Qualität und Qualifikation: Schwerpunkt Akademisierung der Pflege

Ingrid Darmann-Finck und Bernd Reuschenbach

© Der/die Autor(en) 2018
K. Jacobs et al. (Hrsg.), *Pflege-Report 2018*
https://doi.org/10.1007/978-3-662-56822-4_15

Zusammenfassung

Die hochschulische Erstausbildung ist im Pflegeberufegesetz 2017 erstmals berufsgesetzlich regelhaft verankert worden. Die neuen Regelungen führen zu einer Vereinheitlichung, einer Stärkung des hochschulischen Anteils und damit einer Normalisierung der erstauszubildenden Pflegestudiengänge. Nationale Evaluationsstudien belegen einen Zugewinn insbesondere an wissenschaftsorientierten Kompetenzen durch eine hochschulische Erstausbildung. In internationalen Studien konnte eine Verbesserung der Patientenergebnisse durch die Einbindung von Pflegenden auf Bachelorniveau in die direkte Pflege festgestellt werden. Eine forcierte Integration von hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen in den Qualifikationsmix ist daher auch in Deutschland zur Sicherung der Versorgungsqualität dringend erforderlich.

Higher education in initial nursing training was first enshrined in professional law in the Nursing Care Reform Act of 2017. The new regulations provided standardisation, strengthening of the academic share and thus normalisation of the nursing courses of study that provide initial training. National evaluation studies show a notable increase in scientific competence through initial higher education. International studies showed that patient outcomes improved when nurses with a Bachelor degree were involved in direct nursing care. In order to ensure the quality of nursing care in Germany, it is therefore urgently required to accelerate the integration of academically qualified nursing staff into the qualification mix.

15.1 Einleitung

Nicht nur der demografische und epidemiologische Wandel sowie die damit verbundene Zunahme von chronisch kranken und multimorbiden alten Menschen, sondern auch die Diversität der Gesellschaft führen zu einer wachsenden Komplexität der pflegerischen Versorgung (RKI 2015). Durch diese Komplexität steigen die Anforderungen an die berufliche Pflege, zugleich werden neue Formen der Kooperation zwischen Medizin und Pflege und eine stärkere Verantwortungsübernahme durch die

Pflege empfohlen (SVR 2007, 2014; WR 2012). Aus ethischen und ökonomischen Gründen müssen in der direkten Pflege Kompetenzen zur Realisierung einer evidenzbasierten Pflege gegeben sein (Köpke und Meyer 2013). Mit der Etablierung einer hochschulischen Erstausbildung und der Einbindung der Absolventinnen und Absolventen in die direkte pflegerische Versorgung ist die Erwartung verbunden, den genannten Anforderungen besser gerecht werden zu können. Seit 2003 bzw. 2004 ist in den pflegerischen Berufsgesetzen die Möglichkeit vorgesehen, modellhaft eine hochschulische Pflege-

erstausbildung zu erproben. Ca. 60 Studiengänge existieren derzeit (Lademann et al. 2016). Nach der erfolgreichen Evaluation der Modellstudiengänge (exempl. Darmann-Finck et al. 2014) wurde nun die hochschulische Pflegeerstausbildung in Teil 3 (»Hochschulische Pflegeausbildung«) des 2017 verabschiedeten Pflegeberufgesetzes (PflBG 2017) als zweiter Weg zur Berufszulassung regelhaft verankert. In diesem Beitrag werden zunächst Eckpunkte der Konzeption der erstauszubildenden Studiengänge vorgestellt. Des Weiteren wird der Nutzen ermittelt, den eine hochschulische Erstausbildung für die Kompetenzentwicklung der Studierenden hat. Damit der zu verzeichnende Kompetenzzuwachs zu einer Verbesserung von Patientenergebnissen führt, müssen die Absolventinnen und Absolventen tatsächlich auch in der direkten Pflege tätig werden. Mögliche Aufgabenprofile werden gekennzeichnet und Desiderate zur Verbesserung der beruflichen Einmündung abgeleitet.

