

Zweitveröffentlichung/ Secondary Publication



Staats- und
Universitätsbibliothek
Bremen

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

Darmann-Finck, Ingrid ; Reuschenbach, Bernd

Akademisierung der Pflegeberufe – Weg aus der Angebotsmisere?

Journal Article as: peer-reviewed accepted version (Postprint)

DOI of this document* (secondary publication): <https://doi.org/10.26092/elib/3289>

Publication date of this document: 06/09/2024

* for better findability or for reliable citation

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

Darmann-Finck, Ingrid / Reuschenbach, Bernd. 2019. Akademisierung der Pflegeberufe – Weg aus der Angebotsmisere? In: Gesundheits- und Sozialpolitik, Jahrgang 73 (Heft 4-5), S. 78-83. Nomos.
DOI: <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2019-4-5-78>



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.

Akademisierung der Pflegeberufe – Weg aus der Angebotsmisere?

INGRID DARMANN-FINCK,
BERND REUSCHENBACH

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck ist Professorin am Institut für Public Health und Pflegeforschung, Abt. 4 Qualifikations- und Curriculumforschung, an der Universität Bremen

Prof. Dr. Bernd Reuschenbach ist Professor für Pflegewissenschaft und Gerontologie an der Katholische Stiftungshochschule München

Durch die Etablierung einer hochschulischen Erstausbildung als zweiten Regelzugang zur Berufszulassung wird das Qualifikationssystem in der Pflege neu konstituiert, das Verhältnis der Qualifikationsniveaus untereinander wird sich neu austarieren. Indem mit der hochschulischen Erstausbildung leistungsstarke junge Menschen an den Beruf gebunden werden und damit insgesamt eine Aufwertung des Pflegeberufs einhergeht, stellt sie einen wichtigen Baustein für die Sicherstellung des Fachkräftebedarfs in der Pflege dar.

Einleitung

Nachdem die Akademisierung der Pflegeberufe sich seit den 1990-er Jahren zunächst auf die Bereiche Pflegemanagement und Pflegepädagogik beschränkte, wird mit dem 2017 verabschiedeten Pflegeberufegesetz (PflBG 2017) ab 2020 auch eine hochschulische Erstausbildung regelhaft etabliert, die zur Berufszulassung führt und damit für die direkte Pflege qualifiziert. Die Notwendigkeit einer hochschulischen Qualifikation in der direkten Versorgung wird vornehmlich mit veränderten quantitativen und qualitativen Anforderungen an die pflegerische Versorgung begründet. In allen Versorgungsbereichen ist eine quantitative Zunahme an chronisch erkrankten, multimorbiden Menschen zu verzeichnen, deren Versorgungssituation – bedingt durch medizinische Diagnosen und die gesundheitliche Situation sowie soziale und psychische Determinanten – häufig durch eine hohe Komplexität charakterisiert ist (Robert Koch-Institut 2015). Um diesen komplexen Versorgungsbedarfen angemessen begegnen zu können, sind

neue Versorgungsmodelle mit veränderten Formen der Arbeitsteilung, z. T. verknüpft mit einer höheren Verantwortungsübernahme durch die beruflich Pflegenden, erforderlich. Zudem steigen die Anforderungen hinsichtlich der Qualität pflegerischer Versorgung. Internationale und europäische Studien kommen zu dem Ergebnis, dass ein Zusammenhang zwischen dem Anteil an Pflegenden mit einem Bachelorabschluss am Gesamtpflegepersonal und der postoperativen Mortalität von chirurgischen Patientinnen und Patienten besteht (Aiken et al. 2014). International ist eine Ausbildung auf hochschulischem Niveau in den Pflegeberufen ohnehin längst die Regel (Stiftung Münch et al. 2019). Der Wissenschaftsrat (2012) empfiehlt vor diesem Hintergrund, einen Anteil von 10-20% eines Jahrgangs der Pflege- und Therapieberufe sowie des Hebammenwesens akademisch zu qualifizieren. Mit dem PflBG (2017) hat der Gesetzgeber den ersten Schritt in diese Richtung getan. Weitere Schritte haben die Partner der Ausbildungsoffensive im Rahmen der Konzierten Aktion Pflege (KAP) (Bundesregierung 2019, 22) verein-

bart. Dieser Beitrag thematisiert zunächst die aktuelle Situation an den Hochschulen (Kap. 1) und die Herausforderungen bei der Studiengangkonzeption (Kap. 2) und wendet sich dann der Einmündung hochschulisch qualifizierter Pfleger in den Arbeitsmarkt zu (Kap. 3). Abschließend werden Potenziale hinsichtlich des Fachkräfteangebots diskutiert (Kap. 4).

