dass Fachpersonen Gesundheit EFZ über weniger komplexe Kompetenzen verfügen müssen (vgl. Tabelle 22). Das Ausbildungsniveau dipl. Pflegefachperson HF steht auch hier im Zentrum.

Tabelle 21: Mittelwerte der Wichtigkeit der spezifischen Kompetenzen im Bereich «Interprofessionelle Zusammenarbeit und Leadership», heute und in der Zukunft

Nr.	Kompetenz	Wichtigkeit heute	Wichtigkeit in der Zukunft	Differenz Zukunft–Heute	SD Wichtigkeit Zukunft	N
57	Kennen die Gemeinsamkeiten und Unterschiede verschiedener Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialbereich basierend auf den definierten Kompetenzen und Verantwortlichkeiten.	3.75	4.35	0.60	0.86	53
58	Kennen die Rollen der unterschiedlichen Berufsgruppen bei der Durchführung und Interpretation eines umfassenden geriatrischen Assessments.	3.64	4.37	0.73	0.75	53
59	Arbeiten mit anderen Berufsgruppen und interdisziplinär zusammen, um die Gesundheit und Lebensqualität der älteren Menschen zu fördern.	4.27	4.80	0.53	0.45	53
60	Übernehmen innerhalb der interprofessionellen Zusammenarbeit das Case-Management.	3.50	4.18	0.68	0.99	53
61	Vermitteln älteren Menschen und Angehörigen Informationen zu Gesundheitsleistungen und deren Zugänglichkeit sowie zu Langzeitpflegediensten und -unterstützungen.	3.54	4.12	0.58	0.98	53
62	Kommunizieren und koordinieren sich innerhalb eines Teams effizient und regelmässig, insbesondere während der Transition zwischen Dienstleistungserbringern.	4.04	4.69	0.65	0.62	53
63	Fördern als Führungspersonen eine positive Teamzusammenarbeit und das Potential der Teammitglieder.	4.40	4.76	0.36	0.59	53
64	Sind fähig, die Kommunikationsbedürfnisse auf der Abteilung einzuschätzen, um einen Kommunikationsplan für komplexe Situationen zu erstellen.	3.62	4.42	0.81	0.75	53
65	Stellen ein Team mit entsprechenden Kompetenzen zusammen oder überweisen, wo nötig, die älteren Menschen rechtzeitig an adäquate Fachpersonen.	3.71	4.38	0.67	0.99	53
66	Sind fähig, ihre Kompetenzen ständig weiterzuentwickeln, um Veränderungsprozesse in der Gesundheitsversorgung, insbesondere bei der interprofessionellen Zusammenarbeit, zu bewältigen und voranzutreiben.	4.00	4.56	0.56	0.76	53
67	Lernen von und mit anderen Gesundheitsberufen, um die interprofessionelle Zusammenarbeit zu verbessern.	3.78	4.44	0.66	0.81	53

Quelle: Eigene Darstellung. Legende: Skala: 1 = gar nicht wichtig bis 5 = sehr wichtig.

Tabelle 22: Ideales Ausbildungsniveau in der Praxis für die spezifischen Kompetenzen im Bereich «Interprofessionelle Zusammenarbeit und Leadership»

Nr.	Kompetenz	Ideales Ausbildungsniveau in der Praxis					
		Taxonomie- stufen nach Bloom	Kompetenz ist nicht relevant	Fachperson Gesundheit EFZ	dipl. Pflegefach- frau/-mann HF	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege
57	Kennen die Gemeinsamkeiten und Unterschiede verschiedener Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialbereich basierend auf den definierten Kompetenzen und Verantwortlichkeiten.	Erinnern	4%	58%	77%	64%	57%
58	Kennen die Rollen der unterschiedlichen Berufsgruppen bei der Durchführung und Interpretation eines umfassenden geriatrischen Assessments.	Erinnern	0%	34%	74%	72%	60%
59	Arbeiten mit anderen Berufsgruppen und interdisziplinär zusammen, um die Gesundheit und Lebensqualität der älteren Menschen zu fördern.	Anwenden, Kreieren	0%	62%	79%	62%	53%
60	Übernehmen innerhalb der interprofessionellen Zusammenarbeit das Case-Management.	Anwenden	6%	6%	53%	64%	51%
61	Vermitteln älteren Menschen und Angehörigen Informationen zu Gesundheitsleistungen und deren Zugänglichkeit sowie zu Langzeitpflegediensten und -unterstützungen.	Anwenden	6%	25%	64%	62%	43%
62	Kommunizieren und koordinieren sich innerhalb eines Teams effizient und regelmässig, insbesondere während der Transition zwischen Dienstleistungserbringern.	Anwenden, Analysieren, Evaluieren	0%	43%	72%	62%	45%
63	Fördern als Führungspersonen eine positive Teamzusammenarbeit und das Potential der Teammitglieder.	Kreieren	2%	17%	79%	62%	47%
64	Sind fähig, die Kommunikationsbedürfnisse auf der Abteilung einzuschätzen, um einen Kommunikationsplan für komplexe Situationen zu erstellen.	Evaluieren, Kreieren	2%	9%	68%	68%	53%
65	Stellen ein Team mit entsprechenden Kompetenzen zusammen oder überweisen, wo nötig, die älteren Menschen rechtzeitig an adäquate Fachpersonen.	Analysieren, Evaluieren, Kreieren	4%	4%	68%	60%	49%
66	Sind fähig, ihre Kompetenzen ständig weiterzuentwickeln, um Veränderungsprozesse in der Gesundheitsversorgung, insbesondere bei der interprofessionellen Zusammenarbeit, zu bewältigen und voranzutreiben.	Analysieren, Evaluieren, Kreieren	0%	28%	62%	60%	58%
67	Lernen von und mit anderen Gesundheitsberufen, um die interprofessionelle Zusammenarbeit zu verbessern.	Analysieren, Evaluieren	2%	47%	70%	66%	55%

Quelle: Eigene Darstellung.

Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik

Die Kompetenz, die von den Praxisexperten/-innen heute innerhalb dieses Kompetenzbereichs als die wichtigste betrachtet wird, ist «Fördern eine Kultur für qualitativ hochwertige Pflege» (vgl. Tabelle 23). In der Zukunft bleibt diese Kompetenz die wichtigste. Die Kompetenz «Analysieren und bewerten Stärken und Schwächen unterschiedlicher Versorgungsmodelle» zeigt die grösste Differenz zwischen Wichtigkeit heute und in der Zukunft, bleibt jedoch die am wenigsten wichtige Kompetenz in der Zukunft.

Bezüglich Ausbildungsniveau wird in diesem Kompetenzbereich die Masterstufe als zentral betrachtet (vgl. Tabelle 24).

Tabelle 23: Mittelwerte der Wichtigkeit der spezifischen Kompetenzen im Bereich «Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik», heute und in der Zukunft

Nr.	Kompetenz	Wichtigkeit heute	Wichtigkeit in der Zukunft	Differenz Zukunft–Heute	SD Wichtigkeit Zukunft	N
68	Verstehen die Zusammenhänge von demografischem Wandel, Altersbildern und Wohn- und Lebensformen im Alter und entwickeln neue Konzepte für ältere Menschen, wie beispielsweise generationsübergreifende Lebensformen.	3.13	4.06	0.93	0.98	53
69	Analysieren und bewerten Stärken und Schwächen unterschiedlicher Versorgungsmodelle.	3.06	4.00	0.94	0.99	53
70	Implementieren geeignete Versorgungsmodelle, um eine sichere, qualitativ hochwertige Gesundheits- und Sozialversorgung für ältere Menschen zu fördern.	3.28	4.14	0.86	1.06	53
71	Fördern eine Kultur für qualitativ hochwertige Pflege.	4.17	4.78	0.61	0.51	53
72	Nutzen die Forschung und evidenzbasiertes Wissen zur Qualitätsverbesserung.	3.67	4.44	0.77	0.84	53
73	Besitzen Kenntnisse zur Gesetzgebung, Leistungsfinanzierung und Problematiken in der Finanzierung innerhalb der Gesundheitsversorgung für ältere Menschen.	3.24	4.10	0.86	0.90	53
74	Setzen sich als Experten/-innen in der Politik und der Praxis für die Anliegen der Langzeitpflege ein und beeinflussen diese positiv.	3.63	4.43	0.80	0.87	53
75	Stärken als Mitglieder von Berufsorganisationen die Langzeitpflege.	3.65	4.33	0.68	1.03	53

Quelle: Eigene Darstellung. Legende: Skala: 1 = gar nicht wichtig bis 5 = sehr wichtig.

Tabelle 24: Ideales Ausbildungsniveau in der Praxis für die spezifischen Kompetenzen im Bereich «Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik»

Nr.	Kompetenz	Ideales Ausbildungsniveau in der Praxis					
		Taxonomie-stufen nach Bloom	Kompetenz ist nicht relevant	Fachperson Gesundheit EFZ	dipl. Pflegefach-frau/-mann HF	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege
68	Verstehen die Zusammenhänge von demografischem Wandel, Altersbildern und Wohn- und Lebensformen im Alter und entwickeln neue Konzepte für ältere Menschen, wie beispielsweise generationsübergreifende Lebensformen.	Verstehen, Evaluieren, Kreieren	6%	10%	38%	52%	67%
69	Analysieren und bewerten Stärken und Schwächen unterschiedlicher Versorgungsmodelle.	Analysieren, Evaluieren	2%	0%	13%	46%	75%
70	Implementieren geeignete Versorgungsmodelle, um eine sichere, qualitativ hochwertige Gesundheits- und Sozialversorgung für ältere Menschen zu fördern.	Kreieren	4%	4%	23%	48%	69%
71	Fördern eine Kultur für qualitativ hochwertige Pflege.	Kreieren	0%	37%	73%	73%	67%
72	Nutzen die Forschung und evidenzbasiertes Wissen zur Qualitätsverbesserung.	Kreieren	2%	8%	50%	77%	65%
73	Besitzen Kenntnisse zur Gesetzgebung, Leistungsfinanzierung und Problematiken in der Finanzierung innerhalb der Gesundheitsversorgung für ältere Menschen.	Erinnern	2%	10%	60%	63%	73%
74	Setzen sich als Experten/-innen in der Politik und der Praxis für die Anliegen der Langzeitpflege ein und beeinflussen diese positiv.	Anwenden	6%	15%	46%	60%	75%
75	Stärken als Mitglieder von Berufsorganisationen die Langzeitpflege.	Anwenden	6%	52%	77%	62%	60%

Quelle: Eigene Darstellung.

4.2.4. Zwischenfazit

Die quantitative Analyse der Stichprobenbefragung von Praxisexperten/-innen validiert die Ergebnisse des Literaturreviews für die Schweizer Verhältnisse: Die Kompetenzen legen in ihrer

eingeschätzten Wichtigkeit zwischen heute und in der Zukunft zu und werden nur sehr selten als «nicht relevant» beurteilt.

Inhaltlich zusammenfassend werden laut Praxisexperten/-innen die Kompetenzbereiche der Digitalisierung sowie der Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik in der Zukunft am meisten an Wichtigkeit gewinnen, wobei letztere eher bei den Abschlüssen Master oder Bachelor FH/UH verortet ist. Es wurden auch einige Tendenzen betreffend die Ausbildungsniveaus erkannt: Es zeigt sich die allgemeine Tendenz, dass sich Kompetenzen, je komplexer sie werden, desto mehr auf die höheren Ausbildungsniveaus verlagern (dipl. Pflegefachperson HF, BSc in Pflege FH/UH und MSc in Pflege FH/UH), was der Logik der zunehmenden Komplexität der Lernzieltaxonomie nach Bloom entspricht. Damit einher geht in den meisten Fällen, dass die Wichtigkeit vor allem bei denjenigen Kompetenzen zwischen heute und in Zukunft zunimmt, die höheren Ausbildungsniveaus zugesprochen werden. Allgemein spielt zudem das Ausbildungsniveau dipl. Pflegefachperson HF eine zentrale Rolle für fast alle Kompetenzen. Höheren Ausbildungsniveaus werden ebenfalls fast alle Kompetenzen zugesprochen, aber in einem kleineren Ausmass. Es ist anzunehmen, dass Fachpersonen mit einem Bachelor- oder Masterabschluss FH/UH in fallführenden Funktionen sowie als Pflegeexperten/-innen ebenfalls die Kompetenzen der dipl. Pflegefachpersonen HF besitzen, da sie Mitarbeitende in diesen Kompetenzen oft anleiten und supervidieren. Im Pflegealltag üben aber möglicherweise insbesondere die dipl. Pflegefachpersonen HF diese Tätigkeiten aus.

Einzelne Kompetenzen wurden mehrheitlich den Fachpersonen Gesundheit EFZ zugesprochen, darunter die Kompetenz, über das Wissen zum normalen Alterungsprozess zu verfügen (Kompetenz Nummer 1), ältere Menschen emotional zu unterstützen (27), eine nicht wertende ethische und respektvolle Pflege zu leisten (28), den Datenschutz bei der Arbeit mit technologischen Hilfsmitteln zu gewährleisten (48), sowie Verantwortung für ihr Handeln zu übernehmen und die Würde und Privatsphäre von älteren Menschen in der Pflege zu respektieren (52). Dies könnte so interpretiert werden, dass diese Kompetenzen bereits ab dem Ausbildungsniveau Fachperson Gesundheit EFZ vollumfänglich ausgebildet werden sollten. Auf Masterniveau stechen Kompetenzen im Bereich der Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik hervor, beim Analysieren und Implementieren von neuen Versorgungsmodellen (69, 70) sowie im Bereich Gesetzgebung, Leistungsfinanzierung (73) und dem Einsatz als Experten/-innen in Politik und Praxis für die Anliegen der Langzeitpflege (74). Ansonsten weist ein ähnlicher Prozentsatz an Praxisexperten/-innen dem Masterniveau FH/UH dieselben Kompetenzen wie dem Bachelorniveau FH/UH zu, so zum Beispiel beim umfassenden Wissen in der Verschreibungspraxis von Medikamenten (18) und beim Priorisieren von rechtlich-ethischen Fragen (56). Hier ist erstaunlich, dass beispielsweise die Nutzung von aktuellen Forschungsergebnissen (23, 72) von mehr Praxisexperten/-innen dem Bachelor- als dem Masterniveau FH/UH zugewiesen wurde. Auf der Stufe Bachelor FH/UH sticht auch evidenzbasiertes Wissen zur Gesundheitsförderung sowie die Analyse der Auswirkungen des Alterns als ein Schwerpunkt hervor (39, 40), das Bewerten der Auswirkungen/des Einflusses neuer digitaler Versorgungsformen und Technologien (47) sowie die Identifikation ethischer Konflikte und die Durchführung adäquater Fallbesprechungen (55).

Die aktuellen Ergebnisse stellen die Sicht der Praxisexperten/-innen der Dienstleistungsorganisationen dar, wobei festzuhalten ist, dass die Stichprobenszusammensetzung die Resultate etwas verzerrt haben könnte. So haben viele Praxisexperten/-innen mit Abschluss auf Stufe HF aus

Pflegeheimen in der deutschsprachigen Schweiz an der Befragung teilgenommen und sehr wenige Praxisexperten/-innen mit Abschluss FaGe EFZ. Die gefundenen Tendenzen müssen in den folgenden Arbeitsschritten noch überprüft werden.

4.3. Ergebnisse qualitative Interviews Praxisexperten/-innen

Die Ergebnisse der Literaturanalyse sowie der quantitativen Befragung der Dienstleistungsorganisationen wurden in den fünf qualitativen Interviews mit Praxisexperten/-innen validiert.

Erklärungsansätze für die starke Zunahme der Wichtigkeit einzelner Kompetenzbereiche

Im Folgenden werden die Erklärungsansätze der starken Bedeutungszunahme insbesondere der Kompetenzbereiche Digitalisierung, Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik, interprofessionelle Zusammenarbeit und Leadership zusammengefasst.

Als wichtiges Argument für die Zunahme der Wichtigkeit wurde der demografische Wandel und damit einhergehend die veränderte Altersstruktur genannt. Als Folge sind neue Versorgungsmodelle sowie Wohn- und Lebensformen gefordert.

Als weitere Erklärung wurden der zunehmende technologische Fortschritt und die daraus entstehenden Möglichkeiten für die Langzeitpflege genannt. Neue technologische Entwicklungen würden ermöglichen, Patientendaten besser und genauer zu erfassen. Zudem nähme die Möglichkeit für digitalen Datenaustausch und für digitale Datenverwaltung/-management zu, wie beispielsweise mit dem elektronischen Patientendossier. Gleichzeitig nähme auch die Anforderung an die Datensicherheit zu.

Eine weiterer, zentraler Argumentationspunkt lag in der Verlagerung von stationärer zu vermehrter ambulanter Pflege. Aufgrund des Kostendrucks sowie individueller Bedürfnisse der Patienten/-innen verblieben ältere Personen weniger lange in den Spitälern und beanspruchten entsprechend vermehrt Institutionen und Organisationen wie die Spitex oder Pflegeheime. Die Pflegefachpersonen bei der Spitex und in den Pflegeheimen müssten dabei autonomere Entscheidungen treffen als in Spitälern, und dies in Bezug auf komplexe Situationen. Neben der früheren Entlassung aus dem Spital mit hohem Pflegebedarf spielten auch Multimorbidität, Polypharmazie und psychosoziale Dimensionen, die mit dem Lebensende verbunden seien, eine Rolle.

Die erhöhte Komplexität der Langzeitversorgung bedinge somit auch eine verstärkte interprofessionelle Zusammenarbeit. Beispielsweise seien in interprofessionellen Teams Debatten und Reflexionen über Entscheidungen im Pflegealltag notwendig.

Zudem seien in der ambulanten Langzeitpflege derzeit sehr viele Pflegenden auf Sekundarstufe ausgebildet, welche insbesondere zu Beginn ihrer Laufbahn noch nicht über die erforderliche Tiefe und Breite an Kompetenzen verfügten. Sie müssten daher mentoriert und supervidiert werden, um eine qualitativ hochwertige und sichere Langzeitpflege zu gewährleisten.

Erklärungsansätze für die Bewertung der Wichtigkeit der Kompetenzen

Insgesamt stimmen die genannten Erklärungsansätze der Praxisexperten/-innen in hohem Mass mit den in der Literaturanalyse identifizierten Herausforderungen in der Langzeitpflege überein (vgl. Kapitel 3). Limitierend ist festzuhalten, dass zahlreiche Kompetenzbereiche bereits heute als

sehr wichtig eingeschätzt wurden und entsprechend im Sinne eines Deckeneffekts gewisse Kompetenzbereiche gar nicht sehr viel wichtiger eingeschätzt werden konnten. Als weitere Limitation ist zu erwähnen, dass aufgrund aktueller Diskussionen in der Öffentlichkeit ein Risiko zur Überwertung gewisser Kompetenzbereiche bestehen könnte, wie zum Beispiel der Versorgungspraxis. So führten die zum Zeitpunkt der Interviewdurchführung vorherrschende Coronavirus-Pandemie sowie die Abstimmung über die Volksinitiative «Für eine starke Pflege» (Pflegeinitiative) zu einer hohen Medienpräsenz verschiedener Themenbereiche in der Langzeitpflege. Des Weiteren wurde erwähnt, dass einige Kompetenzen aus verschiedenen Teilkompetenzen zusammengesetzt seien, die unterschiedlich gewichtet werden könnten. Ein Beispiel dafür wäre die Bewertung des Einflusses neuer technischer Hilfsmittel auf den Pflegeprozess und einer adäquaten Anwendung dieser Hilfsmittel. So könne der Fokus eher auf der Bewertung der übergeordneten Ebene oder eher auf der anwendungsorientierten Ebene liegen. Nicht zuletzt unterschieden sich die Ausbildungshintergründe und Settings, in denen die Praxisexperten/-innen arbeiten, was einen Einfluss auf die Bewertung haben könnte.

Implikationen für das weitere Vorgehen

Aufgrund der qualitativen Interviews mit den Praxisexperten/-innen wurden zwei Kompetenzen jeweils in zwei neue Kompetenzen aufgetrennt, um für diese eine klarere Bewertung zu ermöglichen. Zudem wurde eine Kompetenz hinzugefügt. Des Weiteren wurden sprachliche Formulierungen angepasst und innerhalb einzelner Kompetenzen konkrete Beispiele zur besseren Verständlichkeit ergänzt.

5. Zu unterrichtende Kompetenzen aus Sicht der Bildungsinstitutionen

5.1. Methodisches Vorgehen Bildungsinstitutionen

Ziel: Überprüfung, inwieweit die geforderten Kompetenzen bereits in den heutigen Aus- und Weiterbildungen abgedeckt werden und als wie wichtig diese von den Bildungsinstitutionen bewertet werden: Was ist der aktuelle Inhalt der Aus- und Weiterbildungen bzw. welche Kompetenzen werden heute abgedeckt? Inwieweit entsprechen sie den aktuellen und zukünftigen Bedürfnissen?

In einem ersten Schritt wurden die Rückmeldungen aus den qualitativen Interviews integriert, so dass für die Befragung der Bildungsinstitutionen die bestehenden 75 Kompetenzen mit drei zusätzlichen Kompetenzen ergänzt wurden. In einem zweiten Schritt wurde eine erste Fragebogenversion erstellt, die sich in drei Teile gliedert: Zu Beginn wurden die Bildungsexperten/-innen nach ihrer Bildungsinstitution und dem unterrichteten Ausbildungsniveau gefragt. Im zweiten Teil wurden die Bildungsexperten/-innen gebeten einzuschätzen, ob die Kompetenzen aktuell unterrichtet werden und ob sie in der Zukunft unterrichtet werden sollten. Dabei hatten Experten/-innen folgende Antwortmöglichkeiten für die aktuellen Aus- und Weiterbildungsgänge: Die Kompetenz 1 = steht im Fokus, 2 = wird erwähnt, 3 = ist nicht relevant für die Langzeitpflege oder 4) sie können die jeweilige Kompetenz nicht einschätzen. Für die zukünftigen Aus- und Weiterbildungsgänge standen folgende Antwortmöglichkeiten zur Verfügung: Die Kompetenz 1 = sollte im Fokus stehen, 2 = sollte erwähnt werden, 3 = ist nicht relevant für die Langzeitpflege oder 4 = sie können die jeweilige Kompetenz nicht einschätzen. Die Bildungsexperten/-innen wurden gebeten, ihre Einschätzung für die folgenden Ausbildungsniveaus vorzunehmen: Fachpersonen Gesundheit EFZ, Fachperson Langzeitpflege und -betreuung BP, Pflegefachpersonen mit Pflegediplom HF,

BSc in Pflege FH/UH und MSc in Pflege FH/UH. Die ersten beiden Abschlüsse wurden in die Befragung integriert, um eine klare Abgrenzung zu ermöglichen. Zusätzlich hatten die Experten/-innen die Möglichkeit pro Kompetenzbereich einen Kommentar anzufügen sowie eine allgemeine Rückmeldung zu geben. Zur Validierung des Fragebogens wurde ein Pretest-Interview mit der Think-Aloud-Technik mit zwei Bildungsexpertinnen durchgeführt (vgl. Abschnitt A 2.3). Der Fokus lag dabei auf der Verständlichkeit der Kompetenzen, der Fragen und der Antwortmöglichkeiten. Aufgrund des Pretests wurden zwei zusätzliche Kompetenzen zur Förderung des gelingenden Alterns hinzugefügt. Der finale Fragebogen für die Bildungsinstitutionen umfasste somit 80 Kompetenzen.