15.2 Strukturelle und curriculare Konzeption hochschulischer Erstausbildung

Gemäß § 37 PflBRefG sind mit der hochschulischen Erstausbildung neben den auch für die berufliche Ausbildung vorgesehenen Zielen noch erweiterte Ausbildungsziele verknüpft. Als besondere Kompetenzen werden die Fähigkeiten zur

- Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse,
- Mitgestaltung der Weiterentwicklung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung auf der Basis von vertieftem Wissen über Grundlagen der Pflegewissenschaft und gesellschaftlichen und normativ-institutionellen Rahmenbedingungen,
- Übertragung forschungsgestützter Problemlösungen und neuer Technologien auf der Basis des neuesten Stands gesicherter Erkenntnisse,
- Entwicklung und Implementation wissenschaftsbasierter innovativer Lösungsansätze zur Verbesserung im eigenen beruflichen Handlungsfeld auf der Grundlage eines kritisch-reflexiven und analytischen Zugangs und

- Mitwirkung an Qualitätsmanagementkonzepten, Leitlinien und Expertenstandards

genannt. Diese Bildungsziele des Pflegestudiums spiegeln sich schon jetzt in den meisten Studienprogrammen wider. Betrachtet man die in den Studienprogrammen festgehaltenen Intentionen, so lässt sich sowohl eine Vertiefung der im Rahmen der beruflichen Ausbildung angestrebten Kompetenzen mit Fokus auf Wissenschaftsbasierung als auch eine Verbreiterung der Kompetenzen mit Fokus auf institutionelle und gesundheitssystemische Gestaltung erkennen. Um diese – zum Teil über eine Erstausbildung deutlich hinausgehenden – Kompetenzen aufbauen zu können, werden die Studiengänge die Möglichkeit ausschöpfen müssen, das Bachelorstudium auf sieben oder acht Semester auszulegen.

Nachdem die hochschulische Erstausbildung auf der Basis der Modellklauseln stets auch die Vorgaben für die berufliche Ausbildung, etwa bezogen auf die Abschlussprüfungen, zu erfüllen hatte, werden nun mit den Paragraphen §§ 37–39 PflBG (2017) eigenständige rechtliche Grundlagen für die Konzeption von erstauszubildenden Studiengängen in der Pflege geschaffen. Es wird auf ein primärqualifizierendes, praxisintegrierendes Pflegestudium abgehoben, bei dem die Hochschulen für die Durchführung des theoretischen und praktischen Unterrichts wie auch die Koordination und Begleitung der praktischen Einsätze zuständig sind. In § 67 PflBG (2017) wird die Fortführung von erstauszubildenden Studiengängen in Kooperation mit Pflegeschulen bis Ende 2031 geregelt. Eine Fortführung ist möglich, sofern der Anteil der Lehrveranstaltungen an der Hochschule deutlich überwiegt. Das Anliegen des Bundesrates, die ausbildungsintegrierenden Studiengänge als dauerhaftes, alternatives Studienmodell zu etablieren (BMG/BMFSFJ 2016, S. 138 und 150), hat die Bundesregierung mit Verweis auf die Evaluation der Modellstudiengänge, wonach der Erwerb von Kompetenzen auf Hochschulniveau am besten durch ein rein hochschulisches Modell erreicht werden kann, abgelehnt (BMG/BMFSFJ 2016, S. 150). Das BMFSFJ und das BMG evaluieren bis zum 31. Dezember 2029 die Wirkung des § 67 und die hochschulische Ausbildung insgesamt auf wissenschaftlicher Grundlage

(PflBG § 68, Abs. 3). Derzeit wird die Mehrzahl der Pflegestudiengänge noch in Kooperation mit Pflegeschulen durchgeführt, wobei das Ausmaß der Kooperation variiert (Lademann et al. 2016). Während bei einigen Studiengängen die Pflegeschulen lediglich für ausgewählte Aspekte der praktischen Studienanteile zuständig sind, übernehmen die Pflegeschulen bei anderen Studiengängen auch größere Teile des theoretischen und praktischen Unterrichts und vor allem die Inhalte, die bisher laut Berufsgesetz verpflichtend waren (Darmann-Finck et al. 2014). Mit dem neuen Modell der primärqualifizierenden Studiengänge erfolgt damit eine Normalisierung und Qualitätssicherung der hochschulischen Erstausbildung.

Im Unterschied zur beruflichen Ausbildung gibt es künftig in der hochschulischen Erstausbildung keinen Träger der praktischen Ausbildung mehr, mit dem die Studierenden einen Ausbildungsvertrag schließen, vielmehr absolvieren die Studierenden Praktika, die als Studienleistungen angerechnet werden (PflBG § 38, Abs. 4). Für die Studierenden resultiert aus dieser Regelung, dass sie keine Ausbildungsvergütung erhalten. In der Praxis werden somit zukünftig Studierende ohne Vergütung, mit erhöhtem Bildungsanspruch und betreut durch eine Hochschule, auf Auszubildende mit Ausbildungsvergütung treffen, deren Tätigkeit teilweise im Stellenplan angerechnet wird. Die Praxiseinsätze entsprechen in Umfang und Struktur der beruflichen Ausbildung (PflBG § 7), ein geringer Anteil kann auf Grundlage von landesrechtlichen Genehmigungen durch praktische Lerneinheiten an Hochschulen ersetzt werden. Die Hochschulen müssen Kooperationsvereinbarungen mit Pflegeeinrichtungen schließen, um die erforderlichen Praxiseinsätze zu garantieren.