1. Situation an den Hochschulen nach regelhafter Einführung einer hochschulischen Erstausbildung

Mit dem PflBG (2017) wird ein primärqualifizierendes, praxisintegrierendes Pflegestudium ermöglicht, bei dem die Hochschulen für die Durchführung des theoretischen und praktischen Unterrichts wie auch die Koordination und Begleitung der praktischen Einsätze zuständig sind. Der Gesetzgeber hat damit das Modell ausgewählt, dem das beste Potenzial zugesprochen werden kann, Kompetenzen auf hochschulischem Niveau aufzubauen und eine hochschulische Sozialisation zu ermöglichen (Darmann-Finck et al. 2014, 85 ff.). Seit 2003/2004 konnten die Hochschulen auf der Basis einer Modellklausel erstausbildende Studiengänge erproben. Die Mehrzahl der Studiengänge nutzte für das Studienangebot in unterschiedlichem Ausmaß Kooperationen mit Pflegeschulen (Lademann et al. 2016). Während bei einigen Studiengängen die Pflegeschulen lediglich für ausgewählte Aspekte der praktischen Studienanteile zuständig waren, übernahmen die Pflegeschulen bei anderen Studiengängen auch größere Teile des theoretischen und praktischen Unterrichts (Darmann-Finck et al. 2014). In § 62 PflBG wird die Fortführung von erstausbildenden Studiengängen in Kooperation mit Pflegeschulen bis 2029 erlaubt, sofern der Anteil der Lehrveranstaltungen an der Hochschule deutlich überwiegt. Von den bisher knapp 60 auf die direkte Versorgung bezogenen Pflegestudiengängen (Lademann et al. 2016) hat nur etwa eine Handvoll der Studiengänge die Ausbildung komplett in ein Studium überführt. Die Übergangsfrist führt derzeit dazu, dass die anderen Studiengänge eher zögerlich auf das primärqualifizierende, praxisintegrierende Modell umstellen. Für diese abwartende Haltung sind verschiedene Gründe verantwortlich. Der Hauptgrund besteht darin, dass für die Einrichtung eines primärqualifizierenden Studiengangs erheblich mehr finanzielle

Mittel benötigt werden als für die wesentlich kostengünstigeren Modelle in Kooperation mit Pflegeschulen. Auch verfügen nicht alle Hochschulen über geeignetes Lehrpersonal, insbesondere für das hochschulische Praxislernen (Quernheim 2019). Viele der derzeit an Pflegestudiengängen tätigen Hochschullehrenden haben selbst keine Pflegeausbildung absolviert, was aber nach § 33 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV 2018) zumindest für die Mitglieder des Prüfungsausschusses an den Hochschulen vorgeschrieben ist. Die Rekrutierung neuer Lehrender mit entsprechenden Qualifikationen ist aufgrund des Nachwuchsmangels auch auf wissenschaftlicher Ebene außerordentlich schwierig. Des Weiteren ist der Aufbau eines entsprechenden Studienprogramms wegen der Komplexität (u.a. Aufbau von Kooperationen mit Praxiseinrichtungen für die praktischen Einsätze, Konzeption und Einrichtung von Skills Labs) extrem aufwändig und kann nicht nebenbei geleistet werden.

Als rechtliche Grundlagen sind für den Aufbau primärqualifizierender Studiengänge der Teil 3 PflBG (2017) sowie der Teil 3 und Anlage 5 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV 2018) maßgeblich. Nach Teil 3 PflBG (2017) sollen neben den für die berufliche Ausbildung geltenden noch erweiterte Ausbildungsziele angestrebt werden. Im Vergleich zur berufsfachschulischen Ausbildung lässt sich eine Vertiefung der Kompetenzen mit Fokus auf Wissenschaftsbasierung und eine Verbreiterung mit Fokus auf hochkomplexe Pflegesituationen sowie gestaltende Kompetenzen auf der institutionellen und der gesundheitssystemischen Ebene erkennen. Zwar legen die Regelungen in § 37, Abs. 1 nahe, dass die hochschulische Ausbildung „zur unmittelbaren Tätigkeit an zu pflegenden Menschen aller Altersstufen“ befähigen soll. Insbesondere die Vorstellungen einer verbreiterten Kompetenz werden aber als Überfrachtung und Überforderung einer hochschulischen Erstausbildung kritisiert (Dekanekonferenz Pflegewissenschaft 2016).

Der EU-Anerkennungsrichtlinie entsprechend (Richtlinie 2005/36/EG, geändert durch Richtlinie 2013/55/EU) beträgt der Umfang der Praxiseinsätze 2300 Stunden und ist damit etwas niedriger als in der beruflichen Ausbildung. Nach § 38 Abs. 3 PflBG (2017) darf ein geringer Anteil der Praxiseinsätze durch

praktische Lerneinheiten an der Hochschule ersetzt werden. Mindestens 2100 Stunden müssen auf Lehrveranstaltungen entfallen.

2. Herausforderungen bei der Konzeption von Studiengängen

Studierende werden im Rahmen der hochschulischen Erstausbildung in unterschiedlichen Sozialisationsumwelten sozialisiert, nämlich an der Hochschule und in unterschiedlichen Pflegebetrieben. Die hochschulische Sozialisation zielt auf den Aufbau eines hochschulischen Habitus als eine (Sprach-)Praxis der rein rationalen Argumentation in theoretischen Diskursen, in denen lediglich das beste Argument zählt (Portele/Huber 1995, 99). In den Pflegebetrieben steht das praktische Handeln in der Interaktion mit zu pflegenden Menschen und das Handeln in systemischen Kontexten im Vordergrund. Eine spezifische Entwicklungsaufgabe im Kontext einer hochschulischen Erstausbildung besteht darin, den wissenschaftlichen Habitus und die praktische Kompetenz der Vermittlung von Theorie und Praxis im Arbeitsbündnis mit den zu pflegenden Menschen zu vereinigen. Als Entwicklungsziel bietet sich das Rollenmodell des „reflective practitioner“ bzw. des/der reflektierenden Praktikers/Praktikerin (Schön 1983) an, das sich durch besondere reflexive Kompetenzen auszeichnet. Im Unterschied zur beruflichen Ausbildung ist bei der hochschulischen Ausbildung ein höheres Ausmaß an Reflexivität unter Nutzung wissenschaftlicher Argumentationsmuster intendiert (Darmann-Finck 2018). Die Lehr-/Lernangebote an den Hochschulen, in den Betrieben und ggf. an weiteren Lernorten müssen dieser Grundausrichtung unter Berücksichtigung der rechtlichen Vorgaben Rechnung tragen.

