

# ipp schriften 06



AUSGABE 06 WINTER 2010

SABINE MUTHS

## **MACHBARKEITSSTUDIE: KONZEPTION UND ÜBERPRÜFUNG EINER AKADEMISCHEN ERSTAUSBILDUNG VON PFLEGEBERUFEN AUF DER BASIS DES PFLEGE- WEITERENTWICKLUNGSGESETZES IM LAND BREMEN**

**ERSTELLT IM AUFTRAG DER SENATORIN FÜR ARBEIT, FRAUEN,  
GESUNDHEIT, JUGEND UND SOZIALES**

**SCHRIFTENREIHE DES INSTITUTS FÜR PUBLIC HEALTH  
UND PFLEGEFORSCHUNG, UNIVERSITÄT BREMEN  
HERAUSGEBER: STEFAN GÖRRES, INGRID DARMANN-FINCK,  
FRAUKE KOPPELIN**

# Impressum

IPP-Schriften, Ausgabe 06/2010

**Titel:** Konzeption und Überprüfung einer akademischen Erstausbildung von Pflegeberufen auf der Basis des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes im Land Bremen.

Machbarkeitsstudie, erstellt im Auftrag der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales unter Projektleitung von Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck

**Autorin:** Sabine Muths

**Kontakt Autorin:** Sabine Muths

IPP, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen

Email: [smuths@uni-bremen.de](mailto:smuths@uni-bremen.de), [www.ipp.uni-bremen.de](http://www.ipp.uni-bremen.de)

**Herausgeber IPP-Schriften:** Direktorium des Instituts für Public Health und Pflegeforschung, Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften, Universität Bremen: Prof. Dr. Stefan Görres (geschäftsführend), Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Prof. Dr. Frauke Koppelin

**Kontakt:** Prof. Dr. Stefan Görres (geschäftsführender Direktor)

Postfach 330440, 28334 Bremen

Besucheranschrift:

Grazer Straße 4, 28359 Bremen

Tel: 0421 – 218 68880

E-Mail: [health@uni-bremen.de](mailto:health@uni-bremen.de)

Internet: [www.ipp.uni-bremen.de](http://www.ipp.uni-bremen.de)

Bremen, Dezember 2010

Umschlaggestaltung: IPP

Download der Online-Ausgabe unter: [www.ipp.uni-bremen.de](http://www.ipp.uni-bremen.de)

ISSN: 1867-1942 (Internetausgabe)

**V.i.S.d.P.:** Verantwortlich für die publizierte Fassung sind die Autorinnen bzw. Autoren der vorliegenden Ausgabe

**Haftungsausschluss:** Es gilt der Haftungsausschluss der Universität Bremen (Online im Internet unter: <http://www.uni-bremen.de/datenschutz/haftungsausschluss.html>):

## 1. Inhalt des Onlineangebotes

Die Universität Bremen übernimmt keinerlei Gewähr für die Aktualität, Korrektheit und Vollständigkeit der bereitgestellten Informationen. Haftungsansprüche gegen die Universität Bremen, die sich auf Schäden materieller oder immaterieller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnutzung der dargebotenen Informationen bzw. durch die Nutzung fehlerhafter und unvollständiger Informationen verursacht wurden, sind grundsätzlich ausgeschlossen, sofern seitens der Universität Bremen kein nachweislich vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verschulden vorliegt. Die Universität Bremen behält es sich ausdrücklich vor, Teile der Seiten oder das gesamte Angebot ohne gesonderte Ankündigung zu verändern, zu ergänzen, zu löschen oder die Veröffentlichung zeitweise oder endgültig einzustellen.

## 2. Verweise und Links

Die Universität Bremen hat keinerlei Einfluss auf die aktuelle und zukünftige Gestaltung und auf die Inhalte fremder Internetseiten, auf die direkt oder indirekt verwiesen wird (Links). Deshalb distanziert sie sich hiermit ausdrücklich von allen Inhalten aller gelinkten/verknüpften Seiten. Dies gilt auch für alle Fremdeinträge in von der Universität Bremen eingerichteten Gästebüchern, Diskussionsforen und Mailing-Listen.

## 3. Urheber- und Kennzeichenrecht

Die Universität Bremen hat in allen Publikationen die Urheberrechte der Autoren der verwendeten Grafiken, Tondokumente, Videosequenzen und Texte zu beachten. Sie ist bestrebt, möglichst von ihr selbst erstellte Grafiken, Tondokumente, Videosequenzen und Texte zu nutzen oder auf lizenzfreie Grafiken, Tondokumente, Videosequenzen und Texte zurückzugreifen. Eine Vervielfältigung oder Verwendung der innerhalb des Internetangebotes der Universität Bremen verwendeten Grafiken, Tondokumente, Videosequenzen und Texte in anderen elektronischen oder gedruckten Publikationen ist ohne ausdrückliche Zustimmung des Autors nicht gestattet, sofern diese nicht ausdrücklich als lizenzfrei erklärt sind.

## 4. Datenschutz

Sofern innerhalb des Internetangebotes die Möglichkeit zur Eingabe persönlicher oder geschäftlicher Daten (E-Mail-Adressen, Namen, Anschriften) besteht, so erfolgt die Preisgabe dieser Daten seitens des Nutzers auf ausdrücklich freiwilliger Basis.

## 5. Urheberrecht (Copyright - Universität Bremen)

Alle Rechte vorbehalten, all rights reserved, Universität Bremen, D-28359 Bremen.

Die Online-Dokumente und Webseiten (hier: IPP-Schriften) einschließlich ihrer Teile sind urheberrechtlich geschützt. Sie dürfen nur zum privaten, wissenschaftlichen und nichtgewerblichen Gebrauch zum Zweck der Information kopiert und ausgedruckt werden, wenn sie den Copyright-Hinweis enthalten. Die Universität Bremen behält sich das Recht vor, diese Erlaubnis jederzeit zu widerrufen. Ohne vorherige schriftliche Genehmigung der Universität Bremen dürfen diese Dokumente/Webseiten nicht vervielfältigt, archiviert, auf einem anderen Server gespeichert, in News-Gruppen einbezogen, in Online-Diensten benutzt oder auf einer CD-ROM gespeichert werden. Sie dürfen jedoch in einen Cache oder einen Proxy-Server zur Optimierung der Zugriffsgeschwindigkeit kopiert werden.

Wir erlauben ausdrücklich und begrüßen das Zitieren unserer Dokumente und Webseiten sowie das Setzen von Links auf unsere Website.

Sabine Muths

**Machbarkeitsstudie:  
Konzeption und Überprüfung einer aka-  
demischen Erstausbildung von Pflegebe-  
rufen auf der Basis des Pflege-Weiterent-  
wicklungsgesetzes im Land Bremen**

erstellt im Auftrag der  
Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend  
und Soziales

Projektleitung: Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck

Die Senatorin für Arbeit, Frauen,  
Gesundheit, Jugend und Soziales



Institut für Public Health  
und Pflegeforschung  
Universität Bremen

Universität Bremen



## Inhaltsverzeichnis

1	Einführung .....	5
<b>Teil I: Heilkundliche Erweiterung der Pflege .....</b>		<b>7</b>
2	Zur Entwicklung des AbsolventInnenprofils für einen primärqualifizierenden Studiengang mit heilkundlicher Zusatzqualifikation .....	7
2.1	Pflegeweiterentwicklungsgesetz .....	7
2.1.1	Die Kernaussagen der Gesetzesvorlage .....	8
2.1.2	Positionen unterschiedlicher Interessengruppen .....	11
2.1.3	Juristische Aspekte der Diskussion .....	13
2.1.4	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen .....	14
2.2	Bestehende Erweiterungen des mit der Erstausbildung vermittelten Berufsbilds mit Blick auf Heilkunde .....	14
2.2.1	Profile im Rahmen des Versorgungsmanagements .....	15
2.2.2	Profile im Rahmen der Pflegeberatung .....	16
2.2.3	Profile im Rahmen der Haus- und Familienpflege.....	17
2.2.4	Profile mit der Zielsetzung von Arztersatz/Arztunterstützung .....	18
2.2.5	Profile im Rahmen der Weiterentwicklung einer spezifischen Pflegekompetenz .....	19
2.2.6	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen .....	19
2.3	Fragestellung und Methoden .....	20
2.3.1	Fragestellung und Forschungsdesign .....	20
2.3.2	Datenerhebung und -auswertung .....	21
2.4	Ergebnisse .....	21
2.4.1	„Pflegekunde“ – zur Bestimmung des genuin Pflegerischen .....	22
2.4.2	Profil A: Erweiterung nach SGB V, § 63 Abs. 3b, keine heilkundliche Erweiterung .....	23
2.4.3	Profil B: keine Erweiterung im Sinne des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes .....	23
2.4.4	Profil C: Erweiterung nach SGB V, § 63, Artikel 6, Abs. 3c .....	24
2.4.5	Profil D: auf Masterebene anzusiedeln .....	25

2.5	Überprüfung einer ausgewählten Schwerpunktsetzung im Rahmen des AbsolventInnenprofils C .....	27
2.5.1	Epidemiologie .....	27
2.5.2	Versorgung .....	27
2.5.3	Erforderliche Zusatzqualifikationen bei Pflegenden .....	28
2.5.4	Machbarkeit der Realisierung an der Universität Bremen.....	29
2.6	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen .....	30
<b>Teil II: Entwicklung eines Studiengangmodells.....</b>		<b>32</b>
3	Kriterien zur Untersuchung und Entwicklung von Studiengängen in der primärqualifizierenden Pflegebildung.....	33
3.1	Veränderungen des Pflegeberufs und damit verbundene Anforderungen aus berufspolitischer Sicht.....	33
3.1.1	Entwicklungslinien in der Struktur der Pflegebildung.....	33
3.1.2	Professionalisierung der Pflegenden.....	35
3.1.3	Ableitung von Untersuchungskriterien .....	39
3.2	Anforderungen der Systeme und Institutionen .....	40
3.2.1	Das Ausbildungssystem Hochschule im Anschluss an den Bologna-prozess im Vergleich zur Ausbildung an Berufsfachschulen .....	40
3.2.2	Ableitung von Untersuchungskriterien .....	44
3.3	Anforderungen der Bildungspolitik und der Pflege- und Hochschul-didaktik .....	44
3.3.1	Durchlässigkeit als bildungspolitischer Anspruch .....	44
3.3.2	Duale Studiengänge als Modell einer Verknüpfung zwischen theoretischer und berufspraktischer Ausbildung .....	46
3.3.3	Pflege- und hochschuldidaktische Anforderungen .....	48
3.3.4	Ableitung von Untersuchungskriterien .....	50
3.4	Exkurs: Pflegeausbildung im internationalen Vergleich.....	51
4	Primärqualifizierende Studiengänge der Pflege in Deutschland – eine systematische Analyse der Strukturen .....	57
4.1	Fragestellung und Forschungsdesign .....	57
4.2	Dokumentenanalyse zur Untersuchung der identifizierten Studiengänge.....	59
4.2.1	Vergleichende Beschreibung der formalen Struktur der untersuchten Studiengänge.....	59
4.2.2	Identifizierte Strukturmodelle für primärqualifizierende Pflegestudiengänge.....	61

4.3	ExpertInnendiskussion zur Analyse der Struktur-Modelle .....	66
5	Strukturelle Bedingungen der Ausbildungsstandorte für die Pflege im Land Bremen .....	74
5.1.1	Universität und Hochschule als Ausbildungsorte .....	74
5.1.2	Ausbildungsstrukturen an den Berufsfachschulen .....	76
<b>Teil III: Konzept für einen primärqualifizierenden Studiengang an der Universität Bremen .....</b>		<b>87</b>
6	Ableitung alternativer Studiengangmodelle .....	87
6.1	Modell A – kooperativ-integrierender Studiengang in Zusammenarbeit mit Berufsfachschulen .....	89
6.1.1	Visualisierung der Struktur des Modells .....	89
6.1.2	Organisation des Studiums und der Ausbildung .....	90
6.1.3	Diskussion des Modells .....	92
6.2	Modell B – kooperativ-ausbildungsbegleitender Studiengang .....	94
6.2.1	Visualisierung der Struktur des Modells .....	95
6.2.2	Organisation des Studiums .....	95
6.2.3	Diskussion des Modells .....	96
6.3	Modell C - kooperativ-ausbildungsbegleitender Studiengang mit „Integrierten- Transfermodulen“ .....	98
6.3.1	Visualisierung der Struktur des Modells .....	99
6.3.2	Organisation des Studiums .....	99
6.3.3	Diskussion des Modells .....	100
6.4	Modell D – Studium für examinierte Pflegekräfte .....	102
6.4.1	Visualisierung der Struktur des Modells .....	103
6.4.2	Organisation des Studiums .....	103
6.4.3	Diskussion des Modells .....	103
7	Abschließende Einschätzung und Empfehlungen .....	105
7.1.1	Bewertung der entwickelten Modelle .....	105
7.1.2	Schlussfolgerungen für die Studiengangkonzeption .....	106
Literatur .....		109

# 1 Einführung

In den letzten Jahren wurden im Rahmen der Modellklausel in den pflegerischen Berufsgesetzen verschiedene für Deutschland innovative Strukturmodelle der Pflegeausbildung erprobt. Dazu gehören die Zusammenführung der bisher nach Alter getrennten Bildungsangebote zu integrativen, integrierten oder generalistischen Ausbildungsmodellen oder die Einrichtung von primärqualifizierenden Studiengängen an Hochschulen, die - in den meisten Fällen durch unterschiedlich geartete Kooperationen mit Fachschulen - nicht nur zum staatlichen Pflegeexamen, sondern auch zu einem Bachelorabschluss in Pflegewissenschaft führen. Mit dem Ziel der Professionalisierung der Pflegepraxis, der langfristigen Sicherung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung – z.B. durch neue Formen der Kooperation zwischen Medizin und Pflege – und der Vereinheitlichung der europäischen Bildungssysteme ist die Akademisierung eines Teils der Pflegeerausbildung derzeit eine gesellschaftliche Notwendigkeit. Während die Pflegeerausbildung international zum Teil bereits seit vielen Jahrzehnten fest an den Hochschulen verankert ist, findet sie in der Bundesrepublik zurzeit noch fast ausschließlich an Berufsfachschulen statt. Einen neuen Impuls für die Weiterentwicklung der Pflegebildung gibt das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, das im Sommer 2008 in Kraft getreten ist. In SGB V § 63, Abs. 3c wird erstmals die Option eröffnet, dass Pflegenden mit entsprechender Zusatzqualifikation im Rahmen von Modellvorhaben auch heilkundliche Aufgaben übernehmen dürfen. Analog dazu erhalten die Bildungseinrichtungen in den Berufsgesetzen für die Alten- und die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege jeweils durch § 4, Abs. 7 die Berechtigung, entsprechende Bildungsangebote zur Vermittlung der erweiterten Kompetenzen einzurichten, wobei die Ausbildung neuerdings auch in alleiniger Verantwortung von Hochschulen durchgeführt werden kann.

Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales hat den Impuls dieser gesetzlichen Reformen aufgegriffen und setzt sich für die Einrichtung eines primärqualifizierenden Pflegestudiengangs an den Bremer Hochschulen ein. Dieser soll neben dem Pflegeexamen und einem Bachelorabschluss die Vermittlung erweiterter Kompetenzen integrieren (SfAGFJS 2009; 2010). In einem ersten Schritt hat die Senatorin das Institut für Public Health und Pflegeforschung (Universität Bremen) damit beauftragt, im Rahmen einer Machbarkeitsstudie verschiedene Studiengangmodelle in Kooperation der Bremer Hochschulen mit den Fachschulen zu konzipieren und zu überprüfen, unter welchen Bedingungen die Realisierung dieser Modelle in Bremen denkbar wäre.

Das Projekt, das im März 2009 angelaufen ist, gliederte sich in drei Phasen. Gegenstand der **ersten Phase** des einjährigen Projekts war es zunächst, mögliche heilkundliche Qualifikationsprofile zu identifizieren und im Hinblick beispielsweise auf die Employabilität der AbsolventInnen und den (auch ökonomischen) Nutzen für die Gesundheitsversorgung zu überprüfen. Zwar hat der Gesetzgeber dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die Aufgabe zugewiesen, in Richtlinien die Tätigkeiten festzulegen, bei denen eine Übertragung der Heilkunde im Rahmen von Modellprojekten erfolgen kann. Dennoch wurde diese Forschungsfrage in das Vorhaben aufgenommen, da damit zu rechnen war, dass sich die Beratungen hinziehen würden (auch zum Projektabschluss im Mai 2010 steht die Entscheidung noch aus) und die Entwicklung eines Studiengangs ohne den Bezug auf ein Qualifikationsprofil nicht möglich ist. In der **zweiten Phase** sollten dann auf der Grundlage der Ergebnisse der ersten Phase verschiedene Studiengangmodelle konzipiert, jeweils curriculare Eckpunkte entwickelt und anschließend Umsetzungsfragen geprüft werden. Nachdem sich in der ersten Phase herausstellte, dass die Realisierung eines für die heilkundlichen Profile qualifizierenden Studiengangs vor dem Hintergrund der an den Hochschulen in Bremen bestehenden Ressourcen derzeit nicht machbar ist, wurde von den VertreterInnen des Studiengangs Pflegewissenschaft an der Universität Bremen gemeinsam mit den Auftraggebern der Machbarkeitsstudie entschieden, in der zweiten Phase zu prüfen, ob und unter welchen Bedingungen dann zunächst die Einrichtung eines dualen primär-

qualifizierenden Studiengangs ohne heilkundliche Zusatzqualifikation in Bremen realisierbar ist. Im Einzelnen wurde dabei z. B. untersucht, welche Studiengangmodelle in Frage kommen und wie die Kooperation zwischen den Fachschulen und der Hochschule geregelt werden kann. In der **dritten Phase** wurden die Ergebnisse dokumentiert und veröffentlicht.

Die Studie wurde explizit auf die Gegebenheiten im Land Bremen und damit auf die an der Universität Bremen und den zehn Gesundheits- und (Kinder-)Kranken- bzw. Altenpflegeschulen in Bremen und Bremerhaven bestehenden Bedingungen zugeschnitten. Neben den Spezifika der Pflegebildungslandschaft in Bremen waren allgemeine Besonderheiten zu berücksichtigen, wie etwa die im innerdeutschen Vergleich weit überdurchschnittlich angespannte Wirtschafts- und Haushaltslage<sup>1</sup>, die zur Folge hat, dass den Hochschulen nur geringe Spielräume für eine zukunftsorientierte Studiengangentwicklung im Bereich der Pflege zur Verfügung stehen. Erleichternd für die Entwicklung und Etablierung eines auf Kooperationen angewiesenen Pflegestudiengangs sowie die Etablierung von Modellvorhaben, in denen neue pflegerische Tätigkeitsfelder erprobt werden, sind die in Bremen vorfindbaren, vergleichsweise überschaubaren Strukturen im Pflegesektor.

Die Darstellung des vorliegenden Forschungs-, Entwicklungs- und Diskussionsstands, der Methoden und der Ergebnisse der Machbarkeitsstudie folgt in diesem Abschlussbericht dem Prozess. Teil I bezieht sich dabei auf die erste Phase der Machbarkeitsstudie, also auf die Identifikation eines Profils für die heilkundliche Zusatzqualifikation von Pflegenden, die Teile II und III auf die Entwicklung eines dualen primärqualifizierenden Pflegestudiengangs in Bremen (Phase 2). Im siebten Kapitel (Teil III) erfolgt eine abschließende Präsentation und Bewertung des für die Realisierung in Bremen vorgeschlagenen Studiengangmodells.

---

<sup>1</sup> 2005 betrug die Pro-Kopf-Verschuldung z.B. das Zehnfache gegenüber der im Land Bayern - 18.505,-- € in Bremen, 1.851,-- € in Bayern (Altmann 2007, 343). Im Februar 2010 betrug die Arbeitslosenquote im Land Bremen 12,3% - gegenüber 8,7% im bundesdeutschen Durchschnitt - und die Zahl derjenigen Arbeitssuchenden, die dem Rechtskreis des SGB II zugeordnet sind 9,4% - gegenüber 5,4% im Bundesdurchschnitt ([www.pub.arbeitsagentur.de](http://www.pub.arbeitsagentur.de))

## Teil I: Heilkundliche Erweiterung der Pflege

### 2 Zur Entwicklung des AbsolventInnenprofils für einen primärqualifizierenden Studiengang mit heilkundlicher Zusatzqualifikation

Die erste Projektphase begann zunächst mit einer umfangreichen Literaturrecherche mit dem Ziel, den Forschungs- und Diskussionsstand zu der Gesetzesreform einerseits und zu möglichen Qualifikationsprofilen für eine heilkundliche Zusatzqualifikation andererseits zu erheben. Diese Literaturrecherche führte zwar nicht schon zu Vorschlägen für ein mögliches Profil, hatte aber die Konkretisierung der Forschungsfrage zur Folge. Im Mittelpunkt der ersten Projektphase stand die Planung, Durchführung und Auswertung eines ExpertInnenworkshops, in dem verschiedene Stakeholder aus dem Feld der gesundheitlichen und insbesondere der pflegerischen Versorgung zu einer möglichen Profilbildung einer heilkundlichen Zusatzqualifikation von Pflegenden befragt wurden. Im folgenden Kapitel wird zunächst der Forschungsstand umrissen. In 2.1 werden die für die Machbarkeitsstudie relevanten Kernaussagen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes vorgestellt und die berufspolitisch geprägten Argumentationen sowie juristische Interpretationen nachgezeichnet. Kapitel 2.2 enthält die Ergebnisse einer Literaturrecherche zu möglichen Erweiterungen der in der Grundausbildung erworbenen Qualifikationen. Die Kapitel 2.3 (Forschungsdesign) und 2.4 (Ergebnisse) widmen sich dem Expertenworkshop. In Kapitel 2.5 wird ein Schwerpunkt innerhalb des gefundenen AbsolventInnenprofils exemplarisch hinsichtlich der Epidemiologie, der Versorgung und der zu vermittelnden heilkundlichen Qualifikationen untersucht. Der zweite Teil schließt mit einer Zusammenfassung der Ergebnisse der ersten Projektphase und mit Schlussfolgerungen hinsichtlich einer konkreten Realisierung des gefundenen Profils an der Universität Bremen ab (2.6).

#### 2.1 Pflegeweiterentwicklungsgesetz

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) greift zumindest zum Teil Impulse des Sachverständigenratsgutachtens von 2007 auf. Der Sachverständigenrat kritisiert in seinem Gutachten eine drohende medizinische Unterversorgung in bestimmten Bevölkerungsbereichen. Dies gelte besonders für die Versorgung von chronisch kranken und pflegebedürftigen oder von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen, für die das arztzentrierte und auf die kurative Behandlung von Akuterkrankungen fokussierte deutsche Gesundheitswesen gegenwärtig noch schlecht eingestellt sei. Die Sachverständigen fordern vor diesem Hintergrund zu einer Um- bzw. Neuverteilung der Aufgaben in der medizinischen Versorgung auf. Insbesondere die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe und vor allem die Gruppe der Pflegenden müssten stärker in die medizinische Versorgung einbezogen und in ihrer Handlungsautonomie gestärkt werden. Hier bestünden, wie bereits in dem Gutachten von 2005 festgestellt, nicht unerhebliche Ressourcen zur Erhöhung der Effizienz und Effektivität der gesundheitlichen Versorgung bei gleichzeitiger Kostenneutralität oder Kostendämpfung. Um einer größeren Handlungsautonomie und der Ausweitung von Entscheidungsspielräumen gerecht werden zu können, halten die Sachverständigen es für unabdingbar, das Qualifikationsniveau der Gesundheitsfach- und Pflegeberufe anzuheben und die akademische Ausbildung für diese Berufsgruppen weiterzuentwickeln (Sachverständigenrat 2007, 26).

Das Sachverständigengutachten mündete im Jahr 2008 in die Gesetzesinitiative der damaligen Bundesregierung zum Pflegeweiterentwicklungsgesetz mit dem Anspruch, die von den Sachverständigen vorgeschlagene Erweiterung der Handlungskompetenz und Verantwortungsbereiche für die nicht-

medizinischen Pflege- und Therapieberufe politisch festzuschreiben und justiziabel zu gestalten<sup>2</sup>. Die Regelungen des PfWG, die Übernahme von heilkundlichen Tätigkeiten durch Pflegende betreffend, sollen im Folgenden mit ihren inhaltlichen Kernaussagen und zentralen Begrifflichkeiten dargestellt werden (2.1.1). Im nächsten Schritt werden exemplarisch drei berufspolitisch unterschiedlich gefärbte Positionen zur Auslegung des Gesetzes diskutiert (2.1.2) und anschließend Schlussfolgerungen für die Entwicklung eines Absolventenprofils gezogen (2.1.3).

### 2.1.1 Die Kernaussagen der Gesetzesvorlage

Mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PfWG), das zum 01.07.2008 in Kraft getreten ist, wird eine Verknüpfung des Berufsrechts mit dem Sozialleistungsrecht vorgenommen:

- Nach Sozialgesetzbuch V, § 63 Absatz 3c, soll künftig im Rahmen von Modellvorhaben erprobt werden, dass Pflegekräfte, die hierfür besonders ausgebildet sind, umschriebene ärztliche Tätigkeiten im Sinne einer selbständigen Ausübung der Heilkunde übernehmen. Diese Modellvorhaben können von den Krankenkassen und ihren Verbänden im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung durchgeführt werden und zielen auf eine Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung (ebd. §63 (1)). Art, Umfang und Definition der übertragenen heilkundlichen Tätigkeiten sollen im Anschluss an die Gesetzgebung in einer Richtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach Anhörung der Bundesärztekammer und der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe festgelegt werden. Weiterhin – und ggf. ergänzend – sollen nach Absatz 3b auch Modellvorhaben initiiert werden, in denen Pflegende, die ihre Ausbildung nach dem Krankenpflege- bzw. Altenpflegegesetz absolviert haben und entsprechend qualifiziert wurden, die häusliche Krankenpflege in Dauer und Inhalt ausgestalten sowie Verbands- und Pflegehilfsmittel verordnen (Sozialgesetzbuch V).
- Parallel zu dem Gesetzestext des Sozialgesetzbuches wurde in den Berufsgesetzen der Gesundheits- und Krankenpflege und der Altenpflege jeweils in §4 der Absatz 7 neu eingefügt, wonach zeitlich befristet Ausbildungsangebote erprobt werden können, die der Weiterentwicklung der Berufe im Rahmen der Modellvorhaben nach SGB V, § 63 Abs. 3c, dienen und auf die Vermittlung von Kompetenzen zur Ausübung der umschriebenen heilkundlichen Tätigkeiten zielen. Für die ergänzenden Ausbildungsinhalte sind Ausbildungspläne zu erstellen, die vom Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen sind. Die erworbenen zusätzlichen Kompetenzen sind im Rahmen der staatlichen Prüfung zusätzlich nachzuweisen und im Zeugnis in einer ergänzenden Anlage zu beschreiben. Dem Prüfungsausschuss muss verbindlich ein/e für die Unterrichtung in der Heilkunde zuständige/r ärztliche/r KollegIn als weiterer Fachprüfer/in angehören. Die erworbenen Fachkompetenzen in diesem zusätzlich unterrichteten Themenbereich zur Ausübung von heilkundlichen Tätigkeiten sind durch eine vierte, gesonderte schriftliche Aufsichtsarbeit im Umfang von 120 Minuten und durch eine ergän-

---

<sup>2</sup> Dabei lässt sich mit Stemmer konstatieren, dass für die krankenhausexternen Sektoren der ambulanten Pflege und des Pflegeheims bereits vor der Formulierung des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes ein mit dem SGB XI – und nicht durch die Berufsgesetze(!) – umschriebener eigenständiger Verantwortungsbereich von Pflegefachkräften bestand und Pflegende in diesen Arbeitsfeldern in weitaus größerem Maße als im arzt dominierten Krankenhaus ihre Kernaufgabe, den Pflegeprozess in Planung, Durchführung und Evaluation zu gestalten, völlig selbständig zu verantworten haben (Stemmer 2003, 18f. mit Verweis auf Igl 1998, 41).

zende mündliche Prüfung im Umfang von mindestens 15 und maximal 30 Minuten durch die ärztliche Fachprüferin bzw. den ärztlichen Fachprüfer nachzuweisen. Auch die praktische Prüfung ist entsprechend zu erweitern: „Der Prüfling übernimmt dabei alle Aufgaben, die Gegenstand der Behandlung sind, einschließlich der Dokumentation. In einem Prüfungsgespräch hat der Prüfling seine Diagnose- und Behandlungsmaßnahmen zu erläutern und zu begründen sowie die Prüfungssituation zu reflektieren. Dabei hat er nachzuweisen, dass er in der Lage ist, die während der Ausbildung erworbenen erweiterten Kompetenzen in der beruflichen Praxis anzuwenden, und dass er befähigt ist, die Aufgaben gemäß § 3 Abs. 3, die Gegenstand seiner zusätzlichen Ausbildung waren, eigenverantwortlich zu lösen.“ (KrPflG 2003/2008; AltPflG 2003/2009 §4 Abs. 7 → § 4a (6)) Derart konzipierte Ausbildungsangebote können an Berufsfachschulen aber auch an Hochschulen stattfinden, wobei im Falle der Ausbildung an einer Hochschule der Abschnitt 3 der Berufsgesetze mit den Paragraphen 9 bis 17, die das Ausbildungsverhältnis regeln, entfällt und die entsprechenden Paragraphen keine Anwendung finden (ebd. § 18a). Die Ausbildungsdauer ist entsprechend zu verlängern, wobei die Dauer durch die Konzeption des Ausbildungsangebotes im Rahmen der Beantragung des Modellversuchs geregelt wird (ebd. § 4 (1)).

Die Organisation der Ausbildung ist damit durch das Gesetz genau umschrieben, eine inhaltliche Definition der zukünftig von Pflegenden zu übernehmenden Aufgaben und damit der zu vermittelnden Kompetenzen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss steht bislang (Frühjahr 2010) aus.

### **Exkurs: Zentrale Begriffe im Kontext des Gesetzes**

In der Diskussion um das PflWG sind die Begriffe „Delegation“ und „Substitution“ bzw. „Allokation“ zentral.

Im Rahmen von Delegation überträgt eine verantwortliche Person, in diesem Falle eine Ärztin/ein Arzt, umschriebene Aufgaben aus ihrem/seinem Tätigkeitsbereich an Assistenzkräfte, nachdem sie/er sich davon überzeugt hat, dass die Assistenzkraft zur korrekten Aufgabendurchführung in der Lage ist. Dies kann durch Augenschein und Kontrolle der Durchführung oder anhand einer vorliegenden Qualifikation erfolgen. Die delegierende Person behält dabei die Anordnungsverantwortung und ist damit z.B. für die Richtigkeit und korrekte Übermittlung der Anordnung, für die Auswahl der ausführenden Person und für die Unterlassung einer Anordnung verantwortlich. Demgegenüber übernehmen die eine Anordnung ausführenden Personen die Durchführungsverantwortung, sind also für die fachlich korrekte Umsetzung der Anordnung verantwortlich. Die Einrichtung, in der diese Übertragung von Aufgaben erfolgt, trägt die Organisationsverantwortung, d.h. sie muss z.B. die strukturellen Bedingungen so vorhalten, dass eine korrekte Delegation und Durchführung delegierter Aufgaben möglich wird (Böhme 2008b, 16).

Substitution bzw. Übertragung bedeutet demgegenüber, dass Aufgaben im vollen Umfang – also mit Anordnungs- und Durchführungsverantwortung – von einer Berufsgruppe auf eine andere Berufsgruppe übergehen. Damit kommt es zu einer veränderten Allokation, einer Neu-Allokation, der von den jeweiligen Berufsgruppen zu verantwortenden Aufgaben.

Delegation ist in räumlich nah strukturierten Settings, in denen Absprachen, Rückversicherungen und Kontrollen relativ problemlos möglich sind, wie zum Beispiel im Klinikbereich, prinzipiell eher unproblematisch. Probleme entstehen häufig in Phasen hoher Arbeitsdichte oder in der Folge von Kommunikationsstörungen bei unklaren Teamstrukturen. Die Problematik der Delegierung von Tätigkeiten durch Ärzte an Pflegenden wächst jedoch, je weiter der Ort der Durchführung der angeordneten Tätigkeit von dem Ort der Anordnung entfernt ist, also zum Beispiel in Pflegeheimen oder in der häuslichen Pflege. Vor allem in diesen Sektoren drängt sich der Gedanke einer Neu-Allokation der Aufgaben auf.

Um eine Neu-Allokation regeln zu können, müssten die Aufgabenbereiche klarer als bisher getrennt bzw. definiert werden. Böhme weist darauf hin, dass „ausgehend vom jeweiligen Berufsbild, den Ausbildungen und Prüfungen, etwaigen Weiterbildungen und Prüfungen sowie unter Beachtung etwaig notwendig werdender Einweisungen [...] die Abgrenzung ärztlicher von pflegerischen Tätigkeiten im Einzelfall nicht einfach [ist; d. V.], weil nur der Kernbereich ärztlichen Tuns und pflegerischen Tuns ohne weiteres definierbar ist. Die Grenzbereiche in der Zusammenarbeit sind schwammig und offen [...]“ (Böhme 2008b, 9).

Im PflWG werden im Rahmen von Modellversuchen zum einen pflegerische Kernaufgaben, nämlich die Verordnung und inhaltliche Gestaltung der häuslichen Pflege und die Verordnung von Verbands- und Pflegehilfsmitteln, aus der Hand der ÄrztInnen in die Verantwortung von Pflegekräften gelegt (SGB V, §63 3b). Zum anderen sollen noch zu definierende ärztliche Tätigkeiten, bei denen es sich um die selbständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf hierfür qualifizierte Pflegenden übergehen (SGB V, §63 3c). Damit wäre zunächst zu klären, was mit dem Begriff der „Heilkunde“ exakt gemeint ist.

Die Ausübung von Heilkunde wird gemäß § 2 Abs. 5 der Bundesärzteordnung mit der Ausübung des ärztlichen Berufs gleichgesetzt. Mit „Ausübung der Heilkunde“ wird eine „praktische, wissenschaftliche oder verwaltende Tätigkeit“ beschrieben „die sich unmittelbar auf die Verhütung, Früherkennung, Heilung oder Linderung menschlicher Krankheiten, Körperschäden oder Leiden bezieht.“ Die Bezugspunkte der Heilkunde bestehen in den wissenschaftlichen Erkenntnissen der Medizin. Zur Heilkunde zugelassen ist in der Regel, wer über eine Approbation als Arzt verfügt (Bergmann 2008, 46f.). Die einzige Ausnahme zur Approbation bildete bislang die berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene eingeschränkte Ausübung von Heilkunde durch HeilpraktikerInnen. Für diese berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung wird eine durch die Gesundheitsämter vorgenommene Zulassung vorausgesetzt, wobei in erster Linie überprüft wird, ob der Proband durch die Ausübung seiner Tätigkeit die Volksgesundheit gefährden könnte und Grenzen zur medizinischen Profession insbesondere dann nicht überschreitet, wenn Seuchen und Infektionsgefahren bestehen oder die PatientInnen durch Unterlassung medizinisch notwendiger Maßnahmen in ihrer Gesundheit gefährdet werden. Von diesem wenig konkreten Gesetzestext abgesehen, gibt es keine gesetzlichen Fixierungen dessen, was unter Heilkunde verstanden wird (Offermanns 2008, 64).

Die Aufgabenverteilung zugunsten von ÄrztInnen ist noch am eindeutigsten im Sozialgesetzbuch (SGB) V geregelt: Sie erbringen die ärztliche Behandlung, zumal wenn sie über die Leistungen der Krankenversicherung abgerechnet werden. „Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt (Zahnarzt) angeordnet und von ihm verantwortet werden.“ (SGB V, § 15 Abs. 1, vgl. auch § 28 Abs.1) Damit ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt die Berufsgruppe der MedizinerInnen die einzige, die Hilfeleistungen im Gesundheitssystem anordnen kann, was sich vor allem auch auf das System der Leistungsabrechnung mit der Krankenkasse auswirkt. Diese hier im Sozialgesetzbuch manifestierte Struktur des ärztlichen Ordnungsmonopols trägt ebenso zur Erstarrung des Gesundheitssystems bei wie die formale Trennung der verschiedenen Versorgungssektoren in den Sozialgesetzbüchern V, IX und XI. Der Versuch, hier mit §63 SGB V im Rahmen von Modellversuchen zu einer vorsichtigen Öffnung zu gelangen, hat zu heftigen Kontroversen zwischen den verschiedenen Akteuren geführt. Die jeweiligen Argumente werden im folgenden Abschnitt zusammengefasst.

## 2.1.2 Positionen unterschiedlicher Interessengruppen

Exemplarisch werden die Positionen der Ärzteschaft, der deutschen Krankenhausgesellschaft und der Pflege gegenübergestellt.

Seitens der Ärzterschaft, z.B. vertreten durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), wird einerseits der Wunsch nach Entlastung vor allem von administrativen und anderen nicht-ärztlichen Aufgaben geäußert, andererseits sind die Argumentationen vielfach geprägt vom Festhalten an der Leitungsverantwortung in der Gesundheitsversorgung unter Berufung auf den Facharztstandard, wobei das Risiko einer drohenden PatientInnengefährdung bei nicht vorhersehbaren Komplikationen angeführt wird. Die Substitution ärztlicher Leistungen durch Leistungen nichtärztlicher Gesundheitsberufe wird vollkommen abgelehnt, wobei vor allem auch „schwierige[...] tatsächliche[...] Abgrenzungs- und daraus resultierende[...] Haftungsfragen“ angeführt werden (Encke 2008).

Diese ärztliche Perspektive wird durch juristische Deutungen gestützt. Nach Ansicht des Juristen Sträßner (2008, 79) habe der Gesetzgeber mit der Novellierung der Berufsgesetze in der Pflege untermauert, „dass es weiterhin keinen vernünftigen Zweifel geben kann, dass bei der Versorgung des Patienten kein arztfreier Bereich existiert“. Der Jurist konstatiert die „Gesamtverantwortung des Arztes und (die) Mit- und Nebenverantwortung der Pflege, die in der rechtlichen Bewertung als Erfüllungsgehilfe und Verrichtungsgehilfe (...) und als Berufshelfer des Arztes weiterhin rechtlich eingeordnet werden muss. Punktuelle faktische eigenständige Arbeitsformen reichen nicht aus, um generalisiert neue, vom ärztlichen Dienst unabhängige Berufsbilder zu schaffen“ (Sträßner 2008, ebd.).

Von Seiten der HausärztInnen (bzw. des Vorstands des deutschen Hausärzteverbandes) wird die Problematik einer sich abzeichnenden hausärztlichen Unterversorgung und die Notwendigkeit der Qualifizierung nichtärztlichen Personals für die Entlastung der MedizinerInnen gesehen, gleichzeitig aber die Entstehung einer zusätzlichen Versorgungsebene mit zusätzlicher Schnittstellenproblematik befürchtet und deshalb gefordert, dass auch in einer neu zu konzipierenden hausärztlichen Versorgung „die volle Aufsicht und Weisungsbefugnis [...] beim delegierenden Arzt liegen [muss]“ (Pawlick 2008: 49ff.).

Während in der Argumentation aus ärztlicher Perspektive standespolitische Motive im Vordergrund stehen dürften, dominieren im Kontext der Klinikleitungen Kostendämpfungs- und organisatorische Überlegungen. Diese helfen, starre Berufsgrenzen zu überwinden. 2008 wurde eine von der Deutschen Krankenhausgesellschaft beim Deutschen Krankenhausinstitut (DKI) in Auftrag gegebene Studie veröffentlicht, in der Ansatzpunkte für eine zukünftig effizientere Gestaltung des Personaleinsatzes durch eine Neuordnung von Aufgaben des ärztlichen Dienstes vorgeschlagen werden (Offermanns 2008). Es sollten konkrete Möglichkeiten identifiziert werden, ärztliche Aufgaben an nichtärztliches Personal zu delegieren, um zu einer Neu-Allokation von Aufgaben zwischen ÄrztInnen und nichtärztlichem Personal zu gelangen.

Als Kernbereiche ärztlicher Aufgaben werden „insbesondere Diagnostik, Differenzialdiagnostik und Therapie nach unverzichtbarem ärztlichem Standard“ verstanden. Medizinische Behandlung ist der Studie zufolge dann nicht delegierbar, wenn wegen ihrer Schwierigkeit, ihrer Gefährlichkeit oder wegen der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen professionelles ärztliches Fachwissen vorausgesetzt werden muss. Es wird auf die Organisationspflicht der Krankenhausträger verwiesen, wonach in „jeder Behandlungsphase [...] ein qualifizierter Arzt bereitstehen [muss], um die notwendigen Anweisungen zu geben und zu überwachen.“ (Bergmann 2008, 54ff) Für die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an andere Berufsgruppen sei hier „die vertikale Arbeitsteilung von Relevanz. Hier geht es nämlich um die fachliche Über- und Unterordnung nicht nur innerhalb des Ärztlichen Dienstes, sondern auch zwischen (leitenden) Ärzten und nichtärztlichen Berufsgruppen“ (ebd.).

