

Zweitveröffentlichung/ Secondary Publication



Staats- und
Universitätsbibliothek
Bremen

<https://media.suub.uni-bremen.de>

Reuschenbach, Bernd ; Darmann-Finck, Ingrid

Pflege studieren – Intentionen, Strukturen und Erfahrungen

Book, Book chapter as: peer-reviewed accepted version (Postprint)

DOI of this document* (secondary publication): <https://doi.org/10.26092/elib/3276>

Publication date of this document: 06/09/2024

* for better findability or for reliable citation

Recommended Citation (primary publication/Version of Record) incl. DOI:

Reuschenbach, B., Darmann-Finck, I. (2018). Pflege studieren – Intentionen, Strukturen und Erfahrungen. In: Sahmel, KH. (eds) Hochschuldidaktik der Pflege und Gesundheitsfachberufe. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-54875-2_6

Please note that the version of this document may differ from the final published version (Version of Record/primary publication) in terms of copy-editing, pagination, publication date and DOI. Please cite the version that you actually used. Before citing, you are also advised to check the publisher's website for any subsequent corrections or retractions (see also <https://retractionwatch.com/>).

This document is made available with all rights reserved.

Take down policy

If you believe that this document or any material on this site infringes copyright, please contact publizieren@suub.uni-bremen.de with full details and we will remove access to the material.

Pflege studieren – Intentionen, Strukturen und Erfahrungen

Bernd Reuschenbach, Ingrid Darmann-Finck

Während die Entwicklung pädagogischer und managementbezogener Pflegestudiengänge in Deutschland schon eine längere Tradition hat, die bis in die 1970er-Jahre zurückreicht, können seit Einführung der Modellklausel in die Berufsgesetze der Kranken- und Altenpflege in den Jahren 2003 und 2004 auch duale Pflegestudiengänge eingerichtet werden, die für die direkte Versorgung von zu pflegenden Menschen qualifizieren und die neben einem Bachelorabschluss auch zur Berufszulassung führen. Diese Studiengänge erweitern die Qualifikationsziele der beruflichen Ausbildung entsprechend Level 6 des europäischen bzw. deutschen Qualifikationsrahmens (EQF). Mit der Empfehlung des Wissenschaftsrates (2012), zwischen 10 % und 20 % eines Ausbildungsjahrgangs in den Gesundheitsfachberufen akademisch zu qualifizieren, erhielt die Entwicklung von Studienangeboten einen weiteren Auftrieb. Laut Heylmann (2016) ist derzeit von 44 Studiengängen auszugehen. Lademann et al. (2016) ergänzen in der Sammlung weitere elf sequentiell additive Studiengänge, also hochschulische Qualifizierungsangebote nach Abschluss der Ausbildung. Die unterschiedlichen Werte zur Anzahl der Pflegestudiengänge sind zum einen durch die hohe Entwicklungsdynamik und zum anderen dadurch begründet, dass unterschiedliche Studienstrukturmodelle mit unterschiedlichen Schwerpunkten in die jeweiligen Statistiken aufgenommen wurden.

Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Beitrags (Februar 2017) liegt ein Gesetzentwurf für ein neues Pflegeberufsgesetz vor. Die Paragraphen 37–39 regeln nach über 10-jähriger Modellphase erstmals die hochschulische Pflegeausbildung als zweiten Zugang zur Berufszulassung (BMG/BMFStJ 2016). Die Verabschiedung der Gesetzesvorlagen verzögert sich, weil im Pflegeberufsgesetz neben der hochschulischen Ausbildung auch die generalistische Pflegeausbildung geregelt werden soll, was umfassenderer Abstimmungen bedarf.

Der Beitrag beleuchtet die mit der Einrichtung entsprechender Studienangebote verknüpften Intentionen (► Abschn. 6.1) und klärt über Modelle der strukturellen Konzeption auf (► Abschn. 6.2). Hinsichtlich der Gestaltung von Lehr-/Lernprozessen liegt eine zentrale Herausforderung für die Studiengänge in der Konzeption, Koordination und Durchführung der praktischen Studienphasen (► Abschn. 6.3). Für

die Legitimation von erstausbildenden Studiengängen muss der Nachweis des Nutzens erbracht werden, erste Befunde dazu gibt es inzwischen auch im deutschsprachigen Raum (► Abschn. 6.4). Schließlich sind knapp zehn Jahre nach Einführung der ersten Modellstudiengänge noch einige Herausforderungen zu meistern, um die Wirksamkeit des Bildungskonzeptes im Praxisfeld zu erhöhen (► Abschn. 6.5). Der Beitrag greift an vielen Stellen auf die im Rahmen der Evaluation der Modellstudiengänge in NRW gewonnenen Erkenntnisse zurück (Darmann-Finck et al. 2014). Die Evaluation umfasste 11 Studiengänge, darunter fünf Pflegestudiengänge, und erstreckte sich über den Zeitraum von 2012 bis 2014.

Wenn im Folgenden verkürzend von Pflegestudiengängen die Rede ist, dann sind damit Studiengänge gemeint, bei denen Absolventen einen hochschulischen Abschluss (B. A. oder B. Sc) und zugleich eine staatliche Abschlussprüfung absolvieren, mit der sie die Berufszulassung in der Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und/oder Altenpflege erhalten. Nicht inkludiert sind Modellprojekte ohne berufliche Qualifizierung, additive Studiengänge, bei denen erst nach Abschluss der Pflegeausbildung eine hochschulische Bildung erfolgt und die Studiengänge Pflegemanagement und Pflegepädagogik.

6.1 Intentionen und Qualifikationsziele

Die Entwicklung von Pflegestudiengängen ist durch verschiedene Modernisierungsanlässe begründet (Darmann-Finck et al. 2014). Neben bildungs- und professionspolitischen Erwägungen werden vor allem zwei Aspekte als Begründung für die Etablierung der Pflegestudiengänge angeführt:

A) Veränderte Versorgungssituation

Ein wesentlicher Hintergrund zur Einführung einer hochschulischen Pflegebildung besteht in den sich wandelnden Anforderungen an die pflegerische Versorgung. Quantitativ kommt es zu einer Zunahme von Pflegebedürftigen und chronisch kranken bzw. multimorbiden Menschen (Statistisches Bundesamt 2017), qualitativ sind Pflegesituationen durch eine zunehmend höhere Komplexität gekennzeichnet.