Bei der Konzeption des hochschulischen Curriculums sollte vor diesem Hintergrund von einer rein wissenschaftssystematischen Struktur abgesehen werden. Vielmehr sollten neben dem Prinzip der Wissenschaftsorientierung auch die anderen beiden Prinzipien zur Strukturierung von Curricula, die Situations- und die Persönlichkeits- bzw. Handlungsorientierung (Reetz/Seyd 2006), gleichermaßen berücksichtigt werden (Elsbernd/Bader 2018). Dies kann dadurch realisiert werden, dass die unterschiedlichen Module nach unterschiedlichen Prinzipien strukturiert (Lisop/Huisinga 2000) oder dass diese Prinzipien innerhalb von Modulen unter dem Dach eines der Prinzipien

(z. B. der Situationsorientierung) verknüpft werden. In jedem Fall – dies zeigen allein diese Überlegungen – sind pflagedidaktische Ansätze in die Konzeption einzubeziehen, um die Lernprozesse der Studierenden gezielt gestalten und Einseitigkeiten in der Konzeption vermeiden zu können (z. B. Reiber 2012; Darmann-Finck 2010; Greb 2003). Folgende Elemente sollten im Curriculum integriert sein:

- Fallorientierte Lehr-/Lernangebote: Um die Studierenden dabei zu unterstützen, die an der Hochschule erworbenen Wissensbestände in praktischen Handlungssituationen der Pflegepraxis zu transformieren, sollten Module angeboten werden, in denen Pflegesituationen oder berufliche Situationen, die sich nicht auf die direkte Versorgung beziehen, Ausgangspunkt des Lernens sind. Die Bearbeitung der Fälle sollte methodisch anhand der verschiedenen Varianten fallbezogenen und insbesondere forschenden Lernens, angefangen von der Rezeption von Forschungsergebnissen sowie dem Einüben von Forschungsmethoden und -haltungen bis hin zur kritischen Diskussion von Forschungsergebnissen und ggf. auch der Durchführung kleiner Forschungsaktivitäten, erfolgen (Healey/Jenkins 2009, 6 ff.).
- Lehr-/Lernangebote zur Förderung der Fähigkeit zum rationalen Diskurs: Auch wenn in jedem hochschulischem Lehr-/Lernangebot eine Einübung in wissenschaftliches Denken und Argumentieren selbstverständlich sein sollte, so ist es aber aufgrund der spezifischen Sozialisationsbedingungen in praxisintegrierenden Studiengängen sinnvoll, Module anzubieten, in denen diese spezifische Diskursform explizit im Mittelpunkt steht, beispielsweise Journal Clubs oder Lektürekurse.
- Lehr-/Lernangebote zur Unterstützung bei der Entwicklung einer beruflichen Identität (Heinz 1995): Aufgrund der doppelten Sozialisation in der Hochschule und im Betrieb und der fehlenden Rollenvorbilder in der betrieblichen Praxis sind spezifische Lehr-/Lernangebote von Nöten, in denen der Fokus auf die professionelle Identität eines/einer reflektierenden Praktikers/Praktikerin gelegt wird. Hierbei kann es sich um moderierte Netzwerke, ein System von Mentorinnen/Mentoren oder Arbeitsgruppen von Studierenden und von hochschulisch Qualifizierten in den Praxiseinrichtun-

gen handeln, die dem Austausch sowie der gegenseitigen Unterstützung und Reflexion dienen, aber auch um Angebote etwa der Supervision. Der Aufbau einer eigenständigen beruflichen Identität in Abgrenzung nicht nur zu anderen Qualifikationsniveaus, sondern auch zu anderen Berufen ist außerdem ein wichtiger Qualifikationsschritt in der Entwicklung der Kompetenz der interprofessionellen Zusammenarbeit.

Um die praktische Kompetenz der Vermittlung von Theorie und Praxis im Arbeitsbündnis mit den zu pflegenden Menschen zu fördern, stehen außerdem Lehr-/Lernangebote arbeitsbezogenen Lernens (Dehnbostel 2007) im Mittelpunkt, die dem Aufbau praktischer Könnerschaft und der Verknüpfung unterschiedlicher Wissensformen dienen, nämlich das arbeitsgebundene, das arbeitsverbundene und das arbeitsorientierte Lernen.

Für das arbeitsgebundene Lernen bzw. das Lernen durch Arbeitshandeln im realen Arbeitsprozess schließen die Studierenden im Unterschied zur beruflichen Ausbildung künftig keinen Ausbildungsvertrag mit einer Praxiseinrichtung. Im PflBG (2017) wird vielmehr das Modell der praxisintegrierenden Studiengänge realisiert. Praxisintegrierend sind solche Studiengänge, bei denen Praxisanteile „systematisch und in größerem Umfang (...) angelegt und (...) mindestens strukturell-institutionell mit dem Studium verzahnt (sind) (...). Es gibt eine Anrechnung der Praxisanteile als Studienleistungen.“ (WR 2013, 9). Die Hochschulen vereinbaren Kooperationen mit Pflegeeinrichtungen, um die erforderlichen Praxiseinsätze bzw. Praktika zu garantieren. Bislang gibt es in Deutschland kaum Erfahrungen, welche Auswirkungen ein Verzicht auf ein Ausbildungsverhältnis hat. Ein Vorteil könnte darin bestehen, dass die Praktikumsgeber bei einem – unbezahlten – Praktikum möglicherweise weniger die Arbeitskraft der Studierenden im Blick haben und die Studierenden dadurch die Gelegenheit haben, die Praktikumszeit tatsächlich als Lernzeit zu nutzen. Schwierig könnte sich möglicherweise die Gewinnung von Betrieben für die Praxiseinsätze gestalten, denn diese müssen Ausbildungsleistungen, etwa die Praxisanleitung, erbringen, ohne diese – zumindest nach bisherigen Regelungen – vergütet zu bekommen. An-