Ausgehend von dieser Ist-Situation werden in der Studie solche ärztlichen Tätigkeiten bestimmt, die kurzfristig übertragbar wären, solche die „mittelfristig delegiert oder neu zugeordnet werden können“ und solche, „die eine langfristige Anpassung der Qualifikation an die ärztlichen Tätigkeiten erfordern“ (Offermanns 2008, 10). Bei den kurzfristig zu übertragenden Tätigkeiten handelt es sich um Einzeltätigkeiten, die primär der Arztlastung dienen. Exemplarisch werden aufgeführt: Kodierung von Diagnosen und Prozeduren, venöse Blutentnahme, intramuskuläre Injektion, Blutentnahme aus einem peripheren Venenkatheter, intravenöse Injektion eines Arzneimittels mit großer therapeutischer Breite, Anlage einer Venenverweilkanüle, intravenöse Applikation von Zytostatika, Punktion eines Portkatheters. Die Liste wird im Anhang der Studie umfassend ergänzt (ebd. 8f./66-79/162ff.).

Den Tätigkeiten, die mittelfristig über Delegation oder Substitution neu zugeordnet werden können, werden solche zugeordnet, die auf Seiten der nichtärztlichen Berufe umfangreiche Weiterbildungen voraussetzen bzw. für die eine Reorganisation der Krankenhausabläufe erforderlich ist. Solche neuen Aufgabenbereiche für Pflegende im Krankenhaus wären nach Ansicht der Autoren z. B die nichtärztliche Chirurgieassistenten bei operativen Eingriffen, das Wundpflegemanagement, das Schmerzmanagement oder das Casemanagement. Diese strukturellen Veränderungen könnten auch zu einer „Verbesserung der Qualität der Leistungserbringung“ beitragen (Offermanns 2008, 9f/85-126). Zu den langfristigen Veränderungen werden Erst- und Weiterqualifikationen gerechnet, die gleichzeitig Veränderungen gesetzlicher und/oder untergesetzlicher Normen nach sich ziehen, also die Veränderung oder Neuentwicklung von Berufsbildern bedingen. Als Beispiel wird in der Studie der Einsatz von nichtärztlichen MitarbeiterInnen in der Anästhesie im Rahmen von Parallelnarkosen und der Endoskopie genannt (Offermanns 2008, 10/127-133).

In der berufspolitischen Argumentation von Seiten der Pflege wird weniger von der Übernahme ärztlicher Aufgaben und Tätigkeiten her argumentiert, sondern auf das eigene Leistungsprofil und die entwickelte fachliche Expertise Bezug genommen: Der Gesetzgeber wird aufgefordert, die Bedingungen so zu gestalten, dass Pflegende die Aufgaben verantwortlich übernehmen können, für die sie an sich und zunächst qualifiziert sind (Müller 2008). „Wer durch eine fundierte Ausbildung befähigt ist den Pflegebedarf eines Menschen zu ermitteln, der soll dies auch in der Praxis tun dürfen. Wer gelernt hat, spezifische Gefährdungen, wie ein Dekubitusrisiko oder ein Sturzrisiko zu erheben, der sollte die Kompetenz erhalten, unverzüglich die notwendigen prophylaktischen Maßnahmen zu ergreifen und dafür auch die finanzielle Honorierung erhalten. [...] Angesichts der neuen Anforderungen an das Gesundheitssystem kann die professionelle Pflege in Deutschland ein differenziertes Leistungsangebot vorlegen. Garantiert werden kann eine hohe fachliche Expertise, die sich auf wissenschaftliche Forschungen und Begründungen stützt“ (ebd., 45ff.).

Aus Sicht der Pflege ist die Diskussion um die Neu-Aufteilung ärztlicher Tätigkeiten zu kurz gegriffen, es müsse vielmehr darum gehen, „Aufgaben prozessorientiert, ausgehend vom Bedarf der Patienten, neu zu definieren und dabei festzulegen, wer welche Aufgabe mit welcher Qualifikation und Kompetenz übernehmen kann“, was letztlich in die Entwicklung neuer, zukunftsweisender und langfristig tragfähiger Konzepte zur Gesundheitsversorgung münden sollte (Risse 2008: 55f). Dabei wird Prozessorientierung nicht nur auf die Akutphase, sondern auch auf die langfristige und nachhaltige Versorgung insbesondere chronisch kranker PatientInnen bezogen. Die Berufsgruppe der Pflegenden versteht sich somit als eine eigenständige Leistungserbringerin im Gesundheitswesen und fordert für sich eigene Verantwortungsbereiche.

Stemmer/Haubrock/Böhme (2008, 34) sehen in einem Gutachten, das im Auftrag des Sozialministeriums Rheinland-Pfalz zu den zukünftigen Handlungsfeldern in der Krankenhauspflege erstellt wurde, die Zergliederung von Prozessabläufen in Einzelaufgaben und das Abstecken von Territorien als zentrale Risikofaktoren für eine erhöhte Schnittstellenproblematik. Sie schlagen daher vor, zunächst „sinnhafte Arbeitszusammenhänge“ im Sinne einer vollständigen Handlung zu definieren (ebd., 13) und die Schnittstellen für eine Zusammenarbeit sowohl innerhalb der eigenen Berufsgruppe als auch

mit anderen Berufsgruppen auszuweisen. Zudem plädieren sie für neue, stärker teamorientierte Formen der Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen. In der Pflege wird die vollständige Handlung durch den Pflegeprozess mit seinen Elementen – Ermittlung von Pflegebedarf, Anforderungen und Gefährdungspotentialen/Planung, Durchführung und Auswertung einer individuellen, umfassenden und am aktuellen Kenntnisstand der Pflegewissenschaft ausgerichteten Pflege/Evaluation der Ergebnisse und entsprechende Korrektur im Prozess abgebildet. Auf eine Zuweisung bestimmter Aufgabenkomplexe an ausgewählte Berufsgruppen verzichten die AutorInnen und verweisen auf zukünftige Modellvorhaben (ebd., 33).

In ihrer Argumentation sieht sich die Berufsgruppe der Pflegenden durch das Sachverständigen-gutachten von 2007 bestärkt. Hier wird ausdrücklich die Notwendigkeit der Erweiterung des Kompetenz- und Entscheidungsspielraums im pflegerischen Handlungsfeld und in pflegebezogenen Fragen der Gesundheit gefordert und nicht nur auf eine Übernahme von umschriebenen Tätigkeiten aus dem Leistungskomplex der Medizin durch Pflegenden abgezielt.

### 2.1.3 Juristische Aspekte der Diskussion

Die Entwicklung neuer Verantwortungsbereiche für die Pflege zieht komplexe Veränderungen der Rechtslage nach sich. Dabei werden neben den im Rahmen der Modellversuche noch zu präzisierenden Konsequenzen im Leistungsrecht und im Berufsrecht vor allem haftungsrechtliche Aspekte angeführt und kontrovers diskutiert. Selbstverständlich scheint zu sein, dass für Delegation bzw. Substitution eine Klärung der übertragenen Aufgaben mit den Versicherern abzustimmen ist, um ausreichenden Versicherungsschutz zu gewährleisten. Aus Sicht eines Juristen, der eine große deutsche Versicherungsgruppe vertritt, wurden Bedenken angemeldet: Pflegenden seien mit ihrer Berufshaftpflichtversicherung grundsätzlich für Tätigkeiten und Behandlungen versichert, die sie aufgrund ihrer Aus- und Fortbildung ausüben dürfen, nicht aber, wenn sie Schäden durch eine Heilbehandlung verursachen, die nicht ausdrücklich ärztlich angeordnet sei und über das durch Ausbildung abgesicherte Tätigkeitsfeld hinausgehe. Eine Erweiterung der beruflichen Handlungskompetenz durch Ausbildung in Richtung auf eine heilkundliche Tätigkeit bedeute aber „eine ganz erhebliche Risikoausweitung, die schwer kalkulierbar ist, weil im Einzelfall eine Abgrenzung nur schwer möglich ist“ (Bücken 2008, 21).

Stemmer/Haubrock/Böhme (2008, 28 ff.) schätzen demgegenüber in ihrem Gutachten zu den zukünftigen Handlungsfeldern in der Krankenhauspflege die haftungsrechtliche Situation völlig anders ein, wobei sie die verschiedenen Sektoren differenziert betrachten: In der arzt nahen klinischen Versorgung ist die haftungsrechtliche Rechtsprechung auf die ärztliche Gesamtverantwortung abgestellt; der Krankenträger muss Facharztstandard sicherstellen und dafür Sorge tragen, dass jede vermeidbare Gefährdung der Patientin/des Patienten ausgeschlossen wird. Diese Tatsache fordert – so die AutorInnen – nicht zwangsläufig eine hierarchische Organisationsstruktur, sondern ist auch möglich in einer Organisationsform, „in der die Ärztin bzw. der Arzt im Team lediglich Primus inter pares oder gleichberechtigte PartnerIn ist“ (ebd., 31). Um Behandlungsfehler zu vermeiden, empfehlen die AutorInnen die Einführung eines Risikomanagementsystems (Stemmer/Haubrock/Böhme 2008, 30f; Haubrock 2008, 150 ff). Ist ärztliches Personal nicht anwesend, so weisen die AutorInnen in der Auseinandersetzung mit der entsprechenden höchstrichterlichen Rechtsprechung nach, wird schon heute „kaum auf die ärztliche Gesamtverantwortung abgestellt, sondern mehr oder weniger auf die Organisationspflichten der Einrichtung“ (Stemmer/Haubrock/Böhme 2008, 29).

Will man sich jedoch nicht ausschließlich auf eine sich etablierende Praxis in der Rechtsprechung verlassen, die sich aus Grauzonen in der Alltagspraxis entwickelt, so muss eine Neu-Allokation von Aufgaben für die Pflege langfristig mit Veränderungen im Berufsrecht einhergehen (Roßbruch 2008, 59). Die von Sträßner (2008) vorgetragene Forderung, den § 3 Abs. 3 KrPflG um einen Leistungskata-

log zu erweitern, der die Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf nichtärztliches Personal regelt, greift dabei bewusst sehr kurz. Wie bereits im Nachbarland Österreich geschehen, sind im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz Vorbehaltsaufgaben zu definieren, also Aufgaben, die ausschließlich von Pflegekräften erbracht werden dürfen. Darüber hinaus wären die heilkundlichen Aufgaben festzulegen, die Pflegenden zukünftig eigenverantwortlich übernehmen dürfen.

Parallel dazu ist außerdem eine Änderung im Bereich des Leistungsrechts - in erster Linie im Sozialgesetzbuch V - notwendig, um zukünftig eine angemessene Vergütung der übernommenen Leistungen zu gewährleisten (Wagner 2008, 87ff.).

## 2.1.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz kann als ein erster Schritt einer berufs- und sozialrechtlichen Novellierung gesehen werden, auf dessen Grundlage anhand von umfassenden Modellversuchen neue Möglichkeiten und Wege einer effektiveren und effizienteren Leistungsgestaltung des Gesundheitssystems erprobt werden können, um langfristig zu juristisch gut abgesicherten Positionen zu gelangen. Handwerkliche Fehler müssen dabei registriert und behoben werden (z.B. Roßbruch 2008, Sträßner 2008, Dielmann 2009). Im Kontext dieser Studie wird der neu entstandene gesetzliche Rahmen für die Pflege als Chance für eine Weiterentwicklung und Professionalisierung wahrgenommen.

Bei der Diskussion um eine Neuverteilung der Aufgabenbereiche in der Gesundheitsversorgung lassen sich zwei gegensätzliche Positionen herausarbeiten: Eine Position, wonach auf Beibehaltung der vertikalen Arbeitsteilung und auf Arztlastung durch Delegation von Einzeltätigkeiten abgehoben wird und eine zweite Position, die stärker die interprofessionelle Zusammenarbeit betont. Im Kontext der zweiten Position wird vorgeschlagen, komplexe Aufgabenzusammenhänge, die den vollständigen Handlungsprozess reflektieren, zu definieren und dann denjenigen Berufsgruppen die Verantwortung für einen Aufgabenkomplex zu übertragen, die am ehesten über die erforderlichen Kompetenzen verfügen (Stemmer/Haubrock/Böhme 2008, 37). Da aus der ersten Position kein Benefit für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung zu erwarten ist, schließt sich die Machbarkeitsstudie der zweiten Position an. Aus bildungstheoretischer Sicht, das sei im Vorgriff angemerkt, rechtfertigt auch nur die letzte Position eine akademische, wissenschaftlich qualifizierende Ausbildung in der Pflege.

## 2.2 Bestehende Erweiterungen des mit der Erstausbildung vermittelten Berufsbilds mit Blick auf Heilkunde

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Literatursichtung zu gegenwärtig bestehenden bzw. bereits entwickelten Erweiterungen des pflegerischen Berufsbilds durch auf die Erstausbildung aufsetzende Qualifizierungsangebote und Qualifikationsprofile dargestellt. Durch Analyse der in der Literatur beschriebenen Profile auf Gemeinsamkeiten wurden fünf Profilgruppen kategorisiert:

- Aufgabenkomplexe, die im Zusammenhang mit der Steuerung des gesamten Versorgungsprozesses von Menschen, die akut oder chronisch krank bzw. in ihrer Lebensgestaltung eingeschränkt sind (2.2.1);
- Aufgabenkomplexe, die im Zusammenhang mit Pflegeberatung stehen und die auf die Vorbeugung von gesundheitlichen Einschränkungen, die (Wieder-)Herstellung einer möglichst selbständigen Lebensführung und die individuell angepasste Information über mögliche Hilfesysteme gerichtet sind (2.2.2);

- Aufgabenkomplexe, die im Sinne von aufsuchender Pflege auf die Unterstützung von Familiensystemen als umfassende Gesundheitsfürsorge zielen (2.2.3);
- Aufgabenkomplexe, die im Sinne von Arztunterstützung und Arztersatz die medizinisch-pflegerische Versorgung von PatientInnen mit definierten Gesundheitsproblemen in den verschiedenen Settings des Gesundheitswesens im Blick haben (2.2.4);
- Aufgabenkomplexe, die auf Spezialisierung der Fachkompetenz in definierten pflegerischen Handlungsbereichen zielen (2.2.5).

Diese Profile werden jeweils beschrieben und im Anschluss daraufhin analysiert, ob und inwiefern sie Elemente der Heilkunde aufweisen und ob die erforderlichen Kompetenzen vom Umfang her im Rahmen eines Bachelorprogramms erworben werden können.

### 2.2.1 Profile im Rahmen des Versorgungsmanagements

Die in diesem Komplex betrachteten Aufgabenprofile lassen sich auf das Grundverständnis von Versorgungsmanagement zurückführen, das Versicherten Unterstützung bei der Lösung von Problemen im Übergang zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen zusichert (SGB V, §11 Abs. 4). Das Versorgungsmanagement zielt in einem umfassenderen, pflegewissenschaftlich begründeten Verständnis auf eine patientInnenorientierte innersektorale und sektorübergreifende Gestaltung und Strukturierung von Versorgungsabläufen. Für diese komplexen Aufgabenstellung ist die Berufsgruppe der Pflegenden Stemmer/Haubrock/Böhme (2008, 22; 26) zufolge am besten qualifiziert, da hierfür ein rein medizinischer Blick nicht ausreichend, sondern eine umfassende Betrachtung der Situation des/der PatientIn unter Berücksichtigung lebensweltlicher und alltagsorientierter Aspekte erforderlich ist. Andererseits sind aber auch fundierte medizinische Kenntnisse unabdingbar, was Pflegende wiederum den SozialpädagogInnen voraus haben (Stemmer/Haubrock/Böhme 2008, 41; Stemmer 2003, 17f.). Die pflegerische Perspektive auf das Versorgungsmanagement legt den Fokus auf das Interesse der PatientInnen und damit auf eine qualitative Verbesserung ihrer Versorgung, gleichzeitig sollen durch Versorgungsmanagement aber Prozessabläufe gesteuert, Überschneidungen und Leerläufe vermieden und Effizienz gesteigert werden. Pflegende sind hier also in einer Doppelrolle sowohl Anwältin der PatientInnen als auch Akteure im Gesundheitssystem und einer darin verorteten Organisation und beiden Seiten verpflichtet.

Der sektorübergreifenden und interdisziplinären Versorgung lässt sich der Ansatz der ‚Integrierten Versorgung‘ zuordnen. Intersektorales Versorgungsmanagement wird gegenwärtig noch nicht realisiert. „Doch obwohl Einvernehmen dahingehend besteht, dass für eine integrierte und kontinuierliche Versorgung ein Zusammenwirken aller Gesundheits- und Sozialprofessionen erforderlich ist, harrn die professionsübergreifenden Herausforderungen noch weitgehend der Bearbeitung.“ (Schaeffer/Ewers 2006, 201f)

In der innersektoralen Versorgung im Krankenhausbereich erfolgt das Versorgungsmanagement auf der Basis von Klinischen (Behandlungs-)Pfaden bzw. Clinical Pathways.<sup>3</sup> Nach Kellnhauser (2003) wird der Kerngedanke Klinischer Pfade damit umschrieben, dass die PatientInnen über die mit der zugeordneten DRG zur Verfügung stehenden Aufenthaltstage nach einem standardisierten Behandlungsplan strukturiert durch den Klinikaufenthalt geleitet werden. Damit werden Prozessabläufe optimiert, Ressourcen werden effizient eingesetzt und Kosten weitestgehend transparent. Dieses Prin-

---

<sup>3</sup> Folgende Begrifflichkeiten werden synonym verwendet: Critical Pathway, Kriterienorientierte Durchleitung, Patientenpfade, Patientenbehandlungspfade bzw. standardisierter Behandlungsplan (Hellige/Stemmer 2005)

zip suggeriert die lineare Planbarkeit der Abläufe in der gesundheitlichen Versorgung, punktuell um Algorithmen häufiger Komplikationen erweitert. Kritisiert wird an einer solchen Konzeption von klinischen Pfaden die „sehr technisch-pragmatische(.) Ausrichtung“ und die Orientierung an der medizinischen Diagnose (Hellige/Stemmer 2005, 178f.). Stemmer und Hellige (2005, 181), die den Einsatz von klinischen Pfaden im Rahmen des Versorgungsmanagements grundsätzlich bejahen, fordern deshalb eine pflegewissenschaftlich fundierte Entwicklung von am Pflegebedarf und den Ressourcen der PatientInnen ausgerichteten Behandlungspfaden. Gleichzeitig sprechen sie sich für offenere Konzepte von Behandlungspfaden aus, die ‚situationselastisch‘ sind und der letztlichen „Unplanbarkeit z.B. des Zustandes und der Befindlichkeit der Patienten, der konkreten Kompetenz der professionell Tätigen sowie der momentanen Auslastung der von der Institution vorgehaltenen Ausstattung“ Rechnung tragen (ebd. 181).

Ein weiteres Aufgabenprofil im Bereich des Versorgungsmanagements lässt sich mit dem Begriff „Case Management“ fassen. Gegenüber den zuvor beschriebenen Profilen verschiebt sich der Blick vom Prozess der Versorgung auf die Betrachtung des Falls, was zur Folge hat, dass „die neu gestalteten Prozesse tendenziell dem Patienten folgen und nicht der Patient den Prozessen“ (Offermanns 2008, 98). Durch die Fallorientierung kommt die sozialpädagogische Komponente des pflegerischen Handelns verstärkt zum Ausdruck, was zu Interessenkollisionen zwischen den beiden Berufsgruppen führen kann. Von einem Case Management, das vornehmlich im Dienste krankenhausesökonomischer Interessen steht (Offermanns 2008), lassen sich umfassendere Konzepte des Case Managements abheben, bei denen die Aufgabe der/des Case Managers/Managerin in der Überleitung und der kontinuierlichen Begleitung durch die verschiedenen Sektoren des Versorgungssystems gesehen wird und alle Ebenen (Mikro-, Meso- und Makroebene) gleichermaßen einbezogen und dabei sowohl die Versorgungsstrukturen als auch die Aufgabenbewältigung im Einzelfall beachtet werden (Wendt 2008, 9).

Die Profile im Umfeld eines Versorgungsmanagements beinhalten die pflegebezogene Steuerung des gesamten Prozesses der gesundheitlichen Versorgung, womit sich beispielsweise Parallelen zur Hausarztstätigkeit ergeben. Eine Professionalisierung im Sinne von Verantwortungsübernahme ist hier gegeben. Allerdings ist die Aufgabe sehr stark manageriell ausgerichtet und erfordert neben pflegewissenschaftlichen insbesondere betriebswirtschaftliche und Managementkenntnisse und weniger heilkundliche Kompetenzen. Außerdem ist die Aufgabe derart komplex, dass die dazu befähigende Ausbildung eher auf Masterebene anzusiedeln ist. Dies gilt ebenso für die Anforderungen, die für das Case-Management umrissen wurden.

## 2.2.2 Profile im Rahmen der Pflegeberatung

Zum 01.01.2009 wurde – ebenfalls in der Folge des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes – der einklagbare Rechtsanspruch auf eine unabhängige und kostenfreie Pflegeberatung im Sozialgesetzbuch XI verankert. Dieser umfasst die Information und Beratung „(...) bei der Auswahl und Inanspruchnahme von (...) Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind (...)“ (§ 7a Abs. 1 SGB XI). Die Pflegekassen sind aufgefordert, entsprechend Pflegeberater in Pflegestützpunkten bereitzustellen und dabei Pflegefachkräfte einzubinden (§ 7a Abs. 4/§ 92c Abs. 2 SGB XI), wobei auf Wunsch Personen, die von den KlientInnen akzeptiert werden, in die Beratung einbezogen werden können und die Beratung auch in der häuslichen Umgebung der Klientin/des Klienten erfolgen kann.

Hasseler und Meyer (2006) sehen die Aufgaben der Pflegeberatung im Unterschied zu diesen eher auf Information über mögliche Sozialleistungen konzentrierten Beratungsangeboten stärker im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention, wobei die Beratung auf die Förderung von individu-

ellen Möglichkeiten zur Gesunderhaltung bzw. Vermeidung zunehmender Einschränkungen oder Folgeschäden z.B. durch chronische Erkrankungen abzielt. International haben sich auf kommunaler Ebene bzw. im gemeindenahen Raum die pflegerischen Berufsprofile der Public Health Nurse oder der Community Health Nurse entwickelt, deren Erfolg „an der Verbesserung der Gesundheit definierter Bevölkerungsgruppen und verbesserten Qualität bestimmter Lebensindikatoren gemessen“ werden kann (Hasseler/Meyer 2006, 43). Auch präventive Hausbesuche bei alten Menschen mit dem Ziel der Unterstützung bei der Bewahrung der Selbständigkeit und dem Erhalt oder der Verbesserung von Lebensqualität im Alter und damit der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit stellen in diesem Sinne eine Form der Pflegeberatung und ein zukunftsorientiertes Aufgabenfeld für Pflegenden dar, für das die Wirksamkeit in zahlreichen internationalen Studien belegt ist. In Deutschland befinden sich solche Konzeptionen bislang noch in der Projektphase und sind damit noch nicht durch schlüssige Finanzierungsmodelle abgesichert (Grusdat 2006, 139f.).

Bei den Konzepten im Umfeld der Pflegeberatung entsprechend den gesetzlichen Vorgaben im SGB XI wird Beratung vielfach sehr eng mit Informationsvermittlung und dem Zurverfügungstellen von Medien assoziiert. Für diese Konzepte wäre eine Qualifizierung auf Bachelorniveau ausreichend. Pflegeberatung im Sinne von Gesundheitsförderung und Prävention setzt jedoch eine ausgebildete sozialwissenschaftlich begründete Schulungs- und Beratungskompetenz, verbunden mit fundierten pflegerischen, medizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Kenntnissen voraus (ebd. 141f.; 153ff.) und kann in dieser Breite erst auf Masterebene erworben werden. Heilkundliche Kompetenz ist für dieses Profil eher weniger erforderlich, denn die heilkundlichen Entscheidungen werden in diesem Profil zwar kommuniziert, aber nicht getroffen.

### 2.2.3 Profile im Rahmen der Haus- und Familienpflege

In der Folge einiger medienwirksam publizierter Ereignisse um die Vernachlässigung von Kindern und dokumentierter familiärer Gewalt (z. B. die ZEIT vom 19.10.2006: Tod in Bremen)<sup>4</sup> hat die Diskussion um das Konzept der Familiengesundheitspflege/Family Health Nurse in den letzten Jahren zugenommen. Die feste Etablierung dieses Berufsprofils wird hier im Sinne eines Frühwarnsystems und als Teil des Kinderschutzprogrammes gesehen (DBfK 2007: 14). Schon auf der WHO-Konferenz im Jahr 2000 in München wurde den Pflegenden und Hebammen diesbezüglich eine zentrale Rolle zugewiesen. In der Folge wurden, orientiert an internationalen Beispielen, Modellprojekte zur Qualifizierung und Realisierung durch das BMG und die Robert Bosch Stiftung gefördert.

Familiengesundheitspflege hat, wie das oben beschriebene Profil der Pflegeberatung auch, die Gesundheitsförderung und Gesunderhaltung im Blick und ist dabei auf das primäre System der Klientin bzw. des Klienten, also in der Regel die Familie, ausgerichtet. Die Familiengesundheitspflegerin / der Familiengesundheitspfleger ist pflegewissenschaftlich, aber auch gesundheits- und sozialwissenschaftlich ausgebildet und verfügt insbesondere über die Kompetenz, systemisch wahrzunehmen und zu denken. Familiengesundheitspflege stellt ein niedrigschwelliges, aufsuchendes Angebot insbesondere für vulnerable Gruppen mit ihren besonderen Problemlagen dar, z.B. für Alleinerziehende, MigrantInnenfamilien, Mehrkindfamilien mit bildungsfernem Hintergrund aber auch für chronisch kranke und/oder pflegebedürftige Menschen oder alleinstehende ältere Menschen (DBfK 2007, 12). Die Aufgaben liegen im Bereich der Unterstützung, Beratung und Begleitung und zielen ebenfalls vor allem auf ein Empowerment des Systems und seiner Mitglieder.

---

<sup>4</sup> Online unter: <http://www.zeit.de/2006/43/Bremen> [Zugriff: 07.05.2010]

Das Profil der Familiengesundheitspflege setzt bei den Pflegenden ebenfalls ein hohes Ausmaß an Beratungskompetenz voraus, wobei der Schwerpunkt im Unterschied zum „einfachen“ Beratungsprofil stärker in einem sozialpädagogischen/sozialtherapeutischen Kontext verankert ist und medizinisches und gesundheitswissenschaftliches Fachwissen stärker in den Hintergrund tritt. Das Profil enthält damit keine heilkundliche Erweiterung und setzt wie die Profile zuvor eine Qualifizierung auf Masterebene voraus.

## 2.2.4 Profile mit der Zielsetzung von Arztersatz/Arztunterstützung

Die Klinischen PflegespezialistInnen (Advanced Practice Nurse, APN) verfügen entsprechend der Definition des International Council of Nurses (ICN) in umschriebenen Bereichen über ein ExpertInnenwissen und erweiterte klinische Kompetenzen und sind zur Entscheidungsfindung auch in komplexen Fallsituationen befähigt (ICN 2005, zit. n. Stöcker 2006; Stemmer/Böhme 2008, 204). Ausgebildete Klinische PflegespezialistInnen handeln in komplexen Situationen selbstständig, gewährleisten die Kontinuität der Versorgung, steuern diese – vielfach unter Übernahme der Führungsrolle – in interdisziplinären Teams, übernehmen in diesem Rahmen soweit nötig und sinnvoll medizinische Aufgaben und führen eigenständige Interventionsprogramme durch, die für gezielte Bedarfe entwickelt wurden (Stemmer/Haubrock/Böhme 2008, 106 ff.; de Jong o.J.). Beispiele für Aufgabenfelder der Klinischen PflegespezialistInnen bestehen in der eigenständigen Leitung von spezialisierten stationären Einheiten (nurse-led clinics) z. B. für Wundpflege oder in der Entwicklung und Implementation eines Überleitungsmanagementkonzepts für besonders vulnerable Zielgruppen (De Geest et al. 2008, 622). In den Niederlanden, wo das Modell ebenfalls etabliert ist, wurden zum Beispiel folgende Aufgabenfelder entwickelt: die poliklinische Versorgung von Kindern mit Asthma, die poliklinische und klinische Versorgung von PatientInnen mit onkologischen Erkrankungen sowie die Begleitung geistig behinderter Menschen in stationären Einrichtungen (de Jong o. J.). Eine spezielle Gruppe der Advanced Practice Nurses stellen die Nurse Practitioners (NP) dar, ein Modell, das als Folge des Ärztemangels in den USA entstanden ist. Die NP übernehmen Hausarztaufgaben, führen zum Teil sogar selbstständig und eigenverantwortlich niedergelassene Praxen und verfügen dann auch über ein volles Verschreibungsrecht (De Geest et al. 2008, 622).

In ihrem Resümee aus verschiedenen Studien und Reviews kommt Stemmer (2008, 78) zu dem Schluss, dass die „selbstständige leitfadengestützte Übernahme ausgewählter diagnostischer und therapeutischer Aufgaben durch qualifizierte Pflegefachpersonen ohne Qualitätsverlust möglich zu sein [scheint; d.V.]. Der wesentliche Unterschied zwischen den Arbeitsfeldern der ÄrztInnen und der Pflegenden besteht in dem Grad der Spezialisierung.“ Zum Teil wird beobachtet, dass die intensivere PatientInnenbegleitung mit längeren Kontaktzeiten im Rahmen einer erweiterten Pflegepraxis mit einer erhöhten PatientInnenzufriedenheit im Vergleich zur ärztlichen Betreuung und zum Teil auch mit einer erhöhten Versorgungsqualität einher geht (ebd.).

Von allen rezipierten AutorInnen wird übereinstimmend festgestellt, dass die erweiterte Pflegepraxis durch PflegespezialistInnen „einen höheren akademischen Bildungsgrad der Pflegepersonen sowie die Integration von Forschung in die Pflege“ und damit einen universitären Bildungsabschluss voraussetzt und Pflegenden mit diesem Qualifikationsprofil [...] in der Regel über einen größeren autonomen Verantwortungsbereich [verfügen; d.V.]“ (Stemmer 2008, 108; außerdem: ICN 2005; Sachs 2007; Stöcker ; DBfK 2007; de Jong o.J., De Geest et al. 2008)

Für den Klinikbereich wurden in den vergangenen Jahren Weiterqualifizierungsprofile mit dem Ziel der Arztlastung und Kostenreduktion konzipiert, wobei diese Profile im Ausland zum Teil auf dem Niveau der Klinischen PflegespezialistInnen bzw. Advanced Nurse Practitioner gesehen werden. Als

populäre Beispiele wären hier die Medizinischen AssistentInnen für Anästhesie (MAfA) oder die Fachpflegekraft für Endoskopie („Nurse Endoscopists“) zu nennen.

Bei den Klinischen PflegespezialistInnen (Advanced Nurse Practitioner) erfolgt ohne Zweifel eine heilkundliche Profilierung. Das Profil wird allerdings international durch ein Masterstudium, aufbauend auf einem Bachelorabschluss und i. d. R. mehrjähriger Berufspraxis ausgebildet (De Geest/Moons/Callens/Gut/Lindpaitner/Spirig 2008, 622).

### **2.2.5 Profile im Rahmen der Weiterentwicklung einer spezifischen Pflegekompetenz**

Die Möglichkeiten von Aufgabenprofilen für Pflegende sind letztlich noch um solche Profile zu vervollständigen, die bislang schon fest im Bereich der Fachweiterbildungen etabliert sind.

Das betrifft zunächst die Weiterbildung in verschiedenen Funktionsbereichen wie z.B. Intensivpflege, Anästhesiepflege, OP-Pflege und Psychiatriefachpflege. Daneben stehen Spezialisierungen für bestimmte umfassende Pflegeaufgaben wie Wundmanagement, Kontinenzförderung, Stomatherapie und -versorgung, Ernährungsmanagement, Ernährungs- und Diabetesberatung oder Schmerzmanagement (DBfK 2007: 23).

Diese Profile stellen pflegerische Spezialisierungen bzw. Vertiefungen dar, beinhalten aber keine heilkundliche Erweiterung des pflegerischen Berufsprofils.

### **2.2.6 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen**

In diesem Abschnitt wurde untersucht, welche gegenüber der Primärqualifikation erweiterten Aufgabenprofile für Pflegende sich in der einschlägigen Literatur identifizieren lassen, inwiefern sie heilkundliche Tätigkeiten implizieren und welche Qualifizierungserfordernisse damit verbunden werden.

Zusammenfassend kann folgende Einschätzung getroffen werden:

- Eine Erweiterung des pflegerischen Qualifikationsprofils um heilkundliche Tätigkeiten beinhalten die Profile „Klinische PflegespezialistInnen“ und „Versorgungsmanagement“, letzteres allerdings nur mit Einschränkungen. Die anderen beiden Profile stellen eher eine sozialpädagogische und/oder psychologische Erweiterung dar.
- Die ermittelten Handlungsfelder, auch das Profil „Klinische PflegespezialistInnen“, sind größtenteils mit höchst komplexen Anforderungen verbunden und setzen sowohl klinische Erfahrung als auch spezialisierte Kenntnisse und entwickelte wissenschaftliche, personale und sozial-ethische Reflexionsfähigkeit voraus. Mit diesen Kompetenzanforderungen überschreiten die beschriebenen Profile ein primärqualifizierendes Ausbildungsniveau und sind vielmehr auf Masterniveau anzusiedeln, was im internationalen Vergleich auch eher die Regel ist.

Für das zu entwickelnde Profil wird aus diesen Ergebnissen die Konsequenz abgeleitet, dass das Profil für einen primärqualifizierenden Studiengang, der eine heilkundliche Zusatzqualifikation einschließt,

sowohl in Richtung auf weiterführende Studiengänge (Masterebene) als auch im Hinblick auf eine fachschulische Berufsausbildung abzugrenzen ist und dass die erweiterten Kompetenzen nicht zu umfassend sein dürfen, sondern im Rahmen eines Bachelorstudiums neben der Primärqualifikation noch fundiert angebahnt werden können.

## 2.3 Fragestellung und Methoden

### 2.3.1 Fragestellung und Forschungsdesign

Auf der Basis der Literaturrecherche zur Diskussion um die Neuverteilung von Aufgabenbereichen in der Gesundheitsversorgung einerseits und zu pflegerischen Berufsbildern und Handlungsfeldern andererseits erfolgte eine zweifache Fokussierung der Fragestellung:

- Die Machbarkeitsstudie folgt der Argumentation von Stemmer/Haubrock/Böhme (2008), d. h. es wurde nicht die Definition von Einzeltätigkeiten angestrebt. Die Fragestellung wurde vielmehr dahingehend konkretisiert, nach zusammenhängenden heilkundlichen Aufgabenkomplexen zu suchen, die eine Nähe zum Kern pflegerischen Handelns aufweisen.
- Viele der in der Literatur diskutierten Profile für erweiterte heilkundliche Kompetenzen werden international erst auf Masterniveau erworben, wobei zwischen Bachelor- und Masterstudium außerdem oftmals eine mehrjährige Berufserfahrung verlangt wird. Dies gilt z. B. für das Profil Beratung und Anleitung von PatientInnen mit chronischen Erkrankungen oder das Profil Steuerung von Versorgungsprozessen (Care- und Case- Management). Mit der Basisqualifizierung von Pflegenden ist im Unterschied zur derzeitigen deutschen Regelung international i. d. R. noch keine Schwerpunktsetzung verbunden. Aus diesen Beobachtungen wurde für das zu entwickelnde Profil die Fragestellung abgeleitet, solche Aufgabenkomplexe zu ermitteln, die nicht zu umfassend sind und für die die erforderlichen Kompetenzen und Qualifikationen realistischerweise im Rahmen eines Bachelorstudiums aufgebaut bzw. erreicht werden können.

Die daraus abgeleitete Aufgabenstellung für den ExpertInnenworkshop lautete:

*Angestrebt wird eine Qualifizierung von Pflegenden mit heilkundlicher Kompetenz im Sinne einer heilkundlichen Erweiterung der Pflegekunde (auch: therapeutisch wirksame Pflege) und nicht im Sinne der Qualifizierung für arztentlastende Tätigkeiten. Dabei besteht die Herausforderung darin, einerseits zu definieren, welche Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen die AbsolventInnen des zu konzipierenden Studiengangs durch eine heilkundliche Erweiterung (entsprechend SGB V, §63 Abs. 3c) zusätzlich erwerben, die über die berufsfachschulischen Ausbildungen in den Pflegeberufen hinaus gehen und andererseits die Grenze gegenüber der Qualifizierung auf Masterniveau zu bestimmen.*

Diese Fragestellung ist Gegenstand der Qualifikationsforschung, die auf die Identifikation von Qualifikationsanforderungen in einem Beruf gerichtet ist. In Deutschland hat sich in Abgrenzung zu einer engen sozialwissenschaftlich orientierten Qualifikationsforschung eine berufswissenschaftliche Qualifikationsforschung etabliert, die darüber hinaus arbeitswissenschaftliche, arbeitspsychologische, industriesoziologische, berufspädagogische und curriculare Felder aufgreift und auf den Zusammenhang zwischen den im beruflichen Handeln enthaltenen Kompetenzen, der Entwicklung von Berufsbildern und der Auswahl und Legitimation von Zielen, Inhalten und Strukturen beruflicher Bildung abzielt (Rauner 2002). Eine etablierte Methode in der berufswissenschaftlichen Qualifikationsforschung stellen sog. Experten-Facharbeiter-Workshops dar (Becker/Spöttl 2008, 119 ff.). Die Methode eignet sich sowohl, um die Qualifikationsentwicklung in relevanten Untersuchungsfeldern zu ermit-

teilen als auch, um das Wissen und Können von Fachkräften zu identifizieren (ebd.) und kam daher in der vorliegenden Studie zum Einsatz. Da auch Personen aus der direkten Pflege als ExpertInnen für ihr Handlungsfeld bezeichnet werden können, ist im Folgenden nur vom „ExpertInnenworkshop“ die Rede.

### 2.3.2 Datenerhebung und -auswertung

Das Sample der TeilnehmerInnen des ExpertInnenworkshops wurde nach dem Prinzip der maximalen Variation der Perspektiven zusammengesetzt. Neben TeilnehmerInnen aus dem Feld der Pflege waren VertreterInnen der Rechtswissenschaft, der Krankenkassen, aus der Gesundheitspolitik und seitens der Berufsverbände beteiligt. Weiterhin nahmen Mediziner aus unterschiedlichen Settings (Hausarztpraxis und Krankenhaus) sowie VertreterInnen der Hochschulplanung teil. Aus dem Feld der Pflege wurden TeilnehmerInnen aus Pflegewissenschaft, Pflegebildung und Pflegepraxis eingeladen, die TeilnehmerInnen der Pflegepraxis stammten aus unterschiedlichen Settings (stationäre Altenpflege, ambulante Pflege, Krankenhaus).

Der ExpertInnenworkshop gliederte sich in zwei Befragungsrunden. Die erste Befragungsrunde wurde in zwei Teilgruppen durchgeführt und von Ingrid Darmann-Finck und Sabine Muths moderiert. Folgende Leitfragen standen im Mittelpunkt:

- Welche spezifischen Merkmale des Pflegehandelns müssen als das „genuin Pflegerische“, als „Pflegekunde“ in das Zentrum der Kompetenzentwicklung gestellt werden?
- Für welche Zielgruppe(n) bestehen besondere Bedarfe an spezialisierter pflegerischer und -damit eng verknüpft - heilkundlicher Versorgung?
- Welche Aufgaben eines erweiterten Pflegehandelns können für diese Zielgruppen möglichst exakt umschrieben werden und welche sollen im Sinne einer heilkundlichen Kompetenz neu hinzu kommen?
- In welchen Settings werden AbsolventInnen mit den sich hier abzeichnenden Kompetenzen in besonderem Maße gebraucht?

Dabei sollten die DiskutantInnen auch berücksichtigen, ob die jeweils fokussierte Aufgabe für einen Bachelorstudiengang geeignet ist.

Die zweite Befragungsrunde, die von Ingrid Darmann-Finck und Sabine Muths gemeinsam moderiert wurde, erfolgte im Plenum. Sie diente der Überprüfung der mit den im ersten Schritt ermittelten Profilen verbundenen Chancen und Risiken u. a. in Bezug auf

- die qualitative Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung
- die Employabilität der AbsolventInnen
- die gesundheitsökonomischen Einsparpotenziale
- die Professionalisierung der Pflege im internationalen Vergleich.