Diese Komplexität ergibt sich durch eine hohe Dynamik am „point of care“ (z. B. kurze Liegezeiten), die notwendige interprofessionelle Vernetzung von Dienstleistungen und Behandlungswegen über Sektoren hinweg, neue technische Möglichkeiten in Therapie und Diagnostik, ein verändertes Krankheits- und Gesundheitsverständnis sowie die beschleunigte Zunahme wissenschaftlicher Ergebnisse und die Notwendigkeit, diese in die Praxis zu implementieren.

Die Bundesregierung verbindet mit der hochschulischen Pflegebildung die Hoffnung, dass die Absolventen, „forschungsgestützte Lösungsansätze und innovative Konzepte in die Pflege transferieren und damit die Weiterentwicklung der Pflege befördern“ (BMG/BMFSFJ 2016, 60). Hochschulische Bildung ist damit nicht Selbstzweck der Hochschulen, sondern ist durch die Erwartung begründet, dass sich mit Einführung entsprechender Lehrangebote auch die Versorgungssituation verbessern wird. Studien aus angloamerikanischen Ländern legen nahe, dass dieser Anspruch erfüllt wird.

B) Arbeitsmarktsituation

In allen Sektoren des Gesundheitswesens wird ein erheblicher Mangel an beruflich Pflegenden beklagt. Schätzungen gehen von 730.000 fehlenden Pflegenden bis zum Jahre 2050 aus (Prognose 2012). Um die Differenz zwischen Angebot und Nachfrage zu reduzieren, ist neben der Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs auch die Erschließung neuer Bewerberkreise wichtig. Insbesondere vor dem Hintergrund einer steigenden Anzahl an Personen mit Fachabitur/Abitur (Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2016) stellt ein Pflegestudium eine Option dar, eine Ausbildung mit einer hochschulischen Karriere zu kombinieren. Der Bachelorabschluss ermöglicht zudem einen leichteren beruflichen Einstieg in anderen Ländern, in denen die hochschulische Bildung schon eine lange Tradition hat (Muths 2010). Die damit einhergehende erhöhte Mobilität ist ebenfalls als Beitrag zur Attraktivitätssteigerung zu bewerten (Gerst und Hibbele 2012).

Teilweise wurden die Bildungs- und Kompetenzziele aus diesen Anforderungen abgeleitet und/oder induktiv gemeinsam mit Akteuren aus der Praxis heraus entwickelt. Als theoretische Grundlage zur Abgrenzung gegenüber der beruflichen Bildung

wird auf den europäischen bzw. deutschen Qualifikationsrahmen (DQR, EQR), den „Fachqualifikationsrahmen Pflege für die hochschulische Bildung“ (Hülsken-Giesler und Korporal 2013) sowie den EFN-Kompetenzrahmen (European Federation of Nurses Associations 2015) verwiesen.

Es gibt verschiedene Ansätze, den Kanon an hochschulischen Kompetenzdimensionen für den Pflegeberuf zu systematisieren, etwa ein Entwurf von Studiengangvertretern Nordrhein-Westfälischer Hochschulen (Bachmann et al. 2014) oder das Konzept von Darmann-Finck et al. (2013a), das im Rahmen der Evaluation der Modellstudiengänge in NRW entstanden ist. Demnach qualifiziert die hochschulische Bildung für

- die Anwendung wissenschaftlichen Wissens auf dem jeweils aktuellen Entwicklungsstand,
- klinische Kompetenzen auf Bachelorniveau,
- die Fähigkeit zum Aufbau und zur Reflexion von Arbeitsbündnissen und für
- interprofessionelles Lernen und Handeln in systemischen Kontexten (Darmann-Finck et al. 2013a).

Eine vergleichende Analyse der Kompetenzziele der Pflegestudiengänge zeigt eine hohe Übereinstimmung mit diesen theoretisch hergeleiteten Kompetenzdimensionen (Lademann et al. 2016). Die genannten Kompetenzziele haben teilweise Eingang in den Referentenentwurf zum geplanten Pflegeberufsgesetz (BMG/BMFSFJ 2016) gefunden, zum Teil gehen die darin aufgeführten Ziele aber auch deutlich über den Anspruch einer Erstausbildung hinaus und sind auf Master- oder sogar Promotionsebene anzusiedeln (z. B. Mitwirkung bei der Entwicklung von Qualitätsmanagementkonzepten, Leitlinien und Expertenstandards, §37, BMG/BMFSFJ 2016). Neben diesen Kompetenz- bzw. Qualifikationszielen bieten einige Studiengänge weitere zertifizierte Qualifikationen an, die zur Anerkennung als gerontopsychiatrische Fachkraft, als Wundexperte, zur Leitung einer Pflege- oder Funktionseinheit oder zur Praxisanleitung berechtigen.

Aus den Kompetenzprofilen ergeben sich mögliche Einsatzbereiche und Tätigkeitsfelder der hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen (Darmann-Finck 2016). Auf der Basis erweiterter Kompetenzen können Absolventen z. B. die

Pflegeprozessverantwortung für zu pflegende Menschen mit komplexen pflegerischen, medizinischen, psychischen und sozialen Pflegesituationen sowie deren Anleitung und Beratung oder Aufgaben der Qualitätsentwicklung (z. B. in Form von kleinen Projekten) übernehmen.

6.2 Strukturelle Konzeption von erstauszubildenden Pflegestudiengängen

Die Entwicklung der Pflegestudiengänge ist seit dem Jahr 2004 bis heute durch eine große Vielfalt an Strukturmodellen insbesondere hinsichtlich der Zusammenarbeit mit Berufsfachschulen bzw. Pflegeschulen gekennzeichnet (Lademann et al. 2016). Für diese Modelle werden teilweise sehr unterschiedliche Begriffe verwendet, was die Kommunikation mit Arbeitgebern oder Studieninteressierten und auch den Studiengangwechsel der Studierenden erschwert. Die verschiedenen Begrifflichkeiten für Studiengangstrukturmodelle haben Darmann-Finck und Muths (2013) in folgender Synopse zusammengefasst (■ Tab. 6.1). Eine Weiterentwicklung dieser Synopse findet sich bei Eckstein (2016).