gesichts des Bedarfs an Fachkräften ist aber davon auszugehen, dass die Betriebe Interesse an der Bindung von hochqualifizierten Fachkräften haben. Eine weitere Herausforderung stellt der Anspruch dar, im Rahmen der praktischen Studienphasen Kompetenzen auf hochschulischem Niveau aufzubauen. Die Hochschulen müssen gemeinsam mit den Verantwortlichen in den Praxiseinrichtungen Konzepte entwickeln, um den Kompetenzaufbau bei den Studierenden anhand von an das angestrebte Qualifikationsniveau angepassten Arbeitsaufgaben systematisch zu fördern. Um die lern- und kompetenzförderliche Gestaltung von Arbeitsumgebungen besser unterstützen zu können, sind einheitliche und verbindliche Kriterien in diesem Bereich dringend erforderlich (Darmann-Finck/Helmbold/Reuschenbach 2017). Außerdem müssen Hochschullehrende selbst in der Praxis die Praxisbegleitung durchführen. Eine solche Lehrtätigkeit im Rahmen praxisbezogener Lehr-/Lernangebote wird derzeit noch nicht an allen Hochschulen kapazitär angemessen berücksichtigt. Neben dem arbeitsgebundenen Lernen müssen die Hochschulen außerdem Lehr-/Lernangebote im Bereich des arbeitsverbundenen Lernens erarbeiten, beispielsweise Lern- und Arbeitsaufgaben, die die Studierenden vonseiten der Hochschulen erhalten und in der Praxis bearbeiten müssen. Eine wichtige Ergänzung stellt schließlich das arbeitsorientierte Lernen, das Lernen in simulierten Lernumgebungen, sog. Skills

Die Verantwortlichkeit der Hochschule für das Praxislernen bringt neue Anforderungen mit sich, bietet aber auch Chancen für die Neugestaltung der praktischen Ausbildung.

Labs dar, ggf. auch unter Einbeziehung von Simulationspatientinnen und -patienten (Fesenfeld/Schellhoff/Schumacher 2017; Darmann-Finck et al. 2014, 152 ff.). Skills Labs ermöglichen handlungsentlastetes Lernen ohne Nachteile für zu pflegende Menschen. Die Konzeption und Einrichtung von Skills Labs erfordert ebenfalls erhebliche personelle und materielle Ressourcen.

Die Verantwortlichkeit der Hochschule für das Praxislernen bringt neue Anforder-

rungen mit sich, bietet aber auch Chancen für die Neugestaltung der praktischen Ausbildung. Hochschulen haben fortan mehr Spielräume zur Verteilung und Gestaltung der Praxiseinsätze und können beispielsweise im Rahmen der Praxiseinsätze auch innovative Einsatzfelder (z.B. öffentlicher Gesundheitsdienst, Arztpraxen) erschließen. Durch von Hochschuleseite aufgebene Lernaufgaben und die Praxisbegleitung durch Hochschullehrende können die Hochschulen des Weiteren Impulse für die Weiterentwicklung der Pflegepraxis setzen, was sich förderlich auf das Image des Berufes und die Bildung eines professionellen Habitus auswirken wird.

3. Einsatzfelder von hochschulisch qualifizierten Pflegefachmännern und -frauen

Die hochschulische Erstausbildung endet mit einem Bachelorabschluss und ist mit erweiterten Kompetenzen verbunden, führt aber wie die berufliche Ausbildung auch zur Berufszulassung als Pflegefachmann/Pflegefachfrau mit den dafür in § 4 PflBG (2017) definierten vorbehaltenen Tätigkeiten. Aus dieser Gemengelage resultieren Unklarheiten hinsichtlich möglicher Aufgabenprofile und Einsatzfelder von Studienabsolventinnen und -absolventen, zumal diese nach Abschluss des Studiums auch zunächst Berufsanfängerinnen/-anfänger sind. Bundesweite und lokale Verbleibstudien belegen, dass es den bisherigen Absolventinnen und Absolventen von Pflegestudiengängen nicht gelingt, einen qualifikationsgerechten Arbeitsplatz zu finden (Baumann/Kugler 2019; Büker/Strupeit 2016; Darmann-Finck et al. 2015). Ein Großteil der Befragten ist zunächst in der direkten Versorgung tätig, mit größerem zeitlichen Abstand vom Studienabschluss nimmt dann der Anteil derer zu, die eine Tätigkeit außerhalb der direkten Versorgung ausüben, vor allem im Qualitätsmanagement, in der Konzeptentwicklung, in der Praxisanleitung und auf Stabsstellen (ebd.). Nur ein Viertel der Befragten hat eine Stelle inne, für die eine Bachelorqualifikation erforderlich ist (Baumann/Kugler 2019). Die Mehrzahl der Absolventinnen und Absolventen mit einem Arbeitsplatz in der direkten Versorgung plant, sich durch ein weiterführendes Studium weiter zu qualifizieren oder hat ein solches Studium bereits angetreten. Dass viele studierte Pflegenden das Feld der direkten Versorgung verlassen, sollte nicht dahingehend missverstanden werden, dass