Die Diskussionen während des ExpertInnenworkshops wurden auf Tonband aufgenommen, transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet (Mayring 2006).

## 2.4 Ergebnisse

Im Rahmen der Diskussionen wurden zwei grundsätzliche Bedenken gegen das in Bremen geplante Vorhaben vorgebracht:

- Die Absicht, mit dem Profil eine Spezialisierung vorzunehmen, widerspricht dem Anspruch einer Erstausbildung auf breite Basisqualifizierung.
- Die Intention des Gesetzgebers entspricht vermutlich nicht dem Bremer Anliegen, das Qualifikationsprofil ausgehend von einer sinnvollen heilkundlichen Erweiterung der Pflegekunde zu konzipieren, vielmehr zielt das Gesetz primär auf Einsparpotenziale durch Arztentlastung ab.

Neben einer Bestimmung des genuin Pflegerischen (2.4.1) werden im Folgenden die Aussagen der ExpertInnen zu vier Profilen zusammengefasst, die in den Kapiteln 2.4.2 – 2.4.5 vorgestellt werden. Lediglich das Profil C (2.4.4) stellt eine Erweiterung nach SGB V, § 63 Abs. 3c dar.

## 2.4.1 „Pflegekunde“ – zur Bestimmung des genuin Pflegerischen

In Abgrenzung zur Heilkunde stehen für die Pflege die Folgen der Symptome im Rahmen eines Gesundheit einschränkenden oder Krankheit bedingenden Geschehens im Mittelpunkt und nicht die Ursachen. Entsprechend weitet sich der Blick, mit dem das Geschehen betrachtet wird und damit verbunden die Art des PatientInnenbezugs und der PatientInnenversorgung gegenüber der medizinischen Sichtweise. Pflege nähert sich den Menschen eher ressourcenorientiert und hat Lebensqualität und Selbständigkeit der KlientInnen im Auge. Pflege wird damit als eine Form von Hilfehandeln verstanden, mit dem Ziel der Befriedigung von Lebensbedürfnissen und der Verbesserung der Lebensqualität, was bis hin zu einer Übernahme von Lebensaktivitäten führen kann. Wie wichtig diese multiperspektivische pflegerische Sichtweise ist, wird insbesondere dann deutlich, wenn aus medizinischer Sicht Ursachen eher unklar sind und medizinterapeutische Maßnahmen kaum oder wenig greifen, wie z.B. im Falle von Menschen mit unklarer Verwirrtheitssymptomatik bzw. Demenzerkrankung.

Als in besonderer Weise spezifisch und das genuin Pflegerische kennzeichnend sind die Zugangswege zu den PatientInnen zu bezeichnen: einerseits wird in vielen Pflegesituationen ein starker Leib-Körperbezug hergestellt und andererseits ist Pflege zumeist eine beziehungsbasierte und emotive Tätigkeit, die Beratung, Begleitung und Unterstützung bietet. Pflegenden sind somit sowohl körperlich und damit eigenleiblich als auch in der Beziehungsgestaltung kommunikativ bzw. interaktiv gefordert, wobei eine zentrale Herausforderung darin besteht, die eigene Identität zu schützen, möglichst unter Wahrung eines guten, förderlichen Pflegekontakts. Als eine grundlegende Voraussetzung pflegerischen Handelns wurde weiterhin die Entwicklung einer pflegespezifischen, ethisch fundierten Haltung benannt, die auch als Caring (Sorge und auch Fürsorge) umschrieben wird.

Pflege, darin der Medizin und anderen Professionen ähnlich, verbindet wissenschaftliche Fundierung mit praktischer Handlungskompetenz und folgt damit einer doppelten Handlungslogik zwischen wissenschaftlich legitimierten allgemeingültigen Regeln und praktischer Entscheidung im Einzelfall. Daraus resultieren erhebliche Ansprüche hinsichtlich einer wissenschaftlichen Fundierung des technisch-instrumentellen Regelwissens einerseits und bezüglich hermeneutischer und reflexiver Fähigkeiten andererseits.

Betont wird weiterhin der Prozesscharakter des pflegerischen Handelns. Dieser findet sich einerseits in der Begleitung individueller Prozessverläufe und stellt damit die bislang dargestellten pflegегenuinen Aufgaben in den Zusammenhang einer Verlaufskurvenarbeit. Auf der anderen Seite wird Prozessorientierung aber auch eher systemisch verstanden und ist dann vor allem linear ausgerichtet auf die effektive Gestaltung und Organisation von Behandlungspfaden.

## 2.4.2 Profil A: Erweiterung nach SGB V, § 63 Abs. 3b, keine heilkundliche Erweiterung

### Profil A1: Prozessbegleitung/Verantwortung in der Häuslichen Pflege mit spezifischer Verordnungskompetenz

Dieses Profil konzentriert sich auf eine Umsetzung des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes in Hinblick auf SGB V, § 63, Abs. 3b – die Ausgestaltung der häuslichen Pflege und die Verordnung von Pflegehilfsmitteln und Verbandmitteln. Der Schwerpunkt würde in der prozesshaften Gestaltung der gesamten Pflege in dem Setting der häuslichen Pflege liegen, was auch die eigenständige Gestaltung der Aushandlungsprozesse mit Versicherungsträgern/Krankenkassen und VersicherungsnehmerInnen bzw. deren Angehörigen und Betreuungspersonen einschließt, ohne dass Ärzte dabei weiterhin in den Aushandlungsprozess eingeschaltet sind.

Ein derartiges Profil birgt **keine** heilkundliche Erweiterung, muss aber in die Ausbildung integriert werden, weil es zukünftig auch zur Kompetenz von fachschulisch ausgebildeten Pflegenden gehört.

## 2.4.3 Profil B: keine Erweiterung im Sinne des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes

### Profil B1: Anleitung und Schulung

Die Anleitung und Supervision von Hilfskräften und Angehörigen stellt nach Ansicht der ExpertInnen im Workshop zukünftig eine zentrale Aufgabe vor allem auch der akademisch ausgebildeten Pflegekräfte dar, da von einer stärkeren Hierarchisierung bzw. einem Grade-Mix in der Aufgabenverteilung ausgegangen werden muss. Eine akademische Ausbildung, die auch pädagogische Anteile hat, müsste dazu befähigen, Pflegenden niedrigerer Ausbildungsniveaus „in einem guten Sinne“, „sensibel“ anzuleiten und ihre Arbeit zu kontrollieren. Eingeschlossen wäre damit auch die Fähigkeit, Kompetenzen und Grenzen von MitarbeiterInnen fachgerecht wahrzunehmen und Arbeitsaufgaben verantwortlich zu delegieren und als Professionelle die Prozessverantwortung zu übernehmen. Mit der hier umrissenen Profilbeschreibung wird auf einen Bedarf reagiert, der sich durch Veränderungen der Pflegelandschaft und der arbeitsmarktpolitischen Strukturen zunehmend verstärken wird.

Das Profil nimmt Aspekte einer heilkundlichen Zusatzqualifizierung **nicht** auf und muss eher als wichtiger Hinweis für die Ergänzung eines zu entwickelnden Profils einer akademischen Basisausbildung eingeschätzt werden.

### B 2: Pflegerische Begleitung und Versorgung von Menschen mit Verwirrheitssymptomen/Einschränkungen der Hirnleistungen (HLSA)

Das unter diesen Stichworten zusammengefasste Profil wird durch eine Zielgruppe bestimmt, für die schon gegenwärtig ein hoher Versorgungsbedarf mit prognostiziertem progredienten Anstieg besteht und für die zugleich bereits heute erhebliche Versorgungslücken bestehen: die Gruppe überwiegend älterer Menschen mit erworbenen Hirnleistungsstörungen– so die Definition eines an der Diskussion beteiligten Mediziners. Diese Zielgruppe wird in beiden Diskussionsgruppen explizit angesprochen, wobei sich der Fokus durch die Wahl der Bezeichnung jeweils etwas verschiebt: Aus der Perspektive der in der Altenpflege tätigen Diskutanten wird zunächst von dementiell Erkrankten bzw. von demenzen alten Menschen oder PatientInnen/BewohnerInnen/KlientInnen mit Demenz gesprochen. Aus Sicht eines Mediziners wird der Begriff der Hirnleistungs- oder Hirnfunktionsstörung (HLSA) vorgeschlagen, da dieser weiter gefasst ist und mehrere Erkrankungen mit vergleichbaren Symptomatiken umschreibt. Aus pflegewissenschaftlicher Sicht wird die Fokussierung eines pflegkundlich ausgerich-

teten Studiengangs auf ein Krankheitsbild oder eine Organstörung problematisiert. Man einigt sich auf die Ausrichtung an einer Symptomatik: „Menschen mit Verwirrtheitsymptomen“.

Neben der für diese Zielgruppe aufgrund der demografischen Entwicklung vorhergesagten Bedarfslage wird dieses Profil auch damit begründet, dass hier pflegkundliche/pflegetherapeutische Konzepte, die an der Lebenswelt der Betroffenen ansetzen und ressourcenorientiert ausgerichtet sind, im besonderen Maße zum Tragen kommen. Medizintherapeutische, die Symptomatiken ursächlich angehende Behandlungsformen sind dagegen eher sekundär oder auch kaum erfolgversprechend, die Pflege könnte bei dieser Zielgruppe also ihr spezifisches Profil anbringen und weiterentwickeln. Im Kontext eines pflegewissenschaftlichen Studienganges könnten spezifische Konzepte für Menschen mit Verwirrtheitsymptomen reflektiert und in Bezug auf ihre interne und externe Evidenz evaluiert werden. Kommunikative, pädagogische und psychologische Kompetenzen müssten vertiefend spezifisch vermittelt werden.

Mit der vorstehenden Profilbeschreibung wird – darüber bestand im Workshop Konsens – auf einen erkennbaren Bedarf in der gesundheitlichen und v.a. pflegerischen Versorgung reagiert, der in erster Linie dem demografischen Wandel geschuldet ist. Für dieses Profil wurde aber **keine** heilkundliche Zusatzqualifizierung ausgewiesen. Schon jetzt ist die Thematik „Demenz“ ein Schwerpunkt in der Altenpflegeausbildung, aufgrund ihrer demografischen Bedeutung sollte sie auch in dem zu konzipierenden Bildungsangebot entsprechendes Gewicht erhalten. Eine Ausweitung des Profils in Richtung „Geriatric Nurse“ wäre demgegenüber erst auf Masterebene anzusiedeln.

#### 2.4.4 Profil C: Erweiterung nach SGB V, § 63, Artikel 6, Abs. 3c

C: Prozessbegleitung /-verantwortung mit spezifischer Kompetenz in der Fortschreibung von ausgewählten Medikationen und Heilmitteln bei...

C 1: ... PatientInnen mit Schmerzzuständen

C 2: ... PatientInnen mit eingestelltem Diabetes mellitus

C 3: ... PatientInnen, die Blutgerinnungsmittel erhalten

C 4: ... PatientInnen mit chronischen Wunden

Im klinischen Setting wird den Pflegenden bereits heute – entsprechendes Wissen, Beobachtungsgabe und Erfahrung vorausgesetzt – aufgrund ihrer unmittelbaren Nähe zur Patientin/zum Patienten die rechtlich über Delegation geregelte Kompetenz zugestanden, den richtigen Bedarf an Schmerzmedikation, Insulin und Blutgerinnungsmitteln ggf. gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten zu ermitteln und chronische Wunden zu behandeln, wobei diese Praxis sich häufig aber in einer rechtlichen Grauzone bewegt. Teilweise, beispielsweise bei der Versorgung von chronischen Wunden, wird den Pflegenden schon jetzt eine größere Fachkompetenz zugebilligt. Nach Auffassung der ExpertInnen könnten Pflegendе diese Aufgabe zukünftig, abgesichert durch eine Regelung der Substitution bzw. Allokation auch in anderen Settings selbständig übernehmen (= selbständige Verordnung von Medikamenten bei bestehender Diagnose und eingeleiteter Therapie). In vielen Fällen erfolgt das Medikamentenmanagement bei diesen Zielgruppen durch die Betroffenen selbst. Pflegendе übernehmen es dann, wenn die PatientInnen bzw. deren Angehörige dazu nicht selbst in der Lage sind bzw. führen entsprechende Anleitungen und Schulungen durch.

In diesem Profilrahmen, der eine Erweiterung der pflegkundlichen um **heilkundliche Kompetenz** beinhaltet, wird seitens der TeilnehmerInnen des ExpertInnenworkshops allgemein ein erhebliches Einsparpotential zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen vermutet, insbesondere für die Sekto-

ren der ambulanten und stationären Langzeitversorgung. Durch eine gezielte Verordnungskompetenz in den beiden letztgenannten Sektoren könnten unnötige Warte-, Arbeits- und Abstimmungszeiten zumindest halbiert und Versorgungskontinuität sichergestellt werden.

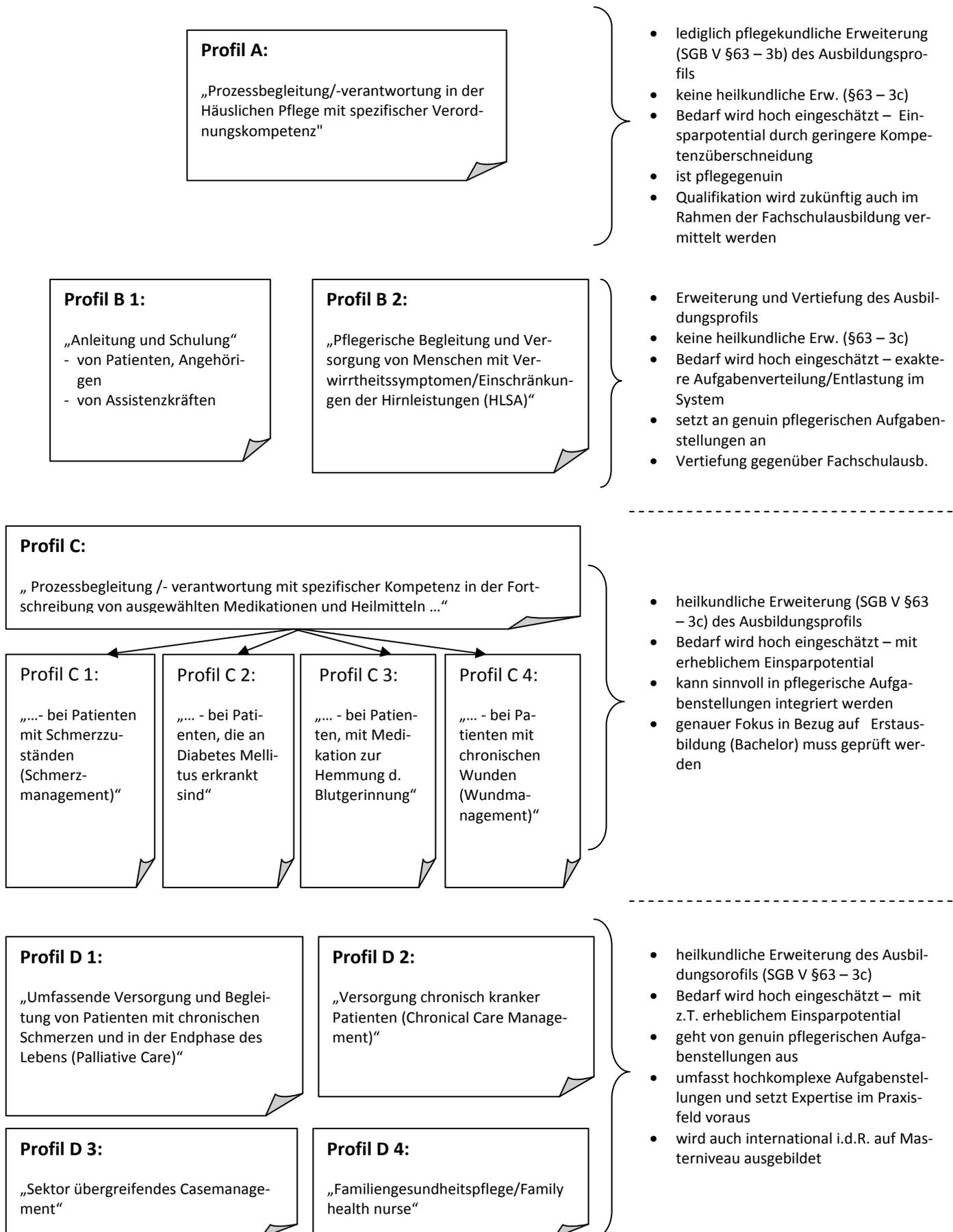
Die ExpertInnen grenzen das Qualifikationsprofil deutlich von umfassenderen Kompetenzen ab, wie sie sich beispielsweise in den Profilen „Palliative Care“ oder „Wundmanagement“ wiederfinden, die sie eher der Masterebene zuordnen.

#### **2.4.5 Profil D: auf Masterebene anzusiedeln**

- D 1: Umfassende Versorgung und Begleitung von PatientInnen mit chronischen Schmerzen und in der Endphase des Lebens (Palliative Care)
- D 2: Versorgung chronisch kranker PatientInnen (Chronical Care Management)
- D 3: Sektor übergreifendes Casemanagement
- D 4: Familiengesundheitspflege/Family Health Nurse

Die unter D subsummierten Profile stellen zwar zum Teil eine heilkundliche Erweiterung des pflegerischen Ausbildungsprofils dar, dessen Bedarf von den ExpertInnen außerdem als außerordentlich hoch eingeschätzt wird. Sie umfassen aber hochkomplexe Aufgabenstellungen, setzen eine hohe Expertise im Praxisfeld voraus und werden auch international i.d.R. auf Masterniveau ausgebildet und kommen daher für den zu entwickelnden Studiengang nicht in Frage.

**Abb. 1: Übersicht zu den im ExpertInnenworkshop diskutierten AbsolventInnenprofilen**



## 2.5 Überprüfung einer ausgewählten Schwerpunktsetzung im Rahmen des AbsolventInnenprofils C

Im Rahmen des ExpertInnenworkshops wurde als ein mögliches Qualifikationsprofil für eine heilkundliche Zusatzqualifikation von Pflegenden nach PflWG die „Prozessbegleitung/-verantwortung mit spezifischer Kompetenz in der Fortschreibung von ausgewählten Medikationen und Heilmitteln“ bei verschiedenen Krankheitsbildern/Diagnosen ermittelt. Ob die genannten Krankheitsbilder/Diagnosen tatsächlich von der Größe der Zielgruppe her relevant sind, welche Vorteile in der Versorgung der PatientInnen durch die Übernahme der beschriebenen Aufgaben durch Pflegenden zu erwarten sind und welche Anforderungen an die Qualifizierung der Pflegenden gestellt werden müssen, ist noch anhand von Studien zur Epidemiologie, Versorgung, Gesundheitsökonomie und Qualifikationsforschung zu überprüfen. Im Folgenden werden diese Fragen exemplarisch anhand einer Literaturrecherche zum Krankheitsbild des Diabetes mellitus beantwortet.

### 2.5.1 Epidemiologie

Die Prävalenzrate des Diabetes mellitus wurde in der Bundesrepublik Deutschland gegen Ende des 20. und Anfang des 21. Jahrhunderts im Schnitt auf ca. 5 % geschätzt. Das entspricht etwa 3,5 Millionen diagnostizierter PatientInnen (Liebl et al. 2001, 585), wobei die evidenzbasierte Diabetes-Leitlinie der DDG (Deutsche Diabetes Gesellschaft) (Janka et al. 2000) bereits für diesen Zeitraum unter Einbeziehung nicht diagnostizierter Fälle eine Prävalenz von 7–8% angab (vgl. dazu auch Icks et al. 2005: Gesundheitsberichtserstattung des Bundes). Nach Analyse einer Versichertenstichprobe der AOK Hessen/KV Hessen errechnete Hauner et al. (2007) für das Jahr 2004 eine Gesamtzahl von 6,5 Millionen Diabetes mellitus PatientInnen in Deutschland. Damit stieg die Prävalenz des diagnostizierten Diabetes mellitus von 5,9% im Jahr 1998 auf 7,9% im Jahr 2004. Dieser Anstieg der Prävalenzrate um 33% „... war in allen Altersgruppen zu sehen. Am deutlichsten war sie jedoch in den Gruppen ab 60 Jahren ausgeprägt und betraf Männer stärker als Frauen. [...] Hochgerechnet auf die deutsche Bevölkerung nahm die Zahl der Menschen mit bekanntem Diabetes im Beobachtungszeitraum von circa 4,8 Millionen (1998) auf circa 6,5 Millionen (2004) zu.“ (Hauner et al. 2007, 2801). Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Zahlen weit unterschätzt sein dürften, da auch in neueren Studien Diabetes-PatientInnen, die noch keiner medikamentösen Therapie bedürfen, nicht erfasst wurden. So kommt nach aktuellen Untersuchungen in der Altersgruppe der 55- bis 74-Jährigen auf jede Person mit bekanntem Diabetes eine weitere Person mit bis dahin nicht diagnostizierter Erkrankung (Liebl 2007: 708). „Ergänzt man die bekannten Zahlen um die vermutete Dunkelziffer, dann dürften bereits jetzt über 10% aller Deutschen oder mehr als 8 Millionen Menschen in Deutschland an einem Diabetes mellitus leiden“ (Liebl 2007, 709). Für Bremen und Bremerhaven lässt sich bei einer Bevölkerungsanzahl von ca. 660.000 Personen daraus eine Größenordnung von ca. 66.000 Betroffenen ableiten. Zumindest die Anzahl der Betroffenen spricht damit für die Employabilität von AbsolventInnen mit diesem Profil.

### 2.5.2 Versorgung

Obwohl der Ressourcenverbrauch im Gesundheitswesen durch Diabetes mellitus Erkrankte erheblich ist, entspricht laut der Untersuchung von Hauner et al. (2007) die ambulante Versorgung der Patien-

Innen längst nicht den Empfehlungen von ExpertInnengremien oder Behandlungsleitlinien<sup>5</sup>. Es zeigten sich im untersuchten Zeitraum zwar kontinuierliche Verbesserungen der Versorgungssituation (Hauner et al. 2007, 2803), trotzdem bleibt vor allem auch die Betreuungssituation der an Diabetes mellitus erkrankten PatientInnen in stationären Pflegeeinrichtungen immer noch verbesserungswürdig (Hauner et al. 2000), wurden doch erhebliche Defizite in der Versorgung von älteren PatientInnen und denen, die kein Insulin benötigen, aufgedeckt (Hauner et al. 2007, 2803).

Darüber hinaus verdeutlicht der hohe Anteil der Betroffenen, für die ein Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres notwendig wurde – ca. 31% der untersuchten HeimbewohnerInnen mit Diabetes mellitus (Hauner et al. 2000, 611) und ca. 29% der Diabetes mellitus Erkrankten im ambulanten Bereich (Hauner et al. 2007: 2803) – die Verbesserungswürdigkeit der Versorgungssituation in den besagten Settings. Laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes gaben im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 die 40- bis 59-jährigen Befragten mit Diabetes durchschnittlich 3,7 stationäre Tage pro Jahr an (Frauen 2,3 und Männer 4,5), bei den 60- bis 79-jährigen waren es 6,1 (Frauen 5,9 und Männer 6,2) und damit fast doppelt so viele wie für die 60- bis 79-jährigen Befragten ohne Diabetes (Icks et al. 2005: 23).

Pflegekräfte könnten durch eine aktive Mitgestaltung bzw. teilweise Übernahme des je individuellen Behandlungsplans und bei der Mitgestaltung von Disease Management Programmen (DMP) (siehe Icks et al. 2005) zur Verbesserung der Versorgungssituation der sich in pflegerischer Betreuung befindenden Diabetes mellitus Erkrankten beitragen - vor allem in der häuslichen Pflege und der stationären Langzeitpflege. Eine Verbesserung der krankheitsspezifischen pflegerischen/medizinischen Versorgung bedeutet eine Verringerung von Folgeerkrankungen und Komplikationen, was nicht nur eine Verringerung von Krankenhausaufhalten, Arztkontakten und ressourcenverbrauchenden Folgebehandlungen und damit eine langfristige erhebliche Kostenersparnis nach sich ziehen würde („Die wichtigsten Kostentreiber sind die Diabeteskomplikationen“ (Liebl 2007, 713)), sondern auch zu einer Erhöhung der individuellen Lebensqualität der Betroffenen beitragen würde. Bokh/Lotz-Rambardi (2001, 6) beziffern die Kosten kurz vor der Währungsumstellung für einen schlecht eingestellten Typ-2-Diabetes auf jährlich 11.000 bis 13.000 DM; bei einer guten Einstellung fallen dagegen nach ihrer Schätzung nur rund 1.000 DM an. Eine erhebliche Verbesserung der Versorgung und ein ebensolches Einsparpotenzial sind bei dieser Zielgruppe folglich mit großer Wahrscheinlichkeit gegeben.

### 2.5.3 Erforderliche Zusatzqualifikationen bei Pflegenden

Bestandteile einer effektiven Behandlung der Erkrankung Diabetes mellitus mit Vermeidung bzw. Verzögerung von Folge- und Begleiterkrankungen zur Verringerung der Folgekosten sind regelmäßige Stoffwechselkontrollen (inkl. Fußkontrollen) sowie die Etablierung täglicher Selbstkontrollmaßnahmen, die Umstellung von ungünstigem Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie die optimale evidenzbasierte Einstellung mit Antidiabetika (Bukh/Lotz-Rambardi 2001).

Pflegende mit heilkundlicher Zusatzqualifikation mit Schwerpunkt auf Diabetes mellitus könnten insbesondere dazu beitragen, Antidiabetika optimal und evidenzbasiert einzustellen, entweder durch eigene Durchführung der Kontrolle und Festlegung der Dosis oder durch Schulung von PatientInnen. Neben Schulungen ist es Bukh/Lotz-Rambardi (2001) zufolge notwendig, die PatientInnen individuell zu beraten und zu einer individuellen Behandlungsplanung zu gelangen. Dies gilt vor allem für den Typ-2-Diabetes. Diese PatientInnen müssen befähigt werden, unter Berücksichtigung ihrer Wertpräferenzen persönliche Therapieziele zu entwickeln und sie im persönlichen Lebensumfeld unter Be-

---

<sup>5</sup> Siehe Deutsche Diabetes Gesellschaft: Evidenzbasierte Leitlinie zur Behandlung des Diabetes mellitus unter <http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/redaktion/mitteilungen/leitlinien/leitlinien.php>.

rücksichtigung von Therapiebarrieren umzusetzen (ebd., 6). Schließlich könnten sich Pflegende an der Entwicklung patientInnen-spezifischer interdisziplinärer Ernährungs- und Bewegungsprogramme beteiligen.

Im Unterschied zur Berufsfachschulausbildung müsste das Studium den Lernenden nicht nur evidenzbasiertes Wissen vermitteln, sondern sie auch befähigen, geeignete Studien zu recherchieren, zu bewerten und anzuwenden. Grundsätzlich müsste eine Bildungsmaßnahme, mit der eine heilkundliche Zusatzqualifikation aufgebaut werden soll, auch die Fähigkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit und zum Erkennen der eigenen professionellen Grenzen sowie eine hohe soziale und kommunikative Kompetenz im Umgang mit der PatientInnengruppe und den Partnerprofessionen anbahnen.

#### **2.5.4 Machbarkeit der Realisierung an der Universität Bremen**

Für die Realisierung einer heilkundlichen Zusatzqualifikation an der Universität Bremen im Rahmen eines dualen primärqualifizierenden pflegewissenschaftlichen Studiengangs ist bei dem ermittelten Qualifikationsprofil der folgende Mehraufwand an Lehre im medizinischem Bereich zu veranschlagen.

- Pro Schwerpunkt (z. B. PatientInnen mit Diabetes mellitus, PatientInnen mit Schmerzzuständen) müssten mindestens 6 SWS pro Kohorte angesetzt werden.
- Wenn beispielsweise drei Schwerpunkte angeboten werden sollen, summiert sich der Bedarf auf 18 SWS pro Kohorte.
- Hinzu kommen Lehrveranstaltungen in Höhe von ca. 4 SWS pro Kohorte, in denen allgemeine Grundlagen der medizinischen Krankheitslehre, Diagnostik und Therapie sowie Kompetenzen der interprofessionellen Zusammenarbeit vermittelt werden.
- Unter der Voraussetzung, dass manche Veranstaltungen jahrgangsübergreifend angeboten und für zwei Kohorten zugleich genutzt werden können, ergibt sich daraus ein jährlicher Bedarf an medizinischer Lehre im Umfang von ca. 18-20 SWS.

Da an der Universität Bremen keine medizinische Fakultät existiert und die am Fachbereich 11 der Universität lehrenden MedizinerInnen in anderen Studiengängen fest eingebunden sind, müsste der Studiengang für die Deckung der Lehre derzeit auf Lehraufträge zurückgreifen. Diese Lösung dürfte aber der Qualität des Studienangebots überhaupt nicht zuträglich sein, weil fraglich ist, ob für das für Lehraufträge gezahlte Honorar in dem erforderlichen Umfang auch wirklich fachlich hochqualifizierte Lehrbeauftragte gewonnen werden können und durch Lehraufträge Kontinuität sichergestellt werden kann. Eine andere Lösung könnte darin bestehen, mit anderen Hochschulen, etwa mit der Medizinischen Hochschule Hannover oder mit der für die Metropolregion Nord-West geplanten Gründung einer European Medical School Oldenburg-Groningen (EMS) zu kooperieren. Auch wenn eine solche Kooperation unbedingt sinnvoll ist, um Fähigkeiten zur interprofessionellen Kooperation zu fördern, so kann darüber aber der erforderliche Umfang an Lehre und dazu noch mit der erforderlichen Spezialisierung nicht abgedeckt werden. Vielmehr müsste, um wissenschaftliche Lehre in diesem Umfang zu gewährleisten, am Fachbereich 11 eine zusätzliche Hochschullehrerstelle mit medizinischer Ausrichtung geschaffen werden.

Die Studiengangverantwortlichen des Studiengangs Pflegewissenschaft der Universität Bremen (Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Prof. Dr. Stefan Görres) sehen daher unter den gegenwärtigen Bedingungen mit den am Studiengang und an der Universität Bremen bestehenden Ressourcen keine

Möglichkeit, einen pflegewissenschaftlichen Studiengang mit einer heilkundlichen Zusatzqualifikation einzurichten.

## 2.6 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Auf der Basis der Ergebnisse des ExpertInnenworkshops kann das Profil C „Prozessbegleitung/-verantwortung mit spezifischer Kompetenz in der Fortschreibung von ausgewählten Medikationen und Heilmitteln“ als besonders aussichtsreiches Profil für einen primärqualifizierenden Bachelorstudiengang mit heilkundlicher Zusatzqualifikation gewertet werden. Als mögliche Diagnosen /Krankheitsbilder, auf die sich dieses Profil beziehen könnte, werden von den ExpertInnen benannt: PatientInnen mit Schmerzzuständen, PatientInnen mit Diabetes mellitus, PatientInnen mit Medikation zur Hemmung der Blutgerinnung und PatientInnen mit chronischen Wunden.<sup>6</sup> Das gefundene Profil entspricht den in 2.3.1 formulierten Anforderungen:

- Das Profil beinhaltet einen zusammenhängenden Aufgabenkomplex, indem die Anpassung der Medikation die kontinuierliche PatientInnenbeobachtung und Erhebung diagnostischer Parameter erfordert, um so Schlussfolgerungen für die Dosierung und die Art der Medikation ableiten zu können. Das Profil weist darüber hinaus eine inhaltliche Nähe zum Kern des Pflegehandelns auf, als es sich auf PatientInnen mit chronischen Erkrankungen bezieht und die Pflege diese Zielgruppe ohnehin beim Umgang mit den Folgen der Erkrankung und der Therapie mit dem Ziel der Verbesserung der Lebensqualität und des Erhalts eines hohen Niveaus von Selbständigkeit unterstützt und dabei kontinuierlich diagnostische Werte erhebt.
- Darüber hinaus entspricht das Profil mit der Eingrenzung auf bestimmte Krankheitsbilder und Diagnosen der Anforderung, einen gut abgegrenzten Aufgabenbereich zu definieren. Für diese Krankheitsbilder/Diagnosen müssten die Pflegenden im Rahmen einer Zusatzqualifikation die Grundlagen evidenzbasierter medizinischer Versorgung erwerben. Damit wäre die Voraussetzung geschaffen, die Heilkunde für diese Aufgabe selbständig zu übernehmen und zugleich wäre ein deutlicher Qualitätsgewinn zur jetzigen, auf Delegation beruhenden Praxis zu verzeichnen, die sich stärker auf Erfahrungswissen stützt. Im Rahmen des Bachelorstudiums könnten die Studierenden aus einem Spektrum von mehreren Schwerpunkten z. B. zwei auswählen. Dadurch könnte das Risiko einer „Schmalspurausbildung“ zumindest minimiert werden.

Als weitere Handlungsfelder von Pflegenden, die aber keine Erweiterung in Richtung heilkundlicher Kompetenz bedeuten, wurden im ExpertInnenworkshop die Profile A (Prozessbegleitung/Verantwortung in der Häuslichen Pflege mit spezifischer Verordnungskompetenz) und B (B1: Anleitung und Schulung; B 2: Pflegerische Begleitung und Versorgung von Menschen mit Verwirrheitssymptomen/Einschränkungen der Hirnleistungen (HLSA)) beschrieben. Sie sollten ebenfalls in das Bildungsangebot integriert werden.

Bei der Planung von entsprechenden Studiengängen und Modellversuchen ist zu berücksichtigen, dass zuvor noch eine Reihe von medizin- und sozialrechtlichen Fragen (z. B. Berufsrecht, Haftungsrecht, Leistungsrecht) zu klären sind.

---

<sup>6</sup> Aus Gesprächsrunden, in denen die Ergebnisse des Expertenworkshops vorgestellt wurden, kamen Vorschläge zu weiteren Schwerpunktsetzungen, beispielsweise Patienten mit Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems oder Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen.

Im Rahmen der Entwicklung eines dualen primärqualifizierenden pflegewissenschaftlichen Studienangebots an der Universität Bremen ist für das gefundene Kompetenzprofil bei drei Schwerpunkten ein jährlicher Umfang an medizinischer Lehre von ca. 20 SWS zu veranschlagen. Dieser Bedarf könnte nur durch die zusätzliche Schaffung einer Hochschullehrerstelle mit medizinischer Ausrichtung am Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen gedeckt werden, so dass die Studiengangsverantwortlichen (Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck und Prof. Dr. Stefan Görres) derzeit keine Möglichkeit sehen, ein solches Studienprogramm am Studiengang Pflegewissenschaft zu realisieren.

## Teil II: Entwicklung eines Studiengangmodells

Im zweiten Projektabschnitt wurde untersucht, welche Studiengangkonzeptionen für einen primärqualifizierenden Studiengang an der Universität Bremen grundsätzlich denk- und realisierbar wären, mit welchen Vor- und Nachteilen sie jeweils verbunden sein könnten und welche Voraussetzungen ggf. geschaffen werden müssten.

Der Untersuchungsprozess wird in drei Schritten dargestellt:

- Zunächst erfolgt in Kapitel 3 eine Sichtung von einschlägigen Fachzeitschriften und Publikationen, um den Stand der Diskussion zur Akademisierung der Pflegeerausbildung in Deutschland zu erheben und Anforderungen an die Entwicklung eines primärqualifizierenden Studiengangs zu identifizieren. Mit der Analyse dieser Dokumente werden drei Diskussionsstränge herausgearbeitet:
  - Berufspolitische Forderungen als Ausgangs- und Zielpunkt für eine künftige Akademisierung der Pflege in Deutschland (3.1)
  - Systemische und institutionelle Kontexte als Hintergrundfolie für eine realistische Planung und Konzeption (3.2)
  - Bildungspolitische Ansprüche und deren Konsequenzen für die Fach- bzw. Hochschuldidaktik des Berufsfeldes und die Curriculumentwicklung (3.3)

Aus diesen Diskussionssträngen wurden Untersuchungskriterien als Grundlage für die weitere Studienganganalyse und –konstruktion abgeleitet.

In der Form eines Exkurses werden anschließend schlaglichtartig einige Aspekte aus einer Literatursichtung zur internationalen akademischen Pflegebildung eingefügt (3.4).

- Die gewonnenen Kriterien dienen in Kapitel 4 der systematischen Analyse der zum Untersuchungszeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland bestehenden primärqualifizierenden pflegebildenden Studiengänge im Hinblick auf die Möglichkeiten und Begrenzungen der ihnen zugrunde liegenden formalen Strukturmodelle.
  - In Abschnitt 4.1 werden zunächst das Sample und das methodische Vorgehen erläutert.
  - In Abschnitt 4.2 werden in Form einer Dokumentenanalyse die ausgewählten Studiengänge untersucht und auf die ihnen zugrunde liegenden Strukturmodelle zurückgeführt.
  - Die so gewonnenen Strukturmodelle wurden in einer ExpertInnengruppe mit VertreterInnen der im Land Bremen für die Pflegebildung verantwortlichen Institutionen diskutiert. Die Auswertung dieser ExpertInnendiskussion in der Form der Qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2006) anhand der in Kapitel 3 entwickelten Kriterien wird in Abschnitt 4.3. vorgestellt. Die Ergebnisse dienen als Basis für die weitere Konzeptentwicklung.
- In Kapitel 5 werden die aktuell gegebenen Strukturen der Pflegebildung im Land Bremen zusammengetragen, um so die Ressourcen für die Konzeption eines Studiengangs zu erheben.

Damit bereitet Teil II die konkrete Konzeptionierung eines primärqualifizierenden Pflegestudiengangs für die Universität Bremen in Teil III vor.

### 3 Kriterien zur Untersuchung und Entwicklung von Studiengängen in der primärqualifizierenden Pflegebildung

#### 3.1 Veränderungen des Pflegeberufs und damit verbundene Anforderungen aus berufspolitischer Sicht

##### 3.1.1 Entwicklungslinien in der Struktur der Pflegebildung

Seit der letzten Hälfte der 90er Jahre wurden in Deutschland zahlreiche (Modell-)Versuche mit der Intention angeschoben, die Pflegebildung formal und strukturell dem internationalen Niveau anzugleichen und dem Anspruch der Europäischen Union nachzukommen, die Mobilität von Arbeitskräften in Europa zu ermöglichen. Dabei müssen zwei grundsätzliche Zielrichtungen der Reformbewegungen unterschieden werden:

Zum einen die **Generalisierung bzw. Integration der Pflegebildung** und damit die Loslösung von der altersgruppenspezifischen Ausrichtung der verschiedenen Pflegeberufe. Hierzu wurden mit der Veränderung der Berufsgesetze in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege bzw. Altenpflege und der dort verankerten sogenannten „Experimentierklausel“ (Krankenpflegegesetz 2003, Altenpflegegesetz 2003, jeweils §4 Abs. 6) bundesweit Modellversuche an Pflegeschulen durchgeführt, die zunächst unabhängig von der Frage einer Akademisierung des Berufsbildes zu betrachten sind und auf eine „Weiterentwicklung der Pflegeberufe unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen“ zielen (ebd.). Eine vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Auftrag gegebene länderübergreifende wissenschaftliche Untersuchung von acht in diesem Rahmen umfassend evaluierten Modellprojekten zur Zusammenführung der Pflegeausbildung in den drei genannten Berufsgruppen, kommt zu der uneingeschränkten Empfehlung für eine „integrierte Pflegeausbildung mit generalistischer Ausrichtung“ auf der Basis eines „bundeseinheitliche[n] Pflegeausbildungsgesetz[es][...], das eine dreijährige Ausbildung mit einem Berufsabschluss festlegt“ (BmFSJ 2009; 205). In den Empfehlungen des Projektbeirats, der auf Bundesebene aus VertreterInnen der verschiedenen in die Pflegebildung involvierten Interessengruppen und Behördenvertretungen zusammengesetzt war, wird dieser Anspruch aufgenommen und der Gesetzgeber aufgefordert, die entsprechenden politischen Initiativen in die Wege zu leiten. Dabei sei insbesondere dem Lernort Praxis eine stärkere Verantwortung für die Ausbildung zu übertragen. Langfristig wird die Integration der verschiedenen Fachschulen in Pflegebildungszentren und die Sicherung von horizontaler und vertikaler Durchlässigkeit empfohlen. Für die Zeit des Übergangs wird die Organisation von Kooperationen auf freiwilliger Basis angeraten (ebd. 207-211).<sup>7</sup> Im November 2009 wurden diese Ergebnisse eines langjährigen Entwicklungsprozesses dann als Ankündigung einer Gesetzesinitiative zur ‚Zusammenführung und Modernisierung der Pflegeberufe‘ im Koalitionsvertrag der neugebildeten Bundesregierung aufgenommen (CDU, CSU und FDP 2009; 92). Inzwischen wurde eine Bund-Länder-Kommission zur Neuordnung und Vereinheitlichung der Pflegeberufe gegründet, die ihre Arbeit im März 2010 aufgenommen und einen ersten Referentenentwurf für das Frühjahr 2011 angekündigt hat (vgl. Weser-Kurier vom 15.4.2010).