Insgesamt wurden 37 Personen direkt angeschrieben, die Bildungsinstitutionen auf den Niveaus FaGe EFZ, Dipl. HF, BSc FH/UH, MSc FH/UH sowie den Weiterbildungsbereich (CAS, DAS, MAS) vertreten. Die Personen wurden über die folgenden Institutionen vermittelt: Berner Fachhochschule, Fachhochschule Ostschweiz FHO / OST - Ostschweizer Fachhochschule, Kalaidos Fachhochschule Schweiz, SUPSI, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW, Universität Basel, Université de Lausanne, Haute Ecole Spécialisée de Suisse Orientale HES-SO, BBZ Olten - Gesundheitlich-Soziale Berufsfachschule / Höhere Fachschule Pflege, Berner Bildungszentrum Pflege, Berufsbildungszentrum des Kantons Schaffhausen, BfGS Bildungszentrum für Gesundheit und Soziales, BGS - Bildungszentrum Gesundheit und Soziales, Bildungszentrum Gesundheit & Soziales Kanton Glarus, BZG Bildungszentrum Gesundheit Basel-Stadt, BZGS Berufs- und Weiterbildungszentrum für Gesundheits- und Sozialberufe, BZSL Berufs- und Weiterbildungszentrum Sarganserland, Careum AG Bildungszentrum für Gesundheitsberufe, cef Santé Social, Cefops, Centre de formation professionnelle santé et social, Höhere Fachschule Gesundheit und Soziales, Scuola superiore in cure infermieristiche, XUND Bildungszentrum Gesundheit Zentralschweiz und ZAG - Zentrum für Ausbildung im Gesundheitswesen. Innerhalb der erwähnten Organisationen wurde der Fragebogen an Mitarbeitende im Schneeballverfahren weitergeleitet, sodass nicht bestimmt werden kann, wie viele Personen den Fragebogen insgesamt erhalten haben. Die Umfrage war während vier Wochen zugänglich, wobei nach zweieinhalb Wochen eine Erinnerung verschickt wurde. Einschlusskriterium für die Auswertung war, dass mindestens eine Frage zum passenden Ausbildungsniveau der Kompetenzen beantwortet wurde.

Die Daten wurden deskriptiv ausgewertet. Für jedes Ausbildungsniveau pro Kompetenz wurde ein Prozentwert berechnet, der ein Mass für die Zustimmung ist, dass die jeweilige Kompetenz aktuell unterrichtet wird bzw. in der Zukunft unterrichtet werden sollte. Dabei wurden sechs Prozentwerte pro Kompetenz und Ausbildungsniveau berechnet, nämlich für «Ja, steht im Fokus», «Ja, wird erwähnt», «Nein, wird nicht unterrichtet», «Ja, sollte im Fokus stehen», «Ja, sollte erwähnt werden» und «Nein, sollte nicht unterrichtet werden». Für die nachfolgenden Analysen wurden die beiden Prozentwerte für «Ja, steht im Fokus» sowie «Ja, sollte im Fokus stehen» verwendet.

Ergänzend zur quantitativen Befragung wurden mit fünf Bildungsexperten/-innen qualitative Interviews durchgeführt, um die Kompetenzen nochmals zu validieren sowie zu eruieren, wo aus Sicht der Bildungsexperten/-innen Handlungsbedarf besteht (vgl. Abschnitt A 2.4).

5.2. Ergebnisse Befragung Bildungsinstitutionen

Dieses Kapitel gliedert sich in vier Unterkapitel. Zuerst wird eine Übersicht zu Merkmalen der Teilnehmer/-innen der Befragung gegeben. Nachfolgend wird beschrieben, zuerst welche Kompetenzbereiche und dann welche Kompetenzen auf welchem Ausbildungsniveau aktuell unterrichtet werden sowie welche Kompetenzbereiche bzw. Kompetenzen für welches Ausbildungsniveau zukünftig unterrichtet werden sollte. Abschliessend wird ein Fazit gezogen.

5.2.1. Übersicht zu Teilnehmern/-innen

Die Stichprobe der befragten Bildungsexperten/-innen bestand aus insgesamt 58 Personen, wovon 57 Prozent weiblich und 43 Prozent männlich waren. Das Durchschnittsalter betrug 49 Jahre, mit Teilnehmer/-innen zwischen 32 und 62 Jahren. 74 Prozent der Praxisexperten/-innen haben die Umfrage auf Deutsch beantwortet, 26 Prozent auf Französisch. 88 Prozent haben die Umfrage allein ausgefüllt, 6 Prozent zu zweit und 6 Prozent in einer Gruppe. Insgesamt gaben 34 Prozent ihre Funktion als Lehrperson an, 19 Prozent waren Dozierende, 15 Prozent waren Professoren/-innen sowie 31 Prozent hatten eine andere Funktion/Rolle, beispielsweise Bildungsverantwortliche/-r, innerhalb ihrer Bildungsinstitution. Rund 28 Prozent gaben als höchste Ausbildung das Doktorat, 20 Prozent den Master of Science in Pflege, 18 Prozent dipl. Pflegefachperson HF und 10 Prozent den Bachelor of Science in Pflege FH/UH an. 25 Prozent nannten eine höchste Ausbildung ausserhalb der Pflege und haben im Kommentarfeld Weiterbildungen wie MAS Schulentwicklung und Qualitätssicherung genannt. Im Bereich der Erwachsenenbildung verfügten 15 Prozent über ein MAS, 10 Prozent über ein CAS und 5 Prozent über ein DAS. Zudem waren 8 Prozent dipl. Erwachsenenbildner/-innen HF, 3 Prozent Berufsbildner/-in und 8 Prozent hatten keine Aus-/Weiterbildung im Bereich der Erwachsenenbildung. Des Weiteren hatten 51 Prozent eine andere höchste Ausbildung im Bereich der Erwachsenenbildung, unter anderem Diplom Dozierende HF, Hochschuldidaktik BFH oder Berufsschullehrer/-in.

5.2.2. Aktuell unterrichtete Kompetenzbereiche sowie Bedarf in der Zukunft

In Tabelle 25 sind die 11 Kompetenzbereiche nach Ausbildungsniveaus aufgeführt. Für jede Kombination aus Kompetenzbereich und Ausbildungsniveau wird jeweils die Prozentanzahl der Antworten "Ja, steht im Fokus" des Unterrichts bzw. "Ja, sollte im Fokus stehen" präsentiert. Diese Prozentwerte bilden ein Mass für die Zustimmung, dass die jeweilige Kompetenz aktuell unterrichtet wird bzw. dass sie in der Zukunft unterrichtet werden sollte. Zur besseren Visualisierung der Ergebnisse wurden alle Werte ab 60% grün hervorgehoben.

Sechs der elf Kompetenzbereiche stehen gemäss Bildungsexperten/-innen aktuell besonders im Fokus des Unterrichts verschiedener Ausbildungsniveaus (Werte ab 60%): der Bereich Veränderungen im Alter steht vor allem in den Stufen bis zur dipl. Pflegefachpersonen HF im Fokus des Unterrichts. Geriatrische Syndrome werden hingegen vor allem in den Ausbildungsgängen zum Bachelor FH/UH, Master FH/UH und in der Weiterbildung unterrichtet. Neurokognitiven Störungen und gerontopsychiatrische Erkrankungen, personenzentrierte Pflege und Kommunikation sowie rechtliche und ethische Aspekte werden vor allem auf den Stufen HF, Bachelor FH/UH und Master FH/UH unterrichtet. Interprofessionelle Zusammenarbeit und Leadership steht heute vor allem im Fokus des Masterstudiums (vgl. Tabelle 25). Insgesamt validieren die Experteneinschätzungen nochmals die identifizierten Kompetenzbereiche aus der Literaturrecherche, da die Kompetenzen mehrheitlich Ausbildungsniveaus der Tertiärstufe zugeschrieben werden.

Gemäss Expertenmeinung sollten alle Kompetenzbereiche in der Zukunft bei mindestens einem Ausbildungsniveau im Unterricht hohe Priorität haben (Werte >60%). Insbesondere sollten neu die Patientensicherheit und Medikation, Palliative Care inklusive Spiritualität/Sinnhaftigkeit, die Gesundheitsförderung inklusive Gesundheitskompetenz, die Digitalisierung sowie die Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik ebenfalls im Fokus des Unterrichts stehen. Gemäss Bildungsexperten/-innen soll die Mehrheit der Kompetenzbereiche in den Ausbildungsniveaus ab dipl. Pflegefachperson HF bis zur Weiterbildung unterrichtet werden. Der Kompetenzbereich Veränderung im Alter soll hingegen bei allen Ausbildungsniveaus im Fokus des Unterrichts stehen, während die Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik vor allem im Fokus des Masterstudiums stehen soll.

Tabelle 25: Aktuell unterrichtete Kompetenzbereiche sowie Bedarf in der Zukunft

Kompetenzbereiche	Fokus Heute						Fokus in der Zukunft					
	Fachperson Gesundheit EFZ	Fachfrau/-mann Langzeitpflege und -betreuung mit eidg. Fachausweis (BP)	Dipl. Pflegefach mann/ -frau HF	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege	Weiterbildung	Fachperson Gesundheit EFZ	Fachfrau/-mann Langzeitpflege und -betreuung mit eidg. Fachausweis (BP)	Dipl. Pflegefach mann/frau HF	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege	Weiterbildung
(1) Veränderungen im Alter	60%	63%	72%	51%	44%	58%	86%	92%	96%	95%	79%	91%
(2) Geriatrische Syndrome	13%	34%	49%	60%	64%	66%	30%	49%	84%	88%	85%	82%
(3) Patientensicherheit und Medikation	28%	32%	47%	55%	54%	29%	32%	41%	80%	82%	78%	60%
(4) Neurokognitive Störungen und gerontopsychiatrische Erkrankungen	11%	17%	60%	56%	62%	50%	20%	32%	77%	84%	83%	74%
(5) Palliative Care inkl. Spiritualität/Sinnhaftigkeit	35%	48%	59%	54%	54%	44%	35%	45%	80%	76%	79%	68%
(6) Personenzentrierte Pflege und Kommunikation	24%	22%	62%	66%	63%	52%	52%	64%	87%	87%	83%	70%
(7) Gesundheitsförderung inkl. Gesundheitskompetenz	24%	33%	56%	42%	44%	40%	26%	42%	78%	81%	83%	73%
(8) Digitalisierung	39%	44%	38%	34%	25%	17%	48%	47%	60%	77%	69%	57%
(9) Rechtliche und ethische Aspekte	27%	17%	60%	62%	62%	44%	40%	41%	76%	80%	78%	66%
(10) Interprofessionelle Zusammenarbeit und Leadership	7%	14%	50%	58%	71%	31%	14%	26%	70%	79%	89%	61%
(11) Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik	4%	19%	32%	34%	56%	30%	15%	20%	58%	59%	82%	59%

Quelle: Eigene Darstellung.

In Tabelle 26 werden die 11 Kompetenzbereiche wiederum nach Ausbildungsniveaus aufgelistet. Für jede Kombination aus Kompetenzbereich und Ausbildungsniveau wird jeweils die Differenz der Werte «Ja, sollte im Fokus stehen» und «Ja, steht im Fokus» aufgeführt. Dies entspricht der Zunahme der Bedeutung des Kompetenzbereichs innerhalb eines Ausbildungsniveaus für die Zukunft. Zur besseren Visualisierung der Ergebnisse wurde die Differenz mittels einer kontinuierlichen Farbabstufung in Grün dargestellt, wobei grosse Unterschiede eine dunklere Schattierung aufweisen.

Fast alle Kompetenzbereiche legen gemäss Teilnehmenden an Bedeutung zu. Die stärkste Zunahme der Bedeutung der Kompetenzbereiche für die Zukunft betreffen die Veränderung im Alter innerhalb des Ausbildungsniveaus Bachelor FH/UH (44%), die Digitalisierung auf Ebene Master FH/UH (44%), Bachelor FH/UH (43%) und Weiterbildung (41%) sowie die personenzentrierte Pflege und Kommunikation innerhalb des Ausbildungsniveaus Fachperson Langzeitpflege und -betreuung BP (42%).

Tabelle 26: Zunahme Fokus in Zukunft im Vergleich zu heute

Zunahme des Fokus	Fachperson Gesundheit EFZ	Fachfrau/-mann Langzeitpflege und - betreuung mit eidg. Fachausweis (BP)	Dipl. Pflegefachmann/frau HF	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege	Weiterbildung
(1) Veränderungen im Alter	26%	29%	24%	44%	35%	33%
(2) Geriatrische Syndrome	15%	11%	31%	29%	21%	17%
(3) Patientensicherheit und Medikation	4%	9%	34%	28%	24%	31%
(4) Neurokognitive Störungen und gerontopsychiatrische Erkrankungen	8%	15%	18%	29%	21%	24%
(5) Palliative Care inkl. Spiritualität/Sinnhaftigkeit	0%	-4%	21%	22%	25%	24%
(6) Personenzentrierte Pflege und Kommunikation	28%	42%	26%	21%	20%	18%
(7) Gesundheitsförderung inkl. Gesundheitskompetenz	2%	9%	22%	39%	38%	33%
(8) Digitalisierung	10%	3%	21%	43%	44%	41%
(9) Rechtliche und ethische Aspekte	13%	24%	16%	18%	16%	23%
(10) Interprofessionelle Zusammenarbeit und Leadership	7%	12%	20%	21%	18%	31%
(11) Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik	11%	1%	27%	25%	27%	28%

Quelle: Eigene Darstellung.

5.2.3. Aktuell unterrichtete Kompetenzen sowie Bedarf in der Zukunft

Im Folgenden werden für jede Kompetenz Prozentwerte pro Ausbildungsniveau beschrieben, die ein Mass dafür sind, dass die jeweilige Kompetenz aktuell unterrichtet wird bzw. in der Zukunft unterrichtet werden sollte. Auch hier wurden wiederum die beiden Prozentwerte für «Ja, steht im Fokus» sowie «Ja, sollte im Fokus stehen» verwendet und alle Werte ab 60% wurden grün hervorgehoben.

Veränderungen im Alter

Innerhalb dieses Kompetenzbereichs steht gemäss Bildungsexperten/-innen die Kompetenz «Verfügen über Wissen zum normalen Alterungsprozess [...]» im Fokus des Unterrichts auf Stufen Fachperson Gesundheit bis zur dipl. Pflegefachperson HF (vgl. Tabelle 27). Die Kompetenz «Kennen psychische Erkrankungen [...]» steht heute vor allem im Fokus auf Stufe HF.

In der Zukunft sollen hingegen gemäss Bildungsexperten/-innen beide Kompetenzen im Fokus des Unterrichts aller Ausbildungsniveaus stehen (vgl. Tabelle 28).

Tabelle 27: Kompetenzen, die heute im Fokus des Unterrichts stehen im Bereich «Veränderungen im Alter»

Nr.	Kompetenzbereiche nach Ausbildungsniveaus Heute	Fachperson Gesundheit EFZ	Fachfrau/-mann Langzeitpflege und - betreuung mit eidg. Fachausweis (BP)	Dipl. Pflegefachmann/ -frau HF	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege	Weiterbildung
	(1) Veränderungen im Alter	60%	63%	72%	51%	44%	58%
1	verfügen über Wissen zum normalen Alterungsprozess, zur Funktionsfähigkeit sowie zum Zusammenspiel von physiologisch Veränderungsprozessen und Verhalten.	86%	100%	80%	52%	44%	57%
2	kennen psychische Erkrankungen im Alter, einschliesslich altersbezogener Unterschiede in schweren psychischen	33%	25%	63%	50%	44%	58%

Quelle: Eigene Darstellung.

Tabelle 28: Kompetenzen, die in der Zukunft im Fokus des Unterrichts stehen sollten im Bereich «Veränderungen im Alter»

Nr.	Kompetenzbereiche nach Ausbildungsniveaus in der Zukunft	Fachperson Gesundheit EFZ	Fachfrau/-mann Langzeitpflege und - betreuung mit eidg. Fachausweis (BP)	Dipl. Pflegefachmann/fr au HF	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege	Weiterbildung
	(1) Veränderungen im Alter	86%	92%	96%	95%	79%	91%
1	verfügen über Wissen zum normalen Alterungsprozess, zur Funktionsfähigkeit sowie zum Zusammenspiel von physiologisch Veränderungsprozessen und Verhalten.	71%	83%	92%	91%	58%	81%
2	kennen psychische Erkrankungen im Alter, einschliesslich altersbezogener Unterschiede in schweren psychischen Krankheitsbildern.	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Quelle: Eigene Darstellung.

Geriatrische Syndrome

Gemäss Bildungsexperten/-innen werden die Kompetenzen im Bereich Geriatrische Syndrome heute vor allem ab Stufe Bachelor FH/UH unterrichtet (vgl. Tabelle 29). Eine Ausnahme bildet hier die Kompetenz «Verfügen über Wissen zu geriatrischen Krankheitsbildern [...]», die bereits ab Ebene FaGe unterrichtet wird.

In der Zukunft sollen gemäss Bildungsexperten/-innen fast alle Kompetenzen ab Niveau dipl. Pflegefachperson HF unterrichtet werden (vgl. Tabelle 30).

Tabelle 29: Kompetenzen, die heute im Fokus des Unterrichts stehen im Bereich «Geriatrische Syndrome»

Nr.	Kompetenzbereiche nach Ausbildungsniveaus Heute	Fachperson Gesundheit EFZ	Fachfrau/-mann Langzeitpflege und - betreuung mit eidg. Fachausweis (BP)	Dipl. Pflegefachmann/ -frau HF	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege	Weiterbildung
	(2) Geriatrische Syndrome	13%	34%	49%	60%	64%	66%
3	verfügen über Wissen zu geriatrischen Krankheitsbildern und Syndromen (z. B. Frailty, Stürze).	60%	75%	63%	61%	36%	57%
4	kennen komplexe Interaktionen von akuten und chronischen, physischen und psychischen Mehrfacherkrankungen.	0%	25%	47%	56%	56%	58%
4bis	berücksichtigen bei der Behandlung und Pflege komplexe Interaktionen von Mehrfacherkrankungen.	0%	33%	47%	50%	60%	45%
5	identifizieren häufige Risikofaktoren, die zu einer Verschlechterung von kognitiven oder körperlichen Fähigkeiten führen, die Lebensqualität beeinträchtigen oder eine körperliche Abhängigkeit verstärken und wirken diesen entgegen.	17%	25%	55%	68%	44%	64%
6	verfügen über die Kompetenz, kognitive und körperliche Einschränkungen sowie geriatrische Syndrome zu identifizieren, den damit einhergehenden Unterstützungsbedarf einzuschätzen und entsprechende Massnahmen umzusetzen.	0%	20%	63%	63%	90%	73%
7	setzen bei der umfassenden/ganzheitlichen Beurteilung bewährte (d.h. reliable und valide) Assessments, Instrumente und Verfahren rechtzeitig ein und berücksichtigen dabei die aktuelle Evidenz.	0%	25%	47%	79%	83%	78%
8	nutzen die umfassende/ganzheitliche Beurteilung, um die Entscheidungsfindung für angemessene Screenings, diagnostische Tests, Behandlung und Planung der Pflege zu unterstützen.	0%	33%	40%	85%	100%	100%
9	wenden eine geschlechtsspezifische Pflege an, bei der sie sensibel für kulturelle und psychosoziale Aspekte beim Umgang mit der sexuellen Gesundheit älterer Menschen sind.	25%	33%	31%	15%	43%	50%

Quelle: Eigene Darstellung.

Tabelle 30: Kompetenzen, die in der Zukunft im Fokus des Unterrichts stehen sollten im Bereich «Geriatrische Syndrome»

Nr.	Kompetenzbereiche nach Ausbildungsniveaus in der Zukunft	Fachperson Gesundheit EFZ	Fachfrau/-mann Langzeitpflege und - betreuung mit eidg. Fachausweis (BP)	Dipl. Pflegefachmann/fr au HF	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege	Weiterbildung
	(2) Geriatrische Syndrome	30%	49%	84%	88%	85%	82%
3	verfügen über Wissen zu geriatrischen Krankheitsbildern und Syndromen (z. B. Frailty, Stürze).	58%	75%	92%	90%	69%	78%
4	kennen komplexe Interaktionen von akuten und chronischen, physischen und psychischen Mehrfacherkrankungen.	33%	50%	87%	90%	82%	81%
4bis	berücksichtigen bei der Behandlung und Pflege komplexe Interaktionen von Mehrfacherkrankungen.	40%	50%	83%	100%	92%	94%
5	identifizieren häufige Risikofaktoren, die zu einer Verschlechterung von kognitiven oder körperlichen Fähigkeiten führen, die Lebensqualität beeinträchtigen oder eine körperliche Abhängigkeit verstärken und wirken diesen entgegen.	33%	42%	88%	95%	69%	87%
6	verfügen über die Kompetenz, kognitive und körperliche Einschränkungen sowie geriatrische Syndrome zu identifizieren, den damit einhergehenden Unterstützungsbedarf einzuschätzen und entsprechende Massnahmen umzusetzen.	17%	33%	88%	90%	92%	87%
7	setzen bei der umfassenden/ganzheitlichen Beurteilung bewährte (d.h. reliable und valide) Assessments, Instrumente und Verfahren rechtzeitig ein und berücksichtigen dabei die aktuelle Evidenz.	8%	33%	79%	90%	100%	87%
8	nutzen die umfassende/ganzheitliche Beurteilung, um die Entscheidungsfindung für angemessene Screenings, diagnostische Tests, Behandlung und Planung der Pflege zu unterstützen.	0%	33%	72%	93%	100%	80%
9	wenden eine geschlechtsspezifische Pflege an, bei der sie sensibel für kulturelle und psychosoziale Aspekte beim Umgang mit der sexuellen Gesundheit älterer Menschen sind.	50%	78%	83%	57%	75%	67%

Quelle: Eigene Darstellung.

Patientensicherheit und Medikation

Innerhalb dieses Kompetenzbereichs zeigt sich ein heterogenes Bild. Es werden mehrere Kompetenzen vor allem in den Stufen BP bis Bachelor FH/UH unterrichtet, andere Kompetenzen stehen hingegen eher im Fokus des Masterstudiums (vgl. Tabelle 31).