Die Gestaltung der Lehr-/Lernprozesse im Rahmen dieser praktischen Studienanteile haben die Hochschulen als besondere Herausforderung angenommen. Um sicherzustellen, dass die Studierenden Kompetenzen auf hochschulischem Niveau erwerben, haben die Hochschulen umfassende und spezifische Lehr-/Lernangebote für die praktische Ausbildung entwickelt, implementiert und zum Teil evaluiert (Darmann-Finck und Muths 2014; Evers et al. 2017). Beispiele für hochschulische Lehr-/Lernangebote arbeitsbezogenen Lernens

sind Transferaufgaben (Kühme und Narbei 2017), Projektseminare (Darmann-Finck und Muths 2014) oder Skills-Labs (Fesenfeld et al. 2017). Alle Angebote haben gemeinsam, dass sie mit einem hohen Lehraufwand verbunden sind, um Studierende zu begleiten, ihnen Rückmeldungen zu geben oder Reflexionsgespräche zu moderieren. Eine von der Dekanekonferenz Pflegewissenschaft ins Leben gerufene Arbeitsgruppe entwickelt derzeit hochschul- und einrichtungsübergreifende Standards für die Praxiseinrichtungen, die Praktikumsplätze für Studierende anbieten (Darmann-Finck et al. 2017).

Hinsichtlich der inhaltlichen und curricularen Gestaltung der theoretischen und praktischen Lehre an den Hochschulen weisen die Studienangebote bislang eine große Heterogenität auf (Darmann-Finck et al. 2014). Instrumente zur stärkeren Vereinheitlichung und Standardisierung stellen das »Kerncurriculum Pflegewissenschaft für pflegebezogene Studiengänge« (Hülsken-Giesler et al. 2010), der »Fachqualifikationsrahmen für hochschulische Abschlüsse in der Pflege« (Hülsken-Giesler und Korporel 2013) und zukünftig auch die entsprechende Anlage der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) sowie die Empfehlungen der Fachkommission nach PflBG § 53 dar. Inzwischen liegen außerdem einige Arbeiten vor, die hochschuldidaktische mit pflegedidaktischen Ansätzen verknüpfen (Beaugrand et al. 2017; Hülsken-Giesler 2013; Reiber 2012; Walter 2011; Greb 2003) oder in denen Studiengangskonzepte umfassend vorgestellt und begründet werden (Elsbernd und Bader 2017). Eine Zusammenfassung der strukturellen und inhaltlichen Qualitätsanforderungen an Studienprogramme leisteten jüngst Backhaus et al. (2017).

Aktuell sind die meisten Studiengänge an Fachhochschulen angesiedelt. Ein stärkerer Ausbau von Studiengängen an Universitäten in Anbindung an medizinische Fakultäten, u. U. in Kombination mit der Vermittlung von erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten, wäre wünschenswert – sofern eine gewisse Unabhängigkeit dieser Studiengänge von der medizinischen Fakultät sichergestellt wird (WR 2012).

15.3 Auswirkungen auf die Kompetenzentwicklung und Patientenoutcomes

Die von den Studiengängen formulierten Kompetenz- und Bildungsziele greifen die sich verändernden Anforderungen des Praxisfeldes auf. Im Rahmen der Evaluation der Modellstudiengänge in Nordrhein-Westfalen (Darmann-Finck et al. 2014) wurden die Kompetenzziele der Pflegestudiengänge umfassend analysiert und kategorisiert. Demnach qualifiziert die hochschulische Bildung für

- die Anwendung wissenschaftlichen Wissens auf dem jeweils aktuellen Entwicklungsstand,
- die Umsetzung klinischer Kompetenzen auf Bachelorniveau,
- die Fähigkeit zum Aufbau und zur Reflexion von Arbeitsbündnissen und
- die Förderung von interprofessionellem Lernen und Handeln.