es in der direkten Versorgung keine adäquaten Aufgaben gibt, vielmehr fehlt es an entsprechenden Stellenbeschreibungen, gelungenen Rollenvorbildern und an Rahmenbedingungen, um die wissenschaftlich gestützte Expertise zur kritischen Überprüfung von Routinen und zur Implementierung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis, einzubringen. Anders als in den genannten Studien kommt ein Survey bei Pflegedirektionen zur Einbindung von Pflegefachpersonen mit Hochschulabschlüssen an deutschen Universitätskliniken zu dem Ergebnis, dass die in den Kliniken beschäftigten Pflegefachpersonen in den Bereichen der konzeptionellen Entwicklung, der Qualitätssicherung, der Förderung einer evidenzbasierten Versorgung sowie der Patientenberatung tätig sind und Praxisprojekte durchführen (Tannen et al. 2016).

Systematische Ansätze einer organisational abgesicherten Einbindung der studierten Fachpersonen gibt es kaum (Darmann-Finck et al. 2016; Lüftl/Kerres 2011), Arbeitgeber äußern in Befragungen eher vage Vorstellungen hinsichtlich möglicher Einsatzfelder (Heylmann 2015; Simon/Flaiz 2015; Reiber/Winter 2017). Vorschläge von Verbänden (DPR/DGP 2014; vpu 2015; 2016) sowie aus Studien zur Integration von hochschulisch qualifizierten Pflegenden im Qualifikationsmix (Darmann-Finck et al. 2016) gehen in eine ähnliche Richtung. Geeignet sind demnach Aufgabenprofile und berufliche Anforderungen, mit denen die Qualifikationen der studierten Pflegefachpersonen durch Anreicherung der Tätigkeiten (job enlargement) und zusätzliche Entscheidungsbefugnisse (job enrichment) adressiert werden:

- Prozessverantwortung für zu pflegende Menschen mit komplexen medizinischen, pflegerischen, sozialen und psychischen Problemlagen und Versorgungsanforderungen,
- Schulung und Beratung dieser Menschen und ihrer Bezugspersonen,
- Durchführung von Projekten zur Prozessverbesserung und
- Systematische Praxisentwicklung (Darmann-Finck et al. 2016).

Notwendig ist in den Pflegeeinrichtungen die Entwicklung eines Gesamtkonzepts mit Definition der Aufgaben- und Verantwortungsbereiche der unterschiedlichen Qualifikationsniveaus ausgehend vom Schwierigkeitsgrad unterschiedlicher Pflegesituationen, wobei sinnhafte Ar-

beitszusammenhänge und keine Einzelaufgaben maßgeblich sein sollten (ebd., I). Wünschenswert wäre das Vorliegen eines Klassifikationsinstruments, mit dem zu pflegende Menschen identifiziert werden können, die besonders von einer Versorgung durch hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen profitieren können. Als Indikatoren für die Komplexität können das Ausmaß an Stabilität der gesundheitlichen, psychischen und sozialen Situation der zu pflegenden Menschen, das Ausmaß der Standardisierbarkeit von Pflegehandlungen und der Schwierigkeitsgrad der anfallenden Aufgaben genutzt werden (Darmann-Finck et al. 2016), demzufolge wären insbesondere mehrfach instabile Pflegesituationen, mangelnde Standardisierbarkeit und ein hoher Schwierigkeitsgrad der damit zusammenhängenden Aufgaben Indikatoren für den Einsatz von Pflegefachpersonen mit hochschulischer Qualifikation. Aus den Ländern mit langer Tradition der Pflegeakademisierung kann abgeleitet werden, dass eine hochschulische Bildung außerdem mit einer Weitung der Einsatzfelder einhergeht (Stiftung Münch et al. 2019). Studierende werden durch den Erwerb von Gesundheitssystemwissen und Kompetenzen in der Versorgungsforschung auch dazu befähigt, Einsatzfelder außerhalb des Krankenhauses und von Pflegeeinrichtungen zu besetzen und können hier einen wichtigen Beitrag zur Sicherung der Versorgungsqualität leisten (ebd.).

Der Verbleib im Berufsfeld muss zukünftig nicht nur durch eine bessere Passung von Arbeitsaufgaben und Qualifikationen gefördert werden, sondern auch durch eine angemessene Vergütung. Zwar gibt es inzwischen tarifliche Eingruppierungsmöglichkeiten für Pflegefachpersonen mit einem Bachelorabschluss. Diese sind aber mit 70-80 € monatl. – je nach Berufserfahrung – recht gering und sind auch nur dann vorgesehen, wenn Tätigkeitsfelder besetzt werden, in denen die hochschulischen Kompetenzen zum Einsatz kommen (ver.di Bundesverwaltung 2016).

4. Weg aus der Angebotsmisere? Auswirkungen der Einführung einer hochschulischen Erstausbildung auf die Angebotsstruktur

Die Frage, ob durch die Akademisierung das pflegerische Personalangebot entspannt oder verschärft wird, kann nicht ohne die Betrachtung des gesamten Versorgungsfeldes beantwortet werden,

denn nicht die Sicherung des Personalproblems bei Weiterführung bisheriger Aufgabenzuschnitte muss das Ziel sein, sondern die Sicherung der grundsätzlichen Versorgungsqualität im Gefüge aller Professionen und unterschiedlicher Qualifikationsniveaus.