In der Zukunft sollen hingegen gemäss Bildungsexperten/-innen alle Kompetenzen im Fokus des Unterrichts ab Stufe HF stehen (vgl. Tabelle 32). Eine Ausnahme bilden die Kompetenz «Kennen Notfallmassnahmen [...]», die bereits auf tieferen Niveaus im Fokus steht, sowie die Kompetenz «Verfügen über ein umfassendes Wissen in der Verschreibungspraxis [...]», die vor allem auf Stufe Master am relevantesten sei.

Tabelle 31: Kompetenzen, die heute im Fokus des Unterrichts stehen im Bereich «Patientensicherheit und Medikation»

Nr.	Kompetenzbereiche nach Ausbildungsniveaus Heute	Fachperson Gesundheit EFZ	Fachfrau/-mann Langzeitpflege und - betreuung mit eidg. Fachausweis (BP)	Dipl. Pflegefachmann/ -frau HF	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege	Weiterbildung
	(3) Patientensicherheit und Medikation	28%	32%	47%	55%	54%	29%
10	besitzen Wissen zu Sicherheitsvorgaben und -verfahren, z. B. zu Schutzkonzepten, Infektionskontrolle, äusseren Einflüssen (z. B. Hitzewelle), aggressivem Verhalten.	20%	33%	53%	56%	43%	45%
11	kennen Notfallmassnahmen der ersten Hilfe und wenden diese in Notfallsituationen an (z. B. bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand).	80%	33%	75%	82%	29%	50%
11 bis	schätzen Risikofaktoren und Gefahren richtig ein und verhindern Schäden/unerwünschte Ereignisse für ältere Menschen sowie Angehörige und Personal.	40%	67%	63%	75%	56%	33%
12	fördern in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen die Sicherheit älterer Menschen.	40%	67%	44%	65%	67%	30%
13	identifizieren Situationen mit Gewaltpotential gegen ältere Menschen und ergreifen präventive Massnahmen.	50%	33%	41%	53%	22%	25%
14	besitzen Kenntnisse zu den Indikationen (und Kontraindikationen) von Medikamenten (inkl. Pharmakokinetik, Pharmakodynamik), die üblicherweise bei der Behandlung älterer Menschen eingesetzt werden.	0%	33%	35%	65%	88%	18%
15	kennen die Prinzipien und Praktiken der sicheren, angemessenen und effektiven Medikamentenverwendung und -überwachung bei älteren Menschen (inkl. der Thematik der Polymedikation) und setzen diese in der Praxis um.	17%	25%	28%	35%	63%	30%
16	stellen in Zusammenarbeit mit dem Arzt/der Ärztin und dem/der Apotheker/-in sicher, dass die Richtlinien für das Medikamentenmanagement im Pflegeinstitution und Zuhause eingehalten werden.	0%	0%	47%	53%	63%	22%
17	kennen Strategien zur Verhinderung von Medikationsfehlern und wenden diese in der Praxis an.	33%	25%	63%	50%	63%	33%
18	verfügen über ein umfassendes Wissen in der Verschreibungspraxis von Medikamenten, einschliesslich der Bewertung von Risiken und Nutzen komplexer Fälle bei älteren Menschen.	0%	0%	19%	12%	44%	0%

Quelle: Eigene Darstellung.

Tabelle 32: Kompetenzen, die in der Zukunft im Fokus des Unterrichts stehen sollten im Bereich «Patientensicherheit und Medikation»

Nr.	Kompetenzbereiche nach Ausbildungsniveaus in der Zukunft	Fachperson Gesundheit EFZ	Fachfrau/-mann Langzeitpflege und - betreuung mit eidg. Fachausweis (BP)	Dipl. Pflegefachmann/fr au HF	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege	Weiterbildung
	(3) Patientensicherheit und Medikation	32%	41%	80%	82%	78%	60%
10	besitzen Wissen zu Sicherheitsvorgaben und -verfahren, z. B. zu Schutzkonzepten, Infektionskontrolle, äusseren Einflüssen (z. B. Hitzewelle), aggressivem Verhalten.	30%	40%	81%	79%	70%	69%
11	kennen Notfallmassnahmen der ersten Hilfe und wenden diese in Notfallsituationen an (z. B. bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand).	78%	78%	76%	89%	44%	58%
11 bis	schätzen Risikofaktoren und Gefahren richtig ein und verhindern Schäden/unerwünschte Ereignisse für ältere Menschen sowie Angehörige und Personal.	40%	50%	90%	89%	70%	64%
12	fördern in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen die Sicherheit älterer Menschen.	44%	44%	77%	95%	90%	69%
13	identifizieren Situationen mit Gewaltpotential gegen ältere Menschen und ergreifen präventive Massnahmen.	40%	40%	86%	85%	60%	79%
14	besitzen Kenntnisse zu den Indikationen (und Kontraindikationen) von Medikamenten (inkl. Pharmakokinetik, Pharmakodynamik), die üblicherweise bei der Behandlung älterer Menschen eingesetzt werden.	22%	33%	82%	80%	91%	46%
15	kennen die Prinzipien und Praktiken der sicheren, angemessenen und effektiven Medikamentenverwendung und -überwachung bei älteren Menschen (inkl. der Thematik der Polymedikation) und setzen diese in der Praxis um.	11%	33%	82%	90%	90%	57%
16	stellen in Zusammenarbeit mit dem Arzt/der Ärztin und dem/der Apotheker/-in sicher, dass die Richtlinien für das Medikamentenmanagement im Pflegeinstitution und Zuhause eingehalten werden.	0%	11%	86%	79%	90%	38%
17	kennen Strategien zur Verhinderung von Medikationsfehlern und wenden diese in der Praxis an.	44%	56%	86%	80%	73%	62%
18	verfügen über ein umfassendes Wissen in der Verschreibungspraxis von Medikamenten, einschliesslich der Bewertung von Risiken und Nutzen komplexer Fälle bei älteren Menschen.	11%	20%	57%	56%	100%	54%

Quelle: Eigene Darstellung.

Neurokognitive Störungen und gerontopsychiatrische Erkrankungen

Innerhalb dieses Kompetenzbereichs betrachteten die Bildungsexperten/-innen die Mehrheit der Kompetenzen als Fokus des Unterrichts der Ausbildungsniveaus ab Stufe HF (vgl. Tabelle 33).

Auch in der Zukunft sollen die Kompetenzen im Fokus des Unterrichts ab Stufe HF stehen (vgl. Tabelle 34).

Tabelle 33: Kompetenzen, die heute im Fokus des Unterrichts stehen im Bereich «Patientensicherheit/Medikation»

Nr.	Kompetenzbereiche nach Ausbildungsniveaus Heute	Fachperson Gesundheit EFZ	Fachfrau/-mann Langzeitpflege und - betreuung mit eidg. Fachausweis (BP)	Dipl. Pflegefachmann/ -frau HF	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege	Weiterbildung
	(4) Neurokognitive Störungen und gerontopsychiatrische Erkrankungen	11%	17%	60%	56%	62%	50%
19	kennen neurokognitive Störungen und grenzen sie gegenüber anderen Erkrankungen ab.	20%	25%	81%	47%	67%	55%
20	identifizieren Faktoren, die sich auf die psychische Gesundheit auswirken.	40%	33%	61%	53%	67%	44%
21	schätzen den neurokognitiven und psychischen Zustand älterer Menschen sowie die Interaktion von körperlichen und psychischen Mehrfacherkrankungen richtig ein.	0%	0%	41%	59%	89%	44%
22	erkennen die Symptome eines Deliriums, schätzen die Situation mit passenden Assessmentinstrumenten ein und wenden weiter Behandlungsschritte situationsadäquat an.	0%	0%	63%	69%	56%	89%
23	nutzen aktuelle Forschungsergebnisse bei der Behandlung psychischer Erkrankungen.	0%	0%	38%	40%	56%	8%
24	kennen aktuelle Konzepte sowie Modelle zum Umgang mit Menschen mit Demenz und wenden diese fachgerecht an.	20%	25%	75%	67%	29%	50%
25	unterstützen Angehörige beim Umgang mit Menschen mit Demenz.	0%	33%	60%	56%	75%	60%

Quelle: Eigene Darstellung.

Tabelle 34: Kompetenzen, die in der Zukunft im Fokus des Unterrichts stehen sollten im Bereich «Patientensicherheit/Medikation»

Nr.	Kompetenzbereiche nach Ausbildungsniveaus in der Zukunft	Fachperson Gesundheit EFZ	Fachfrau/-mann Langzeitpflege und - betreuung mit eidg. Fachausweis (BP)	Dipl. Pflegefachmann/- frau HF	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege	Weiterbildung
	(4) Neurokognitive Störungen und gerontopsychiatrische Erkrankungen	20%	32%	77%	84%	83%	74%
19	kennen neurokognitive Störungen und grenzen sie gegenüber anderen Erkrankungen ab.	10%	30%	76%	74%	91%	71%
20	identifizieren Faktoren, die sich auf die psychische Gesundheit auswirken.	40%	50%	77%	85%	82%	79%
21	schätzen den neurokognitiven und psychischen Zustand älterer Menschen sowie die Interaktion von körperlichen und psychischen Mehrfacherkrankungen richtig ein.	10%	20%	81%	90%	91%	57%
22	erkennen die Symptome eines Deliriums, schätzen die Situation mit passenden Assessmentinstrumenten ein und wenden weiter Behandlungsschritte situationsadäquat an.	22%	22%	81%	95%	100%	77%
23	nutzen aktuelle Forschungsergebnisse bei der Behandlung psychischer Erkrankungen.	0%	0%	55%	74%	90%	54%
24	kennen aktuelle Konzepte sowie Modelle zum Umgang mit Menschen mit Demenz und wenden diese fachgerecht an.	33%	56%	86%	79%	50%	93%
25	unterstützen Angehörige beim Umgang mit Menschen mit Demenz.	22%	44%	86%	95%	80%	86%

Quelle: Eigene Darstellung.

Palliative Care inklusive Spiritualität/Sinnhaftigkeit

Innerhalb dieses Kompetenzbereichs zeigt sich bei den aktuell unterrichteten Kompetenzen über die verschiedenen Ausbildungsniveaus (von EFZ bis MSc FH/UH) ein heterogenes Bild (vgl. Tabelle 35). So wird beispielsweise die Kompetenz «unterstützen Menschen emotional, indem sie ihre religiösen Überzeugungen und spirituellen Bedürfnisse berücksichtigen» aktuell über alle Niveaus aktuell wenig unterrichtet, die Kompetenz «leisten eine nicht wertende ethische und respektvolle Pflege» hingegen wird aktuell bereits auf fast allen Niveaus unterrichtet.

In der Zukunft scheint es klarer, dass die meisten Kompetenzen im Fokus des Unterrichts ab Stufe HF stehen sollten (vgl. Tabelle 36). Eine Ausnahme bildet die Kompetenz «leisten eine nicht wertende ethische und respektvolle Pflege», die in Zukunft bereits ab der Stufe EFZ zentral scheint.

Tabelle 35: Kompetenzen, die heute im Fokus des Unterrichts stehen im Bereich «Palliative Care inklusive Spiritualität/Sinnhaftigkeit»

Nr.	Kompetenzbereiche nach Ausbildungsniveaus Heute	Fachperson Gesundheit EFZ	Fachfrau/-mann Langzeitpflege und - betreuung mit eidg. Fachausweis (BP)	Dipl. Pflegefachmann/- frau HF	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege	Weiterbildung
	(5) Palliative Care inkl. Spiritualität/Sinnhaftigkeit	35%	48%	59%	54%	54%	44%
26	arbeiten möglichst respektvoll und sensibel hinsichtlich kultureller Gepflogenheiten mit dem älteren Menschen und deren Angehörigen bei der Palliative Care zusammen.	50%	67%	60%	50%	63%	40%
27	unterstützen ältere Menschen emotional, indem sie ihre religiösen Überzeugungen und spirituellen Bedürfnisse berücksichtigen.	25%	33%	50%	27%	38%	33%
28	leisten eine nicht wertende ethische und respektvolle Pflege.	75%	50%	81%	88%	71%	67%
29	behandeln ältere Menschen in der End-of-Life-Care angemessen und evidenzbasiert.	25%	67%	65%	50%	38%	45%
30	befähigen ältere Menschen, wo angebracht zusammen mit ihren Angehörigen, im Sinne des Advance Care Planning ihre Behandlungswünsche auszudrücken.	0%	25%	38%	57%	63%	36%

Quelle: Eigene Darstellung.

Tabelle 36: Kompetenzen, die in der Zukunft im Fokus des Unterrichts stehen sollten im Bereich «Palliative Care inklusive Spiritualität/Sinnhaftigkeit»

Nr.	Kompetenzbereiche nach Ausbildungsniveaus in der Zukunft	Fachperson Gesundheit EFZ	Fachfrau/-mann Langzeitpflege und -betreuung mit eidg. Fachausweis (BP)	Dipl. Pflegefachmann/-frau HF	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege	Weiterbildung
	(5) Palliative Care inkl. Spiritualität/Sinnhaftigkeit	35%	45%	80%	76%	79%	68%
26	arbeiten möglichst respektvoll und sensibel hinsichtlich kultureller Gepflogenheiten mit dem älteren Menschen und deren Angehörigen bei der Palliative Care zusammen.	50%	50%	80%	78%	89%	62%
27	unterstützen ältere Menschen emotional, indem sie ihre religiösen Überzeugungen und spirituellen Bedürfnisse berücksichtigen.	22%	44%	67%	53%	60%	54%
28	leisten eine nicht wertende ethische und respektvolle Pflege.	70%	70%	86%	84%	78%	77%
29	behandeln ältere Menschen in der End-of-Life-Care angemessen und evidenzbasiert.	13%	38%	89%	83%	80%	71%
30	befähigen ältere Menschen, wo angebracht zusammen mit ihren Angehörigen, im Sinne des Advance Care Planning ihre Behandlungswünsche auszudrücken.	22%	22%	76%	84%	90%	79%

Quelle: Eigene Darstellung.

Personenzentrierte Pflege und Kommunikation

Innerhalb dieses Kompetenzbereichs stehen aktuell die meisten Kompetenzen im Fokus der Ausbildungsniveaus ab Stufe HF (vgl. Tabelle 37).

Hier zeigt sich für die Zukunft für rund die Hälfte der Kompetenzen, dass sie gemäss Bildungsexperten/-innen auch ab Stufe FaGe bzw. BP im Fokus des Unterrichts stehen sollen (vgl. Tabelle 38).

Tabelle 37: Kompetenzen, die heute im Fokus des Unterrichts stehen im Bereich «Personenzentrierte Pflege und Kommunikation»

Nr.	Kompetenzbereiche nach Ausbildungsniveaus Heute	Fachperson Gesundheit EFZ	Fachfrau/-mann Langzeitpflege und -betreuung mit eidg. Fachausweis (BP)	Dipl. Pflegefachmann/-frau HF	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege	Weiterbildung
	(6) Personenzentrierte Pflege und Kommunikation	24%	22%	62%	66%	63%	52%
31	verfügen über Wissen zur personenzentrierten und ganzheitlichen Pflege.	25%	33%	75%	93%	75%	45%
32	berücksichtigen die individuellen Voraussetzungen, Mehrfacherkrankungen, Lebenslage, Bedürfnisse, Präferenzen und Behandlungsziele einer älteren Person bei der Planung und Durchführung der Pflege.	20%	0%	71%	73%	71%	60%
33	berücksichtigen die Ressourcen von älteren Menschen und ihren Angehörigen, beispielsweise beim Aufbau von informellen Hilfesystemen (z. B. Nachbarn oder Freunde sowie Caring Communities, resp. "sorgende Gemeinschaften" (z. B. Vereine).	0%	33%	38%	36%	67%	29%
34	dienen als Kontaktpersonen für ältere Menschen und ihre Angehörigen bei Fragen und Unsicherheiten.	0%	0%	67%	54%	43%	40%
35	begegnen älteren Menschen und ihren Angehörigen bei der pflegerischen und psychosozialen Betreuung mit Empathie und Respekt und fördern die informierte und geteilte Entscheidungsfindung.	40%	25%	63%	80%	100%	56%
36	befähigen ältere Menschen und deren Angehörige die Pflege und ihren Alltag so lang wie möglich selbstbestimmt zu gestalten.	20%	25%	56%	79%	100%	70%
36bis	fördern ein gelingendes Altern in der Pflege, in dem das Wohlbefinden und die Autonomie/Würde des älteren Menschen im Zentrum stehen.	60%	50%	76%	79%	43%	70%
37	berücksichtigen mögliche Barrieren für ältere Menschen beim Empfangen, Verstehen und Weitergeben von Informationen.	50%	0%	50%	53%	43%	50%
38	entwickeln Kommunikationsstrategien zur Überwindung möglicher sensorischer, sprachlicher und kognitiver Einschränkungen bei älteren Menschen.	0%	33%	60%	50%	25%	45%

Quelle: Eigene Darstellung.

Tabelle 38: Kompetenzen, die in der Zukunft im Fokus des Unterrichts stehen sollten im Bereich «Personenzentrierte Pflege und Kommunikation»

Nr.	Kompetenzbereiche nach Ausbildungsniveaus in der Zukunft	Fachperson Gesundheit EFZ	Fachfrau/-mann Langzeitpflege und - betreuung mit eidg. Fachausweis (BP)	Dipl. Pflegefachmann/fr au HF	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege	Weiterbildung
	(6) Personenzentrierte Pflege und Kommunikation	52%	64%	87%	87%	83%	70%
31	verfügen über Wissen zur personenzentrierten und ganzheitlichen Pflege.	75%	75%	90%	89%	89%	92%
32	berücksichtigen die individuellen Voraussetzungen, Mehrfacherkrankungen, Lebenslage, Bedürfnisse, Präferenzen und Behandlungsziele einer älteren Person bei der Planung und Durchführung der Pflege.	43%	43%	95%	89%	100%	85%
33	berücksichtigen die Ressourcen von älteren Menschen und ihren Angehörigen, beispielsweise beim Aufbau von informellen Hilfesystemen (z. B. Nachbarn oder Freunde sowie Caring Communities, resp. "sorgende Gemeinschaften" (z. B. Vereine).	25%	60%	67%	77%	86%	60%
34	dienen als Kontaktpersonen für ältere Menschen und ihre Angehörigen bei Fragen und Unsicherheiten.	33%	43%	79%	81%	75%	54%
35	begegnen älteren Menschen und ihren Angehörigen bei der pflegerischen und psychosozialen Betreuung mit Empathie und Respekt und fördern die informierte und geteilte Entscheidungsfindung.	50%	67%	89%	88%	100%	50%
36	befähigen ältere Menschen und deren Angehörige die Pflege und ihren Alltag so lang wie möglich selbstbestimmt zu gestalten.	57%	57%	94%	94%	100%	85%
36bis	fördern ein gelingendes Altern in der Pflege, in dem das Wohlbefinden und die Autonomie/Würde des älteren Menschen im Zentrum stehen.	86%	100%	100%	94%	67%	79%
37	berücksichtigen mögliche Barrieren für ältere Menschen beim Empfangen, Verstehen und Weitergeben von Informationen.	57%	71%	83%	88%	63%	54%
38	entwickeln Kommunikationsstrategien zur Überwindung möglicher sensorischer, sprachlicher und kognitiver Einschränkungen bei älteren Menschen.	38%	63%	90%	82%	67%	71%

Quelle: Eigene Darstellung.

Gesundheitsförderung inklusive Gesundheitskompetenz

Innerhalb dieses Kompetenzbereichs stehen die Kompetenzen «Fördern die Gesundheit [...]» und «Berücksichtigen [...] das Lebensumfeld [...]» im heutigen Unterricht im Fokus der Stufen BP und HF (vgl. Tabelle 39).

In der Einschätzung der zukünftigen Bedeutung wird klar, dass die Kompetenzen gemäss Teilnehmenden im Fokus des Unterrichts ab Stufe HF stehen sollten (vgl. Tabelle 40).

Tabelle 39: Kompetenzen, die heute im Fokus des Unterrichts stehen im Bereich «Gesundheitsförderung inklusive Gesundheitskompetenz»

Nr.	Kompetenzbereiche nach Ausbildungsniveaus Heute	Fachperson Gesundheit EFZ	Fachfrau/-mann Langzeitpflege und - betreuung mit eidg. Fachausweis (BP)	Dipl. Pflegefachmann/ -frau HF	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege	Weiterbildung
	(7) Gesundheitsförderung inkl. Gesundheitskompetenz	24%	33%	56%	42%	44%	40%
39	analysieren die Auswirkungen des Alterns und der alters- und krankheitsbedingten Veränderungen auf die Lernfähigkeit und –bereitschaft (z. B. in Bezug auf die Sinneswahrnehmung, Kognition, Zuversicht in der Nutzung von Technologie, die Gesundheitskompetenz und das Zahlenverständnis) und passen Interventionen entsprechend an.	0%	0%	43%	36%	57%	50%
40	besitzen evidenzbasiertes Wissen und Fähigkeiten in der Gesundheitsförderung und Prävention älterer Menschen, z. B. in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Frailty, Inkontinenz, Darmpflege, Dysphagie, Wundpflege und Hautgesundheit, sowie Diabetes und andere Langzeiterkrankungen.	0%	0%	79%	50%	67%	40%
41	fördern die Gesundheit älterer Menschen und setzen Massnahmen im Bereich der Prävention um.	33%	67%	73%	50%	29%	60%
42	fördern die Gesundheitskompetenzen des älteren Menschen.	0%	33%	62%	38%	14%	33%
43	kennen die Bedeutung von sozialen Kontakten sowie adäquaten Wohn- und Lebensbedingungen für die Gesundheitsförderung, insbesondere für das mentale Wohlbefinden, und setzen entsprechende Massnahmen um.	50%	33%	57%	46%	43%	30%
44	kennen Massnahmen zur Förderung des gesunden Alterns, z. B. entsprechende Wohn- und Lebenskonzepte.	50%	33%	13%	21%	43%	27%
45	berücksichtigen bei der Umsetzung von Massnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention das Lebensumfeld sowie die verfügbaren Ressourcen der älteren Menschen.	33%	67%	64%	50%	57%	40%

Quelle: Eigene Darstellung.