Inkonsistent wird beispielsweise der Begriff „dual“ genutzt (Darmann-Finck et al. 2013b; 2014). Der Wissenschaftsrat definiert Studiengänge dann als dual, wenn „das berufspraktische und das akademische Element gleichwertige Teile des dualen Studiums“ bilden. Dualität ist dann gegeben, wenn die Praxisanteile einen angemessenen Umfang haben, eine organisatorische Abstimmung zwischen den Lernorten existiert und inhaltlich „eine Nähe von Studienfach und beruflicher Ausbildung/Tätigkeit“ vorhanden ist (Wissenschaftsrat 2013, S. 22). Im Sinne dieser Definition ist eine Parallelführung von Studium und Ausbildung ohne Absprachen der Bildungspartner nicht als duales Studium zu bezeichnen. Auch der Begriff „ausbildungsintegrierend“ erweist sich zur Kennzeichnung eines bestimmten Strukturmodells als irreführend, da derzeit jegliches Studium, das auf eine Berufszulassung vorbereitet, die für die Pflegeausbildung geltenden berufsgesetzlichen Vorgaben zu „integrieren“ hat. Unschärfen gibt es auch bei den Begriffen „Primärqualifizierung“ und „grundständig“ (Eckstein, 2016). Um solche

missverständlichen Formulierungen zu umgehen, wurden die Strukturmodelle im Rahmen der Evaluation der Modellstudiengänge in NRW mit Buchstaben bezeichnet.

Darmann-Finck und Muths (2013, S. 10) kommen zu dem Schluss, dass es „angesichts der zu konstatierenden Begriffsunschärfen bzw. -überschneidungen ... unbedingt notwendig (ist), die Beschreibung von Studiengangstrukturen anhand von definierten Kriterien vorzunehmen“. Für die Kategorisierung können Kriterien herangezogen werden, die der nachfolgenden Tabelle (■ Tab. 6.2) zu entnehmen sind. Innerhalb einer Klasse sind die Beschreibungen disjunkt.

Verursachend für die Vielfalt an Modellen der strukturellen Konzeption sind nicht nur die mit dem Studiengang verfolgten Intentionen, sondern auch unterschiedliche landesrechtliche Regelungen zur Ausgestaltung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, ministerielle Genehmigungspraktiken, Anzahl und Art der verfügbaren Kooperationspartner, Art und Umfang der Finanzierung sowie die Personal- und Mittelausstattung der Hochschule und der Praxis. Eine geteilte Verantwortung (Hochschule und Berufsfachschule) bringt einen hohen Koordinierungsaufwand mit sich, erhöht aber die Chance auf eine ausreichende Finanzierung, denn die Finanzierung der Ausbildung an Berufsfachschulen erfolgt in der Regel über das Krankenhausfinanzierungsgesetz, während Studiengänge an staatlichen Hochschulen von den Wissenschaftsministerien der Länder finanziert werden. Die in NRW gefundene Differenzierung anhand von drei Strukturmodellen wurde vor allem mit Blick auf die Fragestellung vorgenommen, inwiefern die institutionellen Kooperationen gute Voraussetzungen für den Aufbau von Kompetenzen auf hochschulischem Niveau bieten (Darmann-Finck et al. 2013, S. 68 ff.; ■ Tab. 6.3).

Die Bundesregierung hat sich im Entwurf des Pflegeberufsgesetzes (BMG/BMFSFJ 2016) für Modell A und damit für das Modell entschieden, das die besten Voraussetzungen für den Aufbau von Kompetenzen auf hochschulischem Niveau bietet. Dem Entwurf zufolge sollen die Hochschulen für die Durchführung der theoretischen und praktischen Lehre wie auch für die Koordination und Begleitung der praktischen Einsätze zuständig sein.

Tab. 6.1 Synopse von Begrifflichkeiten für Pflegestudiengänge, die auf die klinische Praxis vorbereiten (adaptiert nach Darmann-Finck und Muths 2013, S. 11)

Modellgruppe	Umschreibung	Begriffswahl der Autoren					Beispiele bestehender Pflegestudiengänge
		Wissenschaftsrat (2012)	Stöcker & Reinhardt (2012)	Lehmeyer & Schleinschok (2011)	Muths (2010)	Moers et al. (2012)	
I	<p>Oberbegriff für alle Studiengänge, die grundlegend im Bereich der Pflege qualifizieren (= abgeschlossene Ausbildung wird nicht vorausgesetzt)</p> <p>Studiengänge, an denen die Hochschule auch die Ausbildung schwerpunktmäßig verantwortet – Ausbildungs- u. Studieninhalte ineinander verwoben</p>	grundständig	grundständig	primärqualifizierend	primärqualifizierend		– Evang. FH Berlin
		primärqualifizierend	dual-integriert	dual-ausbildungsintegrierend	ausbildungsintegrierend	Ersetzungsmodell	

Tab. 6.1 Fortsetzung

Modellgruppe	Umschreibung	Begriffswahl der Autoren					Beispiele bestehender Pflegestudiengänge
		Wissenschaftsrat (2012)	Stöcker & Reinhardt (2012)	Lehmeyer & Schleienschok (2011)	Muths (2010)	Moers et al. (2012)	
II	Studiengänge, in denen der Berufsabschluss an der berufsbildenden Schule u. der Studienabschluss a. d. Hochschule erworben wird – Ausbildungs- u. Studieninhalte weitgehend separat dto. – Studium erfolgt in Teilzeitform	ausbildungsintegrierend (dual bzw. trial)	dual-verzahnt	zweiphasig-dual	ausbildungsbegleitend	Verschärfungsmo- dell Ergän- zungsmo- dell	– Hochschule f. angewandte Wissenschaft München – Martin-Luther-Universität Halle – Kath. Stiftungs- FH München – Kath. FH Mainz – Hamburger Fernhochschule – FH Hannover – Kath. FH Freiburg – Hochschule Fulda – FH Frankfurt – Evang. FH Darmstadt
III	Studiengänge, die wohl Praxisanteile aber keinen Berufsabschluss beinhalten (muss im Anschluss bzw. im europäischen Ausland erworben werden)	–	ohne Berufs-zulassung	grundständig		praxisintegrierend	