Das mit steigender Qualifizierung bis hin zu Master- und Promotionsabschlüssen wachsende Risiko einer Abwanderung von studierten Pflegenden in Felder ohne direkten Patientenkontakt scheint zunächst im Widerspruch zur Idee zu stehen, dass sich mit der Akademisierung das Personalproblem lösen ließe. Jedoch befindet sich Deutschland im internationalen Vergleich in einer frühen Aufbauphase neuer Zuständigkeiten und neuer Organisationsstrukturen. Die Absorption von akademischen Pflegenden für solche Aufbauarbeiten ist ein vorübergehendes Phänomen, das von Kritikern gerne mit dem Vorwurf, es gäbe zu viele Häuptlinge, aber wenig Indianer, beschrieben wird. Mittelfristig werden mit steigender Zahl an Studiengängen immer mehr hochqualifizierte Pflegenden in der direkten pflegerischen Versorgung tätig werden. Je mehr Rollenvorbilder existieren und je mehr der Nutzen einer hochschulischen Qualifikation unmittelbar erfahren wird, desto selbstverständlicher wird deren Einbindung.

Die Akademisierung ist langfristig auch ein Garant für den Zustrom junger Menschen in das Berufsfeld Pflege.

Gegenwärtig ist die Pflegepraxis noch durch die Dominanz erfahrungsbasierter Handlungsgrundlagen und den Primat medizinischer Forschung gekennzeichnet (Gerlach 2013). Die studierten Pflegefachpersonen werden pflegewissenschaftliche Perspektiven in die Pflegepraxis einbringen und dazu beitragen, dass die Ergebnisse der Pflegeforschung intensiver genutzt werden, was eine Verwissenschaftlichung der Pflegepraxis selbst zur Folge haben wird (Starystach et al. 2018).

Aufbauend auf eine hochschulische Erstausbildung werden ebenfalls auf die direkte Versorgung abzielende – klinische – Masterstudiengänge entstehen, beispielsweise für Community Health Nursing oder Advanced Nursing Practice. Rollen, Verant-

wortungsbereiche und Aufgaben müssen in der Folge neu zugeschnitten werden, insbesondere bezogen auf die Zusammenarbeit mit anderen Berufen, was sich auch positiv auf das Ansehen des Berufs auswirken wird. In Ländern mit längerer Akademisierungstradition resultierte daraus ein eher – wenn auch nicht immer konfliktfreies – teamorientiertes Miteinander der Gesundheitsprofessionen (Stiftung Münch et al. 2019). In Deutschland befindet sich die Pflege in einem hierarchischen Verhältnis zur Ärzteschaft, was nicht zuletzt durch das niedrigere Bildungsniveau nichtstudierter Pflegenden bedingt ist. Dieses hierarchische Verhältnis bestimmt gegenwärtig das Image des Pflegeberufs und wirkt auf das Selbstbild, den Selbstwert und die Attraktivität des Berufes zurück.

Mangels einer Alternative auf hochschulischem Niveau haben sich in der Vergangenheit viele junge Menschen mit einer Studienberechtigung für eine berufsfachschulische Pflegeausbildung entschieden. Mit Blick auf die Versorgungsanforderungen auf der einen und die Anforderungen der europäischen Anerkennungsrichtlinie auf der anderen Seite wurden zudem in den Ordnungsmitteln Kompetenzen verankert, die über das Niveau einer berufsfachschulischen Ausbildung eigentlich hinausgehen. Sowohl von der Fachöffentlichkeit als auch

von der Politik wird daher gefordert, die Pflegeausbildung auf Qualifikationsniveau 5 des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) anzusiedeln und das Niveau damit um eine Stufe anzuheben (GMK 2013). In der direkten pflegerischen Versorgung endete das Qualifikationssystem bisher mit der Stufe

von fachweitergebildeten Pflegefachpersonen. Mit der regelhaften Etablierung einer hochschulischen Erstausbildung und darauf aufbauender, ebenfalls auf die direkte Versorgung zielender Masterstudiengänge wird das Qualifikationssystem in der Pflege vermutlich neu gemischt. Es ist zu erwarten, dass zukünftig junge Menschen mit einer Studienberechtigung eher ein Studium als eine Berufsausbildung aufnehmen werden, vorausgesetzt, es gibt genügend attraktive Studienmöglichkeiten. In der Folge könnte dies dazu führen, dass das Niveau der beruflichen Ausbildung sinkt. Durch die Reduktion des Kompetenzniveaus in Anlage 4 PflAPrV (2018) wird es vermutlich außerdem die Tendenz geben, Pflegeauszubildende, die in den ersten zwei Jahren der

generalistischen Ausbildung Schwierigkeiten haben, den Leistungsanforderungen zu entsprechen, in die Altenpflegeausbildung zu bringen.

Dass sich das Qualifikationssystem neu konstituiert, ist ausgesprochen positiv zu bewerten. Bisher war in der Pflege zwar eine hohe Kompetenz vorhanden, diese wurde aber nicht im Qualifikationssystem abgebildet und daher weder finanziell noch ideell honoriert. Auch wenn der Fachkräftemangel allein durch die Einführung der regelhaften hochschulischen Erstausbildung nicht behoben werden kann, so wird der Beruf doch als Ganzes auf neue Gleise gestellt. In Zeiten einer erheblichen Konkurrenzsituationen mit anderen Berufen um gut ausgebildete junge Menschen wird der Beruf nicht nur attraktiver für junge Menschen mit einer Studienberechtigung, sondern gewinnt insgesamt durch ein neues Image als Beruf mit einer wissenschaftlichen Grundlage, der gleichberechtigt mit anderen Berufen zusammenarbeitet und der mit zahlreichen Spezialisierungs- und Aufstiegsmöglichkeiten bis hin zur Promotion oder Professur aufwarten kann, an Attraktivität. Die Akademisierung ist daher langfristig auch ein Garant für den Zustrom junger Menschen in das Berufsfeld Pflege.