Tabelle 40: Kompetenzen, die in der Zukunft im Fokus des Unterrichts stehen sollten im Bereich «Gesundheitsförderung inklusive Gesundheitskompetenz»

Nr.	Kompetenzbereiche nach Ausbildungsniveaus in der Zukunft	Fachperson Gesundheit EFZ	Fachfrau/-mann Langzeitpflege und - betreuung mit eidg. Fachausweis (BP)	Dipl. Pflegefachmann/fr au HF	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege	Weiterbildung
	(7) Gesundheitsförderung inkl. Gesundheitskompetenz	26%	42%	78%	81%	83%	73%
39	analysieren die Auswirkungen des Alterns und der alters- und krankheitsbedingten Veränderungen auf die Lernfähigkeit und –bereitschaft (z. B. in Bezug auf die Sinneswahrnehmung, Kognition, Zuversicht in der Nutzung von Technologie, die Gesundheitskompetenz und das Zahlenverständnis) und passen Interventionen entsprechend an.	17%	29%	78%	88%	100%	75%
40	besitzen evidenzbasiertes Wissen und Fähigkeiten in der Gesundheitsförderung und Prävention älterer Menschen, z. B. in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Frailty, Inkontinenz, Darmpflege, Dysphagie, Wundpflege und Hautgesundheit, sowie Diabetes und andere Langzeiterkrankungen.	33%	38%	89%	88%	89%	77%
41	fördern die Gesundheit älterer Menschen und setzen Massnahmen im Bereich der Prävention um.	33%	43%	94%	81%	89%	86%
42	fördern die Gesundheitskompetenzen des älteren Menschen.	0%	43%	78%	87%	67%	77%
43	kennen die Bedeutung von sozialen Kontakten sowie adäquaten Wohn- und Lebensbedingungen für die Gesundheitsförderung, insbesondere für das mentale Wohlbefinden, und setzen entsprechende Massnahmen um.	17%	43%	76%	75%	78%	57%
44	kennen Massnahmen zur Förderung des gesunden Alterns, z. B. entsprechende Wohn- und Lebenskonzepte.	50%	57%	56%	69%	78%	73%
45	berücksichtigen bei der Umsetzung von Massnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention das Lebensumfeld sowie die verfügbaren Ressourcen der älteren Menschen.	33%	43%	74%	81%	78%	64%

Quelle: Eigene Darstellung.

Digitalisierung

Innerhalb des Kompetenzbereichs Digitalisierung stehen kaum Kompetenzen im Fokus des heutigen Unterrichts (vgl. Tabelle 41).

Gemäss Experteneinschätzung sollten die Kompetenzen im Fokus des Unterrichts ab Stufe HF stehen. Besonders ist die Kompetenz betreffend Gewährleistung des Datenschutzes, welche bereits ab Stufe FaGe im Fokus stehen sollte (vgl. Tabelle 42).

Tabelle 41: Kompetenzen, die heute im Fokus des Unterrichts stehen im Bereich «Digitalisierung»

Nr.	Kompetenzbereiche nach Ausbildungsniveaus Heute	Fachperson Gesundheit EFZ	Fachfrau/-mann Langzeitpflege und - betreuung mit eidg. Fachausweis (BP)	Dipl. Pflegefachmann/ -frau HF	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege	Weiterbildung
	(8) Digitalisierung	39%	44%	38%	34%	25%	17%
46	verwenden technologische Hilfsmittel (z. B. Tablet) in den Bereichen des Informationsmanagements, der Pflege und Betreuung (z. B. elektronisches Patientendossier) und der Kommunikation im Team möglichst effizient, um ältere Menschen in ihrer Unabhängigkeit zu unterstützen und die Pflegequalität zu verbessern.	50%	67%	40%	33%	14%	10%
47	bewerten die Auswirkungen/Einfluss neuer digitaler Versorgungsformen und Technologien auf den Pflegeprozess (z. B. assistierende Technologien, wie Sturznotfallknopf, und Roboter, wie die Pflegerobbe), und wenden diese adäquat im Pflegealltag an.	0%	33%	29%	33%	29%	10%
48	gewährleisten den Datenschutz bei der Arbeit mit technologischen Hilfsmitteln.	67%	33%	46%	36%	33%	30%

Quelle: Eigene Darstellung.

Tabelle 42: Kompetenzen, die in der Zukunft im Fokus des Unterrichts stehen sollten im Bereich «Digitalisierung»

Nr.	Kompetenzbereiche nach Ausbildungsniveaus in der Zukunft	Fachperson Gesundheit EFZ	Fachfrau/-mann Langzeitpflege und - betreuung mit eidg. Fachausweis (BP)	Dipl. Pflegefachmann/fr au HF	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege	Weiterbildung
	(8) Digitalisierung	48%	47%	60%	77%	69%	57%
46	verwenden technologische Hilfsmittel (z. B. Tablet) in den Bereichen des Informationsmanagements, der Pflege und Betreuung (z. B. elektronisches Patientendossier) und der Kommunikation im Team möglichst effizient, um ältere Menschen in ihrer Unabhängigkeit zu unterstützen und die Pflegequalität zu verbessern.	57%	50%	68%	93%	56%	71%
47	bewerten die Auswirkungen/Einfluss neuer digitaler Versorgungsformen und Technologien auf den Pflegeprozess (z. B. assistierende Technologien, wie Sturznotfallknopf, und Roboter, wie die Pflegerobbe), und wenden diese adäquat im Pflegealltag an.	17%	29%	47%	73%	78%	54%
48	gewährleisten den Datenschutz bei der Arbeit mit technologischen Hilfsmitteln.	71%	63%	63%	65%	75%	47%

Quelle: Eigene Darstellung.

Rechtliche und ethische Aspekte

Innerhalb dieses Kompetenzbereichs zeigt sich im heutigen Unterricht ein heterogenes Bild (vgl. Tabelle 43).

In der Zukunft ist die Tendenz klar, fast alle Kompetenzen sollen im Fokus des Unterrichts ab Stufe HF stehen (vgl. Tabelle 44).

Tabelle 43: Kompetenzen, die heute im Fokus des Unterrichts stehen im Bereich «Rechtliche und ethische Aspekte»

Nr.	Kompetenzbereiche nach Ausbildungsniveaus Heute	Fachperson Gesundheit EFZ	Fachfrau/-mann Langzeitpflege und - betreuung mit eidg. Fachausweis (BP)	Dipl. Pflegefachmann/ -frau HF	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege	Weiterbildung
	(9) Rechtliche und ethische Aspekte	27%	17%	60%	62%	62%	44%
49	verfügen über Wissen zu ethischen und rechtlichen Standards bei der Arbeit mit älteren Menschen, z. B. sozialrechtliche Leistungen bei neu anfallender Pflegebedürftigkeit oder Patientenrecht oder Beistandschaft.	33%	0%	47%	46%	43%	30%
50	verfügen über Wissen zu ethischen Theorien und Prinzipien.	67%	33%	93%	92%	86%	64%
51	halten ethisch-rechtliche Standards ein, z. B. bei Gesprächen oder der Pflegeplanung.	0%	0%	73%	69%	71%	44%
52	übernehmen Verantwortung für ihr Handeln und respektieren die Würde und Privatsphäre von älteren Menschen bei der Pflege.	67%	67%	87%	85%	43%	55%
53	erkennen potentiellen oder tatsächlichen physischen, psychischen oder finanziellen Missbrauch und/oder Selbstvernachlässigung bei älteren Menschen und treffen entsprechende Massnahmen.	0%	0%	43%	33%	38%	33%
54	kennen Alternativen zum Einsatz von bewegungseinschränkenden Massnahmen oder medizinischen Zwangsmassnahmen bei älteren Menschen.	50%	33%	44%	62%	29%	40%
55	identifizieren mögliche ethische Konflikte, sprechen diese adäquat an und führen Fallbesprechungen durch.	0%	0%	57%	69%	100%	40%
56	priorisieren bei rechtlich-ethischen Fragen (z. B. assistierter Suizid) anhand von relevanten Kriterien, wägen gesellschaftliche, wissenschaftliche und ethische Aspekte ab und wenden die Implikationen in der Praxis an.	0%	0%	33%	38%	86%	44%

Quelle: Eigene Darstellung.

Tabelle 44: Kompetenzen, die in der Zukunft im Fokus des Unterrichts stehen sollten im Bereich «Rechtliche und ethische Aspekte»

Nr.	Kompetenzbereiche nach Ausbildungsniveaus in der Zukunft	Fachperson Gesundheit EFZ	Fachfrau/-mann Langzeitpflege und - betreuung mit eidg. Fachausweis (BP)	Dipl. Pflegefachmann/fr au HF	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege	Weiterbildung
	(9) Rechtliche und ethische Aspekte	40%	41%	76%	80%	78%	66%
49	verfügen über Wissen zu ethischen und rechtlichen Standards bei der Arbeit mit älteren Menschen, z. B. sozialrechtliche Leistungen bei neu anfallender Pflegebedürftigkeit oder Patientenrecht oder Beistandschaft.	33%	29%	63%	69%	44%	43%
50	verfügen über Wissen zu ethischen Theorien und Prinzipien.	50%	57%	89%	94%	89%	69%
51	halten ethisch-rechtliche Standards ein, z. B. bei Gesprächen oder der Pflegeplanung.	14%	38%	85%	87%	89%	69%
52	übernehmen Verantwortung für ihr Handeln und respektieren die Würde und Privatsphäre von älteren Menschen bei der Pflege.	86%	88%	89%	93%	67%	71%
53	erkennen potentiellen oder tatsächlichen physischen, psychischen oder finanziellen Missbrauch und/oder Selbstvernachlässigung bei älteren Menschen und treffen entsprechende Massnahmen.	29%	38%	68%	75%	78%	62%
54	kennen Alternativen zum Einsatz von bewegungseinschränkenden Massnahmen oder medizinischen Zwangsmassnahmen bei älteren Menschen.	71%	50%	80%	80%	67%	79%
55	identifizieren mögliche ethische Konflikte, sprechen diese adäquat an und führen Fallbesprechungen durch.	17%	14%	74%	88%	100%	71%
56	priorisieren bei rechtlich-ethischen Fragen (z. B. assistierter Suizid) anhand von relevanten Kriterien, wägen gesellschaftliche, wissenschaftliche und ethische Aspekte ab und wenden die Implikationen in der Praxis an.	17%	14%	56%	56%	89%	67%

Quelle: Eigene Darstellung.

Interprofessionelle Zusammenarbeit und Leadership

Die Kompetenzen im Bereich Interprofessionelle Zusammenarbeit und Leadership werden heute vor allem auf Stufe Master unterrichtet. Gemäss mehr als 60% der befragten Bildungsexperten/-innen stehen 9 von 12 Kompetenzen im Fokus dieses Bildungsniveaus (vgl. Tabelle 45). Auf Stufe Bachelor FH/UH sind es noch 6 von 12 Kompetenzen und auf Stufe HF 4 von 12 Kompetenzen.

In der Zukunft sollen fast alle Kompetenzen ab Stufe HF im Fokus des Unterrichts stehen (vgl. Tabelle 46).

Tabelle 45: Kompetenzen, die heute im Fokus des Unterrichts stehen im Bereich «Interprofessionelle Zusammenarbeit und Leadership»

Nr.	Kompetenzbereiche nach Ausbildungsniveaus Heute	Fachperson Gesundheit EFZ	Fachfrau/-mann Langzeitpflege und - betreuung mit eidg. Fachausweis (BP)	Dipl. Pflegefachmann/ -frau HF	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege	Weiterbildung
	(10) Interprofessionelle Zusammenarbeit und Leadership	7%	14%	50%	58%	71%	31%
57	kennen die Gemeinsamkeiten und Unterschieden verschiedener Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialbereich basierend auf den definierten Kompetenzen und Verantwortlichkeiten.	0%	0%	46%	85%	71%	33%
58	kennen die Rollen der unterschiedlichen Berufsgruppen bei der Durchführung und Interpretation eines umfassenden geriatrischen Assessments.	0%	0%	43%	38%	86%	20%
59	arbeiten mit anderen Berufsgruppen und interdisziplinär zusammen, um die Gesundheit älterer Menschen zu fördern.	33%	67%	50%	88%	60%	25%
60	übernehmen innerhalb der interprofessionellen Zusammenarbeit das Case-Management.	0%	0%	15%	33%	71%	9%
61	vermitteln älteren Menschen und Angehörigen Informationen zu Gesundheitsleistungen und deren Zugänglichkeit sowie zu Langzeitpflegediensten und -unterstützungen.	0%	33%	27%	62%	57%	27%
62	kommunizieren und koordinieren sich innerhalb eines Teams effizient und regelmässig, insbesondere während der Transition zwischen Dienstleistungserbringern.	50%	33%	60%	62%	67%	45%
63	fördern als Führungspersonen eine positive Teamzusammenarbeit und das Potential der Teammitglieder.	0%	0%	40%	42%	43%	44%
64	sind in der Lage, den Kommunikationsbedarf in Bezug auf eine komplexe Situation einzuschätzen und einen koordinierten Pflegeplan zu erstellen.	0%	0%	80%	64%	86%	56%
65	stellen ein Team mit entsprechenden Kompetenzen zusammen oder überweisen, wo nötig, ältere Menschen rechtzeitig an adäquate Fachpersonen.	0%	0%	43%	33%	71%	20%
66	sind fähig, ihre Kompetenzen ständig weiterzuentwickeln, um Veränderungsprozesse in der Gesundheitsversorgung, insbesondere bei der interprofessionellen Zusammenarbeit, zu bewältigen und voranzutreiben.	0%	0%	67%	58%	100%	50%
67	lernen von und mit anderen Gesundheitsberufen, um die interprofessionelle Zusammenarbeit zu verbessern.	0%	33%	50%	82%	100%	18%
67bis	leiten weniger gut ausgebildetes Personal in der Langzeitpflege an sowie begleiten und unterstützen sie, um eine qualitativ gute Pflege zu gewährleisten.	0%	0%	80%	45%	43%	20%

Quelle: Eigene Darstellung.

Tabelle 46: Kompetenzen, die in der Zukunft im Fokus des Unterrichts stehen sollten im Bereich «Interprofessionelle Zusammenarbeit und Leadership»

Nr.	Kompetenzbereiche nach Ausbildungsniveaus in der Zukunft	Fachperson Gesundheit EFZ	Fachfrau/-mann Langzeitpflege und - betreuung mit eidg. Fachausweis (BP)	Dipl. Pflegefachmann/fr au HF	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege	Weiterbildung
	(10) Interprofessionelle Zusammenarbeit und Leadership	14%	26%	70%	79%	89%	61%
57	kennen die Gemeinsamkeiten und Unterschiede verschiedener Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialbereich basierend auf den definierten Kompetenzen und Verantwortlichkeiten.	0%	29%	65%	88%	75%	75%
58	kennen die Rollen der unterschiedlichen Berufsgruppen bei der Durchführung und Interpretation eines umfassenden geriatrischen Assessments.	0%	13%	58%	87%	100%	57%
59	arbeiten mit anderen Berufsgruppen und interdisziplinär zusammen, um die Gesundheit älterer Menschen zu fördern.	50%	80%	80%	100%	83%	50%
60	übernehmen innerhalb der interprofessionellen Zusammenarbeit das Case-Management.	0%	14%	33%	56%	100%	47%
61	vermitteln älteren Menschen und Angehörigen Informationen zu Gesundheitsleistungen und deren Zugänglichkeit sowie zu Langzeitpflegediensten und -unterstützungen.	17%	29%	61%	81%	89%	38%
62	kommunizieren und koordinieren sich innerhalb eines Teams effizient und regelmässig, insbesondere während der Transition zwischen Dienstleistungserbringern.	33%	43%	74%	88%	100%	71%
63	fördern als Führungspersonen eine positive Teamzusammenarbeit und das Potential der Teammitglieder.	17%	14%	68%	60%	88%	69%
64	sind in der Lage, den Kommunikationsbedarf in Bezug auf eine komplexe Situation einzuschätzen und einen koordinierten Pflegeplan zu erstellen.	0%	0%	89%	79%	88%	67%
65	stellen ein Team mit entsprechenden Kompetenzen zusammen oder überweisen, wo nötig, ältere Menschen rechtzeitig an adäquate Fachpersonen.	20%	14%	78%	50%	88%	55%
66	sind fähig, ihre Kompetenzen ständig weiterzuentwickeln, um Veränderungsprozesse in der Gesundheitsversorgung, insbesondere bei der interprofessionellen Zusammenarbeit, zu bewältigen und voranzutreiben.	17%	29%	78%	86%	100%	77%
67	lernen von und mit anderen Gesundheitsberufen, um die interprofessionelle Zusammenarbeit zu verbessern.	17%	29%	72%	86%	89%	64%
67bis	leiten weniger gut ausgebildetes Personal in der Langzeitpflege an sowie begleiten und unterstützen sie, um eine qualitativ gute Pflege zu gewährleisten.	0%	14%	89%	87%	75%	67%

Quelle: Eigene Darstellung.

Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik

Innerhalb dieses Kompetenzbereichs stehen wenige Kompetenzen im Fokus des heutigen Unterrichts (vgl. Tabelle 47).

In der Zukunft sollen gemäss Bildungsexperten/-innen mehr dieser Kompetenzen auf Stufe HF und Bachelor, aber vor allem auf der Stufe Master und in der Weiterbildung unterrichtet werden (vgl. Tabelle 48).

Tabelle 47: Kompetenzen, die heute im Fokus des Unterrichts stehen im Bereich «Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik»

Nr.	Kompetenzbereiche nach Ausbildungsniveaus Heute	Fachperson Gesundheit EFZ	Fachfrau/-mann Langzeitpflege und - betreuung mit eidg. Fachausweis (BP)	Dipl. Pflegefachmann/ -frau HF	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege	Weiterbildung
	(11) Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik	4%	19%	32%	34%	56%	30%
68	verstehen die Zusammenhänge von demografischem Wandel, Altersbildern und Wohn- und Lebensformen im Alter.	0%	67%	47%	58%	43%	27%
68bis	entwickeln neue Konzepte für Lebensformen und Versorgungsmodelle für ältere Menschen, wie z.B. generationsübergreifende Lebensformen und selbstbestimmtes/gelingendes Altern.	0%	0%	14%	0%	57%	20%
69	analysieren und bewerten Stärken und Schwächen unterschiedlicher Versorgungsmodelle.	0%	0%	21%	23%	71%	20%
70	implementieren geeignete Versorgungsmodelle, um eine sichere, qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung für ältere Menschen zu fördern.	0%	0%	21%	23%	86%	22%
71	fördern eine Kultur für qualitativ hochwertige Pflege.	0%	33%	73%	69%	86%	60%
72	nutzen die Forschung und evidenzbasiertes Wissen zur Qualitätsverbesserung.	0%	0%	47%	80%	100%	60%
73	besitzen Kenntnisse zur Gesetzgebung (z. B. Erwachsenenschutzrecht), Leistungsfinanzierung und Problematiken in der Finanzierung innerhalb der Gesundheitsversorgung für ältere Menschen.	33%	33%	33%	31%	43%	25%
74	setzen sich als Experten/-innen in der Politik und der Praxis für die Anliegen der Langzeitpflege ein und beeinflussen diese positiv.	0%	33%	9%	13%	17%	29%
75	stärken als Mitglieder von Berufsorganisationen die Langzeitpflege.	0%	0%	18%	8%	0%	11%

Quelle: Eigene Darstellung.

Tabelle 48: Kompetenzen, die in der Zukunft im Fokus des Unterrichts stehen sollten im Bereich «Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik»

Nr.	Kompetenzbereiche nach Ausbildungsniveaus in der Zukunft	Fachperson Gesundheit EFZ	Fachfrau/-mann Langzeitpflege und - betreuung mit eidg. Fachausweis (BP)	Dipl. Pflegefachmann/fr au HF	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege	Weiterbildung
	(11) Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik	15%	20%	58%	59%	82%	59%
68	verstehen die Zusammenhänge von demografischem Wandel, Altersbildern und Wohn- und Lebensformen im Alter.	17%	29%	56%	73%	56%	92%
68bis	entwickeln neue Konzepte für Lebensformen und Versorgungsmodelle für ältere Menschen, wie z.B. generationsübergreifende Lebensformen und selbstbestimmtes/gelingendes Altern.	0%	25%	70%	83%	100%	100%
69	analysieren und bewerten Stärken und Schwächen unterschiedlicher Versorgungsmodelle.	0%	0%	44%	47%	100%	85%
70	implementieren geeignete Versorgungsmodelle, um eine sichere, qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung für ältere Menschen zu fördern.	0%	14%	38%	47%	100%	86%
71	fördern eine Kultur für qualitativ hochwertige Pflege.	17%	29%	89%	80%	100%	100%
72	nutzen die Forschung und evidenzbasiertes Wissen zur Qualitätsverbesserung.	0%	0%	72%	93%	100%	93%
73	besitzen Kenntnisse zur Gesetzgebung (z. B. Erwachsenenschutzrecht), Leistungsfinanzierung und Problematiken in der Finanzierung innerhalb der Gesundheitsversorgung für ältere Menschen.	33%	29%	56%	47%	67%	100%
74	setzen sich als Experten/-innen in der Politik und der Praxis für die Anliegen der Langzeitpflege ein und beeinflussen diese positiv.	50%	40%	62%	36%	86%	90%
75	stärken als Mitglieder von Berufsorganisationen die Langzeitpflege.	17%	14%	38%	21%	33%	80%

Quelle: Eigene Darstellung.

5.2.4. Zwischenfazit

Die quantitative Analyse der Stichprobenbefragung von Bildungsexperten/-innen zeigt, inwieweit für die im Literaturreview identifizierten und im Praxisexperten/-innen validierten Kompetenzen die Aus- und Weiterbildungen gemäss den befragten Personen den aktuellen und zukünftigen Bedürfnissen entsprechen. Sie zeigt auch, auf welchen Ausbildungsniveaus die Kompetenzen gemäss den befragten Personen aktuell unterrichtet werden bzw. in Zukunft unterrichtet werden sollten.

Inhaltlich zusammenfassend werden gemäss Bildungsexperten/-innen sechs von elf Kompetenzbereichen bereits in der heutigen Aus- und Weiterbildung gut abgedeckt. Diese sechs Bereiche stehen gemäss mehr als 60% der Befragten aktuell im Fokus des Unterrichts verschiedener Ausbildungsniveaus. Konkret steht der Bereich Veränderungen im Alter vor allem auf den Stufen bis zur dipl. Pflegefachperson HF im Fokus des Unterrichts. Die geriatrischen Syndrome werden hingegen vor allem in den Stufen Bachelor FH/UH, Master FH/UH und Weiterbildung fokussiert unterrichtet. Die Kompetenzbereiche der neurokognitiven Störungen und gerontopsychiatrischen Erkrankungen, personenzentrierten Pflege und Kommunikation sowie der rechtlichen und ethischen Aspekte werden vor allem auf den Stufen dipl. Pflegefachperson HF, Bachelor FH/UH und Master FH/UH unterrichtet. Interprofessionelle Zusammenarbeit und Leadership sowie Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik stehen heute vor allem im Fokus des Masterstudiums.