Im Rahmen der Evaluation der Modellstudiengänge in NRW galt es zu prüfen, ob diese intendierten Bildungsziele erreicht werden (Reuschenbach 2014). Hierzu wurden Methoden der Selbst- und Fremdeinschätzung der von den Absolventinnen und Absolventen erworbenen Kompetenzen genutzt. Die Kompetenzen stellen im Sinne des systemtheoretischen Versorgungsmodells (Pfaff 2003) den Output dar, das Outcome wird durch die Wirksamkeit im Praxisfeld abgebildet, z. B. im Hinblick auf den Patientennutzen. Die Ergebnisse der Kompetenzdiagnostik (Reuschenbach 2014) verdeutlichen, dass das Studium aus Sicht der Absolventinnen und Absolventen, der Lehrenden, der Studierenden, der Kolleginnen und Kollegen und der Arbeitgeber zu einer Ausweitung der im Rahmen einer beruflichen Ausbildung erworbenen Kompetenzen führt. Gegenüber beruflich Ausgebildeten sind aus Sicht der Befragten Absolventinnen und Absolventen der Pflegestudiengänge eher in der Lage, wissenschaftliche Forschungsergebnisse für die Praxis nutzbar zu machen. Die hochschulische Bildung befähigt außerdem eher zur kritischen Reflexion von Standards und Ritualen, ermöglicht eine stärkere Fallorientierung und damit eine angemessenere Lösung insbesondere von ungewöhnlichen und komplexen Fällen. Des Weiteren fallen Studienabsolventinnen

und -absolventen dadurch auf, dass sie eine ausgeprägtere berufspolitische Orientierung haben und im Umgang mit anderen Berufsgruppen stärker ihre Kompetenzen einbringen. Die Wirksamkeit des Studiums auf das wissenschaftliche Handeln und die standesbezogene Kompetenz wird auch in einem weiteren Evaluationsprojekt bestätigt (Reichardt et al. 2016). In den Interviews mit Praktikerinnen und Praktikern stellt sich heraus, dass es den Befragten ohne hochschulische Bildung schwerfällt, geeignete Einsatzfelder für die hochschulisch gebildeten Pflegenden zu benennen (Darmann-Finck et al. 2014). Dies ist vermutlich der Tatsache geschuldet, dass der Anteil akademischer Pflegenden unter den beruflich Pflegenden sehr gering ist und es noch an Vorbildern für einen qualifikationsadäquaten Einsatz in der Praxis mangelt.

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse, dass die intendierten Bildungsziele in der Breite erreicht wurden. Diese Output-Messung ist jedoch nur ein Surrogat für den Nachweis einer Wirksamkeit im Praxisfeld. Für Deutschland fehlt es an Forschung, mit der der Einfluss hochschulischer Bildung auf patientenbezogene Endpunkte (Outcome) überprüft wird. Eine im Rahmen der Evaluation der nordrhein-westfälischen Studiengänge durchgeführte Synthese der internationalen Studien (Darmann-Finck et al. 2014, S. 21 ff.) belegt die positive Wirkung für Patientinnen und Patienten und bestätigt damit frühere Überblicksarbeiten (Darmann-Finck 2012). Demnach deuten zehn Studien auf einen positiven Zusammenhang zwischen dem Anteil an Pflegenden mit Bachelorabschluss am Gesamtpflegepersonal und einer Abnahme negativer Patientenoutcomes hin. Beispielsweise sinken mit steigendem Anteil der Beschäftigten mit Bachelorabschluss die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus, die Mortalitätsrate, postoperative Komplikationen und Dekubitusraten (ebd.). Eine aktuelle Vergleichsstudie mit knapp 13.000 Pflegenden in 243 Krankenhäusern kommt zu dem Ergebnis, dass ein 10 %iger Anstieg von Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss die Wahrscheinlichkeit für postoperative Mortalität um 11 % reduziert. Außerdem fällt die Bewertung der Klinik durch Patientinnen und Patienten umso positiver aus, je höher der Anteil an hochschulisch qualifizierten Pflegenden ist

(Aiken et al. 2017). Die Interpretation der Studien muss die Besonderheiten des jeweiligen Gesundheitssystems berücksichtigen, dennoch legen die Ergebnisse nahe, dass durch die Einführung eines hochschulischen Qualifikationsniveaus und die Nutzung dieser Expertise in der direkten Versorgung eine Verbesserung der Patienten- und Bewohnerversorgung in Deutschland zu erwarten ist.