In der Weiterführung des Gedankengangs der Zusammenführung der Pflegeberufe sind Tendenzen zur weiteren Annäherung der Gesundheitsberufe und zu einer zumindest phasenweisen Parallelfüh-

---

<sup>7</sup> Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Görres/Stöver et al (2010) am IPP Bremen in ihrem abschließenden Projektbericht zur Synopse der evaluierten Modellprojekte und fordern eine „Zusammenführung der bislang getrennten Pflegeausbildungsberufe innerhalb einer dreijährigen modular aufgebauten generalistischen Ausbildung im Sinne eines „allgemeinen“ Pflegeberufs („General Nursing“)" (49).

rung in einer Grundausbildung zu beobachten, die die zukünftige Entwicklung an der Schnittstelle von Pflege und Public Health (Robert Bosch Stiftung 2000; Görres & Böckler 2004; Stöver 2009) bzw. auch in der Annäherung der Pflege- und Therapieberufe sehen<sup>8</sup>. Das Thema „Generalisierung versus Spezialisierung“ wird dabei durchaus kontrovers diskutiert ([www.bosch-stiftung.de](http://www.bosch-stiftung.de), vgl. Görres/ Stöver et al 2010, 6), und es wird das Risiko benannt, dass eine gemeinsame Grundausbildung für die Gesundheitsberufe Gefahr läuft, das genuin Pflegerische bzw. die „Pflegekunde“ zugunsten einer Konzentration auf das interdisziplinär Verbindende aus dem Auge zu verlieren. Diese Kontroverse fließt auch in die begriffsbildende Diskussion um „Interdisziplinarität“ versus „Transdisziplinarität“ ein. Der diesbezügliche fachwissenschaftliche Diskurs der Gesundheitsberufe steht derzeit noch am Anfang (Choi/Pak 2006).

Parallel zur Entwicklung der Generalisierung der Pflegebildung, die zunächst vor allem auf die dreijährige berufsfachschulische Ausbildung gerichtet ist, erfolgte die Einrichtung verschiedener **primärqualifizierender dualer Pflegestudiengänge**, die eine praxisorientierte Berufsausbildung mit einer akademisch-theoretischen Fundierung verbinden und zumeist sowohl mit einem staatlich anerkannten Examen und damit berufsqualifizierend als auch mit einem Hochschulabschluss beendet werden, wobei die Anforderungen der Berufsgesetze in der Gesundheits- und (Kinder-)krankenpflege bzw. der Altenpflege zu beachten sind (Krankenpflegegesetz 2003 mit KrPflAPrV, Altenpflegegesetz 2003 mit AltPflAPrV).

Neben diesen Studiengängen, die für die direkte Pflege qualifizieren, wurden in den alten Bundesländern seit den 1980er Jahren akademische Qualifizierungen für patientenferne Handlungsfelder wie Pflegewissenschaft, Pflegemanagement und Pflegepädagogik etabliert. Diese Studiengänge wurden überwiegend an Fachhochschulen, aber gerade auch an der Universität Bremen eingerichtet und setzen in der Regel eine abgeschlossene Pflegeausbildung voraus.

Die Gesamtausbildungsdauer bis zu einem Masterabschluss in der Pflege variiert aufgrund der unterschiedlichen Studienangebotssysteme zurzeit erheblich. Einerseits existieren konsekutiv aufgebaute Angebote, die sich an Pflegende mit abgeschlossener Berufsausbildung - und in der Regel auch Berufserfahrung - wenden und für die insgesamt bis zum Masterabschluss 9 Jahre zu kalkulieren wären. Andererseits wurden primärqualifizierende Studiengänge konzipiert, die in ihrer kürzesten Form in vier Jahren zu einem Bachelorabschluss mit Berufsabschluss führen und an die mit maximal 2 Jahren ein Masterstudiengang angeschlossen werden kann (vgl. a. Sieger 2001). Vor allem der erstgenannte, ältere aber immer noch weit verbreitete Weg einer Akademisierung in den Pflegeberufen ist damit international nicht anschlussfähig und findet auch im nationalen Vergleich der Berufsausbildungen kaum Entsprechungen.

Die beiden aufgeführten Reformlinien - die generalistische Ausrichtung der Pflegeausbildung einerseits und die Akademisierung der Pflegebildung andererseits - entwickeln sich parallel, wenn auch nicht unabhängig voneinander und würden, konsequent zu Ende gedacht, erhebliche Veränderungen im Gesundheitswesen nach sich ziehen, wobei gleichzeitig erhebliche strukturelle gesundheits- und bildungspolitische Voraussetzungen zu etablieren und ökonomisch abzusichern wären. Als - in dieser Form unter den gegenwärtigen Bedingungen vermutlich eher unrealistisches - Fernziel steht die Maximalforderung des Deutschen Bildungsrats für Pflegeberufe (DBR), der „... in seinem Bildungskonzept erneut die Zusammenführung der Ausbildungen der Gesundheits- und Kranken- bzw. KinderkrankenpflegerInnen und AltenpflegerInnen als generalistische Ausbildung und die Ansiedlung an Hochschulen“ fordert (Stöcker/Wagner 2006, 839).

---

<sup>8</sup> Vergleiche hierzu z.B. das Projekt „Entwicklung, Erprobung und Evaluierung übergreifender Qualitätskriterien für die Berufsausbildung der Gesundheitsberufe“, das von der Universität Osnabrück in Zusammenarbeit mit der Robert Bosch Stiftung und dem Institut pädea zwischen 2006 und 2009 durchgeführt wurde (<http://www.aqig.de>)

### 3.1.2 Professionalisierung der Pflegenden

Mit dem folgenden Abschnitt wird die berufspolitische Diskussion um eine Professionalisierung der Pflegenden, wie sie in Deutschland seit den 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts vermehrt geführt wird, zusammengefasst, um daraus zentrale Kriterien für die nachfolgende Untersuchung abzuleiten. Dabei werden zunächst die Begriffe Verberuflichung und Professionalisierung aus sozialwissenschaftlicher Perspektive unterschieden. Im Weiteren werden drei zum Teil differente Positionen zu einer gegensätzlichen sozialwissenschaftlichen Auffassung des Professionsbegriffs vorgestellt:

- die an definierten Merkmalskriterien orientierte klassische Professionssoziologie
- die Kritik am Professionalisierungsanspruch der Pflege, wie sie z.B. seitens der Gewerkschaft Verdi vorgetragen wird
- das Konzept professionellen Handelns nach dem Verständnis von U. Oevermann

Mit dem Begriff ‚Professionalisierung‘ werden unterschiedliche Vorstellungen verknüpft. Zunächst, in einem eher umgangssprachlichen Sinn, wird darunter die Fortsetzung und Vervollständigung des **Prozesses der Verberuflichung** verstanden, der vor allem darauf zielt, dass sich Pflege aus der Gruppe der laienhaft von Allen – realistisch: allen Frauen – auszuübenden Tätigkeit herauschält und in einen Dienstleistungsberuf mit Anspruch auf eine leistungsgerechte Bezahlung überführt wird (Dielmann 2003, 10; Bögemann-Großheim 2004, 100).

Aus Sicht einer **klassischen Professionssoziologie** wird demgegenüber zwischen Professionen und Berufen unterschieden, wobei erstere durch die Erfüllung einer Reihe von Professionsmerkmalen zu kennzeichnen sind. Damit wäre in die Gruppe der Professionen nur eine kleine Zahl ausgewählter Berufe einzuordnen, und zwar solche, die zentralwertbezogene Aufgaben in einer klientenbezogenen Tätigkeit übernehmen und dabei bereits eine vollständige Verberuflichung erreicht haben. Professionen greifen auf einen akademisch fundierten Wissensbestand zurück und ihre Ausübung ist mit einem akademischen Abschluss oder gar Titel verbunden. Professionen verfügen über eine hohe Handlungsautonomie und entwickeln eine verbindliche Berufsethik, die den normativen Standards einer kollegialen Selbstkontrolle unterworfen ist, wobei deren Absicherung in entsprechenden Organen der Selbstverwaltung – wie zum Beispiel in Kammern – erfolgt. Historisch haben sich Professionen ihren Status über die Entwicklung einer Zuständigkeit mit Alleinstellungsmerkmal für die Lösung gesellschaftlich relevanter Problemstellungen erworben und verfügen so über die Kontrolle der eigenen Wissensbestände in Produktion, Vermittlung, Anwendung und Evaluation (Bögemann-Großheim 2004, 102ff; Dielmann a.a.O.; Stemmer 2003, 19ff).

Nach diesem Verständnis zählen Medizin, Jurisprudenz und Theologie sicher zu den Professionen, während die Einordnung anderer Berufsgruppen mit universitärem Abschluss – wie z.B. von LehrerInnen, PsychologInnen, ArchitektInnen, SozialarbeiterInnen und eben Pflegenden – kontrovers diskutiert wird. Vielfach werden sie mit dem Begriff ‚Semiprofession‘ bezeichnet.

Die Entwicklung eines eigenen, wissenschaftlich fundierten Wissensbestandes bildet danach einen ersten zentralen Aspekt auf dem Weg zu einer Profession. Dieser stellt für die Pflege in Deutschland – im Gegensatz zu anderen Ländern vor allem im angloamerikanischen Raum – ein relatives Novum dar; die Begründung des Pflegehandelns im Rahmen der Pflegeausbildung erfolgte bis in die 80er Jahre hinein in erster Linie mit Hilfe ihrer Bezugswissenschaften (Bögemann-Großheim 2004, 100). Durch die Etablierung der Pflegewissenschaft an deutschen Hochschulen wurde inzwischen der Prozess eingeleitet, pflegerisches Erfahrungswissen selbst begrifflich zu fassen, zu ordnen, zu überprüfen

und damit einer theoretischen und empirischen Überprüfung und Reflexion zuzuführen (ebd. 101). Pflegeforschung differenziert sich dabei bislang noch eher unsystematisch aus, wobei sich der Ansatz des Evidence-based Nursing (Behrens/Langer 2006) vermehrt als anerkannter Weg einer wissenschaftlichen Fundierung pflegepraktischen Handelns etabliert (Hülsken-Giesler et al 2010, 226).

Viele grundlegende Fragen der Pflegewissenschaft sind jedoch noch kaum oder gar nicht bearbeitet und insbesondere die Evidenz pflegerischer Interventionen ist wissenschaftlich noch häufig ungesichert und bedarf weiterer umfangreicher Forschungsarbeit. Hierfür sind sowohl der Zugang zu entsprechenden Forschungseinrichtungen und -mitteln als auch die Entwicklung des pflegewissenschaftlichen Nachwuchses von zentraler Bedeutung. Die Akademisierung zumindest eines Teils der Akteure im Berufsfeld bildet eine Grundvoraussetzung, um einen begonnenen Entwicklungsprozess der Professionalisierung auch im Sinne einer Fundierung des beruflichen Wissens abzusichern.

Inzwischen lässt sich beobachten, dass wissenschaftliche Fundamentierung des Pflegewissens durch die Etablierung pflegewissenschaftlicher Studiengänge zumindest in Ansätzen erreicht wurde, wobei nach dem gegenwärtigen Verständnis in der deutschen Hochschullandschaft hierzu insbesondere auch universitäre Standorte mit ihrem verbesserten Zugang zu Forschungsmitteln und der Anerkennung ihrer Akteure in der ‚Scientific Community‘ beitragen. Damit wäre eine wichtige, aber noch keinesfalls hinreichende Voraussetzung für den Status einer Vollprofession angebahnt (ebd. 102f).

Um zu einer professionellen Pflegepraxis zu gelangen, müssten die in den unmittelbaren Klientenkontakt eingebundenen Pflegenden wiederum über den im Forschungsprozess entwickelten Wissensfundus verfügen können, d.h. sie müssten ihn sich auch erschließen können. Dies wiederum setzt Kompetenzen voraus, die sich am besten im Kontext solcher Lernorte erwerben lassen, die an der Wissensproduktion beteiligt sind. Eine Mindestvoraussetzung wäre, dass diejenigen, die das Wissen vermitteln, also die Lehrenden in der Pflege, einen entsprechenden Zugang haben. Hierfür werden Grundkompetenzen im wissenschaftlichen Arbeiten vorausgesetzt, wie z.B. Recherchekompetenz, Kompetenzen im sinnerschließenden Lesen und Zusammenfassen wissenschaftlicher Texte, Beurteilung von wissenschaftlichen Ergebnissen und auch argumentative und kommunikative Fähigkeiten zum fachlichen Gedankenaustausch (Stemmer 2003, 25f).

Für die wissenschaftstheoretische Positionierung professionalisierter Pflege sind in der zweiten Hälfte der 1980er Jahre neben ihre zweckrationale Ausrichtung am Regelkreis des Pflegeprozesses „als zentrales Problemidentifikations- und Problemlösungsinstrument“ stärker phänomenologisch, leibtheoretisch, hermeneutisch und interaktionistisch bzw. gesellschaftskritisch ausgerichtete Positionen getreten. Diese haben den aktuellen Diskurs der Pflegewissenschaft geöffnet und facettenreich, aber auch komplex gestaltet. Die Absolventen eines Studiengangs müssen Eckpunkte dieses Diskurses nachvollziehen und für eigene Handlungsentscheidungen im Spannungsfeld von Theorie und Praxis fruchtbar nutzen können (Dornheim et al. 1999; Remmers 2000; Görres et al. 2005; Arnold et al. 2006; Friesacher 2008; Hülsken-Giesler 2008; vgl. Hülsken-Giesler et al 2010, 223ff).

Professionen erhalten, etwas überspitzt formuliert, nach dem bisher erörterten soziologischen Professionsverständnis ein gesellschaftliches Mandat, das sie von bürokratischer Kontrolle entbindet und ihnen Rechte und Privilegien eröffnet, indem sie durch Macht, Autonomie, Status und hohes Einkommen nachweisen, dass sie adäquate Lösungen für gesellschaftlich bedeutsame Probleme anbieten, sich am Gemeinwohl ausrichten und glaubhaft darstellen können, dass sie Macht und Einfluss nicht missbrauchen werden. Diese Professionalisierungsbestrebungen sind verbunden mit berufspolitischen Strategien wie der Forderung nach Etablierung einer Pflegekammer, nach Vorbehaltstätigkeiten von professionell Pflegenden, nach einer genuinen Berufs-/Pflegeethik und letztlich der Forderung nach Akademisierung der Erstausbildung (Bögemann-Großheim 2004, 103). Insofern wäre die

Pflege also – trotz eines sich etablierenden eigenen Wissensbestandes – keineswegs als Profession zu begreifen, solange nicht eine Akademisierung ihrer Akteure realisiert ist.

Stemmer (2003, 20) äußert denn auch Zweifel an der Funktionalität eines solchen, an dem Erfüllungsgrad bestimmter Merkmale ausgerichteten Systems zur Einschätzung des Stands der Professionalisierung, wie es z.B. von Kellnhäuser (1994) für die Pflege vorgeschlagen wird, und beschreibt das Berufs- und Professionsystem prozesshaft als ein gesellschaftlich-historisches Konstrukt, welches sich jeweils „in zähem Ringen zwischen den Akteuren“ vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Bedarfslage herausbildet. Dieser Aushandlungsprozess beruhe immer auch die Möglichkeit von Deprofessionalisierung, was sie am Beispiel der ärztlichen Profession verdeutlicht, die aktuell an Autonomie durch die Etablierung managerieller und ökonomischer Strukturen verliert.

Gegenläufig zum Streben nach Professionalisierung der Pflege lassen sich denn auch Bestrebungen beobachten, den gesellschaftlichen Bedarf an Pflegeleistungen durch unentgeltlich oder gering bezahlte Leistungserbringer abzudecken. Dies mündet folgerichtig in einen Prozess der Deprofessionalisierung, der wiederum die sich etablierende Profession der Pflegenden dazu auffordert, den Kern professioneller Pflege präziser herauszuarbeiten. Dabei ist die Tendenz zu beobachten, vornehmlich Steuerungsaufgaben zu identifizieren und so die Etablierung von Pflegestudiengängen zu begründen. Das hat den Ruf nach einem stärkeren Skill- bzw. Grade-Mix in den Pflegeeinrichtungen zur Folge (Stemmer 2003, 28f/Keeney et al., 2005/Spilsbury & Meyer, 2004 zit. n. Stemmer/Haubrock/Böhme 2008, 80).

In einem an Merkmalskriterien ausgerichteten Professionsverständnis zielt die Akademisierung von Pflegekräften neben der wissenschaftlichen Fundierung des Handelns auf eine Statuserhöhung der so qualifizierten Pflegekräfte, was sich in einer besseren Bezahlung und damit in erhöhten Kosten niederschlagen müsste. Diese Kostensteigerung und damit die Akademisierung der Pflege ist so betrachtet nur dann gesellschaftlich zu rechtfertigen, wenn sie zumindest kostenneutral durch einen vermehrten Einsatz von Pflegehilfskräften ausgeglichen werden kann und sich gleichzeitig die Pflegeergebnisse verbessern oder bei gleichbleibender Pflegequalität die Kosten sinken.

An diesem Punkt setzt eine vehement vorgetragene Kritik der Gewerkschaften an der Akademisierung des Pflegeberufs in der Primärqualifikation an (Dielmann 2003; Bögemann-Großheim 2004). Die hier gebildeten Argumentationslinien lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Deutschland verfügt in der Akutversorgung im Klinikbereich in der Pflege mit 80% über die höchste Fachkraftquote weltweit und weist damit einen überdurchschnittlich hohen Grad der Verberuflichung in Bezug auf Ausbildungsdauer und -niveau auf (Dielmann 2003, 10f). Dies gilt allerdings wesentlich weniger für den häuslichen Bereich und für die stationäre Altenhilfe, in der die geforderte Fachkraftquote von 50% vielfach nicht realisiert und die Versorgung oft durch Laien oder angelernte Kräfte geleistet wird.
- Unter Bezugnahme auf Axmacher (1991) werden Zweifel an der Wirksamkeit der Ergebnisse von Pflegewissenschaft für das pflegerische Handeln geäußert, da hier mehr Fragen aufgeworfen und diskutiert als unmittelbar nutzbare Antworten gewonnen würden und die Pflegepraxis Schwierigkeiten habe, die Ergebnisse im Alltag umzusetzen, so dass eher die Verunsicherung als die Fähigkeit zur Bewältigung der beruflichen Aufgaben zunehme (Bögemann-Großheim 2004, 101).
- Gleichzeitig wird jedoch der Wert einer Absicherung der tradierten, erfahrungsbasierten Erkenntnisse in einem weiblich dominierten Beruf im wissenschaftlichen Diskurs anerkannt. Die Entwicklung einer eigenständigen Wissensdisziplin der Pflege bilde daher eher eine hilfreiche Voraussetzung für die Erweiterung des Handlungsraums im Sinne der vollen Verberuflichung und einer anspruchsvollen Berufsarbeit, als dass sie im Sinne von Professionalisierung im soziologischen Sinne wirksam werde (ebd. 102).

- Mit Professionalisierung wäre demgegenüber neben den sachimmanenten Aspekten der Weiterentwicklung des Berufs immer auch die Dynamik der Sicherung von Macht- und Herrschaftsansprüchen einer bestimmten Gruppe verbunden, wobei es insbesondere um die Entwicklung personaler Identität und individueller Lebens- und Entfaltungsmöglichkeiten in einer hierarchisch strukturierten Gesellschaft gehe (ebd. 103). Auch der Professionalisierungsdiskurs der Pflege werde in der Folge von Verteilungs- und Machtkämpfen dominiert (ebd. 104).
- Wenn eine Akademisierung der Erstausbildung sich nicht auf alle Pflegenden bezieht, und damit die traditionelle dreijährige Ausbildung vollumfänglich ersetzt – was in der Regel nicht angedacht ist – sondern einen zweiten Weg als Möglichkeit der Qualifizierung markiert (Sieger 2003, 41), muss es zu einer Neuordnung von Kompetenzstufen mit entsprechenden Gehaltsgruppen kommen, damit sich die Investitionen in die akademische Ausbildung individuell und volkswirtschaftlich lohnen. Dies würde zwangsläufig zu einer Herausbildung von Eliten führen. Eliten wiederum leisten keinen Beitrag zur Professionalisierung der gesamten Berufsgruppe und tragen damit nicht zu einer Verberuflichung des Feldes und der eigentlichen Pflegearbeit bei. Akademisch ausgebildete Pflegenden konzentrieren sich dann auf statuswirksame Aufgaben, die in unserer Gesellschaft vielfach mit (schrift-)sprachlicher Kommunikation verbunden sind und überlassen die subalternen, vielfach körpernahen Aufgaben den Hilfskräften (ebd.).

Abgeleitet werden hieraus schließlich zwei Forderungen:

- Die akademische Ausbildung im Berufsfeld Pflege müsse in erster Linie auf Lehrtätigkeit, Leitungsaufgaben, Forschung und spezielle Beratungs- und Unterstützungsfunktionen zielen, was wiederum bedeute, dass die Absolventen sich in diesem Status dann nicht mehr als „Pfleger“ im eigentlichen Verständnis des Berufsbildes begreifen können (ebd. 106).
- Für die Pflege selbst sei die Entwicklung einer zusätzlichen Hierarchieebene abzulehnen und demgegenüber die vollständige Verberuflichung von Pflegearbeit mit verbindlichen Qualitätsstandards in der Breite vor allem auch im Interesse der KlientInnen anzustreben. Hierfür sei die dreijährige Ausbildung eine Mindestanforderung, um den hohen Fachkräftestandard, durch den sich deutsche Kliniken auszeichnen, zu halten und nicht zugunsten einer kleinen Gruppe von AkademikerInnen aufs Spiel zu setzen. Pflegespezialisierung könne im Sinne des lebenslangen Lernens weiterhin dem bestehenden Konzept der Fort- und Weiterbildung folgen (ebd.).

Die bis hierher vorgestellte, soziologisch begründete Professionstheorie erfährt eine erhebliche Erweiterung durch das Konzept des Professionellen Handelns nach Oevermann (1996), das in der Pflegewissenschaft und –didaktik verbreitet Beachtung gefunden hat. Danach sind Professionelle dadurch zu bestimmen, dass ihre Praxis krisenhaft ist, und dass sie eingebunden ist in eine doppelte Handlungslogik zwischen Handlungszwang und Begründungsverpflichtung. Professionell Handelnde müssen in der Situation unmittelbar entscheiden und das auch dann, wenn sie nicht oder nur bedingt auf theoretisch fundiertes Standardwissen und Routinen zurückgreifen können. Ihre Praxis ist dabei stets mitgeprägt von dem potentiellen Risiko des Scheiterns. Sie sind demnach verpflichtet, ihr Handeln auf der Basis des bestehenden, anerkannten Wissensstands zu überprüfen, kritisch zu reflektieren und damit ggf. zur Weiterentwicklung von begründeten Handlungsstandards beizutragen. Sie müssen damit sowohl über wissenschaftlich fundiertes Begründungswissen verfügen als auch über eine hermeneutische Kompetenz im Verstehen des Falls in seiner individuellen Bedingtheit. Dies setzt neben der oben bereits beschriebenen Fähigkeit zur Wissenserschließung entwickelte Fähigkeiten im praktischen Handeln im Sinne von Deutungs- und Reflexionskompetenz und Urteilsfähigkeit voraus.

Inwiefern die Aneignung hermeneutischer Kompetenz durch eine akademische Ausbildung besonders gefördert werden kann, bleibt dabei zunächst offen. Deutlich wird, dass die Entwicklung dieser

Fähigkeit von Pflege-theoretikerInnen und -pädagogInnen vermehrt als Bedingung für gelingende Pflegepraxis formuliert wird und die Forderung gestellt wird, dass Pflegenden fähig sein müssen, in eben dieser doppelten Handlungslogik im Praxisfeld zu agieren, um auf der Basis eines fundierten Wissensbestands in der unmittelbaren Aktion mit den KlientInnen zu begründeten Einzelfallentscheidungen zu gelangen (z.B. Darmann-Finck 2010, Friesacher 2008, Stemmer 2003).

Ein solches Professionsverständnis legt jedoch nahe, anzuerkennen, dass auch eine akademische Pflegebildung auf professionelles Pflegehandeln und das Praxisfeld ausgerichtet sein sollte. Die Zielrichtung, durch Akademisierung der Erstausbildung spätere Pflegewissenschaftler mit den hierfür erforderlichen Kompetenzen wissenschaftlichen Arbeitens auszustatten, greift dann zu kurz – es müssten auch akademische Abschlüsse auf Master und Dokorniveau möglich sein, die auf professionelles Handeln mit KlientInnen zielen.

Die Auseinandersetzung mit der Professionalisierungsdebatte führt an eine weitere Problematik heran: Bislang fehlt ein systematisch begründetes und empirisch bewährtes Konzept der Aufgabenteilung beruflicher Pflege auf verschiedenen Niveaustufen. Wird diese nicht gefunden, besteht die Gefahr, dass sich die Arbeitsteilung zwischen Denken und Handeln bzw. Anordnung und Durchführung noch perfekter als im bisherigen System durchsetzt, womit eigentlich professionelles Pflegehandeln in seinem Kern, wie es in Anlehnung an Oevermann verstanden werden kann, zugunsten einer Herausbildung von Macht- und Hierarchiestrukturen aufgegeben wird. Insofern ist die oben umrissene gewerkschaftliche Position unbedingt ernst zu nehmen, jedoch mit anderen Konsequenzen.

### 3.1.3 Ableitung von Untersuchungskriterien

Aus dieser berufspolitischen Diskussion lassen sich folgende Kriterien – auch im Sinne von Qualitätskriterien – für die Untersuchung und Konzeption von primärqualifizierenden Studiengängen ableiten:

- Wie ist die Ausbildungsdauer im nationalen und internationalen Vergleich der (Pflege-) Berufsbildung einzuordnen?
- Zielt die Konzeption auf eine generalisierende Ausbildung und die Vereinheitlichung der Pflegeberufe?
- Welche interdisziplinären Verbindungslinien sind im Feld der Gesundheitsberufe sichtbar und wie erfolgt die Positionierung an der Schnittstelle zwischen Public Health und Pflege einerseits und einer am genuin pflegerischen ausgerichtete Profilbildung andererseits?
- Ist eine wissenschaftstheoretische Positionierung in der Konzeption des Studiengangs erkennbar?
  - Zielt die Konzeption auf Fortschritte in der Etablierung eines eigenen, pflegewissenschaftlich gesicherten Wissensbestandes im Sinne der Entwicklung von fundiertem Begründungswissen?
  - Berücksichtigt die Konzeption daneben die Krisenhaftigkeit pflegerischer Praxis in der doppelten Handlungslogik zwischen Handlungszwang und Begründungsverpflichtung? Zielt die Konzeption somit auch auf die Entwicklung von Deutungs- und Reflexionskompetenz bzw. Urteilsfähigkeit?
- Ist der Studiengang auch auf professionelles Pflegehandeln und damit auf das Praxisfeld ausgerichtet? Wie werden die Verbindungslinien zwischen beruflicher Praxis und akademischer Reflexion gesehen, wie ist der Praxis-Theorie-Praxis-Transfer konzipiert?
- Inwiefern leistet die Konzeption einen Beitrag zum Fortschritt im Prozess der Verberuflichung der Pflege allgemein?

- Leistet sie Unterstützung zur Einbindung nicht akademisch ausgebildeter Pflegenden, die in den unmittelbaren Klientenkontakt eingebunden sind oder zielt sie eher auf die Herausbildung von Eliten, verbunden mit dem Risiko, einen Parallelprozess von Deprofessionalisierung in der pflegerischen Versorgung zu befördern.
- Ist also mit der Konzeption und Etablierung eines Studiengangs die Entwicklung eines Gesamtkonzepts zur Aufgabenteilung beruflicher Pflege auf verschiedenen Niveaustufen verbunden, und wie wird dieses wissenschaftlich theoretisch bzw. empirisch abgesichert?

### 3.2 Anforderungen der Systeme und Institutionen

Systemtheoretisch betrachtet steht Pflegebildung in einem Spannungsfeld vielfältiger und zum Teil widersprüchlicher gesellschaftlicher und institutioneller Interessen. Pflege als Gegenstand der Pflegebildung ist zunächst Teil des Gesundheitssystems und damit dem Ziel der Gesundheit und Gesundheitserhaltung der Bevölkerung verpflichtet und handelt dann optimal, wenn diese Ziele erreicht werden. Andererseits agieren die verschiedenen Pflegeanbieter auch und vor allem an ökonomischen Kriterien ausgerichtet und der Bestand der Organisationen ist nicht zuletzt von ihrem wirtschaftlichen Erfolg abhängig. Damit ist die Pflege in mindestens zwei unterschiedliche Systeme der Gesellschaft – Medizin-/Gesundheitssystem und Wirtschaft – mit jeweils unterschiedlichen generalisierten Codes eingebunden (Luhmann 1990, Baraldi et al. 1997, Horster 2005).

Analog dazu sind die Berufsfachschulen für die Pflegeberufe ebenfalls in das Gesundheitssystem und zugleich in das Erziehungssystem der Gesellschaft eingebunden, wobei diese Einbindung zum Teil sehr unterschiedlich vollzogen wird. Berufsfachschulen der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege bilden bundesweit eher Organisationseinheiten der Kliniken und Krankenhäuser und sind mit diesen wirtschaftlich, organisatorisch und inhaltlich eng verbunden, was seinen Ausdruck darin findet, dass sie im politischen System in erster Linie von den Gesundheitsbehörden verwaltet werden. Berufsfachschulen für die Altenpflege stehen zumeist in kommunaler, freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft und sind damit sehr oft nicht unmittelbar mit einem Pflegeanbieter verknüpft, sondern auf Kooperationen mit verschiedenen Pflegeanbietern angewiesen. Sie sind in den Bundesländern entweder der Sozialpolitik oder den Kultusministerien und deren Behörden unterstellt. Dieser komplexe Zusammenhang wird im Verlauf der Untersuchung für das Land Bremen noch genauer aufgeschlüsselt (5.1.2). Hochschulen als Organisationen sind zum einen ebenso in das Erziehungssystem der Gesellschaft eingebunden und vergeben über Qualifizierung den Zugang zur Teilhabe in der Arbeitswelt. Zum anderen sind sie aber dem Wissenschaftssystem mit der forschenden Suche nach „Wahrheit“ verpflichtet, wobei dieses System die Institution in besonderer Weise prägt (Luhmann 2002, Luhmann 1990a, Baraldi et al 1997, Horster 2005). Hinzu kommt die Differenz zwischen einer auf Internationalisierung ausgerichteten Hochschulpolitik und den an nationalen gesundheitspolitischen Bedarfen ausgerichteten Qualifizierungsprogrammen (Hülsken-Giesler et al 2010, 217f).

Bei der Konzeption eines primärqualifizierenden Studiengangs müssen die damit grob umrissenen unterschiedlichen und zum Teil konfligierenden Interessen der Systeme bedacht werden, um die Konzeption nicht durch Fehleinschätzung der Realitäten schon im Vorfeld zu gefährden.

#### 3.2.1 Das Ausbildungssystem Hochschule im Anschluss an den Bologna-Prozess im Vergleich zur Ausbildung an Berufsfachschulen

Die Ausbildungsgänge an den Hochschulen wurden in den letzten Jahren im Kontext des sogenannten Bologna-Prozesses zunehmend auf ein dreistufiges, europaeinheitliches Studiensystem umgestellt (Bachelor, Master, Promotion). Die Grundlage hierfür wurde in Deutschland durch das Hoch-

schulrahmengesetz (HRG 1998) sowie die Beschlüsse der Kultusministerkonferenz (KMK 1997, 1998, 1999) geschaffen. Dahinter stand die Vorstellung, eine Vergleichbarkeit der erworbenen Kompetenzen zu erzielen und die Hoffnung, eine umfassende Studienreform anzustoßen und damit die Wettbewerbsfähigkeit und Attraktivität des deutschen Hochschulsystems zu erhöhen. Dies sollte insbesondere gelingen durch eine Steigerung der Interdisziplinarität und eine stärkere Ausrichtung der Studieninhalte an den Interessen der Studierenden an konkreten auf die künftige Berufsausübung gerichteten Zusammenhängen. Die Maßnahmen zielten insgesamt vor allem auch auf eine Verkürzung der in Deutschland bisher relativ langen Studienzeiten und eine Senkung der Quoten der Studienabbrecher ab (Stöcker/Wagner 2006, 840; Witte 2006). Neu an der Reform – zumindest für den universitären Bereich – ist eine stark beschäftigungsqualifizierende Ausrichtung der Bachelorstudiengänge. Studium und Abschluss sind darauf gerichtet, die Absolventen für die Berufsausübung zu qualifizieren und Arbeitsmarktfähigkeit („Employability“) zu vermitteln. Damit reagiert die Bildungspolitik auf Signale aus Unternehmen der verschiedensten Wirtschaftssektoren bezüglich des Bedarfs an MitarbeiterInnen mit gehobener, akademischer Ausbildung und auf den Wunsch von Studierenden, im Anschluss an das Studium in einem Praxisfeld und nicht im wissenschaftlichen Bereich tätig sein zu wollen (Hochschulrektorenkonferenz).

Politisch sind für die Hochschulbildung in den Bundesländern die Wissenschafts- und Bildungs- bzw. Kultusministerien zuständig, die den Lehrangeboten zustimmen müssen, wobei auch das Ideal des Humboldt'schen Prinzips der Freiheit von Forschung und Lehre der Hochschulen die Diskussion um die universitären Bildungsangebote und die Arbeit in den Gremien der Selbstverwaltung mit prägt.

### **Regelungen für Arbeitsbelastung, Prüfungen und Abschlüsse**

Mit der neuen Studienstruktur von Bachelor und Masterstudiengängen, die durch das Hochschulrahmengesetz für deutsche Hochschulen empfohlen, aber noch nicht zwingend vorgeschrieben ist, und aufgrund der Bestrebungen zur Internationalisierung von Ausbildungsgängen wurden Kreditpunktesysteme eingeführt – ECTS als Einheit im Hochschulbereich und ECVET als Einheit für die berufliche Bildung. Beide Systeme sollten idealerweise aufeinander abgestimmt sein, d.h. die in den absolvierten Bildungsgängen erreichten Kreditpunkte sollten eine Einstufung der erreichten Ausbildungsleistungen und damit eine erhöhte Mobilität und Durchlässigkeit zwischen Ausbildungsstandorten im In- und Ausland ermöglichen – ein Anspruch der momentan noch weit davon entfernt ist, allgemein umgesetzt zu werden. Voraussetzung hierfür wäre, dass sich die Aus- und Weiterbildungs-gänge und die Studiengänge inhaltlich und bezogen auf die zu vermittelnden Kompetenzen aufeinander zubewegen (vgl. KMK 2002). Die Kreditpunkte spiegeln im Prinzip den Zeitaufwand wider, den die Studierenden durchschnittlich aufwenden müssen, um einen Inhalt umfassend zu erarbeiten, wobei 1 ECTS einer geschätzten Arbeitsbelastung („Workload“) von 25 bis 30 Zeitstunden entspricht und Präsenz-, Prüfungs- und Selbstlernzeiten gleichermaßen erfassen soll. Ein Verhältnis zwischen Präsenz- und Selbstlernzeiten ist nicht definiert und soll ausdrücklich nicht als Kalkulationsgrundlage genommen werden. Die Erfahrung zeigt aber, dass ca. ein Drittel der Arbeitsbelastung als Präsenzzeit gerechnet werden muss, bzw. dass knapp zwei Drittel der Gesamtzeit für Selbsterarbeitung zur Verfügung stehen müssen.

Die Studiengänge werden modularisiert gestaltet, wobei ein Modul mehrere Lehrveranstaltungen – i.d.R. 4 – 12 ECTS, also einen Zeitaufwand von 120 bis 360 Stunden des Studiums – inhaltlich sinnvoll zusammenfassen und mit einer gemeinsamen, übergreifenden Modulprüfung abschließen sollte. Durch diese Modulprüfungen wird die Abschlussnote studienbegleitend entwickelt, wobei die Gewichtungen auch im Verhältnis zu den Abschlussarbeiten in der Studien- und Prüfungsordnung definiert werden müssen.

Für das System der Bachelor- und Masterstudiengänge wurde vereinbart, dass die Regelstudienzeit von fünf Jahren bzw. 10 Semestern nicht überschritten werden darf. In jedem Studiensemester werden in der Regel 30 ECTS erreicht, d.h. insgesamt ist ein Studium nach 300 ECTS mit dem Mastergrad

abzuschließen. Die Hochschulen haben für die Entwicklung der beiden Phasen Gestaltungsspielräume; so können für einen Bachelorstudiengang (BA) mindestens drei (= 180 ECTS mit einer Gesamtarbeitsbelastung von 5400 Stunden), höchstens vier Jahre (240 ECTS) eingeplant werden; für den Masterstudiengang stehen dann entsprechend maximal zwei Jahre (120 ECTS) und mindestens ein Jahr (60 ECTS) zur Verfügung.

Mit dem Bachelorstudiengang soll nach dem Hochschulrahmengesetz ein berufsqualifizierender Abschluss erreichbar sein, der verstärkt wissenschaftliche Grundlagen, eine entsprechende Methodenkompetenz, aber auch berufsfeldbezogene bzw. praxisorientierte Qualifikationen vermittelt; für die Abschlussarbeit ist ein Umfang von 6-12 ECTS-Punkten zu kalkulieren. Der Masterstudiengang mit einer Abschlussarbeit von 15-30 ECTS-Punkten ist als weiterer berufsqualifizierender Abschluss zu kennzeichnen, wobei das Profil als „stärker anwendungsorientiert“ oder „stärker forschungsorientiert“ durch die Hochschule festgelegt werden muss. Weiterhin muss unterschieden werden zwischen konsekutiven, auf dem Bachelorabschluss aufbauenden, nicht-konsekutiven, d.h. inhaltlich nicht auf dem Bachelorabschluss aufbauenden und weiterbildenden Masterstudiengängen, für die eine definierte berufspraktische Erfahrung von i.d.R. mindestens einem Jahr vorausgesetzt wird. Der Masterabschluss berechtigt gleichzeitig zur Promotion. Mit dieser Regelung wird bezogen auf die Abschlüsse nicht mehr zwischen Fachhochschulen und Hochschulen differenziert – Bachelorabschlüsse sind für die Zulassung für einen Masterstudiengang gegenseitig anzuerkennen, sofern ein vergleichbares Leistungsprofil in dem das Abschlusszeugnis ergänzenden „diploma supplement“ erkennbar ist (Hochschulrektorenkonferenz; Sieger 2001).

Die KMK hat sich für die primärqualifizierenden Studiengänge auf sechs mögliche Abschlussbezeichnungen verständigt, die das Studiengangprofil verdeutlichen sollen – Bachelor/Master of „Arts“, „Science“, „Engineering“, „Laws“, „Fine Arts“ oder „Music“. In einem interdisziplinären Studiengang, z.B. im Bereich „Pflege“, wird mit der Abschlussbezeichnung das Fachgebiet gekennzeichnet, dessen Bedeutung im Studiengang überwiegt – ob also z.B. eine eher sozial-/geisteswissenschaftliche oder naturwissenschaftliche Ausrichtung vorherrscht (Hochschulrektorenkonferenz).

Studiengänge durchlaufen nach ihrer Konzeption ein Akkreditierungsverfahren und werden in regelmäßigen Abständen reakkreditiert. Damit werden die Zuständigkeits- und Verantwortungsbereiche von Staat und Hochschule getrennt. Erst nach positivem Abschluss des Akkreditierungsverfahrens erfolgt die endgültige Genehmigung des Studiengangs durch das zuständige Ministerium (Sieger 2001).

Für die Ausbildung an den Berufsfachschulen ist die Arbeitsbelastung der Auszubildenden durch Angabe der jeweiligen Gesamtstundenzahlen geregelt. Danach müssen in den Pflegeausbildungsgängen in drei Ausbildungsjahren insgesamt 2100 Stunden theoretischer Unterricht und 2500 Stunden fachpraktische Ausbildung absolviert werden, was einer Gesamtunterrichts-/ausbildungszeit von 4600 Stunden im Verlauf der Ausbildung entspricht. Dabei wechselt das Verhältnis zwischen theoretischer und praktischer Ausbildung im Verlauf der drei Ausbildungsjahre, so dass in den ersten beiden Ausbildungsjahren die fachschulische Ausbildung stärker im Vordergrund steht als im dritten Jahr. Die genannten Zeiten für den theoretischen Unterricht umfassen in jedem Fall Präsenz- und Prüfungszeiten, während die darin enthaltenen Selbstlernzeiten im Ermessen der Schulen stehen und die Lernenden hierfür in der Regel noch zusätzliche Zeiten kalkulieren müssen.