Bezüglich Bedarfs in der Zukunft zeigte sich, dass alle erwähnten Kompetenzbereiche vermehrt in den Fokus des Unterrichts rücken müssen. Insbesondere sollen neu die Patientensicherheit und Medikation, die Palliative Care inklusive Spiritualität/Sinnhaftigkeit, die Gesundheitsförderung inklusive Gesundheitskompetenz, die Digitalisierung sowie die Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik ebenfalls im Fokus des Unterrichts stehen. Gemäss Bildungsexperten/-innen soll die Mehrheit der Kompetenzbereiche als Fokus in den Ausbildungsniveaus ab dipl. Pflegefachperson HF bis zur Weiterbildung unterrichtet werden. Der Bereich Veränderung im Alter soll in alle Ausbildungsniveaus im Fokus des Unterrichts stehen, während die Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik vor allem im Fokus des Masterstudiums stehen soll. Die stärkste Zunahme der Bedeutung der Kompetenzbereiche für die Zukunft verzeichnen gemäss den Experten/-innen die Veränderung im Alter innerhalb des Ausbildungsniveaus Bachelor FH/UH (44%), die Digitalisierung auf Ebene Master FH/UH (44%), Bachelor FH/UH (43%) und Weiterbildung (41%) sowie die personenzentrierte Pflege und Kommunikation innerhalb des Ausbildungsniveaus Fachperson Langzeitpflege und -betreuung (42%).

Auch innerhalb der Kompetenzbereiche stehen die meisten Kompetenzen im Fokus der Ausbildungsniveaus ab Stufe HF. In der Zukunft verstärkt sich diese Tendenz deutlich, so sollte die grosse Mehrheit der Kompetenzen gemäss Bildungsexperten/-innen im Fokus des Unterrichts ab Stufe HF stehen. Für einzelne Kompetenzen zeigt sich eine andere Tendenz für die Zukunft, sie sollten gemäss Bildungsexperten/-innen bspw. neu auch ab Stufe FaGe bzw. BP im Fokus des Unterrichts stehen, andere Kompetenzen stehen hingegen eher im Fokus des Masterstudiums.

Es lassen sich auch einige Aussagen im Vergleich der beiden Perspektiven Praxis und Bildung treffen. Die Kompetenzbereiche der Digitalisierung sowie der Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik, die laut Dienstleistungsorganisationen in der Zukunft am meisten an Wichtigkeit

gewinnen, sind noch nicht genügend in den heutigen Aus- und Weiterbildungen abgedeckt. Gemäss Bildungsexperten/-innen sollten sie aber in der Zukunft unterrichtet werden, vor allem auf der Ausbildungsstufe Master FH/UH und Bachelor FH/UH.

In Tabelle 49 lassen sich die 11 Kompetenzbereiche nach idealen Ausbildungsniveaus aus Sicht Praxis und Bildung systematisch vergleichen.¹⁶ Gemäss Praxisexperten/-innen und Bildungsexperten/-innen spielt das Ausbildungsniveau dipl. Pflegefachpersonen HF eine zentrale Rolle für fast alle Kompetenzen. Gemäss Bildungsexperten/-innen spielen aber auch die Ausbildungsniveaus Bachelor FH/UH, Master FH/UH und etwas weniger die Weiterbildung eine zentrale Bedeutung.

Tabelle 49: Zukünftig benötigte Kompetenzen aus Sicht von Praxisexperten/-innen und Bildungsexperten/-innen

Kompetenzbereiche	Ideales Ausbildungsniveau aus Sicht Bildung						Ideales Ausbildungsniveau aus Sicht Praxis			
	Fachperson Gesundheit EFZ	Fachfrau/-mann Langzeitpflege und -betreuung mit eidg. Fachausweis (BP)	Dipl. Pflegefachmann/-frau HF	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege	Weiterbildung	Fachperson Gesundheit EFZ	dipl. Pflegefachfrau/-mann HF	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege
(1) Veränderungen im Alter	86%	92%	96%	95%	79%	91%	60%	68%	51%	40%
(2) Geriatrische Syndrome	30%	49%	84%	88%	85%	82%	40%	78%	66%	46%
(3) Patientensicherheit und Medikation	20%	32%	77%	84%	83%	74%	50%	78%	66%	50%
(4) Neurokognitive Störungen und gerontopsychiatrische Erkrankungen	35%	45%	80%	76%	79%	68%	42%	75%	68%	50%
(5) Palliative Care inkl. Spiritualität/Sinnhaftigkeit	52%	64%	87%	87%	83%	70%	66%	82%	62%	43%
(6) Personenzentrierte Pflege und Kommunikation	26%	42%	78%	81%	83%	70%	57%	81%	59%	39%
(7) Gesundheitsförderung inkl. Gesundheitskompetenz	48%	47%	60%	77%	69%	57%	34%	64%	63%	52%
(8) Digitalisierung	40%	41%	76%	80%	78%	66%	56%	66%	59%	50%
(9) Rechtliche und ethische Aspekte	14%	26%	70%	79%	89%	61%	45%	77%	69%	55%
(10) Interprofessionelle Zusammenarbeit und Leadership	7%	14%	50%	58%	71%	31%	30%	70%	64%	52%
(11) Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik	15%	20%	58%	59%	82%	59%	17%	48%	60%	69%

Quelle: Eigene Darstellung.

Limitierend ist festzuhalten, dass die Ergebnisse der Bildungsorganisationen die subjektiven Einschätzungen der Bildungsexperten/-innen darstellen. Des Weiteren könnte die Stichprobenszusammensetzung die Resultate etwas verzerrt haben könnte. So haben viele Bildungsexperten/-innen mit Abschluss auf Stufe Bachelor FH/UH, HF oder Weiterbildung den Fragebogen ausgefüllt.

5.3. Ergebnisse qualitative Interviews Bildungsexperten/-innen

In den sechs qualitativen Interviews mit Bildungsexperten/-innen wurde der aktuelle Stand bezüglich geforderter Kompetenzen in der formalen Pflegeausbildung bzw. -weiterbildung erfragt, und welche Kompetenzen aus Bildungssicht vertieft unterrichtet werden sollten. Das Ent-

¹⁶ Für jede Kombination aus Kompetenzbereich und Ausbildungsniveau sind zwei Werte eingetragen: Aus Sicht der Bildung die Prozentzahl der Antworten "Ja, sollte im Fokus stehen" und aus Sicht der Praxis die Prozentzahl der Antworten, die dieses Ausbildungsniveau für die entsprechende Kompetenz als ideal eingeschätzt haben. Bei der ersten Umfrage bei den Praxisexperten/-innen wurde nach 4 Ausbildungsniveaus differenziert, bei der zweiten Umfrage bei den Bildungsinstitutionen wurden sechs Ausbildungsniveaus berücksichtigt. Zur besseren Visualisierung wurden die Ergebnisse mittels einer kontinuierlichen Farbabstufung in Grün dargestellt, wobei grössere Prozentwerte eine dunklere Schattierung aufweisen.

wicklungspotential neuer Aus- und Weiterbildungen sowie ihre Ausgestaltung, damit Pflegefachpersonen die zukünftigen Anforderungen in der Langzeitpflege bewältigen können, wurden ebenfalls thematisiert.

Geforderte Kompetenzen in der Pflegeausbildung bzw. -weiterbildung

Teilaspekte sämtlicher elf Kompetenzbereiche sind für die Interviewpartner bereits heute in den Ausbildungsgängen enthalten. Einzelne Inhalte seien auch in bestehenden Weiterbildungen enthalten. Nichtsdestotrotz seien viele Kompetenzen angesichts des zukünftigen Bedarfs zu vertiefen, insbesondere übergeordnete, transversale Kompetenzen.

Diese gute Abdeckung der zunehmend geforderten Kompetenzen in den Bildungsinstitutionen der befragten Experten/-innen sei darauf zurückzuführen, dass für einige Institutionen der Lehrplan erst kürzlich erstellt bzw. angepasst wurde. Dafür habe man sich mit der Praxis ausgetauscht und auch Abklärungen der gesellschaftlichen Bedürfnisse vorgenommen. Um sicherzustellen, dass neue Bedürfnisse in der Ausbildung berücksichtigt werden, liesse sich eine Bildungsinstitution von einer Fachgruppe aus der Praxis (u. a. Spitäler, Pflegeheime, kantonale Dienste) regelmässig begleiten. So seien beispielsweise kürzlich die Kompetenzen im Bereich der psychischen Gesundheit verstärkt worden, nachdem ein Feedback aus der Praxis diesbezüglich Bedarf angemeldet hatte.

Kompetenzen, die bisher nicht erwähnt wurden, die aber gemäss Bildungsexperten/-innen insbesondere vertieft werden sollten, sind vor allem übergeordnete, transversale Kompetenzen. Es geht dabei beispielsweise um das Verstehen ganzheitlicher und gerontopsychiatrischer Zusammenhänge, forschungsmethodische Fähigkeiten, aber auch Reflexionsfähigkeit und kritisches Denken, Clinical Reasoning und Kommunikationsfähigkeit. Ein ganzheitliches Arbeiten sei notwendig und eine starke Fragmentierung müsse verhindert werden, da in der Praxis Wissen und Fähigkeiten aus unterschiedlichen Bereichen notwendig seien. In der Tendenz solle der Fokus desto mehr auf der Förderung dieser übergeordneten Kompetenzen liegen, je höher das Ausbildungsniveau sei. Masterstudierende sollten in der Lage sein, die Bedürfnisse der Praxis zu verstehen und mittels forschungsbasierter Methoden Entwicklungsmöglichkeiten zu generieren.

Als weitere, zu vertiefenden Kompetenzen wurden die Digitalisierung und die interprofessionelle Zusammenarbeit erwähnt. Bei der Digitalisierung solle insbesondere die Nutzung von technologischen Hilfsmitteln (z.B. Softwareversion von RAI als Abklärungsinstrument), aber auch das Erfassen von elektronischen Daten und der Umgang mit Daten vermittelt werden. Je nach Setting und Anforderungen könne diese Kompetenz in der formalen Ausbildung eingeführt oder durch Schulungen auf Institutionsebene vermittelt werden. Die interprofessionelle Zusammenarbeit wird ebenfalls als eine wichtige Kompetenz eingeschätzt, die vertieft werden solle, zum Beispiel mit gemeinsamen Modulen mit unterschiedlichen Studierendengruppen (Physiotherapie, Sozialarbeit, Medizin).

Weitere zentrale Kompetenzen, die in den HF/Bachelor FH/UH-Ausbildungen derzeit nicht ausreichend integriert seien und vertieft werden müssten, seien Patientensicherheit, personenzentrierte Pflege, evidenzbasierte Pflege, ethische Entscheidungsfindung, Leadership, Umgang mit Vielfalt (Diversität, Transgender, Sexualität), rechtliche und ethische Aspekte sowie gesundheitsökonomische Grundlagen.

Entwicklungspotential und Ausgestaltung neuer Aus- und Weiterbildungen

Gemäss den Bildungsexperten/-innen bestünde ein Entwicklungspotential neuer Aus- und Weiterbildungen auf vier Ebenen:

Erstens müssten Rahmenbedingungen geschaffen werden, die regelmässige Weiterbildung fördern. Weiterbildungen sollen zertifiziert werden. Analog zur FMH bei Ärzten/-innen sollten Pflegefachpersonen ein jährliches Minimum an Fortbildungen absolvieren, die für den Titelerhalt notwendig seien und von einer definierten Instanz anerkannt würden. Eine adäquate Finanzierung der Weiterbildungsangebote sowie Möglichkeiten von Stipendien für die Teilnehmenden seien zusätzliche fördernde Faktoren.

Zweitens bestünde ein Entwicklungspotential neuer Weiterbildungen für spezifischen Zielgruppen, beispielsweise für Pflegefachpersonen mit Migrationshintergrund, welche das Fachwissen besässen, jedoch sprachliche Schwierigkeiten haben. Andere Zielgruppe sind Pflegefachpersonen über 50 Jahre und Wiedereinsteigende, die nach einer langen Pause wieder in der Langzeitpflege arbeiten wollten und für die veränderte Praxis vorbereitet werden müssten.

Drittens sollten neue und innovative Konzepte für die Aus- und Weiterbildung ebenfalls dazu beitragen, den zukünftigen Anforderungen im Bereich der Langzeitpflege gerecht zu werden. In einigen Institutionen bestünden beispielsweise bereits Mentoratsprogramme, um unerfahrene Fachkräfte bei der Kompetenzentwicklung in der Praxis zu unterstützen. Die Intraprofessionalität solle auch gefördert werden, indem Ausbildungskurse für Pflegefachpersonen mit verschiedenen Ausbildungsniveaus und Rollen durchgeführt würden. Die Studierenden würden von dieser Erfahrung profitieren und die Organisation der Kurse seien für die Anbieter durch die Konzentration auf eine Durchführung kostengünstiger. Interprofessionelles Arbeiten und interprofessionelle didaktische Lernkonzepte sollten auch unterstützt werden. Als Beispiel wird ein bestehendes Modul genannt, in welchem Pflegefachpersonen und Ingenieure im Rahmen der Abschlussarbeit neue Instrumente zusammen entwickelten, die für die Langzeitpflege nützlich seien.

Viertens wurde gefordert, Pflegefachpersonen entsprechend ihren Kompetenzen einzusetzen und zu fördern. Auf Seite der Betriebe sollten die Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit die Pflegefachpersonen die erworbenen Kompetenzen auch tatsächlich einsetzen könnten. Führungs- und Lehrverantwortlichen der Betriebe müssten daher ebenfalls geschult werden, damit sie die neuen Kompetenzen der Pflegefachpersonen kennen und Arbeitsbedingungen schufen, in denen diese zur Anwendung kämen.

6. Konsensuskonferenz

6.1. Methodisches Vorgehen Konsensuskonferenz

Ziele:

- 1) Präsentation und Diskussion der Ergebnisse: Inwieweit trägt die Pflegeausbildung den zukünftigen Anforderungen im Bereich der Langzeitpflege Rechnung?*
- 2) Priorisierung des Handlungsbedarfs innerhalb der elf Kompetenzbereiche nach Aus- und Weiterbildungsniveau: Auf welchem Niveau besteht der größte Handlungsbedarf?*

- 3) *Ermittlung der Integrationsmöglichkeiten in die Aus- und Weiterbildung zur Stärkung des Kompetenzbereichs: Wie kann der Kompetenzbereich in Zukunft besser abgedeckt werden?*
- 4) *Entwicklung und Priorisierung von Handlungsempfehlungen: Welche Maßnahmen sollten ergriffen werden, damit die zukünftig benötigten Kompetenzen in der Langzeitpflege vermittelt werden können?*

Die Durchführung der Online-Konsensuskonferenz mit zentralen Experten/-innen in der Langzeitpflege gliedert sich in vier Teile. In einem ersten Teil wurden die zentralen Ergebnisse der Studie präsentiert und diskutiert. In einem zweiten Teil wurden in fünf Breakout-Gruppen eine Priorisierung des Handlungsbedarfs nach Aus- und Weiterbildungsniveau vorgenommen sowie Integrationsmöglichkeiten in die Aus- und Weiterbildung diskutiert. Mittels des Online-Tools Miro konnten die Experten/-innen eine Priorisierung des Handlungsbedarfs innerhalb von zwei bis drei Kompetenzbereichen nach Aus- und Weiterbildungsniveau von «1 = Erste Priorität» bis «6 = Letzte Priorität» durchführen. Basierend auf den Werten wurde ein Gruppenmittelwert für die Priorisierung berechnet. Zudem konnten die Teilnehmenden im Online-Tool Integrationsmöglichkeiten in die Aus- und Weiterbildung auflisten. Anschliessend wurden die Ergebnisse im Plenum präsentiert. In einem dritten Teil formulierte jede/-r Experte/-in zuerst in den Breakout-Gruppen individuelle Handlungsempfehlungen auf Politik-, Bildungs- sowie Praxisebene. Diese Empfehlungen wurden in den Breakout-Gruppen vorgestellt, anschliessend konnte jede Person drei Handlungsempfehlungen priorisieren. Die Breakout-Gruppen wurden jeweils durch ein Projektmitglied moderiert. Die Vertreterinnen des BAGs waren in den Breakout-Sessions nicht anwesend, um eine möglichst freie Diskussionsatmosphäre zu gewährleisten. Die drei Handlungsempfehlungen mit den meisten Stimmen wurden anschliessend wiederum im Plenum vorgestellt. In einem letzten Teil wurden die Ergebnisse zusammengefasst.

6.2. Ergebnisse Konsensuskonferenz

6.2.1. Übersicht zu Teilnehmern/-innen der Konsensuskonferenz

Insgesamt nahmen 21 Experten/-innen, zwei Vertreterinnen des BAGs sowie sechs Personen des Projektteams an der Konsensuskonferenz teil (vgl. Anhang A 3.1). Neun Experten/-innen vertraten Dienstleistungsorganisationen, elf Experten/-innen waren aus Bildungsorganisationen sowie eine Person als Vertreterin der Kerngruppe des Forums für die medizinische Grundversorgung anwesend.

6.2.2. Validierung der Studienergebnisse sowie Priorisierung des Handlungsbedarfs

Die zentralen Ergebnisse der Studie wurden in der Konsensuskonferenz vorgestellt und validiert. In Tabelle 50 ist die Priorisierung des Handlungsbedarfs innerhalb der elf Kompetenzbereiche nach Aus- und Weiterbildung dargestellt. Dafür wurde jeweils der Gruppenmittelwert der Breakout-Sessions verwendet. Je tiefer der Wert, desto grösser ist der Handlungsbedarf. Gemäss den Experteneinschätzung ist Handlungsbedarf insbesondere auf den Ausbildungsniveau von dipl. Pflegefachpersonen HF, BSc in Pflege FH/UH sowie MSc in Pflege FH/UH vorhanden. Spezifisch schätzen die Experten/-innen innerhalb der Kompetenzbereiche interprofessionelle Zusammenarbeit und Leadership, personenzentrierte Pflege und Kommunikation, Palliative Care und Veränderungen im Alter für das Ausbildungsniveau Dipl. Pflegefachperson HF den

grössten Handlungsbedarf ein. Innerhalb der Kompetenzbereiche Patientensicherheit und Medikation, rechtliche und ethische Aspekte sowie Geriatrische Syndrome wurde dem Niveau BSc in Pflege FH/UH der grösste Handlungsbedarf zugeschrieben. Für die Bereiche Gesundheitsförderung inkl. Gesundheitskompetenz, Digitalisierung sowie Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik wurde für die beiden Ausbildungsniveaus BSc in Pflege FH/UH und MSc in Pflege FH/UH der grösste Handlungsbedarf eingeschätzt. Die Ergebnisse sind mehrheitlich ähnlich wie die Einschätzung der Bildungsexperten/-innen (vgl. Tabelle 49). Eine Ausnahme bildet der Kompetenzbereich neurokognitive Störungen und gerontopsychiatrische Erkrankungen, bei dem der grösste Handlungsbedarf bei der Fachperson Gesundheit EFZ sowie der Fachperson Langzeitpflege und -betreuung mit eidg. Fachausweis BP gesehen wird, währenddessen die Bildungsexperten/-innen diesen Kompetenzbereich prioritär der Tertiärstufe ab dipl. Pflegefachperson HF, BSc in Pflege FH/UH, MSc in Pflege FH/UH sowie der Weiterbildung zuschreiben. Diese auf den ersten Blick widersprüchlichen Ergebnisse lassen sich insofern erklären, als dass möglicherweise auf den Stufen Fachperson Gesundheit EFZ sowie der Fachperson Langzeitpflege und -betreuung mit eidg. Fachausweis BP ein geringeres Kompetenzniveau vorhanden ist, gleichzeitig diese Berufsgruppen aber im Berufsalltag häufig mit neurokognitiven Störungen und gerontopsychiatrischen Erkrankungen zu tun haben, obwohl dieser Kompetenzbereich eigentlich der Tertiärstufe zugesprochen wird.

Tabelle 50: Übersicht Priorisierung des Handlungsbedarfs innerhalb der Kompetenzbereiche nach Aus- und Weiterbildungsniveau

Kompetenzbereiche	Handlungsbedarf					
	Fachperson Gesundheit EFZ	Fachperson Langzeitpflege und -betreuung mit eidg. Fachausweis BP	Dipl. - Pflegefachperson HF	Bachelor of Science in Pflege FH/UH	Master of Science in Pflege FH/UH	Weiterbildung
(1) Patientensicherheit und Medikation	4.8	2.6	1.9	1.0	5.5	4.8
(2) Gesundheitsförderung inkl. Gesundheitskompetenz	3.0	5.0	2.0	1.0	1.0	6.0
(3) Neurokognitive Störungen und gerontopsychiatrische Erkrankungen	1.0	1.5	3.0	4.0	4.5	6.0
(4) Interprofessionelle Zusammenarbeit und Leadership	6.0	5.0	1.0	1.5	2.0	4.0
(5) Personenzentrierte Pflege und Kommunikation	1.8	2.0	1.3	2.2	3.0	3.7
(6) Palliative Care	2.2	2.3	1.0	1.7	3.2	3.3
(7) Digitalisierung	6.0	4.8	2.5	1.8	2.0	3.3
(8) Veränderungen im Alter	5.8	2.8	1.0	2.0	3.8	3.0
(9) Rechtliche und ethische Aspekte	5.5	4.0	2.8	1.0	4.0	3.2
(10) Geriatrische Syndrome	4.0	3.0	2.8	1.0	4.0	3.2
(11) Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik	4.0	3.5	2.0	1.0	1.0	2.0

Quelle: Eigene Darstellung. Mittelwert aus individueller Expertenpriorisierung von «1 = Erste Priorität» bis «6 = Letzte Priorität»

Um Wiederholungen zu vermeiden, werden die Ergebnisse aus der Konsensuskonferenz zu den priorisierten Handlungsempfehlungen sowie den Integrationsmöglichkeiten in die bestehende Aus- und Weiterbildung nicht in diesem Kapitel, sondern im Kapitel 8 in synthetisierter Form beschrieben. Zur Nachvollziehbarkeit sind die wichtigsten Ergebnisse der Breakout-Gruppen jedoch im Anhang A 3.2 ersichtlich.

7. Limitationen der Studie

Insgesamt sollten nachfolgende Limitationen bei der Interpretation der Studienbefunde berücksichtigt werden. Die Literaturanalyse hat sich auf Kompetenzen in der Langzeitpflege auf Tertiärstufe beschränkt. Entsprechend beziehen sich die identifizierten Kompetenzen nicht auf Berufe auf der Sekundarstufe, wie z. B. Fachperson Gesundheit EFZ, und tiefere Ausbildungsstufen, wie z. B. Pflegehelfende SRK. Diese Ausbildungsstufen bilden jedoch ebenfalls sehr wichtige Berufsgruppen in der Langzeitpflege, insbesondere die Wichtigkeit ihrer Kompetenzen im Bereich der Betreuung und Hauswirtschaft sind hervorzuheben. Zudem fokussierte sich die Literaturanalyse auf die Pflegeberufe, wodurch möglicherweise ebenfalls in der Zukunft relevante Kompetenzen in weiteren angrenzenden Disziplinen, wie beispielsweise der Sozialarbeit, nicht berücksichtigt wurden. Daher sollten insbesondere auch die Erkenntnisse aus dem Projekt von CURAVIVA Schweiz «Berufsausbildung in der Sozialraumorientierung (BESRO)» ergänzend zu berücksichtigen, wenn umfassende Empfehlungen für die Langzeitpflege formuliert werden.