15.4 Arbeitsfelder und qualifikationsgerechte Einmündung auf dem Arbeitsmarkt

Bislang steht die Integration von hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen in den Qualifikationsmix in Deutschland noch ganz am Anfang, wie die noch raren Absolventenstudien oder -befragungen (exempl. Büker und Strupeit 2016) ebenso wie die Befragungen von Krankenhausleitungen (Tannen et al. 2016) oder Untersuchungen des Qualifikationsmix' in Krankenhäusern (Darmann-Finck et al. 2016) ergeben. Derzeit verfügt nur ca. 0,5 % des Gesamtpflegepersonals über ein abgeschlossenes Hochschulstudium (Simon 2016). Vielfach fehlen auf Seiten des Pflegemanagements systematische Ansätze einer organisationell abgesicherten Einbindung der studierten Pflegefachpersonen (Lüftl und Kerres 2011; Darmann-Finck et al. 2016), viele Arbeitgeber haben nur vage oder unrealistische Vorstellungen von deren Kompetenzen und Einsatzmöglichkeiten (Heyelmann 2015; Simon und Flaiz 2015). Dennoch wächst die Anzahl an Leuchttürmen für durchdachte Einmündungskonzepte von Bachelor- und Masterabsolventinnen und -absolventen (z. B. Andree 2014; Stemmer et al. 2017). Die Einmündung in die direkte Patientenversorgung wird u. a. durch den ab 01.01.2017 geltenden neuen Tarifvertrag erleichtert, der tarifliche Eingruppierungsmöglichkeiten enthält die sich an den Kompetenzziele des PflBG orientieren (DBfK 2017). Ein höheres Gehalt der Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss gegenüber Pflegefachpersonen mit beruflicher Ausbildung im Umfang von 70 bis 80 € pro Monat – je nach Jahren an Berufserfahrung – ist vorgesehen, wenn Tätigkeitsfelder besetzt werden, in denen die hochschulischen Kompetenzen zum Einsatz kommen können.

Verschiedene Verbände und Fachgesellschaften haben in den letzten Jahren Vorschläge zum Einsatz von Pflegefachpersonen mit hochschulischer Ausbildung veröffentlicht (exempl. DPR/DGP 2015). In diesen Papieren wird davon ausgegangen, dass Pflegefachpersonen mit hochschulischer Ausbildung insbesondere für die Steuerung und Durchführung der Pflege von Menschen mit »hochkomplexen« Pflegesituationen zuständig sein sollen. Davon abgesehen, dass hochkomplexe Pflegesituationen bereits Kompetenzen auf Master- oder Weiterbildungsniveau voraussetzen, mangelt es außerdem an einer empirischen und theoretischen Fundierung der besonderen Komplexität. Mit Blick auf den spezifischen in ► Abschn. 15.2 dargestellten Kompetenzzugewinn durch eine hochschulische Erstausbildung könnten vor allem diejenigen zu pflegenden Menschen besonders von einer pflegerischen Versorgung durch hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen profitieren, die aufgrund von spezifischen gesundheitlichen, sozialen und psychischen Konstellationen nicht anhand von Standards versorgt werden können. Um diese Personengruppe zukünftig besser identifizieren zu können, ist weitere Forschung und eine stärkere Operationalisierung der besonderen Komplexität und der »Nicht-Standardisierbarkeit« notwendig. Hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen könnten dann bei diesen Personengruppen und ihren Bezugspersonen die Pflegeprozessverantwortung, die Fallsteuerung sowie die Anleitung und Beratung verantworten (Darmann-Finck 2016). Diese Aufgaben sind mit einer Anreicherung der Tätigkeiten (job enlargement) sowie zusätzlichen Entscheidungsbefugnissen (job enrichment) verbunden. Allerdings gibt es auch Hinweise darauf, dass nicht alle hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen bereit und in der Lage sind, Aufgaben mit besonderer fachlicher Verantwortung zu übernehmen (Darmann-Finck et al. 2016).

15.5 Ausblick

Mit dem neuen Pflegeberufegesetz ist die hochschulische Erstausbildung in der Pflege neben der beruflichen Ausbildung in die Regelausbildung überführt worden. Damit konnten sich Ärzteverbände und

ärztliche Fachgesellschaften, die gegen die Empfehlungen des WR, 10 bis 20 % eines Ausbildungsjahrgangs hochschulisch auszubilden, Stellung bezogen haben, nicht durchsetzen (Gerst und Hibbeler 2012; Deutscher Hochschulverband 2012). Deren Argumente richteten sich weniger auf Versorgungsanforderungen, sondern primär auf die Absicherung der eigenen Position und fokussierten mögliche Ansprüche der hochschulisch Qualifizierten, ärztliche Aufgaben übernehmen zu wollen, und eine durch die Gehälter der studierten Pflegenden evozierte Kostenerhöhung im Gesundheitswesen.