■ Tab. 6.2 Strukturkennzeichen von erstausbildenden Pflegestudiengängen

Nr.	Strukturkennzeichen	Modell A	Modell B	Modell C
I	Verantwortung für die praktische Ausbildung	Hochschule	Beide	Formal Hochschule Berufsfachschule
II	Verantwortung für die berufsqualifizierenden Prüfungen (Examen)	Hochschule	Beide	Formal Hochschule Berufsfachschule
III	Status der Lernenden	Studierende	Studierende	Beides („Schülerstudierende“)
IV	Bei Zusammenarbeit mit Berufsfachschulen: Homogene Lerngruppen von Studierenden		Ja	Nein
V	Enge inhaltliche Abstimmung von berufsschulischen und hochschulischen Inhalten		Ja	Nein bzw. nur auf formaler Ebene
VI	Regelmäßige Anerkennung von Studien- und Prüfungsleistungen	Nein	Ja	Ja
VII	Anzahl der Lernorte (Praxis zählt als ein Lernort)	2	3	3

■ Tab. 6.3 Potenziale und Begrenzungen der Strukturmodelle (Darmann-Finck et al. 2015, S. 93)

	Merkmale	Potenziale und Begrenzungen
Modell A	Die Ausbildung ist komplett in ein Hochschulstudium überführt. Die Hochschule übernimmt auch die Koordination und Begleitung der berufspraktischen Ausbildung.	<ul style="list-style-type: none"> – Durchgängige Vermittlung auf hochschulischem Niveau gewährleistet – Erforderliche Ressourcen gegenwärtig nur an wenigen Studienstandorten vorhanden
Modell B	Die Hochschule arbeitet in unterschiedlicher Intensität mit einer geringen Anzahl (<5) von Berufsfachschulen zusammen. Studierende bilden in den Schulen homogene Lerngruppen.	<ul style="list-style-type: none"> – Berufsfachschulen werden im Prozess der Akademisierung eingebunden. Förderlich für die Akzeptanz der Studiengänge in der beruflichen Praxis – In homogenen Lerngruppen Vermittlung auf hochschulischem Niveau zwar möglich, aber dennoch Brüche aufgrund unterschiedlicher Wissens- und Vermittlungskulturen
Modell C	Die Hochschule arbeitet mit einer größeren Anzahl (> 5) von Berufsfachschulen zusammen. Lehrangebote sind nur formal aufeinander abgestimmt, letztlich findet keine Vermischung beider Angebote statt. In den Schulen werden die Studierenden in heterogenen Lerngruppen mit beruflich Auszubildenden ausgebildet.	<ul style="list-style-type: none"> – Durchgängige Vermittlung auf hochschulischem Niveau nicht sichergestellt

Auf der Basis der derzeit geltenden Rechtsgrundlagen müssen erstauszubildende Pflegestudiengänge sowohl dem Hochschulrecht als auch dem Pflegeberufsrecht Rechnung tragen. Je nachdem, wie die berufsrechtlichen Vorgaben in den unterschiedlichen Bundesländern oder Regierungsbezirken ausgelegt werden, kommt es zu teilweise recht engen Handlungsspielräumen für die Konzeption von Studiengängen, sodass es für die Studiengänge schwierig wird, den Besonderheiten hochschulischen Lehrens und Lernens gerecht zu werden (Darmann-Finck 2014 et al., S. 82ff). Ein Knackpunkt stellt z. B. die Gestaltung der Abschlussprüfungen dar. Manche Hochschulen sind gezwungen, die Abschlussprüfungen vom Niveau und der methodischen Gestaltung streng an den Vorgaben für die berufliche Ausbildung auszurichten, so dass sie im hochschulischen Gesamtcurriculum wie ein Fremdkörper wirken. Weitere Punkte betreffen die Ausbildungszeiten, die in der Berufsausbildung vornehmlich als Präsenzzeiten zu verstehen sind, während im Studium ein höherer Anteil an Selbstlernzeiten üblich ist. Mit der Einführung einer hochschulischen Erstausbildung als Regelangebot entsprechend dem Entwurf des Pflegeberufsgesetzes (BMG/BMFSFJ 2016) würden diese Einschränkungen, die durch Inkompatibilitäten von Hochschul- und Berufsrecht entstehen, allerdings entfallen.

Eine Herausforderung, die nicht ganz befriedigend zu lösen sein wird, besteht in der Integration der Zeiten für die praktische Ausbildung in den Workload der Studiengänge. Mit 2300 Stunden enthalten Pflegestudiengänge einen für duale Studiengänge vergleichsweise hohen Anteil an Praxisstunden. Um zugleich genügend Zeit für die Schaffung einer fundierten theoretischen Grundlage zur Verfügung zu haben, müssen die (Bachelor-) Studiengänge vermutlich ihren Workload auf mindestens 210 CP ausdehnen. Ein gewichtiger Einschnitt in die strukturelle Konzeption von Studiengängen stellt die Entscheidung der Bundesregierung im Entwurf des Pflegeberufsgesetzes dar, keinen Ausbildungsvertrag mit einem Träger der praktischen Ausbildung vorzusehen (BMG/BMFSF 2016, S. 94). Damit haben die Praxiseinsätze der Studierenden zukünftig den Status von unentgeltlich absolvierten Praktika. Auswirkungen dieser Regelung müssen zukünftig evaluiert werden.

Bislang 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 (Wissenschaftsrat 2012).

6.3 Konzeption und Durchführung der praktischen Studienphasen

Von den Modellstudiengängen haben bisher nur diejenigen die Verantwortung für die praktische Ausbildung übernommen, die das vollständig-integrierende Studienmodell praktizieren. Die in Kooperation mit Berufsfachschulen durchgeführten Studiengänge haben diese Aufgabe meistens den Berufsfachschulen übertragen. Bei dem von der Bundesregierung im aktuellen Entwurf des Berufsgesetzes (BMG/BMFSF 2016) präferierten Modell der praxisintegrierenden Studiengänge stehen die Hochschulen vor der Herausforderung, praxisbezogene Lehrangebote zu entwickeln, mit denen der Aufbau von berufspraktischen Kompetenzen auf hochschulischem Niveau angeregt werden kann. Lehr-/Lernangebote, die sich auf „Arbeit und Arbeitsprozesse“ beziehen, können anhand der von Dehnbostel (2007) vorgeschlagenen Systematik des arbeitsbezogenen Lernens differenziert werden. Demnach lassen sich lernorganisatorisch und didaktisch das *arbeitsgebundene Lernen* (Lernen am Arbeitsplatz bzw. im Arbeitsprozess), das *arbeitsverbundene Lernen* (räumliche Nähe von Arbeits- und Lernort, das Lernen dient der Reflexion der Arbeit) und das *arbeitsorientierte Lernen* (Lernen in simulierten Arbeitsumgebungen) unterscheiden.