Die Ausbildungsinhalte werden über Lernfelder, die den Modulen in Ansätzen vergleichbar sind, ebenfalls zu Sinneinheiten zusammengefasst, wobei die Schulen hier andere Gestaltungsräume haben. Das gilt auch für die Prüfungen, wobei nicht einheitlich geregelt ist, ob ausbildungsbegleitende Prüfungen gefordert werden und inwieweit diese als Vornoten in die Abschlussnote einfließen oder nicht – hier bestehen sowohl Unterschiede zwischen den Bundesländern als auch zwischen der Altenpflege und der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege. Sowohl die aus mehreren Prüfungstei-

len bestehende Abschlussprüfung (praktisch/schriftlich/mündlich) als auch der zu vergebende Berufsabschluss und das hierfür einzuhaltende Verfahren ist durch die Berufsgesetze bundeseinheitlich geregelt.

### **Universitäten und Fachhochschulen**

Die neue Studiengangstruktur bezieht sich sowohl auf Universitäten als auch auf Fachhochschulen, d.h. beide Hochschularten können Abschlüsse auf Master-Niveau anbieten, die formal als gleichwertig anerkannt werden. Damit wird vom Anspruch der Reform her auch die klassische Zuschreibung der Zuständigkeiten, nach der Fachhochschulen „anwendungsorientierte“ und Universitäten „theorieorientierte“ Studiengänge anbieten, aufgehoben und eine dem britischen Hochschulsystem vergleichbare Struktur entwickelt. Die institutionellen Bedingungen wurden bei dieser Annäherung der Hochschularten jedoch nicht geändert. „Von den Qualifikationen der Hochschullehrer über die Finanzierungsmodalitäten bis zu den Zugangsvoraussetzungen zum Studium gibt es weiterhin gravierende Unterschiede, die von den formal gleichen Abschlüssen verdeckt werden.“ (Witte 2006) Aus der Perspektive der Universitäten werden deshalb auch kritische Stimmen zu „diese[r] wohl politisch gewollte[n] Nivellierung der traditionellen Unterschiede“ laut, die damit „für die Universitäten negative Konsequenzen“ befürchten, da diese „in der Konkurrenz zu den ja kostengünstiger arbeitenden Fachhochschulen unter einen zusätzlichen Kostendruck geraten“, was sich langfristig in einer allgemeinen Senkung des wissenschaftlichen Niveaus auswirken könnte (Lieb 2009).

Im Kontext der Studiengangentwicklung im Berufsfeld Pflege birgt die Annäherung jedoch auch Chancen. Im traditionellen Verständnis wären Pflege und Pflegewissenschaft eher anwendungsorientiert einzustufen und an den Fachhochschulen anzusiedeln. Damit wäre eine Kooperation auf Augenhöhe mit den Partnern im Berufsfeld, vor allem den AbsolventInnen eines Medizinstudiums – einer im Übrigen auch eher anwendungsorientierten, aber als Profession traditionell an Universitäten verorteten Wissenschaft – erschwert. Die Etablierung von Bachelor- und Masterstudiengängen der Pflegewissenschaft an Universitäten birgt damit Chancen für die formale Professionalisierung der Pflege und sichert auch bessere Ausgangsbedingungen für die Entwicklung von Forschungsvorhaben.

### **Ausbildungs-/Studienfinanzierung und Anschlussfähigkeit an den Arbeitsmarkt**

Die Regelung zur Ausbildungsfinanzierung im Krankenhausfinanzierungsgesetz lässt sich nach Einschätzung der Bildung der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (2009) als nach wie vor defizitär und problematisch beschreiben. Zwar werde eine grundsätzliche Refinanzierung der Ausbildungskosten abgesichert, jedoch seien die Einzelposten nach wie vor vom Verhandlungsgeschick der Krankenhausträger abhängig. Es bedürfe zunächst der Bestimmung von verbindlichen Qualitätsstandards, die zu einer Vergleichbarkeit des Mittelbedarfs für die personelle und sachliche Ausstattung führen. Ohne diese Maßnahme bestehe die Gefahr, dass die Ermittlung von Durchschnittswerten lediglich zu einer Qualitätsminderung bei gut ausgestatteten Schulen führe und damit letztlich die Ausbildungsqualität insgesamt gefährdet sei. Für die Altenpflege und insbesondere für die Ausbildung im Berufsfeld der ambulanten Pflege fehlt eine klare und einheitliche Regelung der Ausbildungsfinanzierung bislang noch vollständig.

Die Finanzierung im Rahmen eines Studiums unterliegt völlig anderen Bedingungen als die Berufsausbildung in Fachschulen der Gesundheits- und Krankenpflege oder auch der Altenpflege. Hochschulen stehen in der Trägerschaft der jeweiligen Bundesländer, die damit auch als Kostenträger fungieren und ergänzend Zuschüsse aus Bundesmitteln erhalten. Insbesondere für die Erfüllung ihrer Forschungsaufgaben sind die Hochschulen ergänzend auf Forschungsaufträge und -mittel angewiesen, die eingeworben werden müssen. Von Studierenden im Land Bremen werden für ein Erststudium im Bachelorstudiengang keine Studiengebühren erhoben. Für den Masterstudiengang gilt das nur, wenn er inhaltlich unmittelbar auf dem Bachelorstudiengang aufbaut, also konsekutiv angelegt ist und sein Abschluss als das eigentliche Studienziel angesehen werden kann, auf das das Gesamt-

studium ausgerichtet ist. Vergleichbares gilt für die Hilfe zum Lebensunterhalt im Studium nach BAföG, das Studierende im Erststudium abhängig vom Einkommen der Eltern beantragen können, bzw. elternunabhängig, wenn sie bereits über eine Berufsausbildung verfügen und zwei Jahre in dem Beruf gearbeitet haben. BAföG wird als Darlehen gewährt und muss zumindest z.T. zurückbezahlt werden.

### 3.2.2 Ableitung von Untersuchungskriterien

Mit dem vorangegangenen Abschnitt wurde eher der gegenwärtige Status quo der systemisch-strukturellen Rahmenbedingungen für eine akademische Pflegebildung aufgezeigt. Hieraus lassen sich zunächst unmittelbar formale Kriterien für die Untersuchung eines Studiengangs ableiten:

- Welche Abschlüsse werden vergeben?
- Welche Studien-/bzw. Ausbildungsdauer ist geplant und wie viele ECTS werden bis zum Bachelorabschluss vergeben?

Darüber hinaus lassen sich eher mittelbar Überprüfungskriterien für die Diskussion einer Studiengangskonzeption ableiten, die vor allem auf die Vermeidung von zusätzlichen Reibungsverlusten an den Schnittstellen zwischen den Systemen zielen:

- Können die am Studiengang beteiligten Systeme – i.d.R. wären das Hochschule, Berufsfachschule und die Einrichtungen der praktischen Ausbildung – an interne Strukturen und vertraute Muster in der Organisation ihrer Abläufe anknüpfen oder ist mit Problemen in der Informationsübertragung zu rechnen? Inwiefern behalten die Systeme ihren Eigenwert und können diesen in eine Kooperation einbringen bzw. inwiefern übernimmt ein System die alleinige Führungsrolle?
- Welche konkreten Anforderungen an die Kooperation zwischen den Systemen stellen sich?
- Wie werden Transparenz und gegenseitige Anerkennung gesichert?
- Welche ergänzenden strukturellen, personellen oder materiellen Maßnahmen müssen geplant bzw. implementiert werden, um mögliche Übermittlungsprobleme zu minimieren? Welche zusätzlichen Kosten müssen hierfür veranschlagt werden?
- Welche Kosten entstehen für die beteiligten Systeme und Personen?

## 3.3 Anforderungen der Bildungspolitik und der Pflege- und Hochschuldidaktik

### 3.3.1 Durchlässigkeit als bildungspolitischer Anspruch

Ein zentraler bildungspolitischer Anspruch der neuen Studienstruktur besteht in der Gestaltung der Durchlässigkeit zwischen den Bildungssystemen. „Durchlässigkeit‘ wird national und international durchweg als positiv und wünschenswert und schließlich als eine einzulösende Forderung an das gesamte Bildungssystem verstanden“ (Frommberger 2009, 1) und „die Forderung nach einer Öffnung der Hochschulen für Berufstätige mit entsprechenden beruflichen Abschlüssen [gewann] höchste Bedeutung. Die Palette der bildungspolitischen Stellungnahmen des Bundesinstituts für Berufsbildung, der Bundesregierung, der Bundesländer, der Parteien sowie der Arbeitgeber und Gewerkschaften kumuliert zu einer deutlichen Befürwortung der breiten Hochschulöffnung und damit der gleichwertigen Anerkennung beruflicher Abschlüsse“ (ebd., 9).

War bis in die 70er Jahre hinein der Nachweis der Allgemeinen Hochschulreife oder Hochschulzugangsberechtigung, in der Regel das Abitur, die alleinige Voraussetzung für die Aufnahme eines Studiums, so besteht inzwischen in allen Bundesländern für Praktiker mit Berufserfahrung die Möglichkeit, an einer Hochschule entweder berufsbegleitend oder in Vollzeit zu studieren und sich so weiterzubilden, wobei die Zulassungsvoraussetzungen in den Bundesländern noch sehr heterogen geregelt sind und sich an unterschiedlichen landeshochschulgesetzlichen, hochschulischen sowie fachbereichs- und fachgebietsbezogenen Regelungen orientieren. Einheitlich gilt lediglich, dass die Zulassung nur für einen Studiengang erworben werden kann und keine allgemeine Hochschulzugangsberechtigung darstellt (Hochschulrektorenkonferenz). Das Prinzip der „Durchlässigkeit“ zwischen Berufsbildung, Allgemeinbildung und Hochschulbildung hat auch zum Ziel, die berufliche Bildung attraktiver zu machen und damit einem sich abzeichnenden Mangel an Fachkräften entgegen zu wirken. „Diese Argumentationsfigur des „Fachkräftemangels“ hat in den vergangenen Jahren dazu geführt, dass das Thema „Durchlässigkeit“ auch in arbeitgebernahen Positionierungen auf Akzeptanz gestoßen ist“ (ebd., 8). Sie könnte auch für die Arbeitgeber in der Pflege und insbesondere in der Altenpflege gelten, wenn es gelänge, damit auch andere Bewerbergruppen für eine berufliche Karriere in diesem Arbeitsfeld zu gewinnen, da diese dann nicht mehr befürchten müssten, dass die Entscheidung für eine Pflegeausbildung zwangsläufig in eine berufliche Sackgasse mündet (Bischoff-Wanner/Reiber 2006; S. 99).

Mit dem Prinzip der Durchlässigkeit und der damit verbundenen „Förderung der Möglichkeit individueller Bildungsmobilität“ (Frommberger 2009, 1) wird in der Geschichte der Bildungspolitik die Ablösung des meritokratischen Systems realisiert, das zwar historisch „einen großen Fortschritt gegenüber den traditionellen absolutistischen Verteilungs-, Selektions- und Aufstiegsprinzipien“ darstellte, inzwischen aber auch zahlreiche negative Wirkungen entfaltet hat, wie z.B. die Inflation von Bildungsabschlüssen, die in das „Qualifikationsparadox“ münden, wonach Abschlüsse zugleich wichtiger und wertloser werden (ebd., 3).

Um hier sinnvoll zu wirken, sollten, so die Vorstellung von BildungsexpertInnen, nicht allein die formalen Berechtigungen, sondern die erworbenen Kompetenzen und das inhaltliche Outcome einer Bildungsmaßnahme bzw. der ausgeübten Berufspraxis zählen. Bildungsmaßnahmen wären dann so zu gestalten, dass die Lernenden einen Quereinstieg in ein Bildungsangebot finden, der ihnen hilft, ihrem Kompetenzniveau entsprechend einzusteigen und überflüssige Redundanzen zu vermeiden. Der hier im Prinzip zu begrüßende Anspruch stellt die Anbieter von Bildungsmaßnahmen in der Realisierung jedoch vor erhebliche Schwierigkeiten.

Da wäre zunächst die insbesondere in Deutschland sehr starke „Verknüpfung zwischen schulischen und/oder berufsqualifizierenden Abschlüssen und den nachfolgenden Zugängen im Bildungs- und/oder Beschäftigungssystem“ zu nennen, die bis zu rechtlichen oder rechtsähnlichen Ansprüchen auf die Zulassung in weiterführenden Bildungsinstitutionen oder eine tarifgebundene Angestelltentätigkeit führen kann (ebd.).

Andererseits laufen diesem im Prinzip anerkannten Anspruch Abschottungs-, Abgrenzungs- und Beharrungstendenzen in den verschiedenen Bildungs-/Beschäftigungssystemen und Interessenverbänden zuwider, so zum Beispiel auch die Abgrenzung zwischen Allgemeinbildung und Berufsbildung mit den bislang noch nicht abschließend geklärten Fragen, ob und wie Berufsbildung auch wissenschaftspropädeutische Kompetenzen vermitteln kann, ob „gleichwertige“ Abschlüsse über verschiedene, ungleiche Bildungsgänge erreicht werden können und wie sichergestellt wird, dass im Rahmen der beruflichen Bildung auch solche Kompetenzen erworben werden, die in nachfolgenden Bildungsgängen vorausgesetzt sind (ebd.). Die umschriebene Problematik wird in der Pflegebildung an den Berufsfachschulen frappierend deutlich, wenn ein dreijähriger, 2100 theoretische Unterrichtsstunden umfassender sekundärer Bildungsgang mit Eingangsvoraussetzung „Mittlere Reife“ nicht automatisch mit dem Erwerb einer Hochschulzugangsberechtigung verbunden ist.

Verschiedene Bildungsbereiche und –stufen unterscheiden sich also hinsichtlich der curricularen Bestimmung der Inhalte und Ziele, der gewählten Lehr-/Lernformen und des methodischen Vorgehens, im Anspruchsniveau der Vermittlung und in der Unterstellung unter verschiedene Aufsichtsbehörden. Die Systeme können einander eher fremd sein, und der Kontakt ist z.T. von einer Mischung aus distanzierter Bewunderung oder Hochachtung einerseits und von Misstrauen und Abwertung vor allem in Bezug auf die Qualität der Ausbildung andererseits geprägt, wobei hier persönliche Interessen und Überzeugungen der beteiligten Akteure u.U. eine zentrale Rolle spielen.

Lösungen der hier umrissenen Probleme in der Gestaltung von Durchlässigkeit zwischen beruflichen Ausbildungs- und Studiengängen in einer Fachrichtung werden häufig in formal abgesicherten Bestimmungen der Aufnahmeordnungen gesucht. Frommberger identifiziert hierzu sechs verschiedene Modelle:

- Eine bausteinartige Regelung der Ausbildungsstruktur, z.B. in modularisierter Form mit der gegenseitigen Anerkennung der ausgewiesenen Leistungen.
- Die Anerkennung auf der Grundlage von Vereinbarungen „oder mittels spezieller staatlicher Anrechnungsverordnungen“, wobei der Gesamtumfang der anerkannten Leistungen begrenzt werden kann.
- Die Zulassung und ggf. Anerkennung von bereits erarbeiteten Vorleistungen, indem eine Prüfung von der aufnehmenden Einrichtung abgenommen wird.
- Zulassung und ggf. Anerkennung einer individuellen, expliziten Dokumentation („Portfolio“), Erfassung und Bewertung vorhandener Kompetenzen durch die aufnehmende Einrichtung.
- Der vorhergehende (berufliche) Bildungsabschluss berechtigt lediglich zur Aufnahme in den nachfolgenden, hochschulischen Bildungsgang und in diesem Rahmen zum Ablegen der dort erforderlichen Prüfungen.
- Der vorhergehende (berufliche) Bildungsabschluss reicht alleine für die Aufnahme in den nachfolgenden, hochschulischen Bildungsgang nicht aus, es müssen ergänzend zusätzliche Leistungen bzw. ein Auswahlverfahren abgelegt werden.

(ebd., 13)

### **3.3.2 Duale Studiengänge als Modell einer Verknüpfung zwischen theoretischer und berufspraktischer Ausbildung**

Der Kerngedanke der Hochschulreform zum sogenannten Bologna-Prozesses, den ersten Studienabschluss (Bachelorgrad) unmittelbar in eine Berufsausübung münden zu lassen, lässt sich mit primärqualifizierenden Studiengängen in der Pflege prinzipiell schlüssig realisieren, wobei allerdings die Grundproblematik bestehen bleibt, dass bislang bei einer rein hochschulischen Ausbildung den Studierenden die berufsrechtliche Anerkennung versagt wurde und die Hochschulen auf die Kooperation mit einem Ausbildungsträger angewiesen sind. Diese Problematik ist mit den Veränderungen der Berufsgesetze in den Pflegeberufen (KrPflG ; AltPflG) im Zusammenhang mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz 2008 im Rahmen von Modellversuchen in Teilen aufgehoben (vgl. o. 2.1.1), was aber systemisch veränderte ausbildungsrechtliche und ökonomische Konsequenzen für Studierende, Praxiseinrichtungen und Hochschulen mit sich bringt. Und auch vor dem Hintergrund dieser Gesetzesänderung muss die praktische Ausbildung in einem Gesamtumfang von 2500 Stunden nach den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen in den entsprechenden Arbeitsfeldern der Pflege stattfinden, damit die Berufszulassung erfolgen kann.

Für solche Studium und Berufspraxis verbindenden Studiengänge werden verschiedene Grundmodelle der Studienorganisation vorgeschlagen:

Einerseits können Studiengänge konzipiert werden, für die die Gesamtverantwortung für Berufsausbildung und akademischen Abschluss bei der Hochschule liegt. Es entstehen **ausbildungsintegrierende Studiengänge**, die den berufsbildenden Abschluss in das Vollzeitstudium integrieren. Berufsfachschulische Anteile werden, ggf. über Kooperation mit einer oder mehreren Berufsfachschulen, im Rahmen des Studiums vermittelt und sind dann auch, entsprechend der Studienbelastung, mit ECTS zu belegen.

Andererseits lassen sich Studiengänge konzipieren, die **ausbildungsbegleitend** angelegt sind und in denen Berufsfachschulen die Berufsausbildung verantworten und die Prüfung für das berufliche Examen abnehmen, während die Hochschule die akademisch-theoretische Fundierung übernimmt und hierfür den Studienabschluss vergibt; hier wird im Rahmen der Akkreditierung geregelt, wie die Kooperation zu gestalten ist und welche Anteile der Ausbildung jeweils gegenseitig anerkannt werden.

Daneben sind auch duale Pflegestudiengänge als akademische Erweiterung einer vorhandenen Berufsqualifikation möglich, für die ein einschlägiger Berufsabschluss als Eingangsvoraussetzung definiert wird, so dass durch das Studium die akademisch-wissenschaftliche Qualifizierung auf Bachelor-niveau erzielt wird. Solche Studiengänge können wiederum entweder **praxis- bzw. berufsintegrierend** angelegt sein – d.h. berufliche Praktika werden in der Verantwortung der Hochschule als Teil der akademischen Qualifizierung angelegt – oder **berufsbegleitend**, was bedeutet, dass für die Studierenden neben dem Berufsabschluss unabhängig von der Hochschule ein beruflicher Kontakt zum Praxisfeld bestehen muss und die Kooperation mit der Praxis entsprechend vertraglich geregelt ist (BLK 2003, 12f ; Mucke/Schwiedrzik, 2000, 6 zit. n. Bischoff-Wanner/Reiber 2006, 137).

Für die Konzeption von dualen Studiengängen und die Anerkennung von Leistungen, die im Rahmen der beruflichen Qualifizierung bzw. beruflichen Praxis erworben wurden, ist ein Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 28.06.2002 maßgebend, wonach Kenntnisse und Fähigkeiten, die außerhalb des Hochschulwesens erworben werden, bis zu maximal 50% auf ein Hochschulstudium angerechnet werden dürfen, sofern sie inhaltlich und bezüglich des Anspruchsniveaus einer Studienleistung vergleichbar sind und diese Vergleichbarkeit im Rahmen der Studiengangakkreditierung überprüft wurde. Grundlage für die Niveaueinstufung bildet dabei das Qualifikationsrahmenwerk für Deutsche Hochschulabschlüsse, das seitens der KMK am 21.04.2005 beschlossen wurde (künftig: Q-Rahmen, der Aus- und Weiterbildung integriert).

In Anlehnung an die oben dargestellten Modelle zur Gestaltung von Durchlässigkeit (s.o. 3.3.1 ) kann diese Anerkennung von Vorleistungen grundsätzlich auf zwei Wegen erfolgen: Entweder werden bestimmte Eingangsvoraussetzungen formuliert, die für alle StudienbewerberInnen gelten und bei Vorliegen pauschal zu einer Anerkennung führen (absolvierte Prüfungen im Rahmen eines Studiums oder einer Fachweiterbildung; Zulassungsprüfungen) oder es erfolgt eine Einzelprüfung z.B. im Rahmen des sogenannten AP(E)L-Verfahrens (= Accreditation of Prior (Experiential) Learning), wobei der Studienbewerber in einem persönlichen Portfolio seine bisherigen beruflichen Qualifikationen nachweist, die anhand definierter Kriterien überprüft werden und für die jeweils individuell Studienmodule und entsprechende ECTS anerkannt werden.

Die Anerkennung der Gleichwertigkeit vorausgesetzt, bedeutet diese Regelung, dass in dualen ausbildungsbegleitenden bzw. berufsbegleitenden Studiengängen mit einem Umfang von 180 ECTS Studienleistungen von maximal 90 ECTS anerkannt werden können; die reine Studienzeit würde sich also im Rahmen eines Vollzeitstudiums maximal auf einen Workload von 2700 Stunden verkürzen, was mindestens 3 Semestern in Vollzeitform bzw. 6 Semestern bei einem berufsbegleitenden Teilzeitstudium entspricht.

Für alle Formen dualer Studiengänge gilt, dass die Kooperation der Lernorte zwischen der Hochschule, den Studierenden, der beruflichen Praxis und ggf. einem berufs(fach)schulischen Ausbildungsanbieter geregelt und vertraglich gesichert sein muss und die Ausbildungsinhalte an den Lernorten systematisch aufeinander bezogen und zeitlich verzahnt sind.

Solche lernortverbindenden dualen Studiengänge mit ihrer engen Verknüpfung von Ausbildungs- und Berufspraxis, die den zunehmenden Bedarf an theoretisch-wissenschaftlicher Reflexion in der beruflichen Praxis abdecken, werden von den verschiedenen bildungspolitischen Gremien seit Mitte der 90er Jahre ausdrücklich begrüßt und unterstützt (Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (BLK), Wissenschaftsrat, Hochschulrektorenkonferenz, Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände, Bundesinstitut für Berufsbildung (BiBB) - vgl. hierzu ausführlich: Bischoff-Wanner/Reiber 2006, 135f). Argumentiert wird, dass solche Angebote auf eine bessere Transparenz und Durchlässigkeit innerhalb des Bildungssystems zielen, lebenslange Lern- und Qualifizierungsmöglichkeiten und damit die Ausschöpfung des Bildungspotenzials in der Gesellschaft ermöglichen und die Chancen von Hochschulabsolventen, auf dem Arbeitsmarkt akzeptiert zu werden, erhöhen (ebd.). Damit kommen diese Angebote insbesondere Frauen in ihrer Lebensplanung entgegen, was eine Konzeption für den Pflegeberuf als klassischen Frauenberuf in doppelter Hinsicht attraktiv macht (ebd. 34).

### 3.3.3 Pflege- und hochschuldidaktische Anforderungen

Neben den formalen Aspekten der Studiengangkonzeption sind natürlich die inhaltliche Gestaltung von Studiengängen und damit das zugrundeliegende Curriculum essentiell. Bei der Curriculumentwicklung müssen bildungspolitische, berufspädagogische, pflege- und hochschuldidaktische Kriterien in Anschlag gebracht werden.

Im Zuge der Umorientierung der beruflichen Bildung von der Input- zur Outcomeorientierung erfolgt die Steuerung des Bildungssystems anhand von Outcomes oder Kompetenzen. Mit der Orientierung an Kompetenzen soll sichergestellt werden, dass ein definiertes Niveau an Qualifikationen bzw. Kompetenzen durch ein Bildungsangebot unabhängig von dessen inhaltlicher Gestaltung erreicht wird. Im Unterschied zu einer inputorientierten Steuerung soll durch die outcomeorientierte Steuerung eine Vergleichbarkeit unterschiedlicher Bildungsangebote und Bildungskarrieren durch die erzielten Lernergebnisse ermöglicht werden. Für die Entwicklung von neuen Studienprogrammen hat dies zur Konsequenz, dass neben den Inhalten auch die Lernergebnisse („Learning Outcomes“) und damit die Kompetenzen beschrieben werden müssen, die anhand des Bildungsangebots erworben werden sollen.

Unter Kompetenzen werden im Folgenden mit Rückgriff auf Erpenbeck/Rosenstiehl (2003, XI) die „Dispositionen selbstorganisierten Handelns“ verstanden, also die Voraussetzungen, die eine Person mitbringt oder erwirbt, um in einer Situation angemessen zu handeln. Kompetenzen stehen in enger Verbindung mit der Persönlichkeitsentwicklung, womit ein Zusammenhang mit Bildungszielen hergestellt ist – in Abgrenzung zu Qualifikationen, die eher auf die Beherrschung von Fertigkeiten und Kenntnissen zielen. Für die berufliche Bildung in einem auf soziale Interaktion ausgerichteten Berufsfeld wie der Pflege ist dabei ein lediglich auf kognitive Dispositionen gerichteter Kompetenzbegriff keinesfalls ausreichend und muss um affektive und psychomotorische Dimensionen, die zur Entwicklung beruflicher Identität wesentlich beitragen (Achtenhagen/Baethge 2007, S. 55; Rauer/Haanemann/Haasler 2009, S. 7), erweitert werden.

Ein Kompetenzmodell, das speziell Aspekte von Pflegekompetenz abbildet und das empirisch fundiert ist, existiert derzeit national sowie international noch nicht (Darmann-Finck/Foth 2010; Darmann-Finck/Glissmann 2010). Insofern müssen sich die EntwicklerInnen von Curricula gegenwärtig mit Konstrukten behelfen. In der Bundesrepublik wird i.d.R. das in der Berufspädagogik verbreitete Modell beruflicher Handlungskompetenz mit den Dimensionen Fachkompetenz, Methodenkompetenz, personale Kompetenz sowie sozial-kommunikative Kompetenz aufgegriffen und auf das Handlungsfeld Pflege übertragen (ebd.).

Gegen die Fokussierung allein auf Kompetenzen lässt sich einwenden, dass es gegenwärtig keine gesicherten Erkenntnisse dazu gibt, anhand welcher Erkenntnisse und Impulse welche Kompetenzen aufgebaut werden können. Wird, wie international häufig eher üblich, Kompetenz nicht im Sinne einer Disposition, sondern stärker als Performanz verstanden, dann besteht zudem das Risiko einer Verwässerung des Ausbildungsniveaus sowie der Vernachlässigung fundierten Fachwissens und eines auch gesellschafts- und institutionenkritischen Reflexionsvermögens (Watson 2002). Eine alleinige Orientierung an den Lernergebnissen ohne eine Festlegung von Inputfaktoren, also eine Bestimmung der Inhalte und Methoden eines Bildungsangebots, könnte daher Abstriche in der Ausbildungsqualität zur Folge haben. In Deutschland existieren mehrere geisteswissenschaftlich geprägte pflegedidaktische Modelle (z. B. Darmann-Finck 2010; Greb 2003; Wittneben 2003; Ertl-Schmuck 2000), die darauf abzielen, Bildungsziele und –inhalte zu identifizieren und die einer primär auf Berufstauglichkeit ausgerichteten Curriculumentwicklung bildungstheoretisch fundierte Reflexionskategorien, die auf die Kritik von Ideologien sowie von Macht und Herrschaftsstrukturen abheben, entgegensetzen (Darmann-Finck/Foth 2010).

Auch die Ansätze für ein Kerncurriculum „Pflegerwissenschaft für pflegebezogene Studiengänge“, die durch die ‚Sektion Hochschullehre Pflegewissenschaft‘ der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) in enger Zusammenarbeit mit dem Deutschen Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR) entwickelt wurden, können als Orientierung für die inhaltliche Gestaltung von Pflegestudiengängen herangezogen werden (Hülsken-Giesler et al. 2010). Mit dieser Konzeption soll „aus pflegewissenschaftlicher Perspektive ein Kernbestand hochschulischer Pflegebildung abgebildet“ und sowohl der „disziplinäre Kern von Problemstellungen, Begriffen, Methoden und Theoriebeständen der Pflegewissenschaft“ inhaltsbezogen erfasst als auch durch die Bestimmung handlungsorientierender Kompetenzen umrissen werden. Die Absolventen des Kerncurriculums sollen zu einer pflegewissenschaftlich begründeten Praxis befähigt werden, wobei die hochschulische Ausbildung hierbei die pflegewissenschaftliche Expertise sichert. Das Ziel einer Studiengangentwicklung muss den AutorInnen des Kerncurriculums zufolge darin liegen, „die Potentiale, die eine professionalisierte Pflege in das Versorgungsfeld einbringen kann“, sichtbar zu machen (Hülsken-Giesler et al. 2010, 223).

Für die Strukturierung der Curricula hat sich in der beruflichen Bildung seit dem Ende der 1990er Jahre mit dem Ziel des verbesserten Theorie-Praxis-Transfers eine Orientierung der theoretischen Ausbildung an den beruflichen Aufgaben- und Problemstellungen bzw. an sogenannten Lernfeldern, die als didaktisch reflektierte Handlungsfelder der Berufswirklichkeit verstanden werden, durchgesetzt. Dieser Ansatz wurde in den letzten Jahren in vielfältiger Gestalt in der Pflegebildung realisiert und hat in den Berufsfachschulen vermehrt zu einer Fächerintegration und zur Entwicklung innovativer Lehr-/Lernformen geführt (z. B. Darmann-Finck 2010; Darmann-Finck 2009). Im Hochschulbereich ist gegenwärtig eher eine wissenschaftssystematische Strukturierung der Curricula üblich, ein curriculares Prinzip, das reproduktives Lernen begünstigt und im ungünstigsten Fall zu trägem Wissen führt (Reetz/Seyd 1995). Neue hochschuldidaktische Konzepte, die den Anspruch ernst nehmen, im Studium berufliche Qualifikationen aufzubauen, setzen daher wie die Berufsbildung auf die Orientierung anhand von beruflichen Aufgaben- und Problemstellungen und eine daraus resultierende Fächerintegration (Gerhold/Sloane 2008). Um berufliche Handlungskompetenz zu fördern, muss das Curriculum den Dreischritt von Handeln – Lernen (Reflexion und Abstraktion) – Handeln aufnehmen und damit das Lernen in der beruflichen Praxis und das Lernen an den Lernorten Schule und Hoch-

schule eng miteinander verzahnen (Darmann 2004). Grundsätzlich gilt für beide Systeme, dass die neuen didaktischen Ansprüche vermehrt inhaltliche Koordination, Absprachen und Abstimmungen erfordern.

Um in Europa die in verschiedenen Bildungssystemen erworbenen Bildungsabschlüsse transparent und vergleichbar machen zu können sowie die Anerkennung von Kompetenzen und Qualifikationen und damit berufliche Mobilität zu erleichtern, wurde im Auftrag der Europäischen Kommission der achtstufige Europäische Qualifikationsrahmen (EQR) entwickelt. Dieser enthält für jede der acht Niveaustufen kompetenzorientierte Deskriptoren, die eine Zuordnung der Gesamtheit der in den europäischen Ländern existierenden Bildungsgänge erlauben (Fahle/Hanf 2005). Bis 2010 sollen die Mitgliedsländer der europäischen Union nationale Qualifikationsrahmen vorlegen, anhand derer die nationalen Qualifikationssysteme in Relation zum EQR gesetzt werden können. Bis 2012 sollen alle neuen Qualifikationsbescheinigungen einen Verweis auf die mit der Qualifikation assoziierte EQR-Stufe enthalten, wobei die Zuordnung anhand der in den Ordnungsmitteln ausgewiesenen Kompetenzen erfolgt und nichts darüber aussagt, ob die AbsolventInnen tatsächlich über die bescheinigten Kompetenzen verfügen. Einigkeit besteht darüber, dass ein Bachelorabschluss auch im europäischen Vergleich auf Niveaustufe 6, der Masterabschluss auf Niveau 7 und eine Promotion auf Niveau 8 einzuordnen ist. Über die Zuordnungen der deutschen Berufsausbildungen besteht gegenwärtig noch kein Konsens, vermutlich werden einige der Stufe 4, andere der Stufe 5 zugeordnet werden. Die 3-jährige Pflegeausbildung wird seitens des Deutschen Bildungsrats für Pflegeberufe (2006) der Kompetenzstufe 5, Bachelorstudiengänge der Stufe 6 zugeordnet. Demgegenüber schlägt eine ExpertInnengruppe zur Erstellung einer ‚Machbarkeitsstudie zur Entwicklung eines hochschulzertifizierten Fachweiterbildungsangebotes für Angehörige der nicht-ärztlichen Heilberufe in Nordrhein-Westfalen‘ vor, erst die nicht-akademische Fachweiterbildung auf der Niveaustufe 5 einzuordnen und der 3-jährigen Grundausbildung die Niveaustufe 4 zuzuweisen (Nauerth et al. 2006, zit. n. Stemmer/Haubrock/Böhme 2008, 103). Unabhängig von dieser Diskussion ist festzuhalten, dass die Kompetenzbeschreibungen in den Ordnungsmitteln von Bachelorstudiengängen mit Blick auf die Kompetenzstufe 6 des DQR/EQR anzulegen sind. Im Unterschied zu den Niveaustufen darunter verfügen die Absolventen des sechsten Niveaus beispielsweise nicht nur über ein breites und integriertes Wissen, sondern auch über die wissenschaftlichen Grundlagen eines Fachs (Deutscher Qualifikationsrahmen 2010).

### 3.3.4 Ableitung von Untersuchungskriterien

Angesichts der bildungspolitischen Forderungen und eine hochschuldidaktische Begründung der Konzeption eines Studiengangs lassen sich zunächst folgende Kriterien zur Beschreibung und Diskussion – auch im Sinne von Qualitätskriterien – ableiten:

- Welche Ausrichtung des Studiengangs bezüglich der zu vermittelnden Inhalte und zu erwerbenden Kompetenzen wird benannt?
- Wird Durchlässigkeit geplant und gestaltet, und welchem Modell der Anerkennung von Vorleistungen wird dabei gefolgt?
- Wie werden Berufsabschluss und Bachelorabschluss zeitlich, strukturell und inhaltlich miteinander verknüpft?
- Ist der Studiengang ausbildungsintegrierend oder ausbildungsbegleitend angelegt, und welche Konsequenzen folgen daraus?

- Welches Volumen von Kenntnissen und Fähigkeiten, die außerhalb des Hochschulwesens erworben wurden, wird auf das Hochschulstudium angerechnet? Wie ist die Gleichwertigkeit mit einer Studienleistung bezüglich Inhalt und Anspruchsniveau gesichert?
- Wie werden die Ausbildungsinhalte der unterschiedlichen Lernorte aufeinander bezogen und zeitlich verzahnt?
- Auf welches Kompetenzniveau wird der Studiengang abgestellt, wird ein „Mehr“ im Kompetenzerwerb definiert und wenn ja, wie?
- Ist eine hochschuldidaktisch fundierte Gesamtkonzeption erkennbar? Inwieweit ist diese an berufsfeld- bzw. fachdidaktischen Erkenntnissen orientiert?
- Sind die ausgewiesenen Module fächerintegrativ angelegt und zielen auf für die AbsolventInnen angemessene berufliche Aufgabenstellungen?

### 3.4 Exkurs: Pflegeausbildung im internationalen Vergleich

Da für Deutschland eine konsequente inhaltliche und strukturelle Abstimmung der Qualifikationsangebote für die Pflegeberufe bislang noch aussteht, lohnt sich ein Blick auf die vorliegenden Arbeiten und Erfahrungen zur Pflegeausbildung verschiedener europäischer und außereuropäischer Länder mit der Intention, dass dieses Potential zur Entwicklung von Qualifikationsabgrenzungen und Profilbildungen in der deutschen Pflegebildung genutzt werden kann (Stemmer 2008, 103ff).

Die angenommene Vorbildfunktion anderer Länder und die Begründung, durch Akademisierung der Pflegebildung einen Anschluss an den internationalen Standard zu gewinnen bzw. auch der Anspruch, einen europäischen Bildungsraum zu schaffen, hat in den letzten Jahren zu mehreren wissenschaftlichen Arbeiten und Vergleichsstudien zur Ausbildungsstruktur geführt (z.B. Landenberger et al 2005; Bischoff-Wanner/Reiber 2006). Dabei werden, in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Erhebung aber auch von den erhobenen Datenlagen zum Teil unterschiedliche Zahlenverhältnisse in Bezug auf den Grad der international erreichten Akademisierung angeführt. So konstatierten Rennen-Allhoff und Bergmann-Tyacke (2000, 15) mit Stand von 1998, dass in elf von fünfzehn Ländern der EU die Pflegeausbildungen im Hochschulbereich angesiedelt sind, wobei es in zwei Ländern die Möglichkeit gibt, die Ausbildung sowohl in der Hochschule als auch außerhalb zu absolvieren. In den USA wiederum, ergänzt Sieger (2001,96) diese Beobachtung unter Verweis auf Wittneben (1995), sei die akademische Pflegeausbildung seit einem Jahrhundert selbstverständlich. Weiter betonen Stöcker und Wagner (2006), dass mit der Etablierung primärqualifizierender Studiengänge „eine Entwicklung hin zu europäischer Normalität eingeleitet [ist; d. V.], denn in 22 von 25 EU-Staaten findet die Ausbildung von Gesundheits- und KrankenpflegerInnen u. Ä. an Hochschulen statt“ (a.a.O., 839) und 2010 beobachten Hülsken-Giesler et al unter Verweis auf Behrendt (2008) u. Stöcker (2008), dass „[i]n 19 europäischen Staaten [...] die Pflegeausbildung ausschließlich an Universitäten, Fachhochschulen oder Colleges angesiedelt [ist]. In 13 dieser Länder ist die Ausbildung ausschließlich als Universitätsstudium organisiert, in einem Land als (Fach-)Hochschulstudium. Fünf Staaten [...] ermöglichen eine pflegeberufliche Erstqualifikation sowohl als Studium an (Fach-)Hochschulen als auch als Berufsausbildung im Bereich der Sekundarstufe-II“ (Hülsken-Giesler et al 2010, 221). Solche Zahlen werden regelmäßig herangezogen, um den Sonderstatus der fachschulischen Ausbildung in Deutschland kritisch zu beleuchten und die Gefahr einer ‚Qualifizierungssackgasse‘ im internationalen Vergleich aufzuzeigen.

Bischoff-Wanner und Reiber (2006) wiederum kommen aufgrund ihrer Literatursichtung zu einer Verschiebung dieser Perspektive und verweisen darauf, „dass die Bachelor- und Master-Struktur in pflegebezogenen Studiengängen keineswegs bereits europaweit umgesetzt ist“ (a.a.O., 119). Inse-

samt betonen sie die Heterogenität der Pflegebildung auch im europäischen Raum und die Beobachtung, dass letztlich nur Island, Großbritannien und die Niederlande bereits ein gestuftes Bildungssystem realisiert hätten, in dem die Bildungsgänge und -abschlüsse systematisch aufeinander aufbauen und sich inhaltlich logisch aufeinander beziehen, womit Durchlässigkeit und Konsistenz des Pflegebildungssystems garantiert wären. Dabei wird deutlich, dass es für eine gründliche Analyse nicht ausreicht, die Ausbildungssysteme für die Pflegeberufe zu vergleichen, sondern dass diese in den Kontext des jeweiligen Gesundheits- und Bildungssystems einzuordnen sind, um zu einer differenzierten Sichtweise zu gelangen (ebd.).

Eine ausführliche Untersuchung und Klärung dieser Kontroverse ist im Rahmen dieser auf das Land Bremen gerichteten Machbarkeitsstudie nicht zielführend, da einerseits im Rahmen der vorhergehenden Abschnitte deutlich geworden sein sollte, dass eine flächendeckende Akademisierung des Pflegeberufs in Deutschland zum gegenwärtigen Zeitpunkt und auch mittelfristig strukturell nicht realisierbar ist und andererseits auch die anderen Länder fortwährend in Entwicklungsprozessen begriffen sein werden. Der internationale Trend zu einer stärkeren Akademisierung scheint dabei eindeutig.