5. Ausblick

Um langfristig eine hochwertige pflegerische Versorgung sicherstellen zu können, muss die hochschulische Qualifizierung von Pflegenden für die Tätigkeit in der direkten pflegerischen Versorgung weiter forciert werden. Studienplätze sowohl auf Bachelor- als auch auf Masterniveau müssen ausgebaut, pflegewissenschaftlicher Nachwuchs muss anhand von strukturierten Programmen gefördert werden. Das Qualifikationssystem in der Pflege ist unter stärkerer Berücksichtigung von Hochschulabschlüssen weiterzuentwickeln. Pflegeeinrichtungen müssen nach Anforderungen gestufte Aufgaben- und Verantwortungsprofile entwickeln, um dadurch die Qualifikationspotenziale der unterschiedlichen Qualifikationsniveaus und der verschiedenen Berufe im Gesundheitswesen möglichst umfassend ausschöpfen zu können. Organisations- und Personalentwicklungsprozesse müssen damit einhergehen. Diese Prozesse sollten durch Forschung begleitet werden, um informierte Entscheidungen treffen zu können. ■

- Aiken, L. H.; Sloane, D. M.; Bruyneel, Luk; 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. In: *The Lancet*, 38 (9931) 1824-1830.
- Baumann, A.-L.; Kugler, C. (2019).** Berufsperspektiven von Absolventinnen und Absolventen grundständig qualifizierender Pflegestudiengänge – Ergebnisse einer bundesweiten Vergleichsstudie. In: *Pflege*, 32 (1) 7-16. DOI: <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000651>.
- Büker, C.; Strupeit, S. (2016).** Pflege-dual-Absolventen: Potenzial wird genutzt. In: *Die Schwester/Der Pfleger*, 56 (3) 92-95.
- Bundesregierung (2019).** Konzertierte Aktion Pflege. Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1-5. Online: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/0619_KAP_Vereinbarungstexte_AG_1-5.pdf (23.08.19).
- Darmann-Finck, I. (2018).** Hochschulische Erstausbildung – Voraussetzungen für eine nachhaltige Professionalisierung der Pflegepraxis. In: Friese, M. (Hrsg.): Reformprojekt Care Work. Professionalisierung der beruflichen und akademischen Ausbildung. Bielefeld: wbv, 47-62.
- Darmann-Finck, I.; Helmbold, A.; Reuschenbach, B. (2017).** Lehreinrichtungen der hochschulischen Pflegeausbildung – Überlegungen zur Entwicklung eines Qualitätsstandards. In: *Pflege & Gesellschaft*, 22 (3) 273-278.
- Darmann-Finck, I.; Baumeister, A.; Greiner, A.-D. (2016).** Projektbericht „Qualifikationsmix in der stationären Versorgung im Krankenhaus“. Bremen. Online: <https://www.public-health.uni-bremen.de/mitglieder/ingrid-darmann-finck/projekte/?proj=619&page=1> (26.08.2019).
- Darmann-Finck, I.; Baumeister, A.; Muths, S. (2015).** Evaluation des Studiengangs Pflege-wissenschaft an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Medizinische Fakultät Freiburg. Unveröffentlicht.
- 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 (26.08.2019).
- Darmann-Finck, I. (2012).** Wirkungen einer akademischen Erstausbildung von professionell Pflegenden im Spiegel internationaler Studien. *Pflege & Gesellschaft*, 17 (3) 216-232.
- Darmann-Finck, I. (2010).** Interaktion im Pflegeunterricht. Frankfurt/Main: Lang.
- DQR – Deutscher Qualifikationsrahmen (2012).** Der deutsche Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen. Online: <http://www.dqr.de>. (02.09.2019).
- Dehnbostel, P. (2007).** Lernen im Prozess der Arbeit. Münster: Waxmann.
- Elsbernd, A.; Bader, K. (2018).** Herausforderungen bei der Konzeption von primärqualifizierenden Pflegestudiengängen. In: *bwp@ Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online*, Ausgabe 34, 1-20. Online: http://www.bwpat.de/ausgabe34/elsbernd_bader_bwpat34.pdf (26.08.2019).
- Dekanekonferenz Pflegewissenschaft (2016).** Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe. Online: <https://www.bundestag.de/resource/blob/424892/029362a280c0588e79fd637d0a707396/dekanekonferenz-pflegewissenschaft-gem--e--v--data.pdf> (30.08.2019).
- European Federation of Nurses Associations (2015).** EFN Competency Framework for Mutual Recognition of Professional Qualifications Directive 2005/36/EC, amended by Directive 2013/55/EU. Online: http://www.efnweb.be/?page_id=6897 (02.09.2019).
- Fesenfeld, A.; Schellhoff, M.; Schumacher, J. (2017).** Lernbereich Training und Transfer im Studienbereich Pflege. In: Evers, Thomas et al. (Hrsg.): Lehr-Lernkonzepte zur klinischen Kompetenzentwicklung. Best-Practice-Beispiele aus den Modellstudiengängen NRW. Opladen, Berlin & Toronto: Budrich, 181 – 197.
- Gerlach, A. (2016).** Akademisierung ohne Professionalisierung? Die Berufswelt der ersten Pflegeakademikerinnen in Deutschland. In: Bollinger, H.; Gerlach, A.; Pfadenhauer, M. (Hrsg.): Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen. Frankfurt am Main: Mabuse, 71–102
- GMK Gesundheitsministerkonferenz (2013).** Beschlüsse, TOP 7.2 Deutscher Qualifikationsrahmen Pflege- und Gesundheitsfachberufe. Online: <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?jahr=2013> (02.09.2019).