Des Weiteren basieren die Ergebnisse auf Experteneinschätzungen. In Abhängigkeit des Ausbildungshintergrunds und des Arbeitskontextes kann die Einschätzung der Wichtigkeit der Kompetenzen sowie der zugeschriebenen Ausbildungsniveaus variieren. Zudem war die Expertenpartizipation freiwillig und obwohl versucht wurde, möglichst repräsentativ Experten/-innen in die Studie einzubeziehen, besteht eine leichte Verzerrung der Repräsentativität der jeweiligen Expertenstichprobe. So nahmen beispielsweise bei der ersten Erhebung der Dienstleistungsorganisationen überdurchschnittlich viele dipl. Pflegefachpersonen HF als Experten/-innen teil.

Des Weiteren ist limitierend festzuhalten, dass zahlreiche Kompetenzbereiche bereits heute als sehr wichtig eingeschätzt wurden und entsprechend im Sinne eines Deckeneffekts gewisse Kompetenzbereiche nicht sehr viel wichtiger eingeschätzt werden konnten. Als weitere Limitation ist zu erwähnen, dass aufgrund aktueller Diskussionen in der Öffentlichkeit ein Risiko zur Überwertung gewisser Kompetenzbereiche bestehen könnte, wie zum Beispiel der Versorgungspraxis. So führten die zum Zeitpunkt der Interviewdurchführung vorherrschende Coronavirus-Pandemie sowie die Abstimmung über die Volksinitiative «Für eine starke Pflege» (Pflegeinitiative) zu einer hohen Medienpräsenz verschiedener Themenbereiche in der Langzeitpflege.

Zudem unterscheiden sich die Perspektiven von Praxis und Bildung hinsichtlich des idealen Ausbildungsniveaus für die jeweiligen Kompetenzbereiche stark. Diese Ergebnisse verdeutlichen entsprechend den Kommunikations- und Sensibilisierungsbedarf zwischen der Praxis und der Bildung, um Pflegefachpersonen in der Langzeitpflege ihren Kompetenzen entsprechend adäquat einzuschätzen und die Pflegequalität zu gewährleisten.

8. Handlungsempfehlungen

Die Ergebnisse des Berichtes legen eindrücklich dar, dass der Bedarf an Kompetenzen in der Langzeitversorgung auf Tertiärstufe gemäss den Befragten deutlich zunimmt und die benötigten Kompetenzen bereits heute nicht ausreichend vorhanden sind und nicht ausreichend ausgebildet werden. Nach Einschätzung der einbezogenen Teilnehmenden und Experten/-innen müssen

Kompetenzen für die Langzeitpflege von Pflegefachpersonen auf allen Niveaus deutlich stärker ausgebildet werden. Kompetenzen, die insbesondere für die Qualitätsentwicklung, Patientensicherheit und Weiterentwicklung der Langzeitpflege benötigt werden, werden vor allem Pflegefachpersonen mit Bachelor- und Masterabschluss FH/UH zugeschrieben; ihr Einsatz ist jedoch in der Langzeitpflege erst im Aufbau. Dies trifft auch auf die Romandie zu, auch wenn sich dort in den letzten Jahren ein verstärkter Einsatz von Pflegefachpersonen mit Bachelor- und Masterabschluss FH/UH in der Langzeitpflege abzeichnet.

Basierend auf den Ergebnissen der beiden Umfragen wurde eine Diskussionsgrundlage für die Formulierung von Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Konsensuskonferenz erarbeitet. An der Konferenz wurden die Handlungsempfehlungen mit 21 Expertinnen und Experten von Dienstleistungsorganisationen, Bildungsinstitutionen und Verbänden entwickelt und priorisiert (vgl. Abschnitt A 3.1). Ebenfalls wurden Ausgestaltungsmöglichkeiten für neue Bildungsinhalte diskutiert. Die nachfolgenden Empfehlungen beziehen sich auf eine übergeordnete Ebene, gefolgt von spezifischen Empfehlungen auf Politik-, Bildungs- sowie Praxisebene.

8.1. Übergeordnete Handlungsempfehlungen

Übergeordnet wurden drei Handlungsempfehlungen identifiziert, die den spezifischen Politik-, Bildungs- und Praxishandlungsempfehlungen inhärent sind und als deren Grundlage zu betrachten sind.

Übergeordnete Handlungsempfehlung 1 – Koordinierte, bildungsspezifische Definition der Taxonomiestufen der Kompetenzen

Die für diesen Bericht beschriebenen Kompetenzen in der Langzeitpflege müssen in einem nächsten Schritt auf der Grundlage von Taxonomiestufen für alle Bildungsstufen und über alle Bildungsstufen hinweg definiert werden. Dies erlaubt eine bessere Unterscheidung von Kompetenzen und damit Einsatzgebieten in der Praxis, beispielsweise im Bereich der wissenschaftlichen Kompetenzen oder des Leadership.

Auf der Grundlage der laufenden Projekte von EHB und BESRO sowie des hier vorliegenden Berichts sollen die Akteure der verschiedenen Politik-, Bildungs- und Praxisebenen in ein solches Verfahren einbezogen werden, welches idealerweise durch das BAG koordiniert wird.

Übergeordnete Handlungsempfehlung 2 – Sensibilisierung für benötigte Kompetenzen

Praxis- und Bildungsexpertinnen und -experten zeigten deutliche Unterschiede in der Bewertung und Zuordnung von Kompetenzen zu den einzelnen Bildungsniveaus. Hier braucht es die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses, welche Kompetenzen mit welcher Ausprägung auf welchem Niveau für eine gute Versorgungsqualität notwendig sind, indem Massnahmen zur Vernetzung von Praxis, Bildung, Entwicklung und Forschung getroffen werden.

Das Potenzial der verschiedenen Bildungsebenen mit ihren jeweils spezifischen Kompetenzen wird heute in der Praxis nicht ausreichend genutzt. Hier braucht es eine Stärkung des Potenzials von tertiär ausgebildeten und APN-Pflegekräften im Bereich der Langzeitpflege, indem entsprechende Rollen und Vorbilder in den Institutionen und der Aus- und Weiterbildung gezeigt und gefördert werden. Erste Entwicklungen in diese Richtung sind sichtbar, da zunehmend auf der Tertiärstufe ausgebildete Pflegefachpersonen in die Langzeitpflege rekrutiert werden, oder

Personal unterstützt wird, eine Tertiärausbildung zu ergreifen. Weiter braucht es Informationskampagnen, um vor allem Langzeitpflegeeinrichtungen und politische Entscheidungsträger für den Bedarf an Kompetenzen für die Pflege in der Langzeitversorgung auf allen Bildungsebenen zu sensibilisieren.

Übergeordnete Handlungsempfehlung 3 – Ausbildungsinitiative gezielt einsetzen

Aufgrund des starken Bedarfs an Kompetenzentwicklung in der Langzeitpflege muss die Ausbildungsinitiative Ressourcen für die Kompetenzentwicklung in der Langzeitpflege planen und einsetzen.

Diesbezüglich müssen Ressourcen für alle Ausbildungsniveaus, für die Weiterbildung und Initiativen zur Reintegration eingesetzt werden.

8.2. Handlungsempfehlungen auf Politikebene

Handlungsempfehlung Politikebene 1 – Besserer Einbezug in politische Entscheidungsprozesse

Pflegefachpersonen aus der Langzeitpflege sollen in politischen Entscheidungsprozessen bei Bund und Kantonen konsequent einbezogen und stärker vertreten werden. So sollte eine politische Stelle wie ein «Chief Nurse Officer» auf Bundesebene und in jedem Kanton geschaffen bzw. gefördert werden, wie dies auf Kantonsebene bereits heute in St. Gallen und Waadt der Fall ist. Diese müssen explizit den Auftrag haben, die Qualität und Sicherheit der Ausbildung und Praxis der Pflege in der Langzeitversorgung von alten Menschen sicherzustellen.

Handlungsempfehlung Politikebene 2 – Abschätzung des Bedarfs an Fachkräften in der Langzeitpflege

Die Entwicklung von intraprofessionell und interprofessionell abgestimmten Versorgungsmodellen unter Einbezug der definierten Kompetenzen ist notwendig, um der Praxis Orientierungsmöglichkeiten zu geben. Gleichzeitig bilden solche Versorgungsmodelle eine solide Grundlage für die Abschätzung des künftigen Arbeitskräftebedarfs und der Anzahl der dipl. Pflegefachpersonen HF auf den verschiedenen Bildungsebenen.

Dies würde es den politischen Entscheidungsträgern ermöglichen, die für die Ausbildung und Finanzierung von Fachkräften in der Zukunft erforderlichen Mittel abzuschätzen. Eine Verknüpfung mit den Postulaten Streiff-Feller¹⁷ und Marchand Balet¹⁸ könnte dabei in Betracht gezogen werden.

Handlungsempfehlung Politikebene 3 – Adäquate Vergütung

¹⁷ <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20194278> (besucht am 18.03.2022).

¹⁸ <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20183602> (besucht am 18.03.2022).

Es braucht eine Anpassung der Tarif- und Abrechnungssysteme, sodass zentrale Aspekte der Langzeitpflege, wie Palliative Care, Demenzpflege und gerontopsychiatrische Pflege adäquat abgerechnet werden können. Für die Gesundheitsförderung, Prävention und patientenzentrierte Versorgung unabdingbare Aspekte wie Beratung, Prävention, Koordination und interprofessionelle Zusammenarbeit sind ebenfalls besser zu berücksichtigen.

Die Anpassung der Tarif- und Abrechnungssysteme sind die Grundlage, um zu ermöglichen, dass Pflegefachpersonen aus der Langzeitpflege auf verschiedenen Bildungsebenen nicht nur besser bekannt und anerkannt werden, sondern auch entsprechend ihrer Kompetenzen und Leistungen adäquat vergütet werden.

Handlungsempfehlung Politikebene 4 – Zugang zu Aus- und Weiterbildung verbessern

Um dem Bedarf an Langzeitpflege begegnen zu können, müssen finanzielle Unterstützungsangebote für Aus- und Weiterzubildende aufgebaut und Zugangshindernisse zu Aus- und Weiterbildung abgebaut werden.

Ein wesentliches Zugangshindernis für Aus- und Weiterzubildende, welche sich in der Langzeitpflege engagieren möchten, sind die mangelnden finanziellen Mittel. Die Experten/-innen raten daher, Möglichkeiten der finanziellen Unterstützung der Aus- und Weiterbildung in der Langzeitpflege zu schaffen, z. B. in Form von Stipendien. Dadurch kann ausreichend Zeit für das Lehren und Lernen der zentralen Kompetenzen in der Langzeitpflege geschaffen werden. Um möglichst rasch auf den Bedarf an Pflegefachpersonen mit Bachelor- und Masterabschluss FH/UH reagieren zu können, empfehlen Experten/-innen die Numerus clausus-Beschränkung für Ausbildungsplätze auf diesem Niveau zu überdenken. Es sollen ebenfalls für spezifische Zielgruppen Bildungsangebote gefördert werden: Quereinsteigende, Neu-Einsteigende, Wiedereinsteigende (insbesondere Pflegefachpersonen mit familiären Verpflichtungen) und qualifizierte Fachpersonen aus dem Ausland, die ihre Sprachkenntnisse weiterentwickeln müssen. Auch berufsbegleitende Ausbildungen sollen verstärkt ermöglicht werden.

8.3. Handlungsempfehlungen auf Bildungsebene

Handlungsempfehlung Bildungsebene 1 – Systematischer Förderung des Unterrichts in Langzeitpflege

Kompetenzen in der Langzeitpflege müssen in der Aus- und Weiterbildung von Fachkräften systematisch entwickelt werden, so dass eine kontinuierliche Kompetenzentwicklung möglich ist.

Die Themen der Langzeitpflege müssen in der Ausbildung mehr Gewicht erhalten und Theorie und Praxis eng vernetzen. So sollen Lernkooperationen und Immersionspraktika in verschiedenen Settings der Langzeitpflege (Spitex, Heime, Spital, Praxen und deren Koordination untereinander) geschaffen werden. Gleichzeitig braucht es Durchlässigkeit und Verknüpfung bzw. Integration von Bildung und Praxis, dies könnte laut Workshopteilnehmenden beispielsweise durch Mini-Praktika (1 Tag) oder kleine Schnupperlehren in Verbindung mit Ausbildungsmodulen erreicht werden.

Handlungsempfehlung Bildungsebene 2 – Kompetenzen auf den einzelnen Bildungsebenen abstimmen

Es ist notwendig, die Kompetenzen auf den einzelnen Bildungsebenen untereinander abzustimmen.

So müssen auf der Tertiärstufe die Unterschiede zwischen den Kompetenzen auf HF- und BSc-Stufe FH/UH (z.B. was Unterschiede im Bereich der wissenschaftlichen Kompetenzen, Führungskompetenzen angeht) präzisiert werden, da Bachelor FH/UH-ausgebildete Pflegefachpersonen in höherem Masse auf eine Expertenrolle vorbereitet sind als HF und direkten Zugang zur MSc-Stufe FH/UH haben.

Handlungsempfehlung Bildungsebene 3 – Aufbau starker intra- und interprofessioneller Aus- und Weiterbildungsgänge

Lernende und Studierende müssen die verschiedenen Berufsbilder in der Langzeitpflege besser kennenlernen können.

Neue Pflegemodelle sollen umgesetzt und evaluiert werden, um die Kompetenzen und den Tätigkeitsbereich aller Fachkräfte auf verschiedenen Ebenen (intraprofessionell) und in Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsfachkräften (interprofessionell) zu definieren. So soll Zusammenarbeit in der Pflege höher gewichtet werden, damit sich Vertreter und Vertreterinnen der verschiedenen Berufsbilder in der Versorgung chronisch kranker, ältere Patienten/-innen besser kennen und verstehen. Darüber hinaus soll interprofessionelles Lernen vermehrt ermöglicht werden, indem beispielsweise Vorlesungen oder Praktika der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzte/-innen auch von anderen Gesundheitsfachpersonen besucht werden können.

8.4. Handlungsempfehlungen auf Praxisebene

Handlungsempfehlung Praxisebene 1 – Unterstützung im praktischen Arbeitsfeld

Lernende und Studierende müssen in der Langzeitpflege besser begleitet werden.

Erstens müssen Praxisausbilder/-innen in Schulungen, Tagungen und Workshops die Möglichkeit haben, ihr Wissen bezüglich Entwicklungen und Anforderungen in der Langzeitpflege regelmässig zu aktualisieren. Es muss dabei definiert werden, über welche minimalen Kompetenzen sie auf den verschiedenen Stufen verfügen müssen und wie sie diese aktualisieren. Zweitens soll die praktische Ausbildung speziell auf der Stufe FaGe und HF finanziell gestärkt werden. Eine bessere Finanzierung soll zeitliche Ressourcen für die Praxisausbildung ermöglichen und die Leistung der Bildungsverantwortlichen besser anerkennen. Drittens sollen auch Führungsausbildungen im Langzeitpflegebereich (z.B. in der Spitex) verstärkt angeboten werden.

Handlungsempfehlung Praxisebene 2 – Ausbildungsqualität in den Betrieben sicherstellen

Die Ausbildung in der Praxis soll für eine qualitativ hochstehende Langzeitpflege weiterentwickelt werden.

Für die Ausbildung in den Betrieben sollen Qualitätsindikatoren (z. B. für Ausbildungsumfang und -zeit) geschaffen werden.

Handlungsempfehlung Praxisebene 3 – Innovative Ausbildungsbetriebe fördern

Innovative Formen der Begleitung praktischer Ausbildung sollen gefördert und entwickelt werden.

Es sollen Anreize für Langzeitinstitutionen geschaffen werden, innovative Formen der Begleitung praktischer Ausbildung zu entwickeln. Das Anreizsystem soll dabei flexibel und leicht zugänglich sein und ein Monitoring bzw. Follow-up beinhalten. Es könnten bspw. Visitentraining mit der Ärzteschaft, Lehrwerkstätten für Auszubildende und Studierende sowie Ausbildungspartnerschaften von kleineren Betrieben gefördert werden.

Anhang

Detailliertere Ergebnisse aus den Erhebungen dieses Projekts sind auf Anfrage verfügbar.

A 1 Literaturanalyse

A 1.1 Tabelle Literaturanalyse zu zukünftig erforderlichen Kompetenzen in der Langzeitpflege

Kompetenzbereich	Taxonomie- stufen nach Bloom	Dipl. Pfl- fachperson (Registered Nurse)	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege Nurse Practi- tioner (NP)	Master of Science in Pflege Clinical Nurse Specialist (CNS)
(1) Körperliche Veränderungen im Alter					
Die Pflegefachpersonen ...					
<i>... verfügen über Wissen zur Komplexität des normalen Alterungsprozesses, zur Funktionsfähigkeit und zu Veränderungen in biobehavioralen Prozessen.</i>	Erinnern	Taipale-Lehto and Bergman (2015)	Deschodt et al., (2010)	Algase et al. (2006) American Association for Geriatric Psychiatry (n.d.) Taipale-Lehto and Bergman (2015)	Taipale-Lehto and Bergman (2015) Gerontological Practice Nurses Association (2015) Taipale-Lehto and Bergman (2015)
<i>... kennen psychische Erkrankungen im Alter, einschliesslich altersassoziierter Unterschiede in der Darstellung schwerer psychischer Erkrankungen.</i>	Erinnern			Algase et al. (2006)	
<i>... verfügen über Wissen zu Faktoren, die Altersungsprozesse beeinflussen.</i>	Erinnern	Taipale-Lehto and Bergman (2015)	Taipale-Lehto and Bergman (2015)	Taipale-Lehto and Bergman (2015)	Taipale-Lehto and Bergman (2015)
<i>... kennen Dienstleistungen/Massnahmen zur Förderung der Funktionsfähigkeit.</i>	Erinnern	Taipale-Lehto and Bergman (2015)	American association of Colleges of Nursing (2010)	Taipale-Lehto and Bergman (2015)	Taipale-Lehto and Bergman (2015)
<i>... analysieren die Auswirkungen des Alterns und der alters- und krankheitsbedingten Veränderungen der sensorischen/ perzeptiven Funktion, der Kognition, des Vertrauens im Umgang mit Technik sowie der Gesundheitskompetenz und des Zahlenverständnisses auf die Lernfähigkeit und -bereitschaft und passen die Interventionen entsprechend an.</i>	Analysieren				Mayo et al. (2016)
<i>... verstehen basierend auf der Fachliteratur die Zusammenhänge von demografischem Wandel, Altersbildern und Wohn- und Lebensformen im Alter und entwickeln</i>	Verstehen, Evaluieren			Hochschule für Gesundheit Bochum (2019)	

Kompetenzbereich	Taxonomie- stufen nach Bloom	Dipl. Pfl- fachperson (Registered Nurse)	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege Nurse Practi- tioner (NP)	Master of Science in Pflege Clinical Nurse Specialist (CNS)
<i>neue Konzepte für ältere Menschen, wie beispielsweise neue Wohnformen.</i>					
(2) Geriatrische Syndrome					
Die Pflegefachpersonen ...					
<i>... besitzen evidenzbasiertes Wissen und evidenzbasierte Fähigkeiten in der Gesundheitsförderung und Prävention in den Bereichen Ernährung älterer Menschen, Inkontinenz, Gebrechlichkeit, Harninkontinenz, Darmpflege, Dysphagie, Wundpflege und Hautvitalität, Diabetes und weiterer Langzeiterkrankungen und Schmerzbehandlung.</i>	Erinnern, Anwenden	Queens Nursing Institute (2021)	Tohmola et al. (2021) Partnership for Health in Aging Workgroup on Multidisciplinary Competencies in Geriatrics (2010) Queens Nursing Institute (2021) Canadian Association of Schools of Nursing (2017) Chen et al. (2019)	Gerontological Advanced Practice Nurses Association (2015)	Chen et al. (2019)
<i>... fördern die Gesundheit älterer Menschen und setzen Massnahmen im Bereich der Primär- und Sekundärprävention um.</i>	Anwenden		American association of Colleges of Nursing (2010) Deschodt et al. (2010) Lynch et al. (2016)		
<i>... identifizieren evidenzbasierte Ansätze für Screening, Impfungen, Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention und informieren ältere Menschen und ihre Betreuer/-innen darüber.</i>	Anwenden, Analysieren		Partnership for Health in Aging Workgroup on Multidisciplinary Competencies in Geriatrics (2010)		
<i>... berücksichtigen bei der Umsetzung von Massnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention das Lebensumfeld sowie die verfügbaren Ressourcen der älteren Menschen.</i>	Anwenden, Evaluieren		American association of Colleges of Nursing (2010)		
<i>... wenden eine geschlechtsspezifische Pflege einschliesslich der Sensibilität für kulturelle und psychosoziale Aspekte beim Umgang mit der sexuellen Gesundheit älterer Menschen an.</i>	Anwenden			Gerontological Advanced Practice Nurses Association (2015)	
<i>... verfügen über umfangreiches Wissen zu geriatrischen Krankheitsbildern.</i>	Erinnern	Taipale-Lehto and Bergman (2015)	Hochschule für Gesundheit Bochum (2019)	Taipale-Lehto and Bergman (2015)	Taipale-Lehto and Bergman (2015)

Kompetenzbereich	Taxonomie- stufen nach Bloom	Dipl. Pfl- gefachperson (Registered Nurse)	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege Nurse Practi- tioner (NP)	Master of Science in Pflege Clinical Nurse Specialist (CNS)
			Taipale-Lehto and Bergman (2015)		
... kennen die komplexe Interaktion von akuten und chronischen komorbiden physischen und psychischen Erkrankungen und berücksichtigen diese bei der Behandlung.	Erinnern, Evaluieren		American association of Colleges of Nursing (2010) Partnership for Health in Aging Workgroup on Multidisciplinary Competencies in Geriatrics (2010)		
... identifizieren häufige Risikofaktoren, wirken diesen entgegen und schätzen den Unterstützungsbedarf bei älteren Menschen ein.	Analysieren, Evaluieren		American association of Colleges of Nursing (2010) Hochschule für Gesundheit Bochum (2019)		
... setzen bei der umfassenden/ganzheitlichen Beurteilung bewährte, reliable und valide Instrumente und Verfahren unter Berücksichtigung aktueller Evidenz rechtzeitig ein, um die Entscheidungsfindung für angemessene Screenings, diagnostische Tests, Behandlung und Planung der Pflege zu unterstützen.	Anwenden, Analysieren, Kreieren	Basinska et al. (2021)	American association of Colleges of Nursing (2010) Backhaus et al. (2015) Coffey et al. (2017)		
... kennen reliable und valide Beurteilungsinstrumente, um eine effektive Schmerzkontrolle zu gewährleisten.	Erinnern				World health organization Europe (2003)
... führen körperliche Untersuchungen (z.B. der Lunge) und Assessments zur Funktionsfähigkeit eines älteren Menschen durch und beurteilen die Ergebnisse.	Anwenden, Evaluieren	Basinska et al. (2021)			
... berücksichtigen bei der Synthese und Interpretation von Assessments Informationen der Anamnese einschliesslich früherer Behandlungsergebnisse, körperlicher Befunde und diagnostischer Daten.	Evaluieren			National Clinical Programme for Older People (2019)	
... entwickeln Behandlungspläne, die auf personenzentrierten Pflegezielen basieren und passen diese aufgrund aktueller Forschungsergebnisse an.	Evaluieren, Kreieren	Basinska et al. (2021)	Backhaus et al. (2015) Partnership for Health in Aging Workgroup on Multidisciplinary		