Auch wenn die hochschulische Erstausbildung im Regelsystem etabliert wurde, ist sie noch längst nicht Normalität. Vor dem Hintergrund steigender Anforderungen ist in den nächsten Jahren der Ausbau pflegebezogener Studienplätze dringend erforderlich. Die mit dem neuen Pflegeberufegesetz geschaffenen Regelungen erfordern die Neukonzeption eines Großteils der bestehenden Studiengänge. Die Länder müssen zukünftig die Finanzmittel für die Einrichtung und Unterhaltung dieser recht kostenintensiven Studiengänge bereitstellen. Im Unterschied zur beruflichen Ausbildung ist eine Refinanzierung der theoretischen und praktischen Lehre und der praktischen Studienanteile nicht im Berufsgesetz vorgesehen. Die Folgen dieser Regelungen sind in den nächsten Jahren genau zu be-

obachten und müssen vermutlich durch ergänzende politische Entscheidungen aufgefangen werden (z. B. Beteiligung der hochschulischen Erstausbildung am Ausbildungsfonds). Die berufliche Einmündung der Absolventinnen und Absolventen sowie der Nutzen einer pflegerischen Versorgung durch hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen ist im Hinblick auf patientenbezogene Endpunkte und die dadurch zu erzielende Kostenentlastung des Gesundheitssystems analog zu internationalen Studien zu evaluieren.

Innerhalb der Berufsgruppe der Pflegenden gibt es gegenwärtig zum Teil Unsicherheiten, Ängste und manchmal auch Widerstände. Durch die Einführung eines neuen Qualifikationsniveaus in den Qualifikationsmix kommt es zu einer weiteren Ausdifferenzierung von Aufgaben- und Verantwortungsbereichen. Angesichts der Herausforderungen insbesondere durch die Versorgung von Menschen mit komplexen und unklaren Pflegesituationen stellt die Bachelorqualifikation und die damit verbundene Fähigkeit zur Entwicklung innovativer, wissensbasierter Lösungen eine notwendige Ergänzung der schon bestehenden Aufwächerung von Qualifikationen etwa durch Fachweiterbildungen dar. Die Akzeptanz sollte durch sachliche Aufklärung und Transparenz gefördert werden.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Literatur