Im Interesse dieser Untersuchung sind angesichts der internationalen Entwicklung vor allem zwei Aspekte von Bedeutung:

1. Liegen Erkenntnisse darüber vor, welche Gewinne und Verluste mit einer Akademisierung der Pflegeberufe einhergehen?
2. Welche Anregungen und Erkenntnisse für die Entwicklung eines Studiengangs im Land Bremen und für die Pflegebildung können aus der Beobachtung der Entwicklung in anderen Ländern gewonnen werden, welche Hinweise gibt es z.B. für eine Stufung der Pflegebildung?

#### zu 1.

Bischoff-Wanner und Reiber legen mit der Analyse der von ihnen erhobenen Daten dar, dass es, in Ländern mit einer stärkeren Akademisierung auch zu einer stärkeren Differenzierung und Hierarchisierung in der Berufsgruppe der Pflegenden gekommen ist – ein hoher Anteil an AkademikerInnen brächte einen entsprechend höheren Anteil an Hilfspersonal mit sich und verlagere die Aufgaben der Studienabsolventen eher in einen administrativen Bereich (Bischoff-Wanner / Reiber 2006, 119).

Dielmann (2003) verweist auf eine internationale Vergleichsstudie des Picker Instituts der Universität in Oxford (Coulter 2001), in der die PatientInnenzufriedenheit mit der klinischen Versorgung durch Pflegenden und Ärzte in fünf verschiedenen Ländern – Großbritannien, USA, Deutschland, Schweiz und Schweden – gemessen wurde. Exemplarisch ausgewählt werden die Parameter „Verständlichkeit von Antworten auf PatientInnenfragen“, „Physischer Komfort in Bezug auf die Unterstützung von Toilettengängen“, „Gespräche der Professionellen in Gegenwart des Patienten/der Patientin, ohne dass er/sie einbezogen wird“ und „Vertrauen in das Pflegepersonal“. Bezogen auf diese Parameter schneidet die klinisch-pflegerische Versorgung in Deutschland neben der in der Schweiz dieser Zusammenfassung zufolge deutlich am besten ab, was Dielmann in seiner Ansicht bestärkt, den hohen Stand der Besetzung mit dreijährig ausgebildeten Pflegekräften im klinischen Arbeitsfeld nicht zu Gunsten einer Akademisierung zu riskieren.

Demgegenüber führt Stemmer ebenfalls eine britische Studie an, die Hinweise darauf gibt, dass Pflegenden mit Hochschuldiplom z.B. Ergebnisse aus wissenschaftlichen Studien eher nutzen, flexibler auf Anforderungen reagieren und intra- und interdisziplinär effektiver kommunizieren (Sinclair 1991, 29 zit. n. Stemmer 2003, 26). Darmann-Finck und Foth (2010) beziehen sich auf die Studie von Aiken/Clarke/Cheung/Sloane/Silber (2003), die anhand der Mortalitätsraten u.a. in Zusammenhang mit erlittenen Komplikationen nachweisen konnten, „dass durch die Erhöhung des Anteils von Pfl-

genden mit einem Bachelorabschluss (BSN) am Gesamtpflegepersonal ein substanzieller Rückgang der Mortalitätsraten chirurgischer Patienten zu verzeichnen ist“, während „die Erfahrung der Pflegenden (gemessen an der Anzahl der Arbeitsjahre in einer Abteilung) keinen Einfluss auf die Patientenoutcomes hat“ (Darmann-Finck/Foth 2010, 10f). Auch eine Metaanalyse im amerikanisch-kanadischen Raum kommt danach zu vergleichbaren Ergebnissen (Stanton/Rutherford 2004). Diese Studien wurden vor dem Hintergrund des sich international abzeichnenden Fachkräftemangels erarbeitet, um zu untersuchen, inwiefern die Sicherung bzw. Verbesserung von Pflegequalität durch neue Kombinationen von Qualifikationsniveaus möglich ist. Sie zielen dabei ausdrücklich auf einen gut durchdachten Skill- und Grade-Mix. Für Deutschland stehen zurzeit entsprechende Studien, in denen der Benefit einer akademischen Erstausbildung überprüft wird, noch aus.

## zu 2.

Mehrere Länder – z.B. USA, Großbritannien, die Niederlande und die Schweiz – setzen auf ein mehrstufiges Qualifikationssystem und regeln dieses über entsprechende Aufgabenbeschreibungen. Auch der Kompetenzrahmen des ICN („Nursing Care Continuum – Framework and Competencies“ 2008) benennt im Prinzip für verschiedene Domänen des Pflegehandelns eine Aufgabenabgrenzung zwischen verschiedenen Ausbildungsniveaus.

Exemplarisch sollen im Folgenden das niederländische und das US-amerikanische System vorgestellt werden, insbesondere mit Blick auf die verschiedenen Ausbildungsniveaus bis zum Bachelorabschluss und die dabei identifizierte Stufung der Aufgabenbereiche.

Das Ausbildungssystem in den **Niederlanden** und damit auch das System der Pflegebildung ist mit einer bildungspolitisch gewollten Umstellung seit 1996 vollständig dem Gedanken der Durchlässigkeit verpflichtet. Hierfür wurde vollständig auf Modularisierung und ein Credit-Point-System umgestellt. Auf den acht Stufen von der einfachsten Assistenzhilfe bis zum Promotionsstudium sollen der Grad der Verantwortungsübernahme, die Komplexität der PatientInnensituation mit dem hierfür erforderlichen Fachwissen und der Transfer des theoretischen und praktischen Wissens kontinuierlich zunehmen. Auch die TeilnehmerInnen an einer umfassenden Ausbildung müssen sich zunächst mit Aufgaben einer geringen Komplexitätsstufe auseinander setzen und durchlaufen damit die Ausbildung in einem gestuften Kontinuum, wobei jede Ausbildungsstufe mit einer eigenen Abschlussqualifikation beendet wird. Damit soll gewährleistet werden, dass der Abschluss einer Ausbildungsstufe gleichzeitig mit dem Erfüllen der Aufnahmebedingungen für die nächst höhere Stufe verbunden ist. Bei Vorlage definierter Credit Points wird ein teilweise verkürztes Programm auf der nächstfolgenden Stufe angeboten (Jong, A. de 2005, 117ff). Für alle Ausbildungsniveaus der Stufen 1 bis 5 besteht folgerichtig nur ein einziger Katalog von Lehrinhalten, wobei manche Inhalte oder Kompetenzbereiche in allen Niveaus mit jeweils sich steigernder Komplexität angeboten werden, andere wiederum bspw. nur für Niveau 1 oder Niveau 5 (ebd., 136).

Eine Übersicht über die 5 Niveaustufen bis zum Bachelorabschluss wird mit der folgenden Tabelle dargestellt:

	<b>Niveau 1</b> Assis- tierende (Zorg- hulp)	<b>Niveau 2</b> Pflege- helfer (Helpende)	<b>Niveau 3</b> Sozial- pfleger (Verzor- gende)	<b>Niveau 4</b> Pflege- kundige (Verpleegkundige)	<b>Niveau 5</b> Pflegekun- dige (Verpleegkun- dige HBO-V, Bachelor)
Ausbildungs- einrichtung	Berufsschule	Berufsschule	Berufsfachschule	Berufsfachschule	Hochschule
Dauer/Studien- belastung (h)	1 Jahr	2 Jahre 3200 SBU	3 Jahre 4800 SBU	4 Jahre 6400 SBU	4 Jahre 6720 SBU
Aufgaben	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vorwiegend häusl. u. hausw. Aufgaben</li> <li>• keine selbständige Pflege, nur Assistenz in der Pflege d. Umgebung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vorwiegend häusl. Pflege - Förderung u. Unterstützung d. Selbständigkeit</li> <li>• Schwerpunkt: Haushaltsführung</li> <li>• Körperpflege</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• medizinisch wenig komplexe Pflegesituationen</li> <li>• Tätigkeiten auf Niveau 2 → stärker pflegerisch orientierte Aufgaben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• medizinisch komplexe Pflegesituationen</li> <li>• Planung und Umsetzung des Pflegeprozesses</li> <li>• Arbeit im dir. PatientInnenkontakt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Casemanagement,</li> <li>• medizinisch hochkomplexe Pflegesituationen</li> <li>• Einzelfallentscheidungen an den Grenzen d. Standardisierung</li> <li>• Übernahme vielfacher Koordinationaufgaben</li> </ul>

Tabelle 1: System der Qualifikationsstufen bis zum Bachelorniveau in den Niederlanden (erstellt aufgrund der Darstellung in Jong, A.de 2005)

Ergänzend gibt es ein dem deutschen vergleichbares System von Fort- und Weiterbildung, das nicht automatisch auf eine höhere Niveaustufe führt, wobei die Tendenz besteht, AbsolventInnen mit Fach- oder akademischen Weiterbildungen automatisch auf Niveau 6 einzustufen und mit Weiterbildungsprogrammen „Schnell-Qualifikationen“ auf die Niveaustufe 5 zu bewirken.

In den **USA** gibt es bis zum Bachelorabschluss ein vierstufiges System. Pflegenden ab Niveau 2 sind in den entsprechenden Pflegekammern registriert und müssen ihre Registrierung alle zwei Jahre durch entsprechende Qualifikationsbelege erneuern, um weiter in ihrem Beruf tätig zu sein. Ein Vergleich dieser vier Stufen ergibt sich aus der folgenden tabellarischen Übersicht.

	<b>Niveau 1</b>	<b>Niveau 2</b>	<b>Niveau 3</b>	<b>Niveau 4</b>
	Licensed Practical Nurse (LPN)/Licensed Vocational Nurse (LVN)	Associate Degree in Nursing (ADN)	Diploma in Nursing	Bachelor of Science Degree in Nursing
Ausbildungseinrichtung/Prüfung			Berufsausbildung am Krankenhaus (nur noch 4% d. Absolventen)	Hochschule
	staatliche Prüfung			Studienabschluss
	Registered Nurse (RN)			
Dauer/Studienbelastung (h)	12 – 14 Monate	2 Jahre	3 Jahre	4 Jahre
Aufgaben	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeit unter Aufsicht von registrierten Pflegenden und ÄrztInnen;</li> <li>• Durchführung körpernaher Pflege</li> <li>• Maßnahmen der Krankenbeobachtung</li> <li>• in Pflegeeinrichtungen: Beteiligung an der Erstellung von Pflegeplänen</li> <li>• in Arztpraxen: Führen von Krankenakten oder Terminplanung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Übernahme eines eingegrenzten pflegetechnischen Aufgabenfeldes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Übernahme von klar strukturierten Aufgabenfeldern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• selbständige Steuerung der Pflege- und Versorgungsprozesse</li> <li>• Koordination der multiprofessionell durchgeführten Behandlungsanteile</li> <li>• Information, Schulung und Beratung von PatientInnen und ihren Angehörigen</li> <li>• Übernahme medizinischer Aufgaben entsprechend abgestimmter Behandlungspfade oder nach Anordnung und zur Supervision von Assistenzpersonen.</li> </ul>

Tabelle 2: System der Qualifikationsstufen bis zum Bachelorniveau in den USA (erstellt aufgrund der Darstellung in Stemer 2008, 103f)

In beiden vorgestellten Ländern werden Advanced Nurse Practitioner auf Masterniveau qualifiziert und übernehmen dann selbständig auch Aufgaben der medizinischen Behandlung und die Betreuung definierter Klientengruppen, in den USA zum Teil im Rahmen selbständiger Praxisführung.

Vor allen Dingen bildungspolitisch bestechend am niederländischen System ist die Konzeption einer stringenten Durchlässigkeit, die lebenslanges Lernen und berufliche Weiterqualifikation machbar und attraktiv gestaltet. Der hier und auch im vorgestellten amerikanischen System zugrunde liegende Kompetenzbegriff entspricht jedoch nicht dem im vorhergehenden Abschnitt geforderten Anspruch an eine berufswissenschaftliche und berufspädagogische Fundierung, sondern benennt eher Performanzen im Sinne von Aufgabenbeschreibungen und die Stufung ist mehr an kognitiven als an psychomotorischen oder affektiven Kompetenzkriterien ausgerichtet. So wird in beiden Systemen z.B. die Komplexität der Körperpflege bei einem pflegebedürftigen, immobilen bzw. bettlägerigen alten Menschen in der häuslichen oder stationären Langzeitversorgung eher gering geschätzt und werden medizinische Behandlungsmaßnahmen mit einem vielfach geringen Komplexitätsgrad auf einer höheren Niveau- und damit Komplexitätsstufe eingeordnet. Vergleichbares gilt im niederländischen System für die häusliche Pflege und die dort erforderlichen Betreuungsaufgaben, die ja eher personale und soziale Kompetenzen als ein medizinisch-naturwissenschaftliches Verständnis fordern. Auch in medizinischer Hinsicht werden mit dieser Stufung die komplexen gesundheitlichen Einschränkungen der in der Regel chronisch kranken, älteren Menschen eher unterschätzt. Insbesondere im Modell

der USA könnte, vor allem durch den faktischen Wegfall der Niveaustufe 3, die Gefahr bestehen, dass sich so eine Trennung von Hand- und Kopfarbeit und damit eine Elitenbildung realisiert. Hier bietet das niederländische System mit der Differenzierung zwischen Niveaustufe 4 und 5 hilfreiche Orientierungspunkte. Dort fällt andererseits auf, dass – entgegen der in Teil I dieser Studie vertretenen Positionen – schon die Absolventen der Stufe 5, also mit einem Bachelorgrad, für ein Case-Management qualifiziert werden, wobei vor einer Einschätzung zunächst genauer geprüft werden müsste, was dabei unter Case-Management verstanden wird.

## 4 Primärqualifizierende Studiengänge der Pflege in Deutschland – eine systematische Analyse der Strukturen

Nachdem im vorangegangenen Abschnitt zentrale Aspekte für die Entwicklung eines primärqualifizierenden Studiengangs und Untersuchungskriterien theoretisch aus der gesichteten Literatur hergeleitet wurden, sollen mit diesem Abschnitt die zurzeit in Deutschland realisierten Studiengänge hinsichtlich dieser Untersuchungskriterien überprüft werden, um auf der Grundlage der Ergebnisse mögliche Studiengangkonzeptionen an der Universität Bremen zu erarbeiten.

### 4.1 Fragestellung und Forschungsdesign

Das Ziel dieses Schrittes im Rahmen der Machbarkeitsstudie bestand darin, aus einer systematischen Darstellung und kritischen Analyse der aktuell in Deutschland bestehenden primärqualifizierenden Pflegestudiengänge konkrete Strukturkriterien für einen neu zu konzipierenden Studiengang in Bremen zu gewinnen. Hierzu wurde in zwei Schritten vorgegangen:

- Zunächst wurde im Rahmen einer Dokumentenanalyse (4.2) herausgearbeitet
  - welche primärqualifizierenden Studiengängen bisher in Deutschland entwickelt wurden,
  - wie diese jeweils aufgebaut sind,
  - auf welche grundlegenden Strukturprinzipien sie zurückzuführen sind.
- Die damit identifizierten Strukturmodelle wurden im Rahmen von ExpertInnendiskussionen (4.3) dahingehend überprüft
  - welche Stärken bzw. Einschränkungen sie aufweisen in Bezug auf die
    - Anforderungen aus berufspolitischer Sicht
    - Anforderungen an die Systeme und Institutionen
    - Anforderungen aus bildungspolitischer, pflege- und hochschuldidaktischer Sicht.

#### Dokumentenanalyse zur Identifizierung von Studiengangstrukturmodellen (4.2)

Als Datenbasis wurden die im Untersuchungszeitraum Juni/Juli 2009 bestehenden und bereits akkreditierten primärqualifizierenden Studiengänge für Pflege in Deutschland zugrunde gelegt. Die Identifizierung dieser Studiengänge erfolgte mit Hilfe eines Übersichtsartikels (Padua 1/2008, 11-14), der Datenbank akkreditierter Studiengänge<sup>9</sup> und einer ergänzenden Internetrecherche. Untersucht wurden 12 Studiengänge in 9 Bundesländern, darunter ein Studiengang an einer Universität und 11 Studiengänge an Fachhochschulen<sup>10</sup>:

- Baden-Württemberg: Katholische Fachhochschule Freiburg
- Bayern: Hochschule München, Katholische Stiftungsfachhochschule München
- Berlin: Evangelische Fachhochschule
- Hamburg: Hochschule für angewandte Wissenschaften
- Hessen: Fachhochschule Frankfurt/Main; Hochschule Fulda; Evangelische Fachhochschule Darmstadt

---

<sup>9</sup> <http://www.hs-kompass2.de/kompass/xml/akkr/maske.html> (Zugriff August 2009)

<sup>10</sup> Der zeitgleich akkreditierte „ausbildungsintegrierende Studiengang ‚Health Care Studies‘ für Auszubildende an Kooperationshochschulen in den Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Pflege“ an der Fernfachhochschule Hamburg wurde nicht mehr mit aufgenommen – da als Fernstudiengang konzipiert, waren hier keine nennenswerten Impulse für die Entwicklung eines Strukturmodells an der Universität Bremen zu erwarten.

- Mecklenburg-Vorpommern: Hochschule Neubrandenburg
- Niedersachsen: Evangelische Fachhochschule Hannover
- Rheinland-Pfalz: Katholische Fachhochschule Mainz
- Sachsen-Anhalt: Martin-Luther-Universität Halle/Wittenberg

Die Dagegrundlage bestand in den über die Homepages der Hochschulen allgemein zugänglichen Informationen zu diesen Studiengängen ergänzt um die Rezeption einer vergleichbaren Untersuchung, die als hochschuldidaktisches Forschungs- und Entwicklungsprojekt an der Hochschule Esslingen zwischen 2003 und 2006 durchgeführt wurde (Bischoff-Wanner/Reiber 2006)<sup>11</sup>.

Die untersuchten Studiengänge werden zunächst zusammenfassend hinsichtlich ihrer Grundstruktur anhand der in den Abschnitten 3.2 bzw. 3.3 benannten beschreibenden Kriterien für einen Studiengang verglichen (4.2.1).

Anhand der unter 3.3.2 erläuterten Grundprinzipien für duale Studiengänge werden die jeweiligen formalen Studiengangstrukturen herausgearbeitet und auf dieser Basis sieben verschiedene Strukturmodelle in drei Modellgruppen zusammengefasst, die einzeln vorgestellt und grafisch veranschaulicht werden (4.2.2).

### **ExpertInnendiskussion der identifizierten Strukturmodelle**

Eine Präsentation der Ergebnisse bildete im weiteren Verlauf des Projekts den Ausgangspunkt für mehrere ExpertInnendiskussionen mit verschiedenen Stakeholdern der an einem möglichen zukünftigen primärqualifizierenden Pflegestudiengang beteiligten Institutionen, die wiederum kriteriengeleitet ausgewertet wurden. Es wurden zwei Diskussionsrunden in unterschiedlicher Besetzung durchgeführt:

- im November 2010 mit Schulleitungen bzw. von diesen benannten VertreterInnen von Pflegeschulen im Land Bremen (Altenpflegeschule am BfW Friedehorst, Altenpflegeschule am Bildungszentrum der Bremer Heimstiftung, Bremer Krankenpflegeschule der freigemeinnützigen Krankenhäuser e.V., Krankenpflegeschule St. Joseph-Hospital, Fachschule für Altenpflege der Wirtschafts- und Sozialakademie der Arbeitnehmerkammer Bremen gGmbH), einer Professorin des Studiengangs Pflege an der Universität Bremen und einer Vertreterin der Senatorischen Behörde für Arbeit, Gesundheit, Frauen, Jugend und Soziales (Referat Ältere Menschen)
- im Dezember 2010 mit Schulleitungen bzw. von diesen benannten VertreterInnen der in der vorhergehenden Runde nicht beteiligten Pflegeschulen im Land Bremen (Altenpflegeschule am Institut für Berufs- und Sozialpädagogik e.V, Integratives Bildungszentrum - Ausbildungszentrum für Gesundheits- und Pflegeberufe des Klinikums Bremen Nord und des Klinikums Bremen Ost, Integratives Bildungszentrum Klinikum Bremen-Mitte, Krankenpflegeschule des Klinikums Bremerhaven Reinkenheide) und einer Vertreterin der StudentInnen des laufenden Bachelor-Studiengangs

Den DiskussionsteilnehmerInnen lagen die Ergebnisse der Dokumentenanalyse vor. Die dort identifizierten Strukturmodelle wurden in der Diskussion zunächst einzeln hinsichtlich der folgenden Fragestellungen überprüft:

---

<sup>11</sup> Eine von Stöcker und Reinhardt im Oktober 2009 für den DBfK erstellte Synopse zu den „Grundständig pflegeberufsausbildenden Studiengängen in Deutschland“, die ausdrücklich keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt, weist einen weiteren bereits aktiven Studiengang an der Steinbeis Business Akademie in Schleswig-Holstein aus und verweist auf zwei weitere geplante Studiengänge in Nordrhein-Westfalen (Bochum) und Sachsen-Anhalt (Friedensau).

- Welche Auswirkungen werden von diesem Studiengangmodell hinsichtlich der professionellen Befähigung und der Kompetenz pflegewissenschaftlich begründeter Arbeitsweisen vermutet?
- Welche Anforderungen stellt das Modell an die beteiligten Institutionen und Personen (interne Struktur, Kooperation, Finanzierung)?
- Welche Auswirkungen werden von diesem Modell bezüglich der Qualität der Berufsausbildung erwartet? Wie wird Durchlässigkeit gestaltet?

Die Diskussionsergebnisse wurden auf einer Wandzeitung dokumentiert, die während des ersten Arbeitstreffens im November begonnen und im Dezember ergänzt wurde. Abschließend wurden mögliche Perspektiven für die Realisierung eines Studiengangs an der Universität Bremen gesammelt.

Die Arbeitstreffen wurden als Tondokumente aufgezeichnet, transkribiert und nach dem Verfahren der Qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2006) auf der Grundlage der in Kapitel 3 gebildeten Kategorien ausgewertet. Die Ergebnisse dieser Analyse werden in Abschnitt 4.3 vorgestellt.

## 4.2 Dokumentenanalyse zur Untersuchung der identifizierten Studiengänge

### 4.2.1 Vergleichende Beschreibung der formalen Struktur der untersuchten Studiengänge

Die untersuchten Bachelor-Studiengänge sind dual primärqualifizierend angelegt und zielen in der überwiegenden Mehrzahl sowohl auf eine Berufszulassung als auch auf einen ersten akademischen Abschluss. Ansonsten variieren sie jedoch erheblich.

In ihrer **inhaltlichen Ausrichtung** erheben alle Studiengänge mit geringen Abwandlungen den Anspruch, für die wachsenden Qualifikationsanforderungen des Berufsfeldes zu befähigen und Kompetenzen für eine wissenschaftlich begründete, evidenz- und fallbasierte individuelle Pflege auszubilden. 7 Fachhochschulen belassen es bei dieser alleinigen, die berufliche Pflegeausbildung eher vertiefenden als verbreiternden Zielsetzung für den Bachelorabschluss (*Hochschule München; Freiburg; Berlin; Hamburg; Frankfurt/Main; Fulda; Darmstadt*). Die anderen Hochschulen/Universitäten setzen einen oder mehrere ergänzende Schwerpunkte, z.T. als Wahlpflichtstudienbereiche:

- gerontologische Pflege u. palliative Care im Sinne einer geriatrischen Fachkraft (*KStFH München*)
- Übernahme von Schwerpunktaufgaben und verantwortlichen Positionen (z.B. Primary Nurse/Case Management/Pflege- und Angehörigenberatung) (*KStFH München; Hamburg; Halle/Wittenberg; Neubrandenburg; Hannover*)
- Forschung und klinische Expertise (*Halle/Wittenberg*)
- Übernahme von Aufgaben im mittleren Management (*Neubrandenburg; Mainz; Halle/Wittenberg; Hannover*)
- Vermittlung bzw. Unterricht und Praxisanleitung (*Mainz; Hannover*)

Die mit den Studiengängen zu erreichenden **Abschlüsse** variieren, sowohl was die genaue Bezeichnung des Bachelorabschlusses und damit die fachliche Schwerpunktbildung betrifft, als auch in Bezug auf den zu erreichenden Berufsabschluss. So vergeben 8 Hochschulen einen Bachelor of Science in

„Pflege“<sup>12</sup> (KStFh München; Berlin, Frankfurt/M; Fulda; Mainz), „Nursing and Administration“ (Neubrandenburg) oder „Gesundheits- und Pflegewissenschaft“<sup>13</sup> (Hochschule München; Halle/Wittenberg) und 4 Hochschulen einen Bachelor of Arts wiederum in „Pflege“ (Freiburg, Hamburg, Hannover) bzw. „Pflege und Gesundheitsförderung“ (Darmstadt).

An 4 Hochschulen wird mit dem Studium unmittelbar verbunden kein Berufsabschluss erreicht, sie wären also nach der oben aufgeführten Definition nicht als ausbildungsintegrierend, sondern eher als praxisintegrierend zu verstehen, da mit dem Studium selbst auch umfangreiche berufliche Praktika verbunden sind. Die Hochschule Freiburg vermittelt in der Kooperation mit einer Hochschule in den Niederlanden das Angebot, erweiternd einen europaweit und damit auch in Deutschland anerkannten Bachelorabschluss in der Pflege zu erwerben, in den hessischen Studiengangmodellen besteht die Möglichkeit, im Anschluss an das Studium in das 3. Ausbildungsjahr an verschiedenen kooperierenden Pflegeschulen einzusteigen und damit ein entsprechendes Pflegeexamen abzulegen (Frankfurt/M; Fulda; Darmstadt). An 8 Hochschulen kann in den Studiengang integriert bzw. parallel zum Studium ausbildungsbegleitend ein Berufsabschluss erworben werden, wobei eine Orientierung an den bestehenden, staatlich anerkannten Berufsgesetzen erfolgt. Dementsprechend schließen zwei ausbildungsintegrierende Studiengänge (Berlin; Hamburg) die Berufsausbildung mit dem staatlichen Examen in der „Gesundheits- und Krankenpflege“ ab, in Hamburg mit dem Zusatz „generalisiert“. Bei allen anderen Studiengängen besteht die Möglichkeit, parallel einen Berufsabschluss entsprechend dem Angebot der kooperierenden Berufsfachschulen zu erwerben. So besteht im Rahmen des Studiums an der Kfh Mainz bzw. der Martin-Luther-Universität Halle/Wittenberg die Möglichkeit, den Berufsabschluss in verschiedensten Gesundheitsfachberufen abzulegen (- therapeutische Berufe, Pflegeberufe an beiden Studienorten und in Halle/Wittenberg auch in der Diätassistenten, in der Geburtshilfe oder in einem Medizinischen Fachberuf wie z.B. in der Medizinisch-technischen Assistenz). Alle anderen Studiengänge sind ausbildungsbegleitend parallel zu einer an einer Berufsfachschule erfolgenden Pflegeausbildung angelegt, wobei einmal alle drei Pflegeberufe möglich sind (Hannover), einmal die Gesundheits- und Krankenpflege oder die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (Hochschule München) und zweimal die Altenpflege oder die Gesundheits- und Krankenpflege (KStFh München, Neubrandenburg).

Die erforderliche reguläre Studien-/bzw. Ausbildungsdauer variiert ebenso wie die mit dem Bachelorabschluss erreichten ECTS: 4 Jahre müssen bis zum Abschluss von Studium und Ausbildung sowohl in den hessischen Studiengängen aufgewendet werden, die nicht ausbildungsintegrierend angelegt sind (Frankfurt; Fulda; Darmstadt) als auch in den beiden ausbildungsintegrierenden Studiengängen (Berlin, Hamburg). Das sind wiederum auch die Studiengänge, die im Rahmen des Bachelorabschlusses keine erweiternde Schwerpunktsetzung vorsehen. In den berufsbegleitenden primärqualifizierenden dualen Studiengängen ist die Dauer bis zum Erreichen beider Abschlüsse in der Regel auf 4,5 Jahre festgesetzt (Hochschule München; KStFh München; Neubrandenburg; Mainz; Halle/Wittenberg). Lediglich für die Ausbildung und den Studiengang an der Evangelischen Fachhochschule Hannover, der als Teilzeitstudium angelegt ist, werden insgesamt 5 Jahre benötigt.

In der Regel, d.h. bei 9 der 12 Studiengänge, werden mit dem Bachelor-Studiengang 180 ECTS vergeben (Freiburg, Hamburg, Frankfurt, Fulda, Darmstadt, Neubrandenburg, Hannover, Mainz, Halle/Wittenberg). An den beiden bayerischen Hochschulen fällt insgesamt ein Workload von 210 ECTS an (Hochschule München, KStFh München). An der Evangelischen Fachhochschule in Berlin wird die Pflegeausbildung vollständig in das Studium integriert, so dass sich hier der Workload im Rahmen des Studiums zwangsläufig auf insgesamt 240 ECTS erhöht.

---

<sup>12</sup> mit den Abwandlungen „Allgemeine Pflege“/„Gesundheit und Pflege“ oder auch „Nursing“

<sup>13</sup> bzw. „Science in Nursing“

**Durchlässigkeit** bzw. die Möglichkeit eines **Quereinstiegs** bei vorliegender Berufsausbildung wird über die Einzelfallprüfung im Rahmen eines APEL-Verfahrens (s.o. 3.3.2) an 3 oder 4 der untersuchten Hochschulen geregelt, wobei maximal 90 ECTS anerkannt werden können (*Frankfurt/Main; Fulda; Neubrandenburg; Mainz*). An einer Hochschule besteht bei Einzelfallprüfung die Möglichkeit der Befreiung von Pflichtmodulen. An zwei Hochschulen wird die Möglichkeit für einen Quereinstieg ausdrücklich allgemein geregelt, wobei 65 bis 90 ECTS anerkannt bzw. durch entsprechende Prüfungsleistungen nachgewiesen werden (*Halle/Wittenberg; Hannover*). Die Möglichkeit für ein **Teilzeitstudium** wird an zwei Hochschulen ausgewiesen (*Frankfurt/Main; Fulda*), ein Studiengang ist explizit so angelegt (*Hannover*).

#### 4.2.2 Identifizierte Strukturmodelle für primärqualifizierende Pflegestudiengänge

Die zusammenfassende Darstellung der untersuchten Studiengänge im vorhergehenden Kapitel verdeutlicht bereits, dass die Suchbewegung nach einer Lösung für die akademische Ausbildung in der Pflege uneinheitlich und unkoordiniert abgelaufen ist, was Bischoff-Wanner und Reiber in erster Linie auf ein zu kleines Zeitfenster für die Studiengangreformen zurückführen<sup>14</sup> (Bischoff-Wanner/Reiber 2006; S. 9). Im weiteren Verlauf der Analyse wurden die untersuchten 11 primärqualifizierenden Studiengänge, die sowohl zu einem Bachelorabschluss als auch zu einem Berufsabschluss führen<sup>15</sup>, auf 7 verschiedene Strukturmodelle reduziert und im Anschluss zu drei Modellgruppen zusammengefasst. Als Kriterien für diese Zusammenfassung wurde die unter 3.3.2 in Anlehnung an Mucke/Schwiedrzyk (2000) getroffene Unterscheidung dualer Studiengänge in praxisintegrierende (Modellgruppe I), ausbildungsintegrierende (Modellgruppe II) und ausbildungsbegleitende (Modellgruppe III) Studiengänge gewählt, die insbesondere die Stellung der verschiedenen, an der Ausbildung beteiligten Systeme berücksichtigt.<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup> „Aufgrund des engen Zeitrahmens hat es auch im Bereich der Hochschulen, die Pflegestudiengänge anbieten, kaum eine Möglichkeit der Zusammenarbeit gegeben. Jede Hochschule hat für sich entschieden, welche Studiengänge sie mit welchen Inhalten und Abschlüssen einrichtet. Sowohl ministerielle Vorgaben und Einschränkungen als auch einzelhochschulische Entscheidungen sowie ökonomische Zwänge sorgten zusätzlich für Zersplitterung. Vor allem aber blieb zu wenig Zeit, um eine fundierte Diskussion um die Zukunft des akademischen Systems im engeren, um die Zukunft der Pflegeausbildung im weiteren Sinn zu führen.“ (Bischoff-Wanner/Reiber 2006; S. 9)

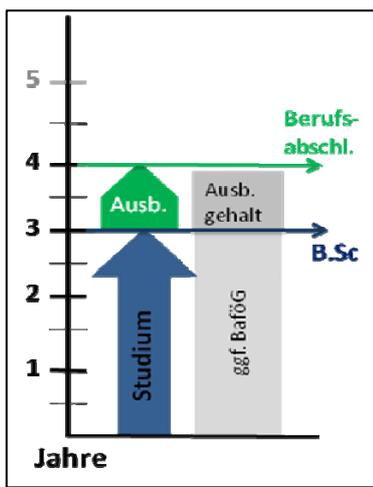
<sup>15</sup> Der Studiengang an der Fachhochschule Freiburg wurde für die weitere Betrachtung ausgenommen, da er in Deutschland nicht zu einem qualifizierten Berufsabschluss in einem Pflegeberuf führt.

<sup>16</sup> Stöcker/Reinhardt 2009 kommen in ihrem für den DBfK erstellten Arbeitspapier zu anderen Begrifflichkeiten und anderen Zuordnungen: Sie bezeichnen die hier als praxisintegrierend kategorisierten Studiengänge als „ohne Berufsabschluss“ und unterscheiden weiterhin zwischen „verzahnt“, „aufeinanderfolgend“ und „integriert“, wobei die Zuordnung „integriert“ nur dann vorgenommen wird, wenn die Hochschule „neben den hochschulrechtlichen Vorgaben auch die berufsausbildungsrechtlichen Vorgaben“ anwendet, was nach der Meinung der Autorinnen nur in Berlin gegeben ist, während in den „verzahnten“ Ausbildungen keine „Vermischung beider Systeme erfolgt“ (ebd). Die Systematik konnte nicht in allen Punkten nachvollzogen werden und muss vorläufig offen stehen bleiben, wobei diese Unstimmigkeit insbesondere für das Modell der HAW Hamburg (II.2) zu Tage tritt. Da gerade die Konzeption dieses Modells im weiteren Gang dieser Studie für die Entwicklung der eigenen Konzeptionen eine wichtige Rolle spielt, wurden die hier gewählten Kategorien als schlüssiger beibehalten.

### **Modellgruppe I: Praxisintegrierende Studiengänge**

*Modell I: 4-jährig, Berufsabschluss additiv (Frankfurt/Main<sup>17</sup>; Fulda<sup>18</sup>; Darmstadt<sup>19</sup>)*

Das an drei Fachhochschulen in Hessen angebotene Modell wurde zunächst an der Katholischen Fachhochschule Fulda entwickelt und markiert zeitlich den Beginn der Reformversuche in Deutschland in Richtung auf eine akademische Erstausbildung für die Pflegeberufe. Im ursprünglichen Diplomstudiengang war beabsichtigt, einen an die internationale Entwicklung in den angelsächsischen Ländern angepassten, 6-semstrigen Ausbildungsgang mit akademischem Abschluss für das Berufsfeld zu konzipieren und dabei Teile der praktischen Ausbildung zu integrieren. Intendiert war, die AbsolventInnen von vornherein für mittlere Führungsaufgaben zu qualifizieren. Aufgrund des fehlenden Berufsabschlusses fanden die AbsolventInnen jedoch nicht die Akzeptanz auf dem pflegebezogenen Arbeitsmarkt, so dass mit der Umstellung auf die Bachelor-/Masterstruktur in additiver Form die



Kompromisslösung gefunden wurde, im Anschluss an das Bachelorexamen ergänzend das staatliche Pflegeexamen durch einen Quereinstieg in die Pflegeausbildung im dritten Ausbildungsjahr abzulegen. Damit musste der ursprüngliche Anspruch, international den Anschluss an die dreijährige akademische Pflegeausbildung zu finden, aufgegeben werden.

Die StudienabsolventInnen müssen somit bis zum Berufseinstieg im Arbeitsfeld Pflege zwei voneinander unabhängige Phasen durchlaufen: In Phase 1 absolvieren sie ein 6 Semester umfassendes Studium mit integrierten Praktika, die durch die Hochschule begleitet werden, und schließen dieses mit dem Bachelorexamen ab. In Phase 2 können sie dann innerhalb eines Jahres im 3. Ausbildungsjahr an einer kooperierenden Pflegeschule die staatliche Examensprüfung in einem Pflegeberuf ablegen.

### **Modellgruppe II: Ausbildungsintegrierende duale Studiengänge**

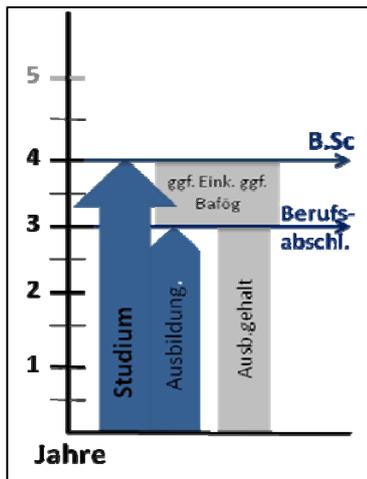
Den mit dem folgenden Abschnitt vorgestellten Strukturmodellen ist gemeinsam, dass die Berufsausbildung unter der Gesamtverantwortung der Hochschule in die Grundstruktur des Studiums eingebunden ist. Dabei vermitteln die Studiengänge aus Berlin und Hamburg zunächst zwei grundsätzlich verschiedene Lösungsansätze für den Anspruch, die Pflegeausbildung als integrierte duale Studiengänge zu gestalten. Die Berliner Konzeption wird dabei als „vollständig integriert“ bezeichnet (Modell II.1) das Hamburger Modell als „kooperativ integriert“, wobei der Grad der Integration jedoch insgesamt sehr hoch eingestuft wird (Modell II.2). Das dritte, an der Fachhochschule Neubrandenburg entwickelte Modell ist mit Abwandlungen eher am Hamburger Modell orientiert, so dass hier abschließend nur die Ergänzungen mit aufgenommen werden (Modell II.2a).

<sup>17</sup> Internetauftritt: [http://www.fh-frankfurt.de/de/fachbereiche/fb4/studiengaenge/allgemeine\\_pfleger\\_bsc.html](http://www.fh-frankfurt.de/de/fachbereiche/fb4/studiengaenge/allgemeine_pfleger_bsc.html) [Zugriff: Mai 2010]

<sup>18</sup> Internetauftritt: <http://www.fh-fulda.de/index.php?id=1792> [Zugriff: Mai 2010]

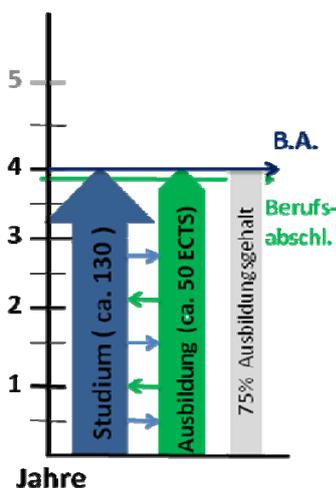
<sup>19</sup> Internetauftritt: [http://www.fachhochschule.de/FH/Studium/Pflegewissenschaft\\_650.htm](http://www.fachhochschule.de/FH/Studium/Pflegewissenschaft_650.htm) [Zugriff: Mai 2010]

**Modell II.1: 4-jähriger vollständig integrierter Studiengang – Berufsabschluss früher (Evangelische Fachhochschule Berlin<sup>20</sup>)**



Mit diesem Modell, das in der Hochschullandschaft im Bereich der Pflegeausbildung in Deutschland zurzeit einmalig ist, liegt die Ausbildung insgesamt in der Verantwortung der Hochschule, wobei diese für die gesamte theoretische Ausbildung allein verantwortlich zeichnet. Die Studierenden schließen für die erste Studienphase über drei Studienjahre parallel zum Studium einen Ausbildungsvertrag mit einer der ca. 10 kooperierenden Einrichtungen, in denen die Durchführung der berufspraktischen Ausbildung erfolgt. Für die praktische Ausbildung kooperiert die Hochschule mit einer Berufsfachschule. Das bedeutet auch, dass die Studierenden in diesem Zeitraum von den jeweiligen Ausbildungsträgern das tarifliche Ausbildungsgehalt beziehen. Diese Phase schließt mit dem staatlichen Pflegeexamen ab, das durch LehrerInnen der Ausbildungsschule und HochschullehrerInnen gemeinsam abgenommen und gleichzeitig für das Studium als Zwischenprüfung gewertet wird. Mit der zweiten Studienphase schließt sich ein zweisemestriges Vollzeitstudium an, dass mit der Bachelorthesis abgeschlossen wird. Für diese Phase haben die Studierenden die Möglichkeit, abhängig von ihrer privaten finanziellen Situation, BAföG zu beantragen.