Kompetenzbereich	Taxonomie- stufen nach Bloom	Dipl. Pfl- fachperson (Registered Nurse)	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege Nurse Practi- tioner (NP)	Master of Science in Pflege Clinical Nurse Specialist (CNS)
			Competencies in Geriatrics (2010)		
... besitzen Wissen zu Sicherheitsrichtlinien und -verfahren, zum Beispiel Infektionskontrolle, Umgang mit aggressivem Verhalten oder kognitiven Beeinträchtigungen.	Erinnern	Queens Nursing Institute (2021)	Queens Nursing Institute (2021)		
... schaffen für die älteren Patienten/-innen eine sichere Umgebung.	Anwenden		Tohmola et al. (2021)		
... schätzen Risikofaktoren für die Patientensicherheit richtig ein, fördern in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen die Sicherheit der Patienten/-innen sowie verhindern Schäden für Angehörige und Personal.	Anwenden, Analysieren, Evaluieren, Kreieren	Queens Nursing Institute (2021)	Queens Nursing Institute (2021)		World health organization Europe (2003)
... besitzen Kenntnisse der Indikationen und Kontraindikationen) sowie zur Pharmakokinetik und Pharmakodynamik von Medikamenten, die üblicherweise bei der Behandlung älterer Patienten/-innen eingesetzt werden.	Erinnern		Partnership for Health in Aging Workgroup on Multidisciplinary Competencies in Geriatrics (2010)		World health organization Europe (2003)
... kennen die Prinzipien und Praktiken der sicheren, angemessenen und effektiven Medikamentenverwendung und -überwachung bei älteren Menschen und setzen diese in der Praxis um.	Erinnern, Anwenden	Basinska et al. (2021)	Partnership for Health in Aging Workgroup on Multidisciplinary Competencies in Geriatrics (2010)		
... stellen sicher, dass die Richtlinien für das Medikamentenmanagement im Pflegeheim und Zuhause in Zusammenarbeit mit dem Arzt/der Ärztin und dem/der Apotheker/-in eingehalten werden.	Anwenden	Queens Nursing Institute (2021)	Queens Nursing Institute (2021)		Masaki et al. (2012)
... kennen Strategien zur Verhinderung von Medikationsfehlern und wenden diese in der Praxis an.	Erinnern, Anwenden		American association of Colleges of Nursing (2010)		
... verfügen über ein umfassendes Wissen in der Verschreibungspraxis, einschliesslich der Bewertung von Risiken und Nutzen der Pharmakotherapie für komplexe Fälle bei älteren Menschen.	Erinnern, Kreieren			National Clinical Programme for Older People (2019)	Gerontological Advanced Practice Nurses Association (2015)
(3) Neurokognitive Störungen					
Die Pflegefachpersonen ...					
... kennen gerontopsychiatrische Krankheitsbilder.	Erinnern		Hochschule für Gesundheit Bochum (2019)		Taipale-Lehto and Bergman (2015)

Kompetenzbereich	Taxonomie- stufen nach Bloom	Dipl. Pfl- gefachperson (Registered Nurse)	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege Nurse Practi- tioner (NP)	Master of Science in Pflege Clinical Nurse Specialist (CNS)
			American Association for Geriatric Psychiatry (n.d.)		
... fördern möglichst frühzeitig das mentale Wohlbefinden und die kognitiven Fähigkeiten älterer Menschen.	Anwenden	Taipale-Lehto and Bergman (2015)	Tohmola et al. (2021)	Algase et al. (2006)	Taipale-Lehto and Bergman (2015)
			Taipale-Lehto and Bergman (2015)	Taipale-Lehto and Bergman (2015)	World health organization Europe (2003)
... identifizieren Faktoren, die sich auf die psychische Gesundheit auswirken.	Analysieren			Algase et al. (2006)	Mayo et al. (2016)
					World health organization Europe (2003)
... führen eine strukturierte Beurteilung unter Verwendung von validen und zuverlässigen Beurteilungsinstrumenten (z.B. in Hinblick auf Alzheimer) hinsichtlich des kognitiven und psychischen Zustandes durch.	Anwenden, Analysieren		American Association for Geriatric Psychiatry (n.d.)		World health organization Europe (2003)
			Hochschule für Gesundheit Bochum (2019)		
... schätzen den neurokognitiven und psychischen Zustand älterer Menschen sowie komplexe körperliche und psychische Komorbiditäten richtig ein.	Evaluiieren	Basinska et al. (2021)	Canadian Association of Schools of Nursing (2017)	Algase et al. (2006)	Chen et al. (2019)
			Chen et al. (2019)		World health organization Europe (2003)
			Hochschule für Gesundheit Bochum (2019)		
... kennen geeignete Informationstechnologien, die für die Beurteilung psychischer Erkrankungen und die biobehaviorale Regulation von Erkrankungen relevant sind, um eine angemessene Beurteilung der kognitiven Funktionen zu gewährleisten.	Erinnern, Evaluiieren			Algase et al. (2006)	
... kennen die Symptome eines Deliriums und wissen, was die weiteren Behandlungsschritte sind.	Erinnern, Anwenden		Partnership for Health in Aging Workgroup on Multidisciplinary Competencies in Geriatrics (2010)	Algase et al. (2006)	
			Canadian Association of Schools of Nursing (2017)		
... nutzen aktuelle Forschungsergebnisse zur biobehavioralen Regulation und Kontrolle bei der Behandlung psychischer Erkrankungen.	Analysieren, Evaluiieren			Algase et al. (2006)	

Kompetenzbereich	Taxonomie- stufen nach Bloom	Dipl. Pfl- fachperson (Registered Nurse)	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege Nurse Practi- tioner (NP)	Master of Science in Pflege Clinical Nurse Specialist (CNS)
<i>... unterstützen Demenzerkrankte durch eine personenzentrierte Pflege.</i>	Anwenden	Queens Nursing Institute (2021)	Queens Nursing Institute (2021)		
<i>... entwickeln ein Bewusstsein für Demenzerkrankungen und entsprechenden Risikoverhaltensweisen älterer Menschen.</i>	Erinnern, Verstehen	Taipale-Lehto and Bergman (2015) Yamaguchi et al. (2019)	Taipale-Lehto and Bergman (2015) Yamaguchi et al. (2019)	Taipale-Lehto and Bergman (2015) Yamaguchi et al. (2019)	Taipale-Lehto and Bergman (2015) Yamaguchi et al. (2019)
(4) Palliativmedizin inklusive Spiritualität					
Die Pflegefachpersonen ...					
<i>... unterstützen ältere Menschen emotional unter Berücksichtigung ihrer religiösen Überzeugungen und spirituellen Bedürfnissen und leisten eine nicht wertende ethische und respektvolle Pflege.</i>	Erinnern, Verstehen, Anwenden	Queens Nursing Institute (2021)	Queens Nursing Institute (2021) Bahrami et al. (2019)		
<i>... arbeiten möglichst respektvoll und sensibel hinsichtlich kultureller Gepflogenheiten mit dem älteren Menschen und dessen Familie bei der Koordination und dem Management einer zeitgerechten Palliativ-Care zusammen.</i>	Erinnern, Verstehen, Anwenden		Canadian Association of Schools of Nursing (2017)	Gerontological Advanced Practice Nurses Association (2015)	
<i>... behandeln und betreuen ältere Menschen mit unheilbaren Erkrankungen am Lebensende.</i>	Anwenden		Tohmola et al. (2021) American Association for Geriatric Psychiatry (n.d.)		
(5) Personenzentrierte Pflege und Kommunikation					
Die Pflegefachpersonen ...					
<i>... verfügen über Wissen zur personenzentrierten und ganzheitlichen Pflege und berücksichtigen die individuellen Voraussetzungen, Komorbidität, Lebenslage, Bedürfnisse, Präferenzen und Behandlungsziele einer älteren Person bei der Planung und Durchführung der Pflege.</i>	Erinnern, Verstehen, Anwenden	Queens Nursing Institute (2021) Taipale-Lehto and Bergman (2015) Yamaguchi et al. (2019)	Queens Nursing Institute (2021) American association of Colleges of Nursing (2010) Coffey et al. (2017) Taipale-Lehto and Bergman (2015) Yamaguchi et al. (2019) Partnership for Health in Aging Workgroup on Multidisciplinary Competencies in Geriatrics (2010)	Taipale-Lehto and Bergman (2015) Yamaguchi et al. (2019)	Taipale-Lehto and Bergman (2015) Yamaguchi et al. (2019) World health organization Europe (2003)

Kompetenzbereich	Taxonomie- stufen nach Bloom	Dipl. Pfl- gefachperson (Registered Nurse)	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege Nurse Practi- tioner (NP)	Master of Science in Pflege Clinical Nurse Specialist (CNS)
			Tohmola et al. (2021)		
<i>... berücksichtigen die Ressourcen von älteren Menschen, beispielsweise beraten und unterstützen die Pflegenden den/die Patienten/-in und seine Bezugspersonen beim Aufbau von professionellen und privaten Unterstützungsnetzwerken sowie dienen als Kontaktpersonen in unsicheren Situationen.</i>	Verstehen, Anwenden	Basinska et al. (2021) Queens Nursing Institute (2021)	Hochschule für Gesundheit Bo- chum (2019) Bahrami et al. (2019) Coffey et al. (2017) Queens Nursing Institute (2021)		World health orga- nization Europe (2003)
<i>... bauen eine Beziehung zum/zur Patienten/-in auf und respektieren seine Individualität.</i>	Anwenden	Yamaguchi et al. (2019) Queens Nursing Institute (2021)	Bahrami et al. (2018) Yamaguchi et al. (2019) Queens Nursing Institute (2021)	Boman et al. (2019) Yamaguchi et al. (2019)	Yamaguchi et al. (2019)
<i>... verfügen über multikulturelle Kompetenzen.</i>	Anwenden	Taipale-Lehto and Bergman (2015)	Taipale-Lehto and Bergman (2015)	Taipale-Lehto and Bergman (2015)	Taipale-Lehto and Bergman (2015)
<i>... verbringen Zeit mit der Person und hören ihr gezielt zu, nehmen sich Zeit, um die Person kennenzulernen und engagieren sich aktiv für die Entwicklung einer therapeutischen Beziehung mit der Person und ihrer Familie.</i>	Anwenden		Coffey et al. (2017)		
<i>... beziehen die Patienten/-innen und ihre Angehörigen bei der pflegerischen und psychosozialen Betreuung mit ein und befähigen sie, wo möglich, die Pflege und ihren Alltag so lang wie möglich selbstbestimmt zu gestalten.</i>	Anwenden, Evaluieren	Queens Nursing Institute (2021)	Hochschule für Gesundheit Bo- chum (2019) Bahrami et al. (2019) Coffey et al. (2017) Queens Nursing Institute (2021)		World health orga- nization Europe (2003) Murashima et al. (2002)
<i>... fragen proaktiv nach Rückmeldung und Verbesserungsvorschlägen.</i>	Anwenden	Queens Nursing Institute (2021)	Queens Nursing Institute (2021) Backhaus et al. (2015)		
<i>... identifizieren den Informationsbedarf des/der Patienten/-in und seiner Familie so wie kommunizieren adäquat, effizient und klar, wenn sie Informationen mitteilen.</i>	Anwenden, Analysieren	Taipale-Lehto and Bergman (2015) Queens Nursing Institute (2021)	Taipale-Lehto and Bergman (2015) Queens Nursing Institute (2021)	Taipale-Lehto and Bergman (2015) National Clinical Programme for	Taipale-Lehto and Bergman (2015) World health orga- nization Europe (2003)

Kompetenzbereich	Taxonomie- stufen nach Bloom	Dipl. Pfl- gefachperson (Registered Nurse)	Bachelor of Science in Pflege	Master of Science in Pflege Nurse Practi- tioner (NP)	Master of Science in Pflege Clinical Nurse Specialist (CNS)
				Older People (2019)	
<i>... berücksichtigen mögliche Barrieren für ältere Menschen beim Empfangen, Verstehen und Weitergeben von Informationen und entwickeln Kommunikationsstrategien zur Überwindung möglicher sensorischer, sprachlicher und kognitiver Einschränkungen bei älteren Menschen.</i>	Verstehen, Anwenden, Evaluieren		Partnership for Health in Aging Workgroup on Multidisciplinary Competencies in Geriatrics (2010)	American associa- tion of Colleges of Nursing (2010)	
<i>... sind in der Lage, mit komplexeren und herausfordernden Kommunikationssituationen umzugehen.</i>	Analysieren, Evaluieren			National Clinical Programme for Older People (2019)	
<i>... sind fähig, die Kommunikationsbedürfnisse auf der Station einzuschätzen, um einen Kommunikationsplan für komplexe Situationen zu erstellen.</i>	Evaluieren, Kreieren		Backhaus et al. (2015)		
<i>... entscheiden gemeinsam mit dem/der Patienten/-in und dessen Angehörigen über mögliche Behandlungen unter Abwägung zwischen Autonomie und Patientensicherheit.</i>	Kreieren	Queens Nursing Institute (2021)	Queens Nursing Institute (2021)		Mayo et al. (2016)
<i>... arbeiten mit dem/der Patienten/-in und dessen/deren Angehörigen zusammen, um das Wohlbefinden bei komplexen akuten und chronischen Erkrankungen zu optimieren.</i>	Anwenden, Evaluieren, Kreieren	Taipale-Lehto and Bergman (2015)	Taipale-Lehto and Bergman (2015)	Taipale-Lehto and Bergman (2015)	Taipale-Lehto and Bergman (2015)
			Canadian Associ- ation of Schools of Nursing (2017)		
(6) Gesundheitskompetenz					
Die Pflegefachpersonen ...					
<i>... fördern das Self-Care-Management von Patienten/-innen, beispielsweise indem sie Patienten/-innen möglichst konkret anleiten.</i>	Anwenden	Basinska et al. (2021)	Bahrami et al. (2019)	Finnish National Board of Educa- tion and Authors et al. (2015)	World health or- ganization Europe (2003)
			Queens Nursing Institute (2021)		Finnish National Board of Educa- tion and Authors et al. (2015)
			Finnish National Board of Educa- tion and Authors et al. (2015)		
<i>... berücksichtigen die vorhandenen Gesundheitskompetenzen des älteren Menschen und passen Interventionen entsprechend an.</i>	Analysieren, Evaluieren, Kreieren	Basinska et al. (2021)			Mayo et al. (2016)

(7) eHealth

Die Pflegefachpersonen ...

... kennen neue digitale Versorgungsformen sowie Informations- und Kommunikationstechnologien und wenden diese in den Pflegeprozess an.

Anwenden
 Erinnern, Verstehen, Anwenden
 Taipale-Lehto and Bergman (2015)
 Taipale-Lehto and Bergman (2015)
 Taipale-Lehto and Bergman (2015)
 Taipale-Lehto and Bergman (2015)
 Fulmer (2020)
 Fulmer (2020)
 Fulmer (2020)
 Fulmer (2020)

Hochschule für Gesundheit Bochum (2019)

Tohmola et al. (2021)

... nutzen die neuen Technologien in Übereinstimmung mit der Gesetzgebung und den organisatorischen Richtlinien und Verfahren.

Anwenden

National Clinical Programme for Older People (2019)

... verwenden technologische Hilfsmittel in den Bereichen des Informationsmanagements und der Patientenversorgung sowie der Teamkommunikation möglichst effizient, um Patienten/-innen in ihrer Unabhängigkeit zu unterstützen und die Pflegequalität zu verbessern.

Anwenden, Evaluieren

Queens Nursing Institute (2021)
 Lynch et al. (2016)

Mayo et al. (2016)

American association of Colleges of Nursing (2010)

Queens Nursing Institute (2021)

... bewerten die Auswirkungen/den Einfluss neuer digitaler Versorgungsformen und Technologien auf den Pflegeprozess.

Evaluieren

Taipale-Lehto and Bergman (2015)
 Taipale-Lehto and Bergman (2015)
 Taipale-Lehto and Bergman (2015)
 Taipale-Lehto and Bergman (2015)

(8) Rechtliche und ethische Aspekte

Die Pflegefachpersonen ...

... verfügen über Wissen zu ethischen und rechtlichen Standards im Zusammenhang mit ihrer Arbeit mit älteren Menschen, zum Beispiel sozialrechtliche Leistungen bei drohender Behinderung oder Pflegebedürftigkeit oder Patientenrechte und Vormundschaft sowie ethische Theorien und Prinzipien.

Erinnern

Chen et al. (2019)

World health organization Europe (2003)

Deschodt et al. (2010)

Hochschule für Gesundheit Bochum (2019)

American Association for Geriatric Psychiatry (n.d.)

... halten ethisch-rechtliche Standards ein, zum Beispiel bei Gesprächen oder der Pflegeplanung, übernehmen Verantwortung für ihr Handeln sowie respektieren die Würde und Privatsphäre von Patienten/-innen bei der Pflege.

Anwenden

Taipale-Lehto and Bergman (2015)
 Bahrami et al. (2018)

Taipale-Lehto and Bergman (2015)
 Taipale-Lehto and Bergman (2015)

Yamaguchi et al. (2019)
 Taipale-Lehto and Bergman (2015)
 Yamaguchi et al. (2019)

Yamaguchi et al. (2019)

Yamaguchi et al. (2019)

Mayo et al. (2016)

... befolgen die Pflegestandards, um die körperlichen und geistigen Gesundheitsfolgen von Misshandlung älterer Menschen in allen Bereichen potenzieller Misshandlung

Anwenden

American association of Colleges of Nursing (2010)

<i>zu verhindern, zu erkennen, zu melden und zu behandeln.</i>						
<i>... erkennen potenziellen oder tatsächlichen physischen, psychischen oder finanziellen Missbrauch und/oder Selbstvernachlässigung bei älteren Patienten/-innen und treffen entsprechende Massnahmen.</i>	Analysieren, Evaluieren		American Association for Geriatric Psychiatry (n.d.)			American association of Colleges of Nursing (2010)
<i>... diskutieren und kennen Alternativen zum Einsatz körperlicher und medikamentöser Zwangsmassnahmen bei älteren Patienten/-innen.</i>	Analysieren, Evaluieren, Kreieren		American Association for Geriatric Psychiatry (n.d.)			American association of Colleges of Nursing (2010)
						Partnership for Health in Aging Workgroup on Multidisciplinary Competencies in Geriatrics (2010)
<i>... identifizieren mögliche ethische Konflikte, sprechen diese adäquat an und führen Fallbesprechungen durch.</i>	Analysieren, Evaluieren, Kreieren	Basinska et al. (2021)				
<i>... strukturieren bei rechtlich-ethischen Fragen vorhandenes Wissen, priorisieren anhand von relevanten Kriterien, wägen hinsichtlich gesellschaftlicher und ethischer Aspekte/Überlegungen ab und wenden die Implikationen in der Praxis an.</i>	Analysieren, Evaluieren, Kreieren	Yamaguchi et al. (2019)	Hochschule für Gesundheit Bochum (2019)	Yamaguchi et al. (2019)	World health organization Europe (2003)	Yamaguchi et al. (2019)
(9) Professionelle Rolle und interprofessionelle Zusammenarbeit						
Die Pflegefachpersonen ...						
<i>... leben in der Rolle der/des Ausbilders/-in die Werte der Pflege, beispielsweise Wertschätzung, vor.</i>	Anwenden	Queens Nursing Institute (2021)	Queens Nursing Institute (2021)			
<i>... identifizieren in ihrer Rolle als Ausbilder/-in den Lernbedarf bei Auszubildenden und stellen entsprechende Lernmöglichkeiten bereit.</i>	Analysieren, Evaluieren				World health organization Europe (2003)	
<i>... tragen zur Entwicklung und Ausbildung anderer Personen bei, indem sie durch kreative Problemlösungen eine positive Lehr-/Lernumgebung gestalten und das Lernen erleichtern.</i>	Evaluieren, Kreieren	Queens Nursing Institute (2021)	Coffey et al. (2017)			Queens Nursing Institute (2021)
						American Association for Geriatric Psychiatry (n.d.)
<i>... entwickeln ihre Kompetenzen weiter, suchen aktiv Lernmöglichkeiten, begeistern</i>	Analysieren, Evaluieren, Kreieren		Tohmola et al. (2021)	Boman et al. (2019)	World health organization Europe (2003)	

<i>sich für das Lernen und reflektieren das Gelernte kritisch.</i>			Bahrami et al. (2019)	National Clinical Programme for Older People (2019)
			Coffey et al. (2017)	
			Chen et al. (2019)	
<i>... besitzen Kompetenzen im Bereich der Forschung und führen beispielsweise eine Literaturrecherche zur evidenzbasierten Pflege durch, setzen die Erkenntnisse in der Praxis um und treffen Entscheidungen auf Grundlage evidenzbasierten Wissens.</i>	Anwenden, Analysieren, Evaluieren, Kreieren	Basinska et al. (2021)	Chen et al. (2019)	
			Backhaus et al. (2015)	
			Lynch et al. (2016)	
			Coffey et al. (2017)	
<i>... reflektieren und evaluieren ihre eigene Lehrtätigkeit kritisch.</i>	Analysieren, Evaluieren	Queens Nursing Institute (2021)	Queens Nursing Institute (2021)	National Clinical Programme for Older People (2019)
				Gerontological Advanced Practice Nurses Association (2015)
<i>... kommunizieren ihre eigene Rolle und Verantwortlichkeiten klar gegenüber dem/der Patienten/-in und seiner/ihrer Familie.</i>	Anwenden			Mayo et al. (2016)
<i>... vermitteln Patienten/-innen und Angehörigen Informationen zu Gesundheitsleistungen und deren Zugänglichkeit sowie zu Langzeitpflegediensten und -unterstützungen.</i>	Anwenden		Partnership for Health in Aging Workgroup on Multidisciplinary Competencies in Geriatrics (2010)	
<i>... übernehmen ihre Verantwortung und Rechenschaft für getroffene Entscheidungen und Handlungen.</i>	Anwenden	Queens Nursing Institute (2021)	Queens Nursing Institute (2021)	National Clinical Programme for Older People (2019)
<i>... wissen, welchen Personen sie welche Pflichten und Aufgaben übertragen dürfen und respektieren alle Mitarbeitenden und Patienten/-innen sowie ihre Angehörigen.</i>	Erinnern, Anwenden, Evaluieren	Queens Nursing Institute (2021)	Queens Nursing Institute (2021)	
<i>... arbeiten mit anderen Berufsgruppen und interdisziplinär, zwischen unterschiedlichen Pflegedisziplinen, zusammen, um die Gesundheit des/der Patienten/-in zu fördern.</i>	Anwenden, Kreieren	Basinska et al. (2021)	Backhaus et al. (2015)	Taipale-Lehto and Bergman (2015)
		Taipale-Lehto and Bergman (2015)	Taipale-Lehto and Bergman (2015)	Taipale-Lehto and Bergman (2015)
		Fulmer (2020)	Fulmer (2020)	Fulmer (2020)
		Queens Nursing Institute (2021)	Hochschule für Gesundheit Bochum (2019)	National Clinical Programme for Older People (2019)
			Queens Nursing Institute (2021)	