- Greb, U. (2003).** Identitätskritik und Lehrerbildung. Frankfurt/Main: Mabuse.
- Healey, M.; Jenkins, A. (2009).** Developing undergraduate research and inquiry. York: Higher Education Academy. Online: www.heacademy.ac.uk/system/files/developingundergraduate_final.pdf (02.09.2019).
- Heinz, W. R. (1995).** Arbeit, Beruf und Lebenslauf. Eine Einführung in die berufliche Sozialisation. Grundlagentexte Soziologie. Weinheim, München: Juventa.
- Heyelmann, L. (2015).** Nach dem Pflege-Studium in die Altenpflege? Die Erwartungen der Altenpfleger. Frankfurt a M.: Mabuse.
- 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) 330-345.
- Lisop, I.; Huisinga, R. (2000).** Exemplarik – eine Forderung der KMK-Handreichungen. In: Lipsmeier, A.; Pätzold, G. (Hrsg.). Lernfeldorientierung in Theorie und Praxis. Beiheft 15 zur Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik, Stuttgart: Steiner, 39-53.
- 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.
- PfIAPrV (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe) (2018) vom 2. Oktober 2018.** Online: [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=/*\[@attr_id=%27bgbl118s1572.pdf%27\]#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl118s1572.pdf%27%5D__1566835909472](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=/*[@attr_id=%27bgbl118s1572.pdf%27]#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl118s1572.pdf%27%5D__1566835909472) (26.08.2019).
- PfIBG (Pflegeberufegesetz) (2017) vom 17. Juli 2017.** In: Bundesgesetzblatt Jahrg. 2017, Teil I, Nr. 49, ausgegeben zu Bonn am 24. Juli 2017. Online: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s2581.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s2581.pdf%27%5D__1566835986753 (26.08.2019).
- Portele, G.; Huber, L. (1995).** Hochschule und Persönlichkeitsentwicklung. In: Lenzen, Dieter. & Huber, Ludwig (Hrsg.): Enzyklopädie Erziehungswissenschaft, Bd. 10, Stuttgart: Klett, 92 – 113.
- Quernheim, G. (2019).** Ist doch eh alles das Gleiche – oder? Praxisanleitung für Schüler_innen und Studierende. In: Padua, 14 (1) 35-41.
- Reetz, L.; Seyd, W. (2006).** Curriculare Strukturen beruflicher Bildung. In: Arnold, R.; Lipsmeier, A. (Hrsg.): Handbuch der Berufsbildung. Wiesbaden: VS. 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage, 227-259.
- Reiber, K.; Winter, M H.-J. (2018).** Die Berufsrelevanz des Pflegestudiums – Erwartungen, Anforderungen und Perspektiven aus Sicht von Studierenden und Schlüsselpersonen der Versorgungspraxis. In: *bwp@ Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online*, Ausgabe Nr. 34. Online: <https://www.bwpat.de/ausgabe/34/reiber-winter> (26.08.2019).
- Reiber, K. (2012).** Hochschuldidaktik für gesundheitsbezogene Studiengänge – eine theoretische Grundlegung. Tübingen Beiträge zur Hochschuldidaktik 2012. Verfügbar unter: <https://publikationen.uni-tuebingen.de/xmlui/handle/10900/43953> (26.08.2019).
- Robert-Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2015).** Gesundheitsberufe in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin. Online: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GeslndDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.html;jsessionid=DF80C3DAD737EF79B72CC754EE405EC61_cid290?nn=2379316 (26.08.2019).
- Schön, D. (1983).** The reflective Practitioner. How professionals think in action. New York: Basic Books.
- 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, 39-42.
- Starystach, S.; Bär, S.; Ernst, C.; Streib, C. (2018).** Organisationale Hindernisse auf dem Weg zur Profession. In: *Arbeit, Zeitschrift für Arbeitsforschung, Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik*, 27 (3) 191-212.
- Stiftung Münch; Lehmann, Y.; Schaepe, C.; Wulff, I.; Ewers, M. (Hrsg.) (2019).** Pflege in anderen Ländern: Vom Ausland lernen? Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Tannen, A.; Feuchtinger, J.; Strohbücker, B.; Kocks, A. (2016).** Survey zur Einbindung von Pflegefachpersonen mit Hochschulabschlüssen an deutschen Universitätskliniken – Stand 2015. In: *Z. Evid. Fortbil. Qual. Gesundh. Wesen (ZEFQ)* (2016). DOI: 10.1016/j.zefq.2016.11.002.
- Verband der PflegedirektorInnen der Unikliniken (vpu) (2015).** Einsatz akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen in der Praxis. Online: http://www.vpuonline.de/de/pdf/presse/2015-05-29_abschlussbericht.pdf (26.08.2019).
- Ver.di Bundesverwaltung (2016).** Durchbruch geschafft! Die neue Entgeltordnung für Gesundheitsberufe (TVöD kommunal). Online: <https://gesundheits-soziales.verdi.de/++file++5724f0e3890e9b0c53001dbf/download/ECO%20kommunal%202017%20medium.pdf> (02.09.2019).
- Wissenschaftsrat (WR) (2013).** Empfehlungen zur Entwicklung des dualen Studiums. Positionspapier. Online: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/3479-13.pdf> (02.09.2019).
- Wissenschaftsrat (WR) (2012).** Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Online: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf> (26.08.2019).