Beim *arbeitsgebundenen Lernen* erfolgt das Lernen größtenteils informell, das heißt über Erfahrungen, die im Rahmen praktischer Arbeit im realen Vollzug gemacht werden. Die Qualität der Arbeitsumgebung hat einen wesentlichen Einfluss auf die Kompetenzentwicklung. Anhand von Kriterien wie dem Ausmaß an sozialer Unterstützung oder Reflexivität, kann das lern- und kompetenzförderliche Potenzial von Arbeitsumgebungen ermittelt werden

(Dehnbostel 2007). Entscheidend ist außerdem die Qualität der Arbeits- und Lernaufgaben. Lern- und kompetenzförderlich sind vor allem solche Aufgaben, die eine vollständige Handlung, also das Durchlaufen des gesamten Pflegeprozesses erfordern und die eine dem Ausbildungsstand entsprechende Komplexität aufweisen. Daneben existieren im Rahmen arbeitsgebundenen Lernens stärker formalisierte Lernangebote, wie das Lernen durch Instruktion und Anleitung.

Ein stärkerer Fokus auf Reflexion von beruflichen Erfahrungen in der Handlungspause in Verknüpfung von formellen und informellem Lernen kann durch das *arbeitsverbundene Lernen* realisiert werden. Beispiele für Lernangebote stellen Lern- und Arbeitsaufgaben, in der Praxis durchgeführte Projekte, kollegiale Beratungen und die Praxisbegleitung dar (Darmann-Finck et al. 2014, S. 122 ff.). Die formellen Lernangebote sollen zu einem theoriegeleiteten Verständnis der Pflegepraxis führen.

Das *arbeitsorientierte Lernen* beruht auf simulierten, möglichst realitätsnahen Lernsituationen, z. B. im Skills-Lab, und soll den strukturierten Aufbau von Fertigkeiten ermöglichen. Für die Ausbildung in den Pflege- und Gesundheitsberufen eignen sich Simulationen auch deswegen besonders, weil sie handlungsentlastetes Lernen ohne Nachteile für zu pflegende Menschen ermöglichen. Insbesondere können schrittweise komplizierte Handlungsabläufe eingeübt oder in simulierten Kommunikationssituationen unterschiedliche Handlungsalternativen erprobt und anhand von mehreren Feedbackschleifen reflektiert werden. Letztlich sind die Lernpotenziale der Modelle arbeitsorientierten Lernens aber begrenzt, weil sich die beruflichen Situationen nicht in ihrer Komplexität simulieren lassen (Darmann-Finck et al. 2014, S. 152 ff.).

Im Rahmen der Evaluation der Modellstudiengänge stellte sich heraus, dass insbesondere die Umsetzung des arbeitsgebundenen Lernens häufig wenig geeignet ist, den Aufbau von Kompetenzen auf Hochschulniveau zu befördern. Wie in der beruflichen Ausbildung auch werden die Kriterien lern- und kompetenzförderlicher Arbeitsumgebungen, wie etwa Austausch in Expertenkulturen, nur ansatzweise erfüllt. Wenn überhaupt Praxisanleitung erfolgt, dann bewegt sich diese nach Angabe der Studierenden in der Mehrzahl der Fälle auf dem Niveau

der beruflichen Ausbildung (Darmann-Finck 2014, S. 127 ff.). Die Studiengänge haben daher Lernangebote etabliert, mit denen gezielt Kriterien lern- und kompetenzförderlicher Arbeitsumgebungen gestärkt werden, wie Mentee-Mentoren-Konzepte oder Lehr- und Forschungsbereiche (Darmann-Finck et al. 2014, S. 130 ff.).

6.4 Nutzen der hochschulischen Erstausbildung

Ein Nachweis des Nutzens einer hochschulischen Erstausbildung ist für deren Legitimation unabdingbar. Mit Blick auf das Evaluationsmodell von Ditton (2009) können im Hinblick auf den Nutzen zwei Aspekte unterschieden werden: die Outputs, hier verstanden als Kompetenzen der Absolventen und die Outcomes, also die Ergebnisse bezogen auf die zu pflegenden Menschen.

Zur Analyse der durch ein Studium erworbenen **Kompetenzen (Output)** wurde in der NRW-Evaluation ein Methodenmix aus quantitativen und qualitativen Methoden genutzt, um sowohl eine möglichst große Reichweite der Ergebnisse als auch eine verhaltensnahe Analyse zu erzielen (Darmann-Finck et al. 2014, S. 30 ff.). Zur quantitativen Analyse kam der auf der Basis eines im Projekt erstellten Kompetenzmodells („Qualitätsdimensionen“) entwickelte, 19 Items umfassende „Fragebogen zur Selbsteinschätzung hochschulisch erworbener Kompetenzen in den Pflege- und Therapieberufen“ zum Einsatz. Der Fragebogen ermöglicht Antworten auf die Frage, ob die anvisierten Kompetenzentwicklungen bei den Studierenden und Absolventen tatsächlich im Selbstbild erreicht wurden. Die Befragung wurde je nach Erreichbarkeit der Studienkohorten als Online-Version oder als paper-pencil-Befragung umgesetzt und erreichte 99 Absolventen bzw. Studierende im höheren Semester der Pflegestudiengänge. Um Unterschiede zu Absolventen der beruflichen Ausbildung feststellen zu können, wurden in einer Vergleichsstichprobe 116 beruflich Lernende im 3. Ausbildungsjahr mit dem gleichen Fragebogen hinsichtlich einer Selbsteinschätzung der Kompetenzen befragt. Die Auswertung kam zu dem Ergebnis, dass sich Studierende und Alumni gegenüber beruflich Ausgebildeten mit besonderen Fähigkeiten

zur Nutzbarmachung von wissenschaftlichen Forschungsergebnissen für die Praxis ausgestattet sehen. Auf Itemebene sind bei der Selbsteinschätzung hinsichtlich der Reflexion von Standards und Ritualen, der Hinzuziehung von wissenschaftlicher Literatur und der berufspolitischen Orientierung die deutlichsten Unterschiede zwischen Studierenden und beruflich Ausgebildeten festzustellen.