				Lynch et al. (2016)			
				Partnership for Health in Aging Workgroup on Multidisciplinary Competencies in Geriatrics (2010)			
... kennen die Rollen der unterschiedlichen Berufsgruppen bei der Durchführung und Interpretation eines umfassenden geriatrischen Assessments.	Erinnern			Partnership for Health in Aging Workgroup on Multidisciplinary Competencies in Geriatrics (2010)			
... kennen die Gemeinsamkeiten und Unterschiede verschiedener Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialbereich.	Erinnern	Taipale-Lehto and Bergman (2015)	Taipale-Lehto and Bergman (2015)	Taipale-Lehto and Bergman (2015)	Taipale-Lehto and Bergman (2015)		Mayo et al. (2016)
							World health organization Europe (2003)
... übernehmen innerhalb der interprofessionellen Zusammenarbeit das Case-Management.	Anwenden					Boman et al. (2019)	
... geben anderen ein zeitnahes konstruktives Feedback zu ihren Leistungen im Team und reagieren als Teammitglied wiederum respektvoll auf Feedback von anderen.	Anwenden						Mayo et al. (2016)
... übernehmen die Verantwortung dafür, dass die gesetzlichen und beruflichen Richtlinien eingehalten werden und die Arbeitsbelastung adäquat verteilt ist.	Anwenden	Queens Nursing Institute (2021)	Queens Nursing Institute (2021)				
... analysieren Management- und Führungstheorien, eignen sich neues Wissen an und wenden dieses in der beruflichen Praxis an.	Anwenden, Analysieren				National Clinical Programme for Older People (2019)		World health organization Europe (2003)
... kommunizieren und koordinieren sich innerhalb eines Teams effizient und regelmässig, insbesondere während der Transition zwischen den Pflegeeinrichtungen.	Anwenden, Analysieren, Evaluieren	Basinska et al. (2021)	Queens Nursing Institute (2021)	Yamaguchi et al. (2019)	American association of Colleges of Nursing (2010)	Yamaguchi et al. (2019)	Yamaguchi et al. (2019)
					Gerontological Advanced Practice Nurses Association (2015)		Mayo et al. (2016)
							Partnership for Health in Aging Workgroup on Multidisciplinary Competencies in Geriatrics (2010)

... fördern als Führungspersonen eine positive Teamzusammenarbeit und das Potential der Teammitglieder.	Kreieren				World health organization Europe (2003)
... stellen ein Team mit entsprechenden Kompetenzen zusammen oder überweisen gegebenenfalls den/die Patienten/-in rechtzeitig an adäquate Fachpersonen.	Analysieren, Evaluieren, Kreieren	Basinska et al. (2021)	Backhaus et al. (2015)	National Clinical Programme for Older People (2019)	Mayo et al. (2016)
... entwickeln eine professionelle Selbst-identität sowie sind kreativ und innovativ.	Kreieren		Chen et al. (2019) Bahrami et al. (2018)	Boman et al. (2019)	
(10) Organisationale und gesundheitspolitische Aspekte					
Die Pflegefachpersonen ...					
... besitzen Kenntnisse zur Gesetzgebung und Kostenübernahme innerhalb der Gesundheitsversorgung für ältere Menschen.	Erinnern	American association of Colleges of Nursing (2010)	American association of Colleges of Nursing (2010)		
... gewährleisten und verbessern die Pflegequalität.	Anwenden, Kreieren		Backhaus et al. (2015) Coffey et al. (2017) Lynch et al. (2016)		Mayo et al. (2016) World health organization Europe (2003)
... fördern eine Kultur für qualitativ hochwertige Pflege und nutzen die Forschung und evidenzbasiertes Wissen zur Qualitätsverbesserung.	Kreieren		Backhaus et al. (2015)	Gerontological Advanced Practice Nurses Association (2015)	
... achten auf eine effiziente Pflege, indem sie umsichtig mit Ressourcen umgehen, die Kosten in der Planung berücksichtigen, Pflegemassnahmen evaluieren und zeitnah auf Veränderungen/Alternativen/Ver-schlechterungen reagieren.	Evaluieren, Kreieren		Backhaus et al. (2015) Coffey et al. (2017)	Gerontological Advanced Practice Nurses Association (2015) National Clinical Programme for Older People (2019)	
... nutzen das gesamte Wissen, die Fertigkeiten und Fähigkeiten des verfügbaren Gesundheitspersonals, um eine sichere, zeitnahe, effiziente, effektive und gerechte Pflege zu gewährleisten und die Kosten zu reduzieren.	Kreieren		American association of Colleges of Nursing (2010)		Mayo et al. (2016)
... kennen ihre Rolle, Verantwortlichkeiten und die Philosophie der Organisation sowie die organisatorischen Regeln und Richtlinien. Aufbauend auf diesem Wissen entwickeln sie Pflegepläne und stellen sicher, dass die geplante Pflege realisierbar und in die allgemeine Gesundheitsversorgung integrierbar ist.	Erinnern, Evaluieren, Kreieren	Queens Nursing Institute (2021) Basinska et al. (2021)	Queens Nursing Institute (2021)		

<i>... analysieren und bewerten Stärken und Schwächen unterschiedlicher Pflegemodelle sowie implementieren geeignete Modelle, um eine sichere, qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung für ältere Menschen zu fördern.</i>	Analysieren, Evaluieren, Kreieren	American association of Colleges of Nursing (2010)
<i>... setzen sich als Experten/-innen in der Politik und der klinischen Praxis für die Anliegen der Langzeitpflege ein und beeinflussen diese positiv.</i>	Anwenden	Queens Nursing Institute (2021) Coffey et al. (2017) Partnership for Health in Aging Workgroup on Multidisciplinary Competencies in Geriatrics (2010) Queens Nursing Institute (2021)
<i>... stärken als Mitglieder von Berufsorganisationen die Langzeitpflege.</i>	Anwenden	Basinska et al. (2021) Basinska et al. (2021) Queens Nursing Institute (2021) Queens Nursing Institute (2021)
<i>... verstehen die Komplexität des Gesundheitssystems und ordnen die Wichtigkeit der Führung für Gesundheits- und Sozialberufe richtig ein.</i>	Verstehen, Evaluieren	Queens Nursing Institute (2021) Queens Nursing Institute (2021)

A 1.2 Literaturanalyse Referenzen

1. Tohmola A, Saarnio R, Mikkonen K, Kyngäs H, Elo S. Development and psychometric testing of the Gerontological Nursing Competence (GeroNursingCom) instrument. *Journal of Advanced Nursing*. 2021 Feb 28;77(2):1070–84.
2. Basinska K, Wellens NIH, Simon M, Zeller A, Kressig RW, Zúñiga F. Registered nurses in expanded roles improve care in nursing homes: Swiss perspective based on the modified Delphi method. *Journal of Advanced Nursing*. 2021;77(2):742–54.
3. Boman E, Glasberg AL, Levy-Malmberg R, Fagerström L. “Thinking outside the box”: Advanced geriatric nursing in primary health care in Scandinavia. *BMC Nursing*. 2019 Jul 2;18(1).
4. National Clinical Programme for Older People. Advanced nursing practice older persons: Clinical guidance framework. Dublin; 2019.
5. Canadian Association of Schools of Nursing. Entry-to-Practice Gerontological Care Competencies for Baccalaureate Programs in Nursing. Ottawa; 2017.
6. Bahrami M, Purfarzad Z, Keshvari M, Rafiei M. The components of nursing competence in caring for older people in Iranian hospitals: A qualitative study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2019 Mar 1;24(2):124–30.
7. Lynch MP, DeDonato DM, Kutney-Lee A. Geriatric Oncology Program Development and Gero-Oncology Nursing. *Seminars in Oncology Nursing*. 2016;32(1):44–54.
8. Mayo AM, Harris M, Buron B. Integrating Geropsychiatric Nursing and Interprofessional Collaborative Practice Competencies Into Adult-Gerontology Clinical Nurse Specialist Education. *Clinical Nurse Specialist*. 2016 Nov;30(6):324–31.
9. Algase DL, Souder E, Roberts B, Beattie E. Enriching Geropsychiatric Nursing in Advanced Practice Nursing Programs. *Journal of Professional Nursing*. 2006 Mar;22(2):129–36.
10. Masaki H, Nagae H, Teshima M, Izumi S. Nursing Leadership in a Rapidly Aging Society: Implications of “The Future of Nursing” Report in Japan. *Nursing Research and Practice*. 2012;2012:1–4.
11. Taipale-Lehto U, Bergman T. Competences and skills needs in services for the elderly [Internet]. Helsinki; 2015. Available from: www.oph.fi/english/publications
12. Ruel S. Undergraduate Geriatric Nursing Curriculum. *Journal of Professional Nursing*. 2008 Jul;24(4):259–60.
13. Gerontological Advanced Practice Nurses Association (GAPNA). GAPNA consensus statement on proficiencies for the APRN Gerontological Specialist. Pitman, NJ; 2015.
14. World health organization Europe. Gerontological Nursing Curriculum. WHO European Strategy for Continuing Education for Nurses and Midwives. Copenhagen; 2003.
15. Yamaguchi Y, Greiner C, Ryuno H, Fukuda A. Dementia nursing competency in acute care settings: A concept analysis. *International Journal of Nursing Practice*. 2019 Jun 1;25(3).
16. Backhaus R, Verbeek H, van Rossum E, Capezuti E, Hamers JPH. Future distinguishing competencies of baccalaureate-educated registered nurses in nursing homes. *Geriatric*

- Nursing. 2015 Aug 15;36(6):438–44. Available from: <https://europepmc.org/article/med/26283584>
17. Boscart V, McCleary L, Huson K, Sheiban L, Harvey K. Integrating gerontological competencies in Canadian health and social service education: An overview of trends, enablers, and challenges. *Gerontology & Geriatrics Education*. 2017 Jan 2;38(1):17–46.
 18. Plowfield LA, Raymond JE, Hayes ER. An Educational Framework to Support Gerontological Nursing Education at the Baccalaureate Level. *Journal of Professional Nursing*. 2006 Mar;22(2):103–6.
 19. Fulmer T. A retrospective/prospective on the future of geriatric nursing. *Geriatric Nursing* [Internet]. 2020;41(1):29–31. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.geri-nurse.2020.01.012>
 20. Murashima S, Nagata S, Magilvy JK, Fukui S, Kayama M. Home care nursing in Japan: A challenge for providing good care at home. *Public Health Nursing*. 2002 Mar;19(2):94–103.
 21. Wakefield M, Williams DR, Le Menestrel S, Flaubert JL. *The Future of Nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity (2021)*. Wakefield M, Williams DR, Menestrel S Le, Flaubert JL, editors. Washington, D.C.: National Academies Press; 2021.
 22. Bourbonniere M, Strumpf NE. Enhancing Geriatric Nursing Competencies for RNs in Nursing Homes. *Research in Gerontological Nursing* [Internet]. 2008;1(3). Available from: <http://www.geronurseresearch.com>.
 23. Deschodt M, de Casterlé BD, Milisen K. Gerontological care in nursing education programmes. *Journal of Advanced Nursing*. 2010 Jan;66(1):139–48.
 24. Coffey A, Leahy-Warren P, Mulcahy H, McCarthy VJC, Fehin P, O Doibhlin D, et al. Systematic literature review and national focus groups to support the development of a strategic vision and educational framework for Gerontological Nursing. Dublin; 2017.
 25. Chen H, Pu L, Chen Q, Xu X, Bai C, Hu X. Instrument Development for Evaluation of Gerontological Nurse Specialists Core Competencies in China. *Clinical Nurse Specialist*. 2019;33(5).
 26. Bahrami M, Purfarzad Z, Keshvari M, Rafiei M, Sivertsen N. Emotional competence: A core competence in gerontological nursing in Iran. *International Journal of Older People Nursing*. 2018 Dec 1;13(4):e12210.
 27. American association of Colleges of Nursing. *Advanced Practice Adult-Gerontology and Baccalaureate Competencies* [Internet]. Washington, D.C.; 2010 [cited 2021 May 26]. Available from: <https://www.aagponline.org/index.php?src=gendocs&ref=GeriatricCoreCompetencies&category=Education>
 28. Queens Nursing Institute. *Standards of Education and Practice for Nurses New to Care Home Nursing*. London; 2021.
 29. Hochschule für Gesundheit Bochum. *Modulhandbuch Bachelorstudiengang Pflege*. Bochum; 2019.
 30. Partnership for Health in Aging Workgroup on Multidisciplinary Competencies in Geriatrics. *Multidisciplinary competencies in the care of older adults at the completion of the entry-level health professional degree*. 2010.
 31. American Association for Geriatric Psychiatry. *Geriatric Core Competencies* [Internet].

[cited 2021 May 26]. Available from: <https://www.aagponline.org/index.php?src=gen-docs&ref=GeriatricCoreCompetencies&category=Education>

A 2 Liste Experteninterviews

A 2.1 Liste Experten/-innen Dienstleistungserbringer Pre-Test

Name	Institution/Organisation	Sprachregion
Claudia Kubli	CURAVIVA Schweiz	Deutschsprachige Schweiz
Franziska Adam	Spitex Schweiz	Deutschsprachige Schweiz
Prof. Dr. Henk Verloo	Clinicien spécialisé Service universitaire de Psychiatrie de l'âge avancé – équipe mobile - CHUV sowie HES-SO Valais-Wallis	Französischsprachige Schweiz

A 2.2 Liste Expertinnen Dienstleistungserbringer qualitative Interviews

Name	Institution/Organisation	Sprachregion
Marlies Petrig	Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit	Deutschsprachige Schweiz
Claudia Kubli	CURAVIVA Schweiz	Deutschsprachige Schweiz
Franziska Adam	Spitex Schweiz	Deutschsprachige Schweiz
Isabelle Monteilhet	EMS Le Nouveau Prieuré, Chêne-Bougeries	Französischsprachige Schweiz
Zoé Dubois	Nomad Neuchâtel	Französischsprachige Schweiz

A 2.3 Liste Expertinnen Bildungsinstitutionen Pre-Test

Name	Institution/Organisation	Sprachregion
Angelika Sohm	Höhere Fachschule Gesundheit und Soziales, Aarau	Deutschsprachige Schweiz
Gabi Hartmann	Höhere Fachschule Gesundheit und Soziales, Aarau	Deutschsprachige Schweiz

A 2.4 Liste Expertinnen Bildungsinstitutionen qualitative Interviews

Name	Institution/Organisation	Sprachregion
Dr. phil. Elke Steudter	Studiengangsleitung MAS FH Geriatric Care; MAS FH Palliative Care; DAS FH Neuro/Stroke, Careum Hochschule Gesundheit, Zürich	Deutschsprachige Schweiz
Andrea Renz	Studiengangsleitung Bachelor in Pflege, Ostschweizer Fachhochschule, Rapperswil	Deutschsprachige Schweiz
Prof. Dr. Monica Bianchi	Studiengangsleitung Master in Pflege, La Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI)	Italienischsprachige Schweiz
Tülay Tursucu und Cornelia Reinhard	Berner Bildungszentrum Pflege	Deutschsprachige Schweiz
Prof. Dr. Catherine Senn-Dubey	Co-doyenne formation soins infirmiers, Haute école de santé de Fri-bourg/Hochschule für Gesundheit Freiburg (Heds FR)	Französischsprachige Schweiz

A 3 Konsensuskonferenz

A 3.1 Liste Teilnehmende Konsensuskonferenz

Name	Institution/Organisation	Sprachregion
<i>Dienstleistungsorganisationen</i>		
1 Marlies Petrig	Langzeitpflege Schweiz und KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit, Bassersdorf	Deutschsprachige Schweiz
2 Claudia Kubli	CURAVIVA Schweiz	Deutschsprachige Schweiz
3 Franziska Adam	Spitex Schweiz	Deutschsprachige Schweiz
4 Rouven Brenner	Alterszentrum Lanzeln, AfG Gerontologische Pflege	Deutschsprachige Schweiz
5 Christine Bally	SBK-ASI	Französischsprachige Schweiz
6 Sandrine Jaton	CNS Pôle Santé du Pays-d'Enhaut	Französischsprachige Schweiz
7 Arnaud Dulimbert	AVASAD -Responsable Qualité des prestations	Französischsprachige Schweiz
8 Karin Zürcher	Spitex Region Thun AG	Deutschsprachige Schweiz
9 Eveline Imhof	XUND Bildungszentrum Gesundheit Zentralschweiz	Deutschsprachige Schweiz
<i>Bildungsinstitutionen</i>		
10 Fabrice Vouilloz	Ecole professionnelle artisanat et service communautaire, Châteauneuf - Sion	Französischsprachige Schweiz
11 Angelika Sohm	Höhere Fachschule Gesundheit und Soziales, Aarau	Deutschsprachige Schweiz
12 Laurence Campanario	Ceff Santé-Social	Französischsprachige Schweiz
13 Kaspar Küng	Berner Fachhochschule	Deutschsprachige Schweiz
14 Katharina Fierz	Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaft	Deutschsprachige Schweiz
15 Natalie Battaglia	Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaft	Deutschsprachige Schweiz
16 Lina Corona-Lobos	Hes-so Fachhochschule Westschweiz	Französischsprachige Schweiz
17 Heidi Zeller	Fachhochschule Ostschweiz	Deutschsprachige Schweiz
18 Monica Fliedner	Universitäres Zentrum für Palliative Care, Inselspital Bern	Deutschsprachige Schweiz
19 Claudia Lötscher	AfG Gerontologische Pflege	Deutschsprachige Schweiz
20 Anna-Katharina Ansorg	Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM)	Deutschsprachige Schweiz
21 Sophie Ley	Vertreterin Kerngruppe Forum med. Gesundheitsversorgung	Französischsprachige Schweiz
<i>Bundesamt für Gesundheit</i>		
22 Cinzia Zeltner		Deutschsprachige Schweiz
23 Nuria del Rey		Deutschsprachige Schweiz

Name	Institution/Organisation	Sprachregion
<i>Projektteam</i>		
24 Manuela Eicher	Institut Universitaire de Formation et de Recherche en Soins, Université de Lausanne	Französischsprachige Schweiz
25 Cédric Mabire	Institut Universitaire de Formation et de Recherche en Soins, Université de Lausanne	Französischsprachige Schweiz
26 Franziska Zúñiga	Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel	Deutschsprachige Schweiz
27 Julián Salazar	Interface Politikstudien Forschung Beratung	Französischsprachige Schweiz
28 Stefan Essig	Interface Politikstudien Forschung Beratung	Deutschsprachige Schweiz
29 Vanessa Gut	Interface Politikstudien Forschung Beratung	Deutschsprachige Schweiz

A 3.2 Ergebnisse priorisierte Handlungsempfehlungen

Die drei priorisierten Handlungsempfehlungen der Gruppe A

- Finanzierung: Definition eines Finanzierungssystems, das Anreize für Kompetenzen in der Langzeitpflege schafft, die den Einsatz von EBN (die die Autonomie des Patienten und nicht seine Abhängigkeit wie die Genuss-Skalen fördern) integrieren. Das derzeitige System fördert eher das "Tun für" als das zeitaufwändigere "Tun lassen").
- Kleine Schnupperlehren => Durchlässigkeit in Bildung zu verbessern; Integrieren Sie "immer-sive und vergleichende" Mini-Praktika (z.B. 1 Tag) in Verbindung mit den Ausbildungsmodulen.
- Gezielte Weiterbildung der Praxisausbilder: Formation continue des PF (Praticien formateur) et des FEE (Formateur en entreprise)

Die drei priorisierten Handlungsempfehlungen der Gruppe B

- Genügend Ressourcen (finanziell): Leistungen der Langzeitpflege anders abbilden und abgedeckt
- Thema interprofessionelle Zusammenarbeit mehr gewichten - verschiedene Berufsbilder um chronisch. kranke Patienten herum kennenlernen: Curriculare Berufsbilder sollten anders abgebildet werden sollte
- Berufsbildnerinnen in der Praxis gestärkt werden sollten: Schulungen, Tagungen, Workshops wie Ausbildung neu, anders weitergedacht werden kann

Die drei priorisierten Handlungsempfehlungen der Gruppe C

- Nicht nur Quantität, sondern auch Qualität der Ausbildung sichern: z. B. Bildungsverantwortliche finanzielle Ressourcen
- Themen der Langzeitpflege mehr Gewichtung erfahren im Curriculum
- Innovativere Formen der Begleitung praktischer Ausbildung (Visitentraining, interprofessionelle Ausbildungsstätte), es darf herausfordern sein: Adressaten: Azubi; Lernen an realen Beispielen, ZIPRAS am Universitätsspital Zürich., ein paar wenig grosse Langzeitinstitutionen, die fähig sind innovativere Formen zu entwickeln (finanzielle Ressourcen): Entwicklungsarbeiten auch mit anderen Institutionen (Ressourcen, Know-How näher an Institutionen bringen)

Die drei priorisierten Handlungsempfehlungen der Gruppe D

- Finanzierungsmöglichkeit der Bildung/Weiterbildung verbessern (Bund und Kantone): Que-reinsteigende, neue Einsteigende
- Ausreichende Zeit für die Ausbildung mit diesen Kompetenzen in der Langzeitpflege (bezahlte Zeit): Qualitätsindikatoren zu schaffen (z. B. für Ausbildungszeit)

- Konsequenter Einbezug von Pflegenden in politische Entscheidungsprozesse auf allen Ebenen (Kantone, Bund)

Die drei priorisierten Handlungsempfehlungen der Gruppe E

- Angemessene Vergütung für Pflegeleistungen (Valorisierung der Pflegeleistungen)
- Systematisierung der Thematik der Langzeitpflege in der Grundausbildung
- Konkrete Weiterbildung, die obligatorisch sind für Langzeitpflege; Evaluation mit standardisierten Evaluationsinstrumenten