**Modell II.2: 4-jähriger kooperativ-integrierter Studiengang – Berufs- u. Studienabschluss zeitgleich (Hochschule für Angewandte Wissenschaft Hamburg<sup>21</sup>)**



Bei diesem Modell kooperiert die Hochschule mit einer einzigen Pflegeschule. Studium und Ausbildung werden für den gesamten Zeitraum als Teilzeitstudium (25%) und Teilzeitausbildung (75%) parallel durchgeführt, wobei die Lernenden bis zum Abschluss 75% des Ausbildungsgehalts beziehen.

Im Rahmen der theoretischen und praktischen Ausbildung werden Module sowohl durch die Hochschule als auch durch die Berufsfachschule angeboten und einige Module werden in Kooperation durchgeführt. Die Module der Berufsfachschule werden dabei von akademisch ausgebildeten Lehrkräften verantwortet und insgesamt werden Module im Umfang von ca. 50 ECTS in der Verantwortung der kooperierenden Berufsfachschule angeboten. Studium und Ausbildung werden mit dem 8. Semester abgeschlossen. Die Studierenden legen die BA-Thesis mit einer dazugehörigen mündlichen Prüfung ab,

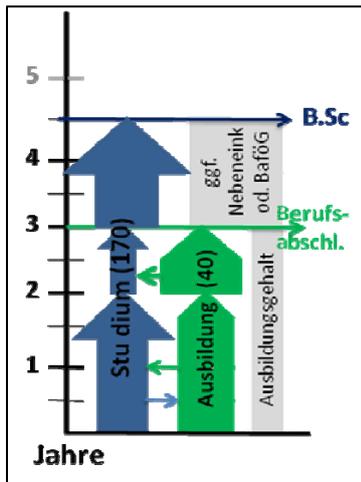
die „auch als schriftliches und mündliches Pflegeexamen gemäß der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung“ durch die Behörde für Gesundheit und Wissenschaft Hamburg anerkannt wird (HAW 2007; 2 u. 6).

<sup>20</sup> Internetauftritt: <http://www.bachelor-nursing.de/bn> [Zugriff: Mai 2010]

<sup>21</sup> Internetauftritt: <http://www.haw-hamburg.de/213.html> [Zugriff: Mai 2010]



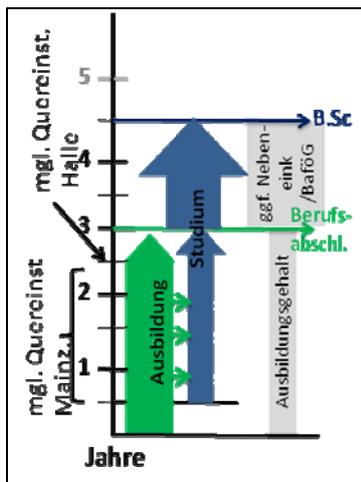
**Modell III.1: 4,5-jähriger ausbildungsbegleitender dualer Studiengang mit enger Lehrplanabstimmung – Berufsabschluss früher (Hochschule München<sup>23</sup>; - z.T. vergleichbar auch KSFH München<sup>24</sup>)**



Beide Hochschulen in München kooperieren jeweils mit mehreren Berufsfachschulen, wobei dort z.T. eigene Lerngruppen gebildet werden und z.T. die Studierenden in „normale“ Ausbildungsklassenverbände integriert sind. Das Modulhandbuch der Hochschule München ist für die Phase 1 auf die Lernfelder der in Bayern verbindlichen Rahmenlehrpläne der Gesundheits- und Krankenpflege abgestimmt und die Studierenden werden für definierte Inhalte aus dem Berufsfachschulunterricht an die Hochschule entsendet. Die dort erbrachten Leistungen werden auf die fachbezogenen Jahresnoten angerechnet. Im dritten Ausbildungsjahr überwiegt der durch die Schulen verantwortete Anteil und es werden umgekehrt Leistungen aus berufsfachschulischen Theoriemodulen (16 ECTS) und definierten

Praxiseinsätzen (24 ECTS) auf das Studium angerechnet. An der KSFH München werden über die gesamte erste Phase Module im Umfang von 60 ECTS aus der Fachschulausbildung auf das Studium angerechnet. Insgesamt werden in dieser Phase an beiden Hochschulen durch Ausbildung und ausbildungsbegleitendes Studium 120 ECTS und die Berufszulassung in einem Ausbildungsberuf in der Pflege erreicht. Die Phase 2 umfasst an beiden Hochschulen 90 ECTS in einem dreisemestrigen Vollzeitstudium. Ein Quereinstieg und die Möglichkeit eines Teilzeitstudiums sind nicht vorgesehen.

**Modell III.2a: 4,5-jähriger ausbildungsbegleitender Studiengang mit Lehrplankoppelung - versetzter Studienbeginn, Berufsabschluss früher (KfH Mainz<sup>25</sup>/Martin-Luther-Universität Halle/Wittenberg<sup>26</sup>)**



Dieses Modell, das in seinem Ursprung auf einen an der Fachhochschule Hildesheim/Holzminden/Göttingen im Rahmen eines BLK-Modellversuchs für die therapeutischen Berufe konzipierten Studiengang zurückgeht (Oelke/Maier 2005, 22), unterscheidet sich vor allem in Phase 1 von dem oben beschriebenen Modell: Zum einen setzt das Studium zeitversetzt zur Berufsausbildung mit dem Ende der Probezeit ein, zum anderen ist der Zeitaufwand für das Studium in dieser Phase geringer (42 ECTS in Mainz bzw. 65 in Halle/Wittenberg) und die Inhalte der Studienmodule werden in einem geringeren Ausmaß und eher formal curricular mit den Ausbildungsinhalten abgestimmt, da sich das Studienangebot auf verschiedenste, zum Uni-Klinikum gehörende, Gesundheitsfachberufe (Halle/Wittenberg) bezieht oder mit mehreren (33) Fachschulen in verschiedenen Bundesländern kooperiert wird (Mainz). Die Kooperation mit diesen Fachschulen wird geregelt, den Studierenden wird die Teilnahme durch Freistellung zumeist in Blockform ermöglicht und Teile der berufsfachschulischen Ausbildung werden im Modulhandbuch ausgewiesen und damit ins Studium integriert. Im ersten Studienabschnitt werden so 90 ECTS erreicht. Phase 2 umfasst wiederum 3 Semester als Vollzeitstudium mit integriertem Praxisprojekt (nur in Mainz) und Bachelorarbeit. In Mainz wird ein Quereinstieg mit Anerkennung von Vorleistungen durch Einzelfallprüfung geregelt, in Halle besteht für Quereinsteiger mit entsprechend durch Berufsabschluss nachgewiesener Befähigung die Möglichkeit,

<sup>23</sup> Internetauftritt: [http://www.sw.fh-muenchen.de/?site=studium\\_bp\\_studienziel.html](http://www.sw.fh-muenchen.de/?site=studium_bp_studienziel.html) [Zugriff: Mai 2010]

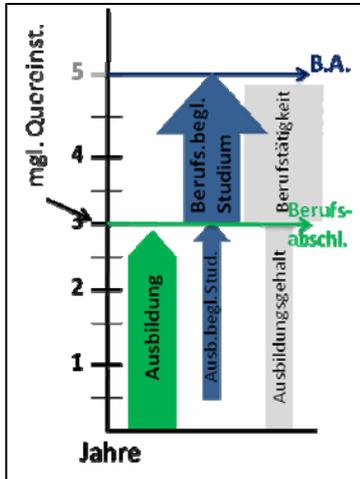
<sup>24</sup> Internetauftritt: <http://www.ksfh.de/studiengaenge/bachelorstudiengaenge/pflege-dual> [Zugriff: Mai 2010]

<sup>25</sup> Internetauftritt: [http://www.kfh-mainz.de/fachbereiche/FB\\_GP/ba/gp\\_ba.htm](http://www.kfh-mainz.de/fachbereiche/FB_GP/ba/gp_ba.htm) [Zugriff: Mai 2010]

<sup>26</sup> Internetauftritt: <http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=539> [Zugriff: Mai 2010]

das Studium im letzten Semester der Phase 1 aufzunehmen und definierte Module aus dieser Phase im Umfang von 25 ECTS mit der zugehörigen Modulprüfung abzuleisten.

*Modell III.2b: 5-jähriges ausbildungs- u. berufsbegleitender Studiengang in Teilzeitform - versetzter Studienbeginn, Berufsabschluss früher (Fachhochschule Hannover<sup>27</sup>)*



Dieses Studiengangstrukturmodell ähnelt dem vorstehend aufgeführten Modell stark, ist jedoch für die gesamte Zeit als Teilzeitstudium angelegt. Damit liegt in Phase 1 der Schwerpunkt auf der Ausbildung in einer von 10 koop. Berufsfachschulen, die mit 70 ECTS anerkannt wird. Es werden in dieser Phase 20 ECTS in den Modulen des ausbildungsbegleitenden Studiums in insgesamt 7,5 Präsenzwochen erarbeitet – die Studierenden werden in ihrer Zwischenrolle mit dem Begriff „Azudenten“ bezeichnet, was für sie bedeutet; dass die Teilnahme am Studiengang freiwillig ist und sie keinen offiziellen Studentenstatus haben (Oelke/Maier 2005, 21). Phase 2 umfasst 4 Semester als berufsbegleitendes Teilzeitstudium in Blockform (4-5 Präsenzwochen/Semester) mit integriertem Praxisprojekt und Bachelorarbeit. Der Quereintritt ist möglich für BewerberInnen mit einem entsprechenden Berufsabschluss, die eine externe Prüfung über die Inhalte

der ausbildungsbegleitenden Studienmodule ablegen; zur Vorbereitung wird ein entsprechendes Handbuch zur Verfügung gestellt.

### 4.3 ExpertInnendiskussion zur Analyse der Struktur-Modelle

Die Ergebnisse der im vorhergehenden Abschnitt vorgestellten Dokumentenanalyse wurden im Zeitraum November/Dezember 2010 in ExpertInnengruppen diskutiert. Die Darstellung der Ergebnisse folgt den in Kapitel 3 erarbeiteten Untersuchungskategorien.

#### Anforderungen aus berufspolitischer Sicht

Die ExpertInnen diskutierten, inwiefern die identifizierten Studiengangmodelle einen Beitrag zur Professionalisierung des Pflegeberufs (3.1.2) leisten. Hierzu wurde festgestellt, dass mit dem als „praxisintegrierend“ bezeichneten Modell I die für die strukturellen Bedingungen in Deutschland konsequenteste Form der Akademisierung des Pflegeberufs entwickelt wurde. Das Studium ist nicht als ‚duale Zwitterform‘ angelegt, sondern erfolgt mit wissenschaftlicher Ausrichtung an einer Hochschule. Die zweite Phase ließe sich mit der klinischen Anerkennungsphase in der Mediziner- ausbildung bzw. mit dem Referendariat in der Juristen- oder Lehrerausbildung vergleichen, würde sie nicht zu einem im deutschen Verständnis der Berufshierarchien niedrigeren Abschluss führen. Auch das hier als „vollständig integriert“ bezeichnete Modell II.1, das an der Evangelischen Fachhochschule in Berlin realisiert wird, verfolgt nach Ansicht der ExpertInnen den Gedanken einer konsequenten Akademisierung, indem alle theoretischen Inhalte im Rahmen einer akademischen Ausbildung vermittelt werden, allerdings im Rahmen eines dualen Modells, nach dem die praktische Ausbildung zur hochschulischen Ausbildung parallel erfolgt und in diese integriert ist. Beide Modelle lösen damit die

<sup>27</sup> Internetauftritt: <http://www.fakultaet5.fh-hannover.de/studium/bachelor-studiengaenge/pflege-berufsbegleitend/index.html> [Zugriff: Mai 2010]

Forderung einer vollständigen Akademisierung der Pflegeausbildung für die AbsolventInnen ein, womit ein entscheidendes Merkmal von Professionalisierung klar realisiert wird.

In allen anderen Modellen wird nur ein Teil der theoretischen Ausbildung an einer Hochschule vermittelt, andere Inhalte verbleiben in der Verantwortung der Berufsfachschulen. Die ExpertInnen vermuten, dass die Integration der Berufsfachschulen in den pflegewissenschaftlichen Diskurs strukturell eher in dualen Modellen angelegt ist, wobei sich hierfür die besten Möglichkeiten in kooperativ-integrierten dualen Studiengangkonzeptionen bieten, wie sie z.B. mit Modell II.2 an der HAW Hamburg bzw. mit Modell II.2a in Neubrandenburg etabliert wurden. In dieser Struktur wird der Studiengang von der Berufsfachschule und der Hochschule von Anfang bis zum Ende der Ausbildung bzw. des Studiums gemeinsam realisiert. Eine solche kooperative Beteiligung der Berufsfachschule am Studiengang bietet nach Meinung einiger ExpertInnen damit auch Möglichkeiten des Erkenntnisgewinns für die ‚normale‘ berufsfachschulische Ausbildung und damit auch für eine Professionalisierung einer breiten Basis. Da nach Einschätzung der DiskutantInnen die Berufsfachschulen gegenwärtig und möglicherweise noch auf lange Sicht einen erheblichen Beitrag zur Ausbildung von Pflegenden leisten werden, wird von Studiengangmodellen, die Spielräume für die erfolgreiche Integration der Berufsfachschulen bieten, ein nachhaltigerer Beitrag zur Professionalisierung der Pflege erwartet im Vergleich zu solchen Modellen, in denen die Hochschulen die Ausbildung weitgehend selbständig und ohne Abstimmung mit den Berufsfachschulen durchführen (wie z.B. Modell I oder Modell II.1).

Weiterhin wurde unter dem Aspekt der Professionalisierung untersucht, inwieweit das Strukturmodell Auswirkungen auf die Qualität der pflegerischen Arbeit und der pflegewissenschaftlichen Reflexion im Berufsfeld haben kann. Hier wurde seitens der ExpertInnen davon ausgegangen, dass der Lernort Hochschule zu einer stärkeren Reflexion von beruflichen Handlungsrouninen auffordert, was als produktive Unruhe im Praxisfeld spürbar werden müsste. Die Vernetzung von theoretisch angelegter Reflexion im Studium und praktischer Berufsausbildung im Handlungsfeld könnte die Entwicklung von Verbindungslinien und die wechselseitige Beeinflussung von Praxis und Theorie erheblich mit steuern. Es wurde festgestellt, dass in der praxisintegrierenden (bzw. die Berufsausbildung addierenden) Modellgruppe I und in der integrativ angelegten Modellegruppe II wissenschaftliche Fragestellungen von Beginn des Studiums an gleichmäßig in das Studium integriert werden können und damit die Chance besteht, dass praxisnahe Fragestellungen durch die Studierenden an Hochschule und Wissenschaft zurückgegeben werden. Die Pflegewissenschaft müsse sich so über die unmittelbare Integration der theoretischen Vorbereitung für die praktische Ausbildung in das Studium auch mit scheinbar „profanen“ Fragen des pflegerischen Handelns auseinandersetzen und gewinne praxisrelevante Fragestellungen. Die Hochschule, so wird weiter vermutet, könne die Lernenden durch gezielte Aufgabenstellungen im Praxisfeld begleiten und habe damit die Möglichkeit, zur Überprüfung von Handlungsrouninen anzuregen. Damit wären nach Ansicht der ExpertInnen mit den Modellgruppen I und II zunächst strukturell förderliche Voraussetzungen geschaffen, damit sich pflegewissenschaftliches Denken u. Handeln und theoretische Reflexion in der Praxis etablieren können und die Pflegewissenschaft eine Anbindung an das Praxisfeld erfährt.

Demgegenüber nehmen nach Meinung der ExpertInnen die Anteile einer wissenschaftlich akademischen Reflexion in den kooperativen Modellen III.1 u. III.2a/b erst im Verlauf der Ausbildung zu und kommen schwerpunktmäßig nach Abschluss der praktischen Ausbildung und nach dem Bestehen des praktischen Exams zur Geltung. Die Anbindung der wissenschaftlichen Reflexion an das Praxisfeld sei so eher distanziert angelegt. Positiv wird daran gesehen, dass die Studierenden dann nicht mehr in einem unmittelbaren, da prüfungsentscheidenden Abhängigkeitsverhältnis stehen und damit potentiell über größere Freiheitsgrade im Denken verfügen. Derartige kritisch-reflexive Auseinandersetzungen können, so wird von einigen Diskutierenden vermutet, langfristig die Weiterentwicklung in der Berufsgruppe ebenfalls befördern. Dagegen wenden andere TeilnehmerInnen ein, dass dann das pflege- und gesundheitswissenschaftliche Denken u. Handeln in erster Linie über die Studierenden

etabliert werden müsste und im Feld möglicherweise auf wenig vorbereiteten Boden und Widerstände trafe.

Letztlich wurden noch zwei strukturell eher gegensätzliche Inhaltsentscheidungen der Studiengänge in ihrem Verständnis für die Professionsentwicklung diskutiert: Während die Studiengänge in Halle und Mainz zunächst vor allem berufsgruppenübergreifend angelegt und damit in einem eher allgemeinbildenden Verständnis auf Interdisziplinarität als Kern professionellen Handelns gerichtet sind – verbunden mit dem Risiko für die genuine Pflegekunde, in einer allgemein gesundheitswissenschaftlichen Perspektive verloren zu gehen, konzentrieren sich die anderen Studiengänge in erster Linie auf eine pflegewissenschaftliche Perspektive, was es eher ermöglicht, Pflegekunde und das genuin Pflegegerische als Kern herauszuarbeiten – und damit Chancen einer interdisziplinären Weitung des Blicks zu vergeben. Für beide Positionen wurden Vor- und Nachteile gesehen, wobei die Tendenz zu erkennen war, zum gegenwärtigen Zeitpunkt und vor dem Hintergrund der Situation in Bremen zunächst einer Professionalisierung der Pflege selbst den Vorrang zu geben.

### **Anforderungen an die Systeme und Institutionen**

Im nächsten Schritt werden die Positionen der beteiligten ExpertInnen zu den systemisch-strukturellen Aspekten der Studiengangmodelle und den Anforderungen, die damit an die Organisationsstrukturen der Systeme gestellt werden, zusammenfassend referiert (vgl. 3.2).

Zunächst stellten die ExpertInnen fest, dass sich die Modelle im Grad der Anforderung, die sie an eine Koordination zwischen den beteiligten Organisationen stellen, erheblich unterscheiden. So wird vermutet, dass an den Hochschulen sowohl im praxisintegrierenden, bezogen auf den Berufsabschluss additiv angelegten Modell I der hessischen Fachhochschulen und im vollständig integrierten Studienmodell II.1 in Berlin nur sehr geringe Koordinationsaufgaben mit den Berufsfachschulen anfallen, die sich zunächst nur auf die Klärung der curricularen und inhaltlichen Entscheidungen und in Berlin noch auf die Koordination der praktischen Anleitungen und Prüfungen beziehen. Damit werde aber auch eine Abgrenzung der Systeme Hochschule und Berufsfachschule bzw. eine gegenseitige Nichtbeachtung wahrscheinlicher. Dafür müssten nach Einschätzung der ExpertInnen in beiden Modellen Abstimmungen mit den Praxiseinrichtungen erfolgen, die in Berlin insofern sehr viel höhere Anforderungen stellen, als die Studierenden hier in den ersten drei Ausbildungsjahren in einem Ausbildungsverhältnis stehen und damit die Praxiseinrichtungen möglicherweise ein höheres Mitspracherecht fordern als bei den reinen Praktika der hessischen Studiengänge. Demgegenüber, so wurde weiter überlegt, stellen die kooperativ-integrierten Modelle II.2 und II.2a vermutlich extrem hohe Anforderungen an eine kontinuierliche Koordination und Kooperation aller drei an der Ausbildung beteiligten Systeme. In den ausbildungsbegleitenden Studiengängen der Modelle III.1 und III.2a/b könnten nach Ansicht der ExpertInnen die Abstimmungsaufgaben bei klarer Regelung der inhaltlichen u. organisatorischen Aufgaben überschaubar bleiben und müssten vor allem inhaltlich/curricular und organisatorisch hinsichtlich der Studienangebote erfolgen. Eine Diskussteilnehmerin betont ausdrücklich, dass die beiden Säulen der bisherigen Ausbildung damit ihren Eigenwert behalten und in ihrer jeweiligen Organisationsstruktur bestehen bleiben, wobei von anderen auch das Risiko gesehen wird, dass es zu innerer und äußerer Abgrenzung der Systeme kommen kann und so zunächst nur geringe Veränderung für das Gesamtsystem der Pflegebildung zu erwarten sind.

Aus Sicht der einzelnen Systeme werden in den Diskussionsgruppen folgende Anforderungen und Gewinne beobachtet bzw. vermutet:

Im vollständig integrierten Modelle II.1 ist die Hochschule auch für die Koordination der praktischen Ausbildung verantwortlich. Sie muss Aufgaben der Organisation und Durchführung einer klassischen Berufsausbildung (z.B. auch die Abnahme des Pflegeexamens mit den entsprechenden Prüfungsmodalitäten) übernehmen und würde damit vor Herausforderungen stehen, die traditionell nicht in ihren Aufgabenbereich fallen und für die sie möglicherweise auch zunächst personell und materiell

schlecht ausgestattet ist. In der Lehre muss auch die Grundlagenvermittlung von Kenntnissen für die Fachpraxis übernommen werden, was dem genuinen Anspruch der Hochschule, neben Lehre auch Forschung zu übernehmen, tendenziell zuwider läuft. Wenn diese Lehraufgaben deshalb wiederum über Lehrkräfte für besondere Aufgaben und Lehraufträge abgesichert werden, könnten sowohl organisationsinterne Koordinationsaufgaben steigen als auch die Gefahr einer internen Umstrukturierung des Studiengangs und der dort von den verschiedenen Personen wahrgenommenen Aufgaben und Funktionen. Insbesondere die Arbeit mit Lehrbeauftragten könnte nach Meinung einiger ExpertInnen ein erhöhtes Risiko für die Stabilität und Qualität der Ausbildung bedeuten.

In den kooperativ-integrierten Modellen II.2 und II.2a wäre die Hochschule ebenfalls in koordinierende Aufgaben mit der Praxis eingebunden, aber durch die kooperierende Berufsfachschule entlastet, wobei auch hier mögliche Veränderungen in der internen Studiengangstruktur erwartet werden. Demgegenüber werden solche hochschulfremden Aufgaben in den ausbildungsbegleitenden Studiengangmodellen III.1/III.2a/b von den Berufsfachschulen übernommen – wodurch Strukturveränderungen in der Organisation z.T. vermieden werden. Aus der Berufsausbildung wird in den Modellen III.2a/b z.T. ein relativ hoher Teil der Berufsausbildung anerkannt, was für die Hochschule in Bezug auf den Personalaufwand durch HochschullehrerInnenstellen als ökonomischer angesehen wird und die Gesamtstudiedauer verkürzt. Zu diesem Punkt wird von einigen ExpertInnen ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die wissenschaftliche Qualifikation der AbsolventInnen sichergestellt werden müsste und hierfür entsprechende Qualitätsstandards zu entwickeln wären.

Weiterhin, so wird im Zuge der ExpertInnendiskussion festgestellt, schränken vollständig integrierte Studiengänge, die alle theoretischen Inhalte der Berufsausbildung in das Studium integrieren (Modell II.1) den Gestaltungsspielraum für einen aufbauenden Masterstudiengang und die hier erreichbare wissenschaftliche Tiefe erheblich ein – in diesem Fall werden 240 ECTS bis zum Bachelorabschluss „verbraucht“, womit der Masterabschluss nach einem weiteren Studienjahr mit 60 ECTS erreicht werden müsste. Das gilt vergleichbar auch für ausbildungsbegleitende Studiengänge mit geringer Anerkennung von Ausbildungsleistungen bei gleichzeitig hoher Lehrplankoppelung, wie z.B. in Modell III.1, das mit 210 ECTS abschließt und damit nur noch einen Spielraum von 90 ECTS für einen konsekutiven Masterstudiengang lässt. Mit den sich damit entwickelnden unterschiedlichen Studiengangstrukturen ergeben sich wiederum Schwierigkeiten für die Durchlässigkeit in die Masterstudiengänge zwischen verschiedenen Hochschulstandorten. In den auf der Hildesheimer Konzeption beruhenden Modellen III.2a und III.2b mit einem zeitversetzten Anfang des Studiums entfallen für die Hochschulen mögliche organisatorische Probleme, die sich aus dem Nichtbestehen der Probezeit ergeben könnten. In diesen ausbildungsbegleitenden Studiengängen besteht durch die Zweiphasigkeit und die damit verbundene erhöhte Durchlässigkeit für die Hochschulen die Möglichkeit, Studienabbrecherquoten durch die Zulassung von QuereinsteigerInnen auszugleichen.

Die TeilnehmerInnen der ExpertenInnrunden vertreten die Ansicht, dass die Berufsfachschulen durch die Mitwirkung in integrativ-kooperierenden Studiengängen aber auch in ausbildungsbegleitenden Studiengängen aufgewertet werden, wobei die Anforderung gesehen wird, dass akademisch qualifiziertes Personal vorgehalten werden muss. Es wird überlegt, dass die (formale) Ausgrenzung von LehrerInnen mit traditioneller Weiterbildung von der Mitwirkung an der akademischen Ausbildung zu Veränderungen in der Dynamik des Teams führen kann, wobei sich die Problematik durch den Wegfall dieser Weiterbildungen zukünftig zunehmend entschärfen müsste. Sowohl in den integriert-kooperativen Studiengangmodellen II.2 und II.2a als auch in den ausbildungsbegleitenden Studiengängen der Modellgruppe III sehen die VertreterInnen der Berufsfachschulen, dass die Schulen in ihrer Expertise im Bereich der Pflegebildung und der Organisation und Strukturierung der praktischen Ausbildung gefordert sind, wobei sie in den ausbildungsbegleitenden Studiengängen, aber auch im hessischen praxisintegrierenden Studiengangmodell I ihre Autonomie weitestgehend erhalten. In den ausbildungsbegleitenden Modellen mit versetztem Zeitanfang (III.2a/b) sind die Berufsfachschulen in den ersten sechs Monaten in Zusammenarbeit mit den Praxiseinrichtungen allein für die Ausbildung

verantwortlich und bleiben wie in allen ausbildungsbegleitenden Modellen auch im weiteren Ausbildungsverlauf für die Berufsausbildung entsprechend den Berufsgesetzen verantwortlich. Das beinhaltet auch eine erhöhte Entscheidungsfreiheit, die Kooperation aufzunehmen, abzubrechen oder vorübergehend zu unterbrechen. Auch müsse eine generalistische Ausrichtung des Studiengangs nicht zwangsläufig zu einer entsprechenden Umstellung in den Schulen führen, womit wiederum Freiheitsgrade für die Berufsfachschulen gewonnen würden. Dieser letzte Punkt wird kontrovers diskutiert, da hier auch die Gefahr gesehen wird, dass diese Option auf Kosten einer geringeren Innovationskraft für die Pflegebildung geht. Für ein integriert-kooperatives Studiengangmodell (II.2) wird unter Vorwegnahme von Überlegungen für eine Adaption dieses Modells in Bremen diskutiert, dass die kooperierende(n) Fachschule(n) einen separaten Kurs bilden müsste(n), der curricular andere Strukturen aufweist, während in den ausbildungsbegleitenden Studiengangmodellen die prinzipielle Möglichkeit besteht, die Studierenden in den „normalen“ Klassenverband zu integrieren – wobei die möglicherweise bestehenden erheblichen organisatorischen und pädagogischen Herausforderungen kritisch gesehen werden.

Für die klinischen Praxiseinrichtungen der Berufsfachschulen in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege wird das additive Modell I am gewinnträchtigsten angesehen, da hier gut qualifizierte, theoretisch vorgebildete Auszubildende für das Ausbildungsjahr, das ohnehin den größten Praxisanteil hat, ohne Steigerung der Ausbildungskosten gewonnen werden. Dieses Modell sei wiederum für die Altenpflegeschulen - zumindest unter den momentanen Bedingungen im Land Bremen - nicht finanzierbar; es müssten Träger gefunden werden, die das Ausbildungsgehalt finanzieren und darüber hinaus müsste das Schulgeld aufgebracht werden.

Aus Sicht der Studierenden wird zunächst die Finanzierung der Lebenshaltung als zentral bedeutsam betrachtet. Dabei muss im praxisintegrierenden hessischen Modell I, das in seiner Struktur ja am ehesten einem ‚normalen‘ Studium entspricht, der größte Teil, nämlich insgesamt 3 Jahre, selbst bzw. durch das Elternhaus oder über BAföG finanziert werden. Sowohl im vollständig integrierten dualen Studiengang in Berlin (Modell II.1) als auch in allen ausbildungsbegleitenden Studiengängen bekommen die Studierenden für den Zeitraum der dreijährigen Berufsausbildung die entsprechende Ausbildungsvergütung bis zum Pflegeexamen. Im Anschluss daran müssen sie das letzte Jahr bzw. die letzten anderthalb Jahre selbst finanzieren, wobei sie einerseits aufgrund des bestandenen Examens Chancen auf gut bezahlte Nebenjobs haben und andererseits eine Doppelbelastung in der Phase der Bachelorarbeit anfällt. Alternativ müssen sie, nachdem sie drei Jahre über ein eigenes Einkommen verfügt haben, auf die Unterstützung durch das Elternhaus oder - bei Erfüllung der entsprechenden Voraussetzungen - auf BAföG zurückgreifen<sup>28</sup>, was von den ExpertInnen z.T. als problematisch angesehen wird. Dabei würde jedoch die Höhe möglicherweise auflaufender BAföG-Schulden bzw. der erforderlichen familiären Unterstützungsleistung in jedem Fall erheblich geringer (50% und mehr) ausfallen als im klassischen Studiengangmodell I. In den kooperativ-integrierten dualen Studiengängen in Hamburg bzw. Neubrandenburg (Modell II.2 bzw. II.2a) erhalten die Studierenden für den Part der Ausbildung für die Gesamtdauer des Studiums ein anteiliges Gehalt im Sinne einer Teilzeitausbildung. In Neubrandenburg kann dieses Gehalt ggf. durch BAföG für ein Teilzeitstudium ergänzt werden, was in Hamburg nicht möglich ist. Die dort bezahlte 75%ige Ausbildungsvergütung unterschreitet das Existenzminimum, was mehrere ExpertInnen für problematisch halten, weil damit eine elternunabhängige Lebensführung erschwert würde, zumal auch Nebenjobs sich in die enge Taktung von Studium und Ausbildung nur schwer einfügen I.

---

<sup>28</sup> Die Beantragung von elternunabhängigem BAföG ist erst nach zwei Jahren Berufstätigkeit möglich.

### **Anforderungen aus bildungspolitischer, pflege- und hochschuldidaktischer Sicht**

Aus bildungspolitischer Perspektive wurde zunächst beobachtet, dass alle untersuchten Modelle eine Verkürzung der Studiendauer für einen Bachelorabschluss in der Pflege mit sich bringen. Gegenüber dem bisherigen Modell, das z.B. für den Studiengang in Bremen ein sechssemestriges Studium in Anschluss an eine dreijährige Pflegeausbildung vorsieht, verkürzt sich der Zeitraum von sechs Jahren um anderthalb bis zwei Jahre und nähert sich damit internationalen Ausbildungsgängen an. Weiterhin wurde seitens der ExpertInnen der Grad der Durchlässigkeit analysiert, der durch das jeweilige Studiengangmodell gesichert, ermöglicht oder ausgeschlossen wird. Geringe oder gar fehlende Durchlässigkeit wurde vor allem dann beobachtet, wenn Studium und Ausbildung in einer relativ geschlossenen Struktur miteinander verzahnt und vor allem auch zeitlich aufeinander abgestimmt sind. In den integrierten Modellen II.1 (ev. FH Berlin), II.2 (HAW Hamburg) und II.2a (Hochschule Neubrandenburg), aber auch für das ausbildungsbegleitende Modell III.1 (Hochschule München) mit seiner engen Lehrplankoppelung ist ein Quereinstieg dementsprechend nicht konzipiert. Demgegenüber wurde insbesondere bei den an der Konzeption der Hochschule Hildesheim orientierten Modellen III.2a/b die gezielte Entwicklung der verschiedenen Lösungsmöglichkeiten von den ExpertInnen grundsätzlich positiv bewertet. Hier wurde von einer DiskutantIn der Studiengang der Fachhochschule Hannover in seiner Konzeption als Teilzeitstudiengang hervorgehoben, da die Vorzüge dieses Weges für eine Fachrichtung mit besonders hohem Frauenanteil als sinnvoll und zukunftsweisend zu beurteilen seien. Die von den additiven Studiengangmodellen in Hessen (Modell I) aber auch seitens der Fachhochschule Mainz angebotene Zulassung für einen Quereinstieg über eine Einzelfallprüfung (z.B. APEL-Verfahren) wurde als relativ aufwändig und damit zeit-, personal- und kostenintensiv eingeschätzt, wobei wiederum die so gegebenen Spielräume für die individuelle Anerkennung beruflicher Vorerfahrungen und die damit verbundene höhere Flexibilität für Einzelfallentscheidungen positiv gewertet wurden.

Im Rahmen dieser Kategorie wurde weiterhin seitens der ExpertInnen diskutiert, wie in den einzelnen Modellen mit der Integration des zusätzlichen Lernorts Hochschule in die Ausbildung umgegangen werden kann, und welche Angebote in Bezug auf den Praxis-Theorie-Praxis-Transfer im Rahmen der jeweiligen Modelle erforderlich sind. Weiterhin wurde untersucht, wie die inhaltliche/curriculare Abstimmung begünstigt oder begrenzt wird, und inwiefern Kompetenzen im pflegewissenschaftlichen Denken durch das Modell gezielt gefördert werden können.

Sowohl im praxisintegrierenden Modell I der hessischen Studiengänge als auch im integrierten dualen Studiengang der ev. FH Berlin (Modell II.1) stellt sich nach Ansicht der ExpertInnen die Problematik von drei verschiedenen Lernorten nicht oder nur kaum, da die Studierenden in einem einheitlichen Strukturrahmen verbleiben, der durch die Hochschule verantwortet wird, was auch bedeutet, dass die Hochschulen in eigener Regie handeln und entsprechende Qualitätsstandards setzen können. Im praxisintegrierenden hessischen Modell wird für die Durchführung der Praktika während des Studiums ein weitaus größeres Maß an Selbstorganisation vermutet, als es im Rahmen einer rein berufsfachschulischen Ausbildung oder in einem dualen oder ausbildungsbegleitenden Studiengang erforderlich ist. Dies könnte die Selbständigkeit der Lernenden stärken, könnte aber andererseits mit einem Kontrollverlust über die Absicherung der praktischen Ausbildung verbunden sein. Im Anschluss an das Studium müssen sich die StudienabsolventInnen einen Ausbildungs- und Schulplatz suchen und sich in beide Lernorte neu integrieren. Sie kommen so mit einem formal höherwertigen Abschluss in eine bestehende Lerngruppe mit eigenen Strukturen. Es wird vermutet, dass der Status der „Studierten“ mit dem Status von Auszubildenden in Pflegeteams kollidiert. Einige ExpertInnen überlegen auch, dass die Auszubildenden mit Bachelorabschluss nicht mehr die Chance einer kritischen Reflexion konkreter erlebter Krisen des Pflegealltags im Kontext der Hochschule haben, sondern mit diesen Situationen dann, wenn sie entstehen, auf sich alleine bzw. auf die Begleitung durch die Berufsfachschule angewiesen sind. So wären die entsprechenden, bildungshaltigen Lernmöglichkeiten an den Herausforderungen der Praxis nicht gegeben und müssten ggf. im Studium vorab mit gerin-

gem Erfahrungsbezug konstruiert werden. Auf der anderen Seite wird von den ExpertInnen angeführt, dass die Ansprüche der Studierenden an die Praxis unter Umständen höher sein werden, was konfliktrichtig sein kann, wobei diese Konflikte sich wiederum durchaus belebend auf die Praxis und den berufsfachschulischen Unterricht auswirken können. Insgesamt wird jedoch vermutet, dass die zahlreichen potentiellen Konflikte und Dynamiken die Berufsfachschulen vor neue, bislang in dieser Form nicht bekannte pädagogische Anforderungen stellen könnten. Um eine Regression hinter die Kompetenzentwicklung aus dem Studium zu vermeiden, müssten die StudienabsolventInnen mit dem Bachelorexamen in ihrer pflegewissenschaftlichen Haltung entsprechend gefestigt sein oder würden entsprechende Unterstützung durch die Berufsfachschule benötigen.

In den kooperativ-integrierten Studiengängen der Modelle II.2/II.2a wird nach Einschätzung der ExpertInnen gerade die Kooperation der drei Lernorte als strukturell angelegt gesehen. Dies ermögliche – ein entsprechendes, nicht automatisch garantiertes Gelingen vorausgesetzt – eine gegenseitige Reflexion und Weiterentwicklung. Eine Grundbedingung hierfür sei, dass die Curricula in allen drei Ausbildungsbereichen gut aufeinander abgestimmt würden, damit Inhalte und Kompetenzen sukzessive entwickelt und Pflegewissenschaft, Fachschule und Praxis für die gesamte Ausbildungsdauer kontinuierlich miteinander verbunden werden. Das eröffne Spielräume für eine optimale Nutzung dieser Synergien für die Ausbildungsqualität aus allen drei Perspektiven und die Studierenden könnten sich in der Ableitung pflegewissenschaftlicher Fragestellungen aus dem unmittelbaren Kontext der Praxiserfahrung üben.

Demgegenüber wird es in den ExpertInnengruppen als eher wahrscheinlich angesehen, dass die Studierenden in den ausbildungsbegleitenden Studiengängen (Modellgruppe III) zunächst drei unterschiedliche und zum Teil unverbundene Lernwelten erleben, die systemisch sehr verschiedene Anforderungen stellen. Die Anerkennung von curricularen Ausbildungsanteilen könne bei dieser Grundkonzeption pauschal in einem Minimalkonsens erfolgen, wobei ausgewählte Unterrichtsinhalte im Volumen von mindestens 20 ECTS (= 600 h Workload) mit einem pflegewissenschaftlichen Bezug vermittelt würden, diese Perspektive aber möglicherweise nebenher laufe und es keinen unmittelbar ausbildungsbezogenen pflege- oder bezugswissenschaftlichen Input gäbe. Dieses Risiko besteht nach Meinung einiger DiskussionsteilnehmerInnen verstärkt, wenn, wie in Halle und Mainz (Modell III.2a), die hochschulischen Anteile verallgemeinernd aus der Perspektive unterschiedlicher Berufe vermittelt werden und die Vermittlung wissenschaftlicher Inhalte und Kompetenzen losgelöst von pflegerischer Praxis erfolgt. Das in der Hochschule vermittelte pflegewissenschaftliche Denken und Handeln müsse dann von den Studierenden in einer Praxis, die mit dieser Perspektive nur geringe Erfahrungen habe, etabliert werden. Die Studierenden müssten sich mit sehr unterschiedlichen Perspektiven und Sichtweisen auseinandersetzen und wären dabei eher auf sich gestellt. Nach Einschätzung der ExpertInnen besteht die Gefahr, dass die Studierenden – als das schwächste Glied in der Kette – in der Verarbeitung der Widersprüche, die sich aus den konfligierenden Interessen unterschiedlicher Lernwelten ergeben, weitgehend allein gelassen bleiben. Hier biete der zeitversetzte Anfang in den ausbildungsbegleitenden Studiengängen nach dem Hildesheimer Modell (III.2a/b) nach Ansicht der ExpertInnen auch aus pädagogisch-didaktischer Perspektive Vorteile: Die Lernenden könnten sich in den ersten sechs Monaten zunächst auf die Lernorte Schule und Berufspraxis konzentrieren und Erfahrungen im Feld sammeln, bevor sie sich dann dem Studium zuwenden und damit eine weitere Perspektive aufnehmen.

In einer stärkeren Trennung von Studium und Ausbildung werden andererseits auch Chancen dahingehend gesehen, dass so Denkräume außerhalb der unmittelbaren Ausbildungsverwertung entstehen, insbesondere auch in der zweiten Studienphase, in der integrierte Praktika einem geringeren Verwertungszwang unterliegen und die Studierenden Abstand zur Unmittelbarkeit des Geschehens gewinnen.