Die quantitativen Selbsteinschätzungen wurden durch qualitative Fremdeinschätzungen ergänzt (Darmann-Finck et al. 2014). Dazu wurden Interviews auf Grundlage der Critical Incident Technique mit erfahrenen Kolleginnen/Kollegen aus der Praxis geführt. Die Interviews erfragten die konkreten Anforderungen, die indikativ für hochschulische Kompetenzen sind, die also von Hochschulabsolventen und Studierenden in besonderer Weise gelöst werden. Die Interviews wurden inhaltsanalytisch ausgewertet und dann ebenfalls in die extrahierten Qualitätsdimensionen eingeordnet. Dabei wurde festgestellt, dass die Kollegen im Praxisfeld den Mehrwert des Studiums in der Integration wissenschaftlicher Ergebnisse, dem genaueren und strukturierter geplanten diagnostischen Vorgehen und der verbesserten Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen sehen. Die Studierenden werden im Vergleich zu beruflich Ausgebildeten als selbstständiger und stärker als wissenschaftlich begründend wahrgenommen. Bei der Lösung schwieriger und herausfordernder Anforderungen sind sie der Einschätzung der Kollegen zufolge besser in der Lage, neue und wissenschaftlich fundierte Lösungen zu entwickeln. Maßnahmen, Prozesse, Strukturen sowie das eigene Handeln werden von ihnen umfassender reflektiert. An die Stelle starrer pflegerischer Konzepte tritt bei ihnen eher eine patientenorientierte und ganzheitliche Perspektive.

Die Evaluation ergab des Weiteren, dass es in der Fremdeinschätzung durch beruflich Lernende und beruflich qualifizierte Kollegen auch Einschätzungen gibt, die eine Einmündung ins Feld erschweren könnten. Einem großen Teil der in der beruflichen Ausbildung befindlichen Pflegelernenden fällt es schwer, den Mehrwert eines Studiums zu erkennen: Von den 99 befragten Studierenden sind 88 % der Meinung, dass das Studium besondere Fähigkeiten formt, demgegenüber teilen nur 48 % der befragten beruflich Lernenden diese Ansicht. Außerdem spielt

der hochschulische Hintergrund der Praxiskollegen für die Einschätzung eine Rolle. Zwar beschreiben auch beruflich qualifizierte Pflegefachpersonen ohne Hochschulbildung veränderte Kompetenzen, positive Effekte werden aber besonders von *den* Personen wahrgenommen, die selbst Akademiker sind, was möglicherweise dem Umstand geschuldet ist, dass im Praxisfeld bisher nur wenige Personen mit Studium und gleichzeitig umfanglicher Berufserfahrung tätig sind.

Aus den veränderten Anforderungen im Gesundheitswesen ergeben sich die mit dem Studium verbundenen Ziele. Die Ziele werden anhand von entsprechenden Lehr-/Lerninhalten und -methoden angeeignet und sollen im Anschluss mit der Umsetzung der erworbenen hochschulischen Kompetenzen im Handlungsfeld wirksam werden. Der relevante Endpunkt in der Evaluation muss daher die Wirksamkeit im Praxisfeld sein (**Outcome**). Es ist der Nachweis zu erbringen, dass die zu pflegenden Menschen davon profitieren. Für Deutschland liegen dazu bisher keine Ergebnisse vor. Eine im Rahmen der Evaluation der NRW-Modellstudiengänge durchgeführte Recherche und Synthese der von jüngeren hochwertigen Studien aus anderen Ländern bestätigt die Ergebnisse früherer Überblicksarbeiten (Darmann-Finck 2012; Darmann-Finck et al. 2014, S. 21 ff.). Demnach deuten zehn Studien auf einen positiven Zusammenhang zwischen dem Anteil an Pflegefachpersonen 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 in neun europäischen Ländern (Aiken et al. 2014), in die 422.730 chirurgische Patienten einbezogen wurden, quantifiziert den Einfluss der hochschulischen Bildung wie folgt: Eine Erhöhung der Anzahl von BA-Pflegenden um 10 % führt zu einer Abnahme der Wahrscheinlichkeit der postoperativen Mortalität bis zu 30 Tagen nach der Operation um 7 %. Die Ergebnisse decken sich mit den Ergebnissen gleich angelegter Studien in Kanada und den USA. Auch wenn die Bedingungen in anderen Ländern nicht 1:1 übertragbar sind, legen die Ergebnisse nahe, dass mit der Einführung eines hochschulischen

Qualifikationsniveaus in der direkten Versorgung auch eine Verbesserung der Patienten- und Bewohnerversorgung in Deutschland zu erwarten ist.