- Aiken LH, Sloane D, Griffiths P, Rafferty AM, Bruyneel L, McHugh, M; Maier CB, Moreno-Casbas T, Ball JE, Ausserhofer A, Sermeus W, the RN4CAST Consortium (2017) Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Qual Saf* 26(7):559–568
- Andree J (2014) Implementierung akademischer Pflegekräfte. Wie lassen sich akademische Pflegekräfte sinnvoll in der Pflegepraxis integrieren? Logos, Berlin
- Backhaus J, Bonato M, Evers T, Helmbold A, Latteck ÄD, Mijatovic A, Störkel F (2017) Qualitätsanforderungen an die hochschulische Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen. *Pflege & Gesellschaft* 22(4):373–377
- Beaugrand A, Latteck ÄD, Mertin M., Rolf A (2017) Lehr-Lernmethoden im dualen Studium. Kohlhammer, Stuttgart
- Büker C, Strupeit S (2016) Pflege-dual-Absolventen: Potenzial wird genutzt. *Die Schwester/Der Pfleger* 56(3):92–95
- Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMG/BMFSFJ) (2016) Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes über den Pflegeberuf (Pflegeberufsgesetz-PfGB). <https://www.bmfsfj.de/blob/77270/a53f5a0dc4ef96b88a1acb8930538079/entwurf-pflegeberufsgesetz-data.pdf>. Zugriffen: 16. November 2017
- Darmann-Finck I (2012) Wirkungen einer akademischen Erstausbildung von professionell Pflegenden im Spiegel internationaler Studien. *Pflege & Gesellschaft* 17(3):216–232
- Darmann-Finck I, Baumeister A, Greiner AD (2016) Qualifikationsmix in der stationären Versorgung im Krankenhaus. Projektbericht. <http://www.public-health.uni-bremen.de/mitglieder/ingrid-darmann-finck/publikationen/?publ=6505>. Zugriffen: 16. November 2017
- Darmann-Finck I (2016) Aufgabenfelder hochschulisch ausgebildeter Pflegenden. *Pflegezeitschrift* 69(6):362–364
- Darmann-Finck I, Helmbold A, Reuschenbach B (2017) Lehr-einrichtungen der hochschulischen Pflegeausbildung – Überlegungen zur Entwicklung eines Qualitätsstandards. *Pflege & Gesellschaft* 22(3):273–277
- Darmann-Finck I, Muths S, Görres S, Adrian C, Bomball J, Reuschenbach B (2014) Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW. Abschlussbericht vom Dezember 2014. http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/pflege/20150528_NRW-Abschlussbericht-End-26_05_2015.pdf. Zugriffen: 10. November 2017
- Darmann-Finck I, Muths S (2014) Analyse der Ansätze zur Theorie-Praxis-Verknüpfung. In: Darmann-Finck I, Muths S, Görres S, Adrian C, Bomball J, Reuschenbach B. Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW. Abschlussbericht vom Dezember 2014, S 132–161. http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/pflege/20150528_NRW-Abschlussbericht-End-26_05_2015.pdf. Zugriffen: 10. November 2017
- Darmann-Finck I, Muths S (2016) Lernen am Arbeitsplatz – Konzepte für das betriebliche Bildungspersonal. In: Brinker-Meyendriesch E, Arens F (Hrsg.) *Diskurs Berufspädagogik, Pflege und Gesundheit*. wvb, Berlin, S 188–209
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (2017) Infoblatt Entgeltordnung TVöD 2017 – Anlage. https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Infoblatt-Entgeltordnung-TVöD-2017_Anhang.pdf. Zugriffen: 16. November 2017
- Deutscher Hochschulverband (2012). Brauchen technische Assistentenberufe einen Bachelor? https://www.hochschulverband.de/pressemitteilung.html?&cHash=c2cf5c9e8f75df7eb348c5338af416d5&tx_ttnews%5Btt_news%5D=138#_. Zugriffen: 15. Dezember 2017
- Deutscher Pflegerat (DPR), Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) (2016) Arbeitsfelder akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen. http://www.deutscher-pflegerat.de/Fachinformationen/2015-04-17-DGP-Papier_final.pdf. Zugriffen: 16. November 2017
- Elsbernd A, Bader K (2017) Curriculares Konzept für einen primärqualifizierenden Bachelorstudiengang »Pflege«. Jacobs, Lage
- Evers T, Helmbold A, Latteck ÄD, Störkel F (2017) Lehr-Lern-Konzepte zur klinischen Kompetenzentwicklung. Leske+Budrich, Opladen
- Gerst T, Hibbeler B. auf dem Weg in die Akademisierung. *Deutsches Ärzteblatt* 2012, 109 (49) 2458–2461
- Greb U (2003) Identitätskritik und Lehrerbildung. Ein hochschuldidaktisches Konzept für die Fachdidaktik Pflege. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main
- Fesenfeld A, Schellhoff M, Schumacher J (2017) Lernbereich Training und Transfer im Studienbereich Pflege. In: Evers T, Helmbold A, Latteck ÄD, Störkel F. (Hrsg.). *Lehr-Lernkonzepte zur klinischen Kompetenzentwicklung. Best-Practice-Beispiele aus den Modellstudiengängen NRW*. Budrich, Opladen Berlin Toronto, S 181–197
- Heyelmann L (2015) Nach dem Pflege-Studium in die Altenpflege? Die Erwartungen der Arbeitgeber. Mabuse, Frankfurt a. M.
- Hülken-Giesler M, Korporeal J (2013) Fachqualifikationsrahmen Pflege für die hochschulische Bildung. Purschke und Hensel, Berlin
- Hülken-Giesler M (2013) Hochschuldidaktik – eine Einführung. In: Ertl-Schmuck E, Greb U (Hrsg.) *Pflegedidaktische Handlungsfelder*. Beltz, Weinheim Basel, S 66–89
- Hülken-Giesler M, Brinker-Meyendriesch E, Keogh J, Muths S, Sieger M, Stemmer R, Stöcker G, Walter A (2010) Kerncurriculum Pflegewissenschaft für pflegebezogene Studiengänge – eine Initiative zur Weiterentwicklung der hochschulischen Pflegebildung in Deutschland. *Pflege & Gesellschaft* 15(3):216–236
- Köpke S, Meyer G (2013) Aktuelle Entwicklungen in der Pflegeforschung. In: Zängl P (Hrsg.) *Pflegeforschung trifft Pflegepraxis*. Springer VS, Wiesbaden, S 51–63