Ungelöst bleibt nach Einschätzung der ExpertInnen in den verschiedenen Modellen die Frage nach der Identifizierung von Qualifikationsstufen, da alle Studiengänge, wie einleitend dargestellt, inhaltlich unterschiedlich ausgerichtet sind und der Bachelorabschluss z.T. bereits ein „Mehr“ an Qualifikation gegenüber der herkömmlichen Ausbildung bietet und z.T. auch „nur“ auf eine größere wissenschaftliche Tiefe gerichtet sei, ohne dass daraus ein erweitertes Aufgabenspektrum abgeleitet würde.

Zusammenfassend hält das ExpertInnengremium fest, dass keines der vorgestellten Strukturmodelle eine umfassende Lösung für alle oben aufgezeigten, zum Teil widersprüchlichen Anforderungen an eine Akademisierung der Pflegebildung in Deutschland bieten kann (Kapitel 3). Mit der Gegenüberstellung und Diskussion der vielfältigen Argumente und Argumentationslinien wurden aber Entscheidungshilfen für die Auswahl und Entwicklung eines Studiengangmodells im Rahmen dieser Machbarkeitsstudie gewonnen, das an die Bedingungen vor Ort, d.h. im Land Bremen angepasst ist. Die gegebenen strukturellen Rahmenbedingungen vor Ort sollen im folgenden Kapitel genauer erfasst werden.

## 5 Strukturelle Bedingungen der Ausbildungsstandorte für die Pflege im Land Bremen

Im Jahr 2008 wurde im Land Bremen eine umfassende Erhebung zur Struktur der Pflege in den verschiedenen Sektoren durchgeführt. Untersucht wurden unter anderem die Qualifikationsstruktur, die Altersstruktur und die Vergütungs- bzw. Einkommenssituation von Pflegenden. In den Organisationsstrukturen der Pflegeeinrichtungen wurde zum Beispiel der Frage nach dem Umgang mit Ergebnissen der Pflegeforschung und wissenschaftlich abgesicherten Instrumenten wie den Expertenstandards nachgegangen. Dabei wurde deutlich, dass in Bremen „eine pflegewissenschaftliche Kompetenz in der Pflegepraxis die Ausnahme“ darstellt, dass also akademisch ausgebildete Pflegekräfte bisher kaum in der unmittelbaren Arbeit mit PatientInnen eingesetzt sind, wobei zugleich ein hohes, den behördlichen Vorgaben entsprechendes Qualitätsbewusstsein der Pflegeeinrichtungen konstatiert werden konnte. Aufgrund des hohen Altersdurchschnitts der Bevölkerung bei gleichzeitig steigendem Pflegebedarf insgesamt wird die Sicherung professioneller Pflege als hohe Herausforderung an die Politik betont (SFAFGJS 2009, 44f). Auf der Grundlage dieser Daten erklärt die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, dass sich die senatorische Behörde „für den Erhalt und eine dem Fachkräftearbeitsmarkt angemessene Anpassung der Zahl der Ausbildungsplätze im Bereich der Pflege“ einsetzt, „die Bestrebungen zu einer einheitlichen generalistisch ausgerichteten Pflegeausbildung mit Spezialisierungsmöglichkeiten“ unterstützt und dabei die „Einführung abgestufter Qualifikationen“ in der Berufsgruppe der Pflegenden befürwortet, was auch die „Akademisierung auf Bachelor-, Master- und Promotionsniveau“ umfasst, womit die „Verankerung von pflegewissenschaftlicher Kompetenz in der Pflegepraxis erhöht“ werden soll. Dabei werde „eine vertikale Durchlässigkeit in dem beschriebenen abgestuften Qualifikationsprofil für unverzichtbar“ gehalten und die „Entwicklung eines erstqualifizierenden Bachelor-Studienganges“ gefördert (SFAFGJS 2009, 53f).

Vor dem Hintergrund der damit formulierten Ansprüche soll die Situation der Pflegeausbildung im Land Bremen zunächst näher beleuchtet werden. Die Datengrundlage für die hier zusammengestellten Informationen bildete zum einen der bereits angeführte Bremer Pflegebericht (SFAFGJS 2009) ergänzt um den im selben Kontext entstandenen Bericht zur Pflegeausbildung an Fachschulen und Berufsfachschulen in Bremen und Bremerhaven (SFAFGJS 2010), Internetveröffentlichungen und Broschüren der verschiedenen Ausbildungseinrichtungen und hochschulische Arbeitspapiere. Daneben wurden verschiedene Befragungen durchgeführt: im September und Oktober 2009 wurde in zwei Arbeitsgruppensitzungen mit den Schulleitungen (bzw. durch diese benannte Vertretungen) von 7 der 10 Bremer Pflegeschulen der aktuelle Ist-Zustand der Pflegeausbildung in Bremen erhoben, ergänzend wurden KollegInnen der Universität Bremen und MitarbeiterInnen der Senatorischen Behörde für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales zu einzelnen Problemstellungen befragt. Das Ziel dieses Arbeitsschrittes im Prozessverlauf bestand darin, ein möglichst realistisches Bild von der gegenwärtigen Situation und den Möglichkeiten und Begrenzungen für eine Studiengangkonzeption zu gewinnen.

### 5.1.1 Universität und Hochschule als Ausbildungsorte

An den beiden Hochschulstandorten im Land Bremen besteht für das Berufsfeld Pflege und Gesundheit ein breites Bildungsangebot. Neben dem Studienangebot der Hochschule Bremen für den Bereich Pflegemanagement besteht gegenwärtig an der Universität Bremen die Möglichkeit, im Studiengang Bachelor of Arts Pflegewissenschaft (180 ECTS) zu studieren, wobei drei Varianten möglich sind:

- mit dem Schwerpunkt „klinische Pflegeexpertise“ als Vollfach-Bachelor
- mit dem Schwerpunkt „Familien- und Gesundheitspflege“ als Hauptfach-Bachelor mit Public Health als Zweitfach
- mit dem Schwerpunkt „Lehre in der beruflichen Fachrichtung Pflege“ als Hauptfach und einem allgemeinbildenden schulischen Unterrichtsfach als Zweitfach

Je nach gewähltem Schwerpunkt kann ein konsekutiver Masterstudiengang „Public Health/Pflegewissenschaft“ bzw. „Berufspädagogik Pflegewissenschaft“<sup>29</sup> jeweils mit dem Abschluss „Master of Arts“ (120 ECTS) aufgesattelt werden.

Die Studiengänge, in dieser Form im Wintersemester 2005/2006 eingeführt, entwickeln sich historisch aus einem 1993 eröffneten Modellversuch, der als Diplomstudiengang Berufspädagogik 1999 nach positiver Evaluation in das Regelangebot übernommen wurde. Die Universität Bremen ist damit einer der wenigen Hochschulstandorte, an dem Pflegewissenschaft auf universitärem Niveau studiert werden kann (- neben Berlin, Halle, München, Osnabrück und Witten-Herdecke).

Die gegenwärtigen Studiengänge setzen alle eine abgeschlossene dreijährige Berufsfachschulausbildung voraus und sind damit vor dem Hintergrund der in Kapitel 3 diskutierten berufspolitischen und bildungspolitischen Kriterien nicht mehr zeitgemäß. Die Gremien der Universität (Studiengang, Fachbereich, Dekanat und Rektorat) unterstützen deshalb den Vorschlag der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, die Möglichkeiten der Etablierung eines primärqualifizierenden dualen Studiengangs zu prüfen – unter der Voraussetzung, dass die vorhandenen materiellen und personellen Ressourcen ausreichen, der Studiengang sich in das Profil der Universität einfügt und nicht im Widerspruch zu bestehenden Ordnungsmitteln steht.

Der Studiengang Pflegewissenschaft der Universität Bremen verfügt derzeit über 3 HochschullehrerInnenstellen in Vollzeitform. Diese sind wie folgt denominiert:

- Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck:
  - Pflegewissenschaft: pflgetherapeutische Grundlagen und ihre didaktische Vermittlung
- Prof. Dr. Stefan Görres:
  - Pflegewissenschaft: Soziale Gerontologie mit den Schwerpunkten Prävention und Gesundheitsförderung im Alter, Rehabilitation und Kompetenzerhaltung
- NN (ausgeschrieben, zurzeit als Vertretungsprofessur besetzt durch Prof. Dr. Markus Zimmermann)
  - Pflegewissenschaft: Klinische Pflegeforschung

Den drei Professuren entspricht bei einem Lehrdeputat von jeweils 8 Semesterwochenstunden (SWS) eine Lehrkapazität von insgesamt 24 SWS pro Semester. Hinzu kommen zwei Honorarprofessuren (Prof. Dr. med. N. Wrobel: „Medizinische Geriatrie und physikalische Therapie“/Prof. Dr. Christel Peutl-Bienstein: „Pflegewissenschaft: Pflgetherapeutische Grundlagen“) und fünf Stellen für wissenschaftliche MitarbeiterInnen mit einer Lehrverpflichtung von jeweils 2 SWS, also weitere 14 SWS pro Semester. Weiterhin werden 6 SWS über drei Lehraufträge abgedeckt, so dass durch den Studiengang selbst zurzeit pro Semester 44 SWS Lehre zur Verfügung stehen. Hinzu kommen Lehrangebote im Wahlpflichtbereich, die gemeinsam mit dem Studiengang BA Public Health genutzt werden kön-

---

<sup>29</sup> Für diesen konsekutiven Masterstudiengang im Schwerpunkt Lehre muss auf die Problematik hingewiesen werden, dass den Absolventen, trotz eines den Lehramtsstudiengängen für berufliche Schulen vergleichbaren, an den Vorgaben der KMK orientierten Studienaufbaus (Bachelor-Master-Studium der Pflegewissenschaft mit Ergänzung durch ein allgemeinbildendes Unterrichtsfach und Bildungswissenschaften) „kein Master of Education verliehen wird, wie sonst bei Lehramtsstudiengängen in der Bundesrepublik üblich, sondern ein Master of Arts“, womit der Zugang zum Referendariat erheblich erschwert wird (SFAFGJS 2009, 42).

nen. Mit dieser Lehrkapazität müssten auch zukünftig der Bachelorstudiengang und der Masterstudiengang „Berufspädagogik Pflegewissenschaft“ mit 3 SWS und der Master Public Health/Pflegewissenschaft mit 6-8 SWS versorgt werden. Damit verbleiben unter der Voraussetzung, dass der alte Studiengang ausläuft, für Studienangebote in einem neu zu konzipierenden Bachelorstudiengang ca. 34 SWS.

Inhaltlich ist der Studiengang traditionell pflege- und sozialwissenschaftlich ausgerichtet, so dass gegenwärtig und auch zukünftig die Studienabschlüsse auf Bachelor/Master of Arts ausgerichtet sein werden.

Gegenwärtig besteht an der Universität für Studierende keine Möglichkeit, sich als Teilzeitstudierende zu immatrikulieren. Im Rahmen des unter den gegebenen Bedingungen Umsetzbaren und unter Finanzierungsvorbehalt hat das Rektorat der Universität Bremen am 21.12.2009 beschlossen, sich verstärkt um eine höhere Durchlässigkeit zu bemühen<sup>30</sup>. Diese Aktivität soll insbesondere auf bestehende „Vollzeitstudiengänge (i.d.R. Bachelor)“ gerichtet sein, für die „Nachwuchsmangel im Fach und/oder Berufsfeld“ besteht, für die ein „Praxisbezug für den jeweiligen Forschungsgegenstand wichtig“ ist und/oder für die die „Akademisierung des Berufsfelds“ ansteht. Pflegewissenschaft wird hier als potentieller Studiengang für diese Bemühungen ausdrücklich genannt. In diesem Positionspapier wird explizit eine entsprechende Novellierung des Bremer Hochschulgesetzes gefordert, um „die Voraussetzungen für einen erleichterten Hochschulzugang für“ potentielle, geeignete BewerberInnengruppen „zügig“ zu schaffen; die Hochschule wolle ihrerseits „geeignete unterstützende Studienangebote für diese Gruppen“ entwickeln, um sie an den regulären Studienbetrieb heranzuführen. Insgesamt ist eine große Bereitschaft sich in den regionalen bildungspolitischen Diskussionsprozess einzubringen, spürbar. Sie wurde zum Beispiel auch in der Beteiligung an den „Regionalen Arbeitstagen der Länder Niedersachsen und Bremen zur Verbesserung der Durchlässigkeit für beruflich Qualifizierte“ deutlich<sup>31</sup>.

## 5.1.2 Ausbildungsstrukturen an den Berufsfachschulen

Im Land Bremen wird in den Pflegeberufen an 10 Berufsfachschulen ausgebildet, an jeweils 5 Fachschulen führt die Berufsausbildung zum Examen in der Altenpflege und 5 Fachschulen bilden in der Gesundheits- und Kranken- bzw. der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege aus. Insgesamt stehen damit ca. 1300 Ausbildungsplätze in den Pflegeberufen zur Verfügung, wobei diese nach den Erhebungen des Bremer Pflegeberichts im Jahr 2008/09 nur zu ca. 85% ausgelastet waren. 570 Ausbildungsplätze in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege werden an Berufsfachschulen in kommunaler Trägerschaft und 267 Plätze an Schulen in freigemeinnütziger Trägerschaft zur Verfügung gestellt, in der Altenpflege stehen alle Berufsfachschulen als Privatschulen in der Verantwortung verschiedener gemeinnütziger oder privatwirtschaftlicher freier Träger. Alle Berufsfachschulen werden als staatlich anerkannte Schulen geführt und unterstehen der Senatorischen Behörde für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales. Dabei ist für die Ausbildung in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege die Abteilung Gesundheit mit dem Referat Medizin und Pflege zuständig und für

---

<sup>30</sup> vgl. hierzu und für die in diesem Absatz folgenden Zitationen: „Position der Universität Bremen zur Durchlässigkeit zwischen beruflicher Bildung und Hochschulbildung- lt. Beschluss der Rektorsrunde am 21. Dezember 2009“ vom 18.01.2010

<sup>31</sup> zuletzt am 16.04.2010 am Hanse-Wissenschaftskolleg in Delmenhorst durchgeführt

die Altenpflegeausbildung die Abteilung „Soziales“ und dort das Referat „Ältere Menschen“<sup>32</sup>. Die Pflegebildung im Land Bremen ist damit - wie in fast allen anderen Bundesländern - nicht in das berufliche Bildungssystem nach dem Landesschulgesetz eingebunden (SFAFGJS 2009, 38f/ SFAFGJS 2010).

### **Finanzierung der Berufsausbildung im Berufsfeld Pflege**

Die Finanzierung der beiden Ausbildungsrichtungen der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege und der Altenpflege ist nicht einheitlich geregelt. In beiden Berufsausbildungen erhalten die Lernenden zwar eine finanzielle Unterstützung in der Form von Ausbildungsvergütung bzw. Unterhaltsgeld, aber die Höhe und die Berechnungsgrundlage variiert ebenso wie die Finanzierung der berufsfachschulischen und praktischen Ausbildung.

In der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege werden die *Investitionskosten* über die Länder aus öffentlichen Mitteln getragen, wobei die zuständigen Behörden variieren, im Land Bremen ist hier die Senatorische Behörde für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales zuständig und dabei die Abteilung Gesundheit mit dem Referat Medizin und Pflege. Die *Betriebskosten* (Ausbildungsvergütungen, Kosten der theoretischen Ausbildung, Kosten der praktischen Ausbildung) werden über eine DRG-basierte Fondsregelung umgelegt, was bedeutet, dass die Krankenhäuser für jeden behandelten „Fall“ einheitlich etwa 68,-€ in einen Ausbildungsfond der Bremer Krankenhausgesellschaft abführen müssen. Die Pflegeschulen verhandeln daraus wiederum ihr Budget im Rahmen der Pflege-satzverhandlungen auf der Grundlage ihrer nachgewiesenen Bedarfe. Mit dem Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz - KHRG) wurde geregelt, dass zunächst die Mehrkosten für die Finanzierung der praktischen Ausbildung über Praxisanleitungen sichergestellt werden - hierfür wird bundesweit einen Betrag von ca. 150 Mio. € kalkuliert (Stöcker 2005, 61f; SFAFGJS 2009; Rau 2009;). Ab 2011, mit Abschluss der DRG-Konvergenzphase, soll eine Umstellung auf bundeseinheitliche, verbindliche Kostenpauschalen für die Ausbildung erfolgen. Hier werden Schwierigkeiten erwartet, da die Höhe der Ausbildungskosten im Bund zwischen den Pflegeschulen stark variieren und zahlreiche Krankenhäuser die Höhe der Beträge bislang pauschaliert ausgewiesen haben, d.h. kein klares Bild darüber besteht, was Ausbildung tatsächlich kostet. Das Ausbildungsbudget wird nicht dem Klinikbudget zugerechnet und ist streng zweckgebunden, was durch entsprechende Jahresabschlussprüfungen zu bestätigen ist. Damit werden die Ausbildungskosten aus dem auf Erlösen basierenden Budget der Krankenhäuser ausgegliedert, die Ausbildung wird über Pauschalen finanziert, die je Ausbildungsplatz auf Bundesebene vereinbart werden, ein Abweichen von den Pauschalbeträgen kann dann nur über einen Sicherstellungszuschlag vereinbart werden. Die Höhe der *Ausbildungsvergütungen* in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege ist tariflich geregelt und beträgt gegenwärtig 750,93 € im 1. Ausbildungsjahr, 812,23 € im 2. Ausbildungsjahr und 910,97 € im 3. Ausbildungsjahr. Die Auszubildenden werden auf den Stellenschlüssel der Häuser angerechnet, wobei im derzeitigen Anrechnungsschlüssel von 9,5 SchülerInnen auf 1 Vollkraft ausgegangen wird (§ 17a Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz).

Im Gegensatz zur Ausbildung in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege ist nach der gesetzlichen Regelung in der Altenpflegeausbildung der gesamte Part der schulischen Ausbildung mit Investitions- und Betriebskosten aus öffentlichen Mitteln zu finanzieren. Das Land Bremen hat für die Schulplätze in der Erstausbildung eine Förderung über Mittel aus dem Europäischen Sozialfond bewirken können, die momentan noch bis Ende 2011 gesichert ist. Somit werden diese Schulplätze mit ca. 400,-€/SchülerIn unterstützt, wobei hier nur die besetzten Ausbildungsplätze in der Erstausbildung bezahlt werden. Defizite durch eine zu geringe Auslastung mangels fehlender Anbieter für die

---

<sup>32</sup> Die Zuständigkeit wurde erst mit dem neuen Bundesaltenpflegegesetz im Jahr 2003 von der Senatorischen Behörde für Bildung und Wissenschaft übernommen.

praktische Ausbildung gehen damit zu Lasten der Schulträger. Weiterhin ist die ESF-Finanzierung als projektgebundene Finanzierung nicht auf einen Regelbetrieb ausgerichtet, was den Schulen in der Abrechnung der jeweiligen Einzelförderungen einen erheblichen zusätzlichen Verwaltungsaufwand beschert. Die über das Land organisierten Mittel betreffen weiterhin nicht die Finanzierung der praktischen Ausbildung durch gezielte Anleitungen von dafür freigestellten PraxisanleiterInnen/MentorInnen in den Betrieben – hierfür müssen die Betriebe selbst aufkommen. Die Erstauszubildenden in der Altenpflegeausbildung erhalten eine „Ausbildungsvergütung“, die zwar nach dem bundeseinheitlichen Altenpflegegesetz „angemessen“ sein soll (§ 17 Abs. 1 AltPflG), jedoch nicht verbindlich tariflich geregelt ist. Auch in den Einrichtungen, die tarifliche Vergütungen zahlen, sind diese geringer als in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege - sie betragen derzeit im 1. Ausbildungsjahr 729,06 €, im 2. Ausbildungsjahr 788,57 € und im 3. Ausbildungsjahr 884,44 €. Zahlreiche Pflegeeinrichtungen bleiben jedoch bis zu 200,--€ unter diesen Beträgen. Nach §82a SGB XI sind die Kosten der Ausbildungsvergütung für die auszubildenden Pflegeeinrichtungen in den Pflegesätzen berücksichtigungsfähig, was in einigen Bundesländern zu einem Umlageverfahren geführt hat, dessen Rechtmäßigkeit inzwischen durch das Bundesverfassungsgericht bestätigt ist. Im Land Bremen ist eine solche Entscheidung jedoch noch in der Diskussion und für den Bereich der Erstausbildung vorläufig ungeklärt.<sup>33</sup> Gegenwärtig werden hier Erstauszubildende unmittelbar aus den Einnahmen der sie beschäftigenden Pflegeeinrichtung bezahlt und diese Kosten auf die Pflegeempfänger umgelegt, was sich u.U. als Wettbewerbsnachteil der Betriebe gegenüber solchen Betrieben, die nicht ausbilden, auswirkt. Deshalb haben die Pflegeeinrichtungen auch ein starkes ökonomisches Interesse, die Auszubildenden möglichst lange als Arbeitskräfte in der eigenen Einrichtung zu halten und in den Prozess der unmittelbaren Leistungserbringung einzubinden (Stöcker 2005, 60ff; SFAFGJS 2009).

Völlig offen und gleichzeitig angesichts der zukünftigen Entwicklung der Pflege hochgradig bedeutungsvoll sind die Ausbildungsbedingungen in der häuslichen Pflege. Betriebe in diesem Feld können, sofern sie nicht an ein Krankenhaus oder eine stationäre Langzeitpflegeeinrichtung angegliedert sind, einen Ausbildungsplatz nicht über das Krankenhausfinanzierungsgesetz refinanzieren und auch nur bedingt über §82a SGB XI, da sie ihre Leistungen zu einem nicht unerheblichen Teil über SGB V abrechnen. Da außerdem im Land Bremen geregelt ist, dass Auszubildende in der häuslichen Pflege keine Leistungen für Pflegebedürftige ohne Begleitung vornehmen dürfen, ist es für solche Pflegeeinrichtungen ökonomisch gesehen unattraktiv, entsprechende Ausbildungsplätze vorzuhalten bzw. werden Einrichtungen in der häuslichen Pflege als Ausbildungsbetriebe durch die Senatorische Behörde nicht genehmigt. Dieser Sachverhalt erzeugt bei den stationären Einrichtungen als Ausbildungsträgern in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege wie in der Altenpflege Unmut, da ein nicht unerheblicher Teil der praktischen Ausbildung in den ambulanten Pflegediensten durchgeführt wird, während die Auszubildenden auf dem Stellenplan der Ausbildungsbetriebe stehen und die Betriebe hierfür keinen materiellen oder personellen Ausgleich erhalten. Vergleichbares gilt zum Teil auch für Einsätze in rehabilitativen, palliativen oder präventiven Arbeitsfeldern (SFAFGJS 2009).

Wenn im Rahmen der Studiengangentwicklung ein kooperativ-integrierendes Modell angestrebt werden soll, müssen für den Ausgleich der Unterschiede und Widersprüche in der Ausbildungsfinanzierung auf der Ebene der Ausbildungsentgelte, der Finanzierung der berufsfachschulischen Ausbildung und der praktischen Ausbildung ausgleichende Lösungen gefunden werden, die möglichst alle Beteiligten mittragen können.

---

<sup>33</sup> Neben den Erstauszubildenden werden an den Bremer Altenpflegeschulen UmschülerInnen in nahezu gleicher Zahl wie Erstauszubildende ausgebildet; diese beziehen ein Einkommen aus den Mitteln der Arbeitsverwaltung in Höhe ihres Anspruchs auf Arbeitslosenunterstützung bzw. der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Hartz IV-Gesetz. Sie sind nicht bei einem Ausbildungsbetrieb eingestellt, sondern haben einen Ausbildungsvertrag direkt mit der Berufsfachschule. Im Rahmen dieser Untersuchung spielen UmschülerInnen jedoch keine Rolle, da die Bundesanstalt für Arbeit kein Studium unterstützt, weshalb die Problematik hier nicht näher erörtert wird.

### **Vorbildung der Auszubildenden**

Hinsichtlich der vorliegenden Bildungsabschlüsse der Auszubildenden wurden im Rahmen des Bremer Pflegeberichts erhebliche Unterschiede zwischen den Ausbildungsrichtungen für Pflegeberufe festgestellt. Der Anteil der Lernenden mit Hochschulreife war im Erhebungsjahr in der Kinderkrankenpflege mit 65,8% am höchsten (56 SchülerInnen, davon 40 mit Abitur); in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege insgesamt hatten 48% der Auszubildenden das Abitur oder die Fachhochschulreife (davon hatten 32,3%, d.h. 231 SchülerInnen Abitur), während in der Altenpflegeausbildung nur 16% der AusbildungsteilnehmerInnen einen höheren Bildungsabschluss vorweisen konnten (8,9%, d.h. 25 SchülerInnen, hatten Abitur). Für alle Berufsgruppen zusammen haben damit ca. 39% der Auszubildenden eine Studienberechtigung, was deutlich über dem Landesdurchschnitt für die anderen dualen Ausbildungsberufe liegt (SfAFGJS 2010, 10ff). In absoluten Zahlen gab es der Erhebung zufolge 2008/09 für drei Jahrgänge insgesamt 256 Auszubildende mit Abitur.

In Bezug auf die Qualifikationsvoraussetzungen potentieller InteressentInnen für einen primärqualifizierenden Studiengang kann also festgestellt werden, dass hier ein ausreichender Bedarf bestehen könnte. Die Etablierung eines Studiengangs wird dabei jedoch auch Auswirkungen auf das Gefüge der Lerngruppen in den Berufsfachschulen haben. Je nach Studiengangstruktur werden möglicherweise BewerberInnen mit Hochschulzugangsberechtigung aus den reinen Berufsfachschulausbildungen abgeworben und in einer eigenen Lerngruppe zusammengefasst. Besser qualifizierte AusbildungsplatzbewerberInnen werden dann wahrscheinlich in die akademische Ausbildung abwandern. Geht man von einer maximalen Gruppengröße von 30 Studierenden aus, könnte das entsprechend den Zahlen des Bremer Pflegeberichts bedeuten, dass die Gruppe der AbiturientInnen in der „klassischen“ Berufsausbildung möglicherweise um bis zu einem Drittel schrumpfen wird, was die Altenpflegeausbildung in besonderem Maße treffen könnte. Die Auffüllung der Ausbildungsplätze an den Berufsfachschulen durch schlechter qualifizierte BewerberInnen könnte zur Folge haben, dass die Akademisierung in der Primärqualifizierung zu einer Dequalifizierung in der pflegerischen Versorgung insgesamt führt (Dielmann 2001, SfAFGJS 2010). Andererseits wäre es aber auch durchaus denkbar, dass durch ein entsprechendes Angebot neue Bewerberkreise für das Berufsfeld Pflege unter den SchulabgängerInnen mit Hochschulreife gewonnen werden können.

Seitens einer Vertreterin der Berufsfachschule, die in Bremen die Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege verantwortet, wird dabei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass ein dualer Studiengang in seiner generalistischen Ausrichtung unbedingt auch für diese Bewerbergruppe attraktiv gestaltet werden sollte, da hier die Bewerberlage von AbiturientInnen für einen Ausbildungsplatz traditionell sehr gut ist und viele InteressentInnen potenziell für den Studiengang geeignet wären.

### **Qualifikation des Lehrpersonals**

§ 4 Abs.3 Nr. 2 des Krankenpflegegesetzes schreibt für die Qualifikation der LehrerInnen in den Krankenpflegesschulen eine abgeschlossene einschlägige Hochschulausbildung vor. Im Altenpflegegesetz werden keine vergleichbaren Vorgaben gemacht, hier ist auch auf Leitungsebene die Besetzung durch „eine pädagogisch qualifizierte Fachkraft mit abgeschlossener Berufsausbildung im sozialen oder pflegerischen Bereich und mehrjähriger Berufserfahrung“ ebenso denkbar wie durch eine Person mit „einem abgeschlossenen pflegepädagogischen Studium“ (Altenpflegegesetz 2003, §5 (2)2; Krankenpflegegesetz 2003). Die Senatorische Behörde erteilt gegenwärtig für die Fachschulen in der Altenpflege noch die Genehmigung für alle Lehrkräfte (sowohl bei Festanstellung als auch bei Honorarvertrag) hinsichtlich der fachlichen und pädagogischen Eignung nach Vorlage der entsprechenden Bewerbungen – hier wurde das Vorgehen der vormals zuständigen senatorischen Behörde für Bildung und Wissenschaft bislang übernommen. Für die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege existiert kein vergleichbares Genehmigungsverfahren, hier verantworten die Schulleitungen die Personalauswahl entsprechend den gesetzlichen Erfordernissen.

In Bezug auf die Qualifikation der LehrerInnen an den Berufsfachschulen in Bremen wird im Bremer Pflegebericht festgestellt, dass von den fest angestellten Lehrkräften derzeit knapp die Hälfte einen Fachhochschul- oder Hochschulabschluss vorweisen, während die andere Hälfte die (zweijährige) pädagogische Weiterbildung absolviert hat. Sehr langfristig betrachtet sei nach Ansicht der WissenschaftlerInnen davon auszugehen, dass sich die Qualifikationsstruktur zugunsten akademisch gebildeter Lehrpersonen verschieben wird, da die frühere Form der Fachweiterbildung nicht mehr angeboten wird und die Schulen ausscheidende MitarbeiterInnen durch LehrerInnen mit Fachhochschul- oder Universitätsabschluss ersetzen, wobei sich mittelfristig auch eine Qualifikationslücke durch das Ausscheiden der Gruppe der nicht akademisch ausgebildeten LehrerInnen an den Pflegeschulen auf- tun könnte (SFAFGJS 2009, 24f; SFAFGJS 2010, 8). Weiterhin waren neben den 86 festangestellten Lehrkräften an den Berufsfachschulen zum Erhebungszeitraum 2008/09 etwa doppelt so viele Personen (179) in verschiedenen Fachunterrichten auf Honorarbasis tätig, wobei ihr Anteil in der Altenpflegeausbildung eher etwas höher liegt, während die Fachschulen in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege mit einem etwas größeren fest angestellten Stamm von MitarbeiterInnen planen können. Für die Entwicklung eines Studiengangs sind aber an allen Berufsfachschulen LehrerInnen mit Hochschulabschluss festangestellt beschäftigt, so dass die Qualifikationsvoraussetzungen für eine Kooperation grundsätzlich abgesichert sind (SFAFGJS 2009, 40; SFAFGJS 2010, 8).

Alle in der Arbeitsgruppe beteiligten VertreterInnen der Berufsfachschulen betonen die Innovationsfreude und Kreativität der MitarbeiterInnen bzw. KollegInnen und das Interesse an der Weiterentwicklung der Pflegeausbildung, unabhängig von der Qualifikationsstufe der Lehrerausbildung, wobei diese Aussage sich zum Teil auch auf die stärker eingebundenen Honorar DozentInnen erstreckt. Die unterrichtenden Lehrkräfte verfügen vielfach über eine langjährige Berufserfahrung in der Pflegeausbildung – einige mit Erfahrung in den verschiedensten Ausbildungs- und Modellprojekten –, kennen auch das Alltagsgeschäft und wissen um Gestaltungsmöglichkeiten. Konflikte, die aufgrund unterschiedlicher Qualifikationen im Zuge der Akademisierung der LehrerInnenbildung in der Pflege auftreten, würden inzwischen in der Regel konstruktiv aufgearbeitet und produktiv gewendet, seien aber nicht grundsätzlich ohne Bedeutung. Die Leitungen der Pflegeschulen regen in dem Zusammenhang an, den Prozess der Studiengangentwicklung mit einer Nachqualifizierungsmaßnahme für interessierte LehrerInnen mit Fachweiterbildung zu verbinden bzw. einige Studiengangkohorten mit einer entsprechenden Bildungsmaßnahme zu koppeln.

Die Berufsfachschulen sind von der Berufsqualifikation der unterrichtenden LehrerInnen her schon weitestgehend generalistisch ausgerichtet, d.h. es sind an nahezu allen Schulen Lehrkräfte mit Erfahrungen in der Pflege aller Altersgruppen und in verschiedenen Pflegesettings tätig. Im Rahmen der Ressourcenanalyse werden neben PflegepädagogInnen und PflegewissenschaftlerInnen als besondere personelle Ressourcen im fest angestellten MitarbeiterInnenstamm angeführt:

- Medizinerin mit Promotion im Bereich Public Health (Bremer Krankenpflegeschule)
- Lehrerin für Pflege mit Weiterbildungsstudium im Bereich Case-Management (Bremer Krankenpflegeschule)
- Schulleitung mit Mastergrad im Bereich Schulmanagement (Bremer Krankenpflegeschule)
- Lehrkräfte aus unterschiedlichen Studiengängen (Public Health, Soziologie, Psychologie) (Bremer Heimstiftung)
- Ärztlicher Direktor in der kooperierenden Physiotherapieschule (Bremer Heimstiftung)
- Mitarbeiterin mit ICW-Zertifizierung (Wirtschafts- und Sozialakademie)
- Mitarbeiterin mit TQM-Zertifizierung (Wirtschafts- und Sozialakademie)
- Kinästhetiktrainerin (Integriertes Bildungszentrum Bremen Mitte)
- PflegepädagogInnen mit Fachweiterbildung im Bereich Palliative Care, Diabetical Care (Integriertes Bildungszentrum Bremen Ost)

### **Stärken in der inhaltlichen Arbeit der theoretischen Ausbildung**

In Bezug auf die curriculare Gestaltung der Pflegeausbildung herrscht im Land Bremen eine bislang auch politisch gewollte Vielfalt, wobei von den gesetzlichen Grundlagen her zwischen Altenpflege- und Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege unterschieden werden muss. Die Altenpflegeschulen orientieren sich an den Lernfeldern, die im Altenpflegegesetz vorgegeben sind, wobei sich die Schulen im Rahmen des freiwillig organisierten Schulverbundes auf der Grundlage eines 2005 erarbeiteten und verbindlichen Rahmenlehrplans für die theoretische und fachpraktische Ausbildung gegenseitig über die inhaltliche Füllung verständigt haben, so dass die Grundstruktur der Ausbildung hier vergleichbar ist. Die Abschlussprüfung gestaltet jede Schule selbst und reicht für die schriftliche Prüfung jeweils zwei Vorschläge ein, von denen einer ausgewählt wird<sup>34</sup>. Gegenwärtig wird von den Altenpflegeschulen in Zusammenarbeit mit der senatorischen Behörde ein gemeinsamer verbindlicher Rahmen für das Prüfungsprocedere erarbeitet, wobei dieser Prozess momentan noch nicht abgeschlossen ist.

Das für Unterricht und Prüfung in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege zuständige Gesetz mit der zugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ist bezüglich der inhaltlichen Vorgaben offener. Weiterhin existiert ein Rahmenlehrplan des Landes ohne wirklich strukturierende und verbindliche Angaben und besteht die Anforderung, dass die Schulen sich auf die gemeinsame schriftliche Abschlussprüfung verständigen. Letztlich verbleibt damit ein nicht unerheblicher Gestaltungsspielraum für jede einzelne Schule, der unterschiedlich gefüllt wird: Die Schulen der Gesundheit Nord orientieren sich in ihrer curricularen Struktur zum einen an Erfahrungen aus der Arbeit im Modellprojekt zur Integrierten Pflegeausbildung, die jedoch nur zum Teil in dokumentierter Form vorliegen und eher eine gedankliche Hintergrundfolie bilden, und zum anderen an dem 2002 veröffentlichten Curriculum für eine gemeinsame Pflegeausbildung, dem sogenannten Oelke-Curriculum (Oelke/Menke 2002). Vor allem am IBZ Mitte ist die Ausbildung inzwischen fast durchgehend auf die Pflege von Menschen aller Altersgruppen ausgerichtet, wobei der Schwerpunkt in der Pflege alter Menschen jedoch momentan noch verstärkt auf der medizinischen Versorgung und nicht auf der Lebensgestaltung liegt. Die Bremer Krankenpflegeschule hat seit 2003 in kontinuierlicher Zusammenarbeit mit der Universität Bremen ein eigenes, fächerintegratives, situationsorientiertes Curriculum entwickelt, das sich an dem Modell der Interaktionistischen Pflegedidaktik und dem darin formulierten Lernfeldkonzept ausrichtet und einen Schwerpunkt in der Auseinandersetzung mit Schlüsselproblemen der Berufswirklichkeit sieht (Darmann-Finck 2009; Muths 2005). Die Berufsfachschule am St. Joseph-Hospital versteht sich demgegenüber in ganz anderer Form einer beständigen pflegepädagogischen Diskussion mit curricularen Revisionen verpflichtet, die bislang dazu geführt hat, „dass jeder Kurs anders gestaltet ist“. So wurde der aktuelle Kurs konsequent auf selbstorganisiertes Lernen ausgerichtet, was auch bedeutet, dass die Lernenden im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben die Reihenfolge und Strukturierung der zu erarbeitenden Inhalte weitgehend selbst bestimmen. Gleichzeitig wird aber auch auf eine generalistische Ausrichtung der Ausbildung mit Blick auf alle Altersgruppen geachtet.

Der sehr unterschiedlichen curricularen Ausrichtung entspricht auch die Vielfalt der inhaltlichen Schwerpunkte, die die Schulen in ihrer Gestaltung der theoretischen Ausbildung setzen. Die Fachschulen haben in den vergangenen Jahren vor allem auch innovative Themen der Pflege curricular ausgearbeitet und sehen hier Stärken in ihrem Lernangebot. Die folgende, in einer spontanen Diskus-

---

<sup>34</sup> Dieses Procedere wurde ebenfalls von der vorher zuständigen senatorischen Behörde für Bildung und Wissenschaft übernommen.

sion mit den anwesenden VertreterInnen der Fachschulen entwickelte Aufstellung kann einen Eindruck von den Ressourcen im Unterrichtsangebot der Berufsfachschulen vermitteln:

- Lernfeld mit Lektürekurs zu einer wiss. Studie (Chronisch Kranke – Verlaufskurvenmodell nach Corbin und Strauss) – (Bremer Krankenpflegeschule)
- Lernfeld zu Gesundheitsförderung und Prävention, das die Arbeit mit biografischen Interviews einschließt – (Bremer Krankenpflegeschule)
- Überleitung und Entlassungsmanagement – (Bremer Krankenpflegeschule)
- Gesundheitsförderung/Arbeits- und Gesundheitsschutz – (St. Joseph-Hospital, Bremer Heimstiftung, Wirtschafts- und Sozialakademie – z.T. in Zusammenarbeit mit der Hochschule Bremen)
- Pflege-Betreuungskonzepte im Umgang mit Demenzerkrankten – (Wirtschafts- und Sozialakademie, Bremer Heimstiftung, Friedehorst)
- Begegnung mit Tod und Sterben in der Pflege (Bremer Heimstiftung)
- Gewalt in der Pflege, verbunden mit Deeskalationstraining (Bremer Heimstiftung)
- Einsatz von EDV in der Pflege (Bremer Heimstiftung, Wirtschafts- und Sozialakademie, Friedehorst)
- Palliativ-Pflege (Bremer Heimstiftung)
- Angehörigenberatung (Bremer Heimstiftung)
- Qualitätsmanagement (Bremer Heimstiftung, Wirtschafts- und Sozialakademie)
- Wundversorgung (Wirtschafts- und Sozialakademie)
- Pflege und Betreuung von Menschen mit Behinderung (Friedehorst)
- Neurologische und geriatrische Rehabilitation (Friedehorst, Bremer Heimstiftung)
- Spezielle Pflege von WachkomapatientInnen (Friedehorst)
- Bewegungsaktivierung/Kinästhetik (IBZ Bremen Mitte)

Auch in den Angaben zur methodischen Realisierung wird das pflegepädagogische Potenzial der Fachschulen deutlich. Zwei Schulen betonen ausdrücklich die Ausrichtung des Unterrichts an fächerübergreifenden Fallsituationen. Weiterhin berichten mehrere Fachschulen über den regelmäßigen Einsatz von Projektunterricht. Selbstorganisiertes Lernen als Methode wurde nicht nur am St. Joseph-Hospital sondern in Variationen auch an verschiedenen anderen Fachschulen eingeführt; an einer Schule wurde die regelmäßige Fallarbeit nach der Methode des Problemorientierten Lernens als festes Curriculumelement etabliert und in einer Altenpflegeschule wurde aufgrund der Heterogenität der Lerngruppe ein „Lernen mit Patenschaften“ in die Unterrichtsstruktur eingebunden.

Zusammenfassend lässt sich damit festhalten, dass die Schulen über umfassende Erfahrungen im Bereich der curricularen Arbeit verfügen und sich die didaktischen Jahresplanungen in einem beständigen Diskussions- und Revisionsprozess befinden. Hier ist sicher ein erhebliches Potenzial für eine gemeinsame Arbeit an der Entwicklung eines Studiengangs zu sehen; die entstandene Vielfalt birgt aber auch potentielle Risiken für einen curricularen Einigungsprozess und lässt erwarten, dass sich dieser – auch in der Begegnung mit den