6.5 Herausforderungen

- Obwohl die Anzahl an Pflegestudiengängen stark gestiegen ist, ist die Chance, in den Einrichtungen des Gesundheitswesens auf eine Pflegeperson zu treffen, die ein Pflegestudium absolviert hat, immer noch sehr gering. Heylmann (2016) kann für Bayern beispielsweise zeigen, dass bis zum Jahr 2020 insgesamt mit knapp 1450 Absolventen zu rechnen ist, die sich auf ca. 4000 Einrichtungen (stationäre Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser, ambulante Pflegeeinrichtungen) verteilen. Damit kann die „Akademisierung“ nicht in der notwendigen Breite wirken bzw. entstehen. Um 10 % eines Ausbildungsjahrgangs hochschulisch qualifizieren zu können, müssten Berechnungen von Simon (2016) zufolge bundesweit ca. 5.000 neue Studienplätze geschaffen werden. Der notwendige **Ausbau von Pflegestudienplätzen** für die hochschulische Erstausbildung setzt eine angemessene Mittelausstattung der Hochschulen voraus. Im Unterschied zur beruflichen Ausbildung sind die Kosten für die hochschulische Ausbildung von den Wissenschaftsministerien der Länder aufzubringen.
- Dem derzeit vorliegenden Gesetzentwurf (BMG/BMF/SFJ 2016) zufolge tragen die Hochschulen zukünftig auch die Verantwortung für die Koordination und Durchführung der Praxiseinsätze und die Praxisbegleitung. Ansätze, wie Modellstationen (Witte et al. 2016) oder der Wohnbereich für akademische Ausbildung in der Altenpflege (WABIA) (Fischer et al. 2014) bieten vielversprechende Ansatzpunkte für die **Gestaltung von kompetenzförderlichen Lernumgebungen**. Die Entwicklung und Gestaltung dieser Lernangebote lässt sich aber nicht mit der derzeit üblichen finanziellen Ausstattung von Pflegestudiengängen bewerkstelligen. Vielmehr sind zusätzliche finanzielle
- Mittel für Personal und sächliche Ausstattung bereitzustellen. Eine Zertifizierung von pflegeakademischen Lehreinrichtungen kann zur Qualitätssicherung beitragen.
- Mit Überführung der hochschulischen Bildung vom Modell- zum Regelfall muss auch eine stärkere **Vereinheitlichung von Strukturen, Zielen, Inhalten und Prüfungen** verbunden sein. Vergleichbarkeit ist eine Voraussetzung für die Mobilität der Studierenden und ermöglicht Arbeitgebern eine bessere Orientierung, so dass darüber auch die Einmündung von Studienabsolventen in den Arbeitsmarkt gefördert werden kann. Derzeit sind viele der in Deutschland bestehenden Pflegestudiengänge in den hochschulischen Anteilen noch nicht genügend auf Berufsqualifizierung ausgerichtet.
- Mit dem Ziel einer stärker pflege- und hochschuldidaktisch fundierten Gestaltung des Studiums müssen Hochschullehrende zukünftig über **spezifische Kompetenzen zur didaktischen Konzeption und Durchführung** erstausbildender Studiengänge verfügen.
- Um Studienangebote gezielter planen zu können, sollte die **qualifikationsgerechte berufliche Einmündung** evaluiert werden. Es ist zu prüfen, ob die „Akademisierung“ am „point of care“ ankommt, welches Tätigkeitsprofil die Bachelorabsolventen haben und wie sich das Gefüge mit den anderen Qualifikationsniveaus verändert. Dies ließe sich mit der von Lademann et al. (2016) geforderten indikatorgestützten Bildungsberichterstattung kombinieren.
- Auch wenn beklagt wird, dass es bisher kaum systematische Ansätze einer organisationell abgesicherten Einbindung der studierten Pflegefachpersonen gibt (Lüftl und Kerres 2011; Darmann-Finck et al. 2016) und Arbeitgeber nur vage Vorstellungen von den Kompetenzen und Einsatzmöglichkeiten haben (Heylmann 2015; Simon und Flaiz 2015), so wächst doch auch die Anzahl an Leuchttürmen für durchdachte Einmündungskonzepte von Bachelor- und Masterabsolventen (Andree 2014; Krautz und Eberhardt 2015; 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 aufweist, die sich an den Kompetenzziele des Gesetzesentwurfs orientieren (ver.di 2016). Ein höheres Gehalt der Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss gegenüber Pflegefachpersonen mit beruflicher Ausbildung im Umfang von 70 bis 80 Euro pro Monat – je nach Jahren an Berufserfahrung – wird dann vorgesehen, wenn Tätigkeitsfelder besetzt werden, in denen die hochschulischen Kompetenzen zum Einsatz kommen können.

Der Erfolg der hochschulischen Bildung wird langfristig insbesondere dadurch unterstrichen, dass sich die Versorgungssituation der Bevölkerung verbessert. Analog zu den anglo-amerikanischen Studien erscheint es daher von hoher Bedeutsamkeit, diesen Endpunkt in **multizentrischen Längsschnittstudien** zu überprüfen.

Literatur

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M. et al. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 38 (9931) S. 1824–1830.
- Andree, J. (2014). *Implementierung akademischer Pflegekräfte. Wie lassen sich akademische Pflegekräfte sinnvoll in der Pflegepraxis integrieren?* Berlin: Logos.
- Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2016). *Bildung in Deutschland. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Bildung und Migration*. Bielefeld: Bertelsmann. Online: <http://www.bildungsbericht.de/de/bildungsberichte-seit-2006/bildungsbericht-2016/pdf-bildungsbericht-2016/bildungsbericht-2016>. Zugegriffen am 30. Januar 2017.
- Bachmann, S., Backhaus, J., Bögemann-Großheim, E., Evers, T., Fesenfeld, A., Haas, M. et al. (2014). *Qualifikationsziele hochschulisch ausgebildeter Pfleger*. Online: <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGWP/wp-content/uploads/2014/09/Arbeitspapier-Hochschulische-Qualifikationsziele-der-Modellhochschulen-NRW.pdf>. Zugegriffen am 30. Januar 2017.
- BMG/BMFSFJ Bundesministerium für Gesundheit; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2016). *Gesetzesentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes über den Pflegeberuf (Pflegeberufsgesetz-PfGB)*. Online: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/160113_KabinetentwurfPfGB.pdf. Zugegriffen am 20. Februar 2017.
- Darmann-Finck, I. (2012). Wirkungen einer akademischen Erstausbildung von professionell Pflegenden im Spiegel internationaler Studien. *Pflege und Gesellschaft*, 17 (3), S. 216–232.
- Darmann-Finck, I., Baumeister, A. & Greiner, A.-D. (2016). *Projektbericht „Qualifikationsmix in der stationären Versorgung im Krankenhaus“*. Bremen.
- Darmann-Finck, I. (2016). Aufgabenfelder hochschulisch ausgebildeter Pfleger, *Pflegezeitschrift*, 69 (6), S. 362–364.
- Darmann-Finck, I., Görres, S., Reuschenbach, B. et al. (2015). Modellstudiengänge haben sich bewährt. *Die Schwester/ Der Pfleger*, 54 (9), S. 92–95.
- 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. Online: http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/pflege/20150528_NRW-Abschlussbericht-End-26_05_2015.pdf. Zugegriffen am 30. Januar 2017.
- Darmann-Finck, I., Muths, S., Görres, S., Beckmann, H., Adrian C., Stöver, M., Bomball, J., Reuschenbach, B. (2013a). *Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW*. Erster Zwischenbericht 15. Februar 2013. Online: http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/pflege/1-Zwischenbericht-Evaluation-Modellstudiengänge_Februar-2013.pdf. (Zugegriffen am 30. Januar 2017).
- Darmann-Finck, I., Muths, S., Görres, S., Beckmann, H., Adrian C., Stöver, M., Bomball, J., Reuschenbach, B. (2013b). *Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW*. Zweiter Zwischenbericht. Dezember 2013. Online: http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/pflege/2-Zwischenbericht-Modellstudiengänge_Mai-2014.pdf. (Zugegriffen am 30. Januar 2017).
- Darmann-Finck, I. & Muths, S. (2013). Qualität der Bildungseinrichtungen: Analyse der Strukturmodelle, in: Darmann-Finck et al. (2013b). *Zweiter Zwischenbericht* (S. 1–97).
- Dehnpostel, P. (2007). *Lernen im Prozess der Arbeit*. Münster: Waxmann.
- DQR – Deutscher Qualifikationsrahmen (2012). *Stand der Umsetzung*. Online: <http://www.dqr.de>.
- Ditton, H. (2009). Evaluation und Qualitätssicherung, in Tippelt, R., Schmidt, B. (Hrsg.): *Handbuch Bildungsfor-schung*. 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 607–623.
- Eckstein, C. (2016). *Berufsqualifizierende Pflegestudiengänge: Impulse zur Optimierung der klinischen Ausbildungsanteile*. Lage: Jacobs.