- Kühme B, Narbei E (2017) Entwicklung von pflegedidaktisch reflektierten Transferaufgaben. In: Evers T, Helmbold A, Latteck AD, Störkel F. (Hrsg) Lehr-Lernkonzepte zur klinischen Kompetenzentwicklung. Best-Practice-Beispiele aus den Modellstudiengängen NRW. Budrich, Opladen Berlin Toronto, S 29–44
- Lademann J, Latteck AD, Martin M, Müller K, Müller-Fröhlich C, Ostermann R, Thielhorn U, Weber P (2016) Primärqualifizierende Pflegestudiengänge in Deutschland – eine Übersicht über Studienstrukturen, -ziele und -inhalte. Pflege und Gesellschaft 21(4):330–345
- Lüftl K, Kerres A (2012) »Ich denk mal, dass andere Bereiche (...) die mit Handkuss nehmen«. Einschätzungen von Pflegedienstleitungen zum Einsatz von Absolventen des dualen Pflegestudiengangs in der direkten Pflege. Zeitschrift für Pflegewissenschaft 12(01):39–50
- Pfaff H (2003) Versorgungsforschung - Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: Pfaff H, Schrappe M, Lauterbach K, Engelmann U, Halber M (Hrsg) Gesundheitsversorgung und Disease Management. Huber, Bern, S 13–23
- Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG) (2017) https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl117s2581.pdf#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s2581.pdf%27%5D_1510844300455. Zugriffen: 16. November 2017
- Reiber K (2012) Hochschuldidaktik für gesundheitsbezogene Studiengänge – eine theoretische Grundlegung. Tübinger Beiträge zur Hochschuldidaktik. <https://publikationen.uni-tuebingen.de/xmlui/bitstream/handle/10900/43953/pdf/reiber.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Zugriffen: 10. November 2017
- Reichardt C, Wernecke F, Giesler M, Petersen-Ewert C (2016) Psychometrische Erfassung der Kompetenzen am Beispiel von Studierenden und Auszubildenden der Pflege. Pflege 29(5):257–265
- Reuschenbach B (2014) Kompetenzanalyse. In: Darmann-Finck I, Muths S, Görres S, Adrian C, Bomball J, Reuschenbach B. Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW. Abschlussbericht vom Dezember 2014, S 30–59. http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/pflege/20150528_NRW-Abschlussbericht-End-26_05_2015.pdf. Zugriffen: 10. November 2017
- RICHTLINIE 2013/55/EU DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES vom 20. November 2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt-Informationssystems (»IMI-Verordnung«), Artikel 31. http://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/pdf/ZAB/Richtlinien_der_EU/Aenderung_RL_2005_36EG_2013_11_20_RL_2013_55EU.pdf. Zugriffen: 16. November 2017
- RKI Robert-Koch Institut (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen vom RKI und Destatis. Welche Auswirkungen hat der demografische Wandel auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung? In: RKI. Gesundheit in Deutschland 2015, Kapitel 09. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/09_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile. Zugriffen: 18. Dezember 2017
- SVR Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014) Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. http://www.svrgesundheits.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf. Zugriffen: 10. November 2017
- SVR Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007) Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf>. Zugriffen: 10. November 2017
- Simon A, Flaiz B (2015) Der Bedarf hochschulisch qualifizierter Pflegekräfte aus Sicht der Praxis – Ergebnisse einer Expertenbefragung. Pflege & Gesellschaft 20(2):154–172
- Simon M (2016) Ökonomische Dimensionen der Etablierung einer hochschulischen Erstausbildung in der Pflege. In: Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) / Dekanekonferenz Pflegewissenschaft (Hrsg). Die Zukunft der Gesundheitsversorgung – der Beitrag akademisierter Pflegenden. Berlin, S 38–42. http://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/05/WEB_Einzelseiten_DGP_Tagungsdokumentation.pdf. Zugriffen: 10. November 2017
- Stemmer R, Remmel-Faßbender R, Schmid M, Reinhold W, Anderl-Dollaw B (2017) Aufgabenverteilung und Versorgungsmanagement im Krankenhaus gestalten: Von erfolgreicher Praxis lernen. medhochzwei, Heidelberg
- Tannen A, Feuchtinger J, Strohbücker B, Kocks A (2016) Survey zur Einbindung von Pflegefachpersonen mit Hochschulabschlüssen an deutschen Universitätskliniken – Stand 2015. ZEFQ 120:39–46
- Verband der PflegedirektorInnen der Unikliniken (VPU) (2015). Einsatz akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen in der Praxis. http://www.vpu-online.de/de/pdf/presse/2015-05-29_abschlussbericht.pdf. Zugriffen: 16. November 2017
- Walter A (2011) Welche Anforderungen stellen berufsqualifizierende gesundheitsbezogene Studiengänge an die Hochschuldidaktik? Pflegewissenschaft 13(1):40–44
- Wissenschaftsrat (WR) (2012) Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf>. Zugriffen: 16. Dezember 2017