- European Federation of Nurses Associations (2015). EFN Competency Framework or Mutual Recognition of Professional Qualifications Directive 2005/36/EC, amended by Directive 2013/55/EU. Online: http://www.efnweb.be/?page_id=6897. (Zugegriffen am 20. Februar 2017).
- Europäische Union (2008). EQR – Der Europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen. Online: <http://europa.eu>.
- Fischer, U., Scherb, R., Matic, K., Reuschenbach, B. (2015). Neue Wege gehen. *Pflegezeitschrift*, 67(10), S. 614–617.
- Gerst, T. & Hibbeler, B. (2012). Gesundheitsfachberufe. Auf dem Weg in die Akademisierung. *Deutsches Ärzteblatt*, 109, (49) A2458–A2461.
- Heyelmann, L. (2016). Vortrag bei der 42. Sitzung des Landespflegeausschusses. München, 07.06.2016.
- Heyelmann, L. (2015). *Nach dem Pflege-Studium in die Altenpflege? Die Erwartungen der Altenpfleger*. Frankfurt/M.: Mabuse.
- Hülksen-Giesler, M. & Korporeal, J. (2013). *Fachqualifikationsrahmen Pflege für die hochschulische Bildung*. Berlin: Purschke und Hensel.
- Krautz, B. & Eberhardt, D. (2015). Pflege studieren und was kommt dann?. Vortrag am Kongress zum Tag der Pflegenden am 12.05.2015 in Erlangen. Online: https://www.dbfk.de/media/docs/regionalverbaende/rvso/Vortraege/Tag-der-Pflegenden-2015/Pflege-studieren_Krautz-Eberhardt150512.pdf. (Zugegriffen am 30. Januar 2017).
- Lademann, J., Latteck, Ä-D., Mertin, 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), S. 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), S. 39–50.
- Moers, M., Schöninger, U. & Böggemann, M. (2012). Duale Studiengänge – Chancen und Risiken für die Professionalisierung der Pflegeberufe und die Entwicklung der Pflegewissenschaft. *Pflege und Gesellschaft*, 17 (3), S. 232–247.
- Muths, S. (2010). Machbarkeitsstudie – Konzeption und Überprüfung einer Akademischen Erstausbildung von Pflegeberufen auf der Basis des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes im Land Bremen. Erstellt im Auftrag der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales. In: Görres, S., Darmann-Finck, I. & Koppelin F. (Hrsg.): *Schriftenreihe des Instituts für Public Health und Pflegeforschung*, Ausgabe 06, Universität Bremen, Fachbereich 11. Online: http://www.ipp.uni-bremen.de/downloads/ippsschriften/ipp_schriften06.pdf. Zugegriffen am 30. Januar 2017.
- Simon, A. & Flaiz, B. (2015). Der Bedarf hochschulisch qualifizierter Pflegekräfte aus Sicht der Praxis – Ergebnisse einer Expertenbefragung. *Pflege & Gesellschaft*, 20 (2), S. 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. 39–42.
- Statistisches Bundesamt (2017). *Pflegestatistik 2015*. Online: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergbnisse5224001159004.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen 30. Januar 2017.
- Stemmer, R., Rimmel-Faßbender, R., Schmid, M., Reinhold, W., Anderl-Dollay, B. (2017). *Aufgabenverteilung und Versorgungsmanagement im Krankenhaus gestalten: von erfolgreicher Praxis lernen*. Heidelberg: medhochzwei.
- Verband der PflegedirektorInnen der Unikliniken (VPU) (2015). *Einsatz akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen in der Praxis*. Online: http://www.vpu-online.de/de/pdf/presse/2015-05-29_abschlussbericht.pdf. (Zugegriffen am 30. Januar 2017).
- Ver.di Bundesverwaltung (2016). Durchbruch geschafft! Die neue Entgeltordnung für Gesundheitsberufe (TVöD kommunal). Online: <https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++5724f0e3890e9b0c53001dbf/download/EGO%20kommunal%202017%20medium.pdf> (Zugegriffen am 20. Februar 2017).
- Wissenschaftsrat (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf>. (Zugegriffen am 30. Januar 2017).
- Wissenschaftsrat (2013). *Empfehlungen zur Entwicklung des dualen Studiums. Positions-papier*. Online: <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/3479-13.pdf>. (Zugegriffen am 30. Januar 2017).
- Witte, S., Greis, G., Darmann-Finck, I. (2016). Optimale Bedingungen für die klinische Kompetenzentwicklung auf Ausbildungsstationen/-bereichen. *Pädagogik der Gesundheitsberufe*, 3 (3), S. 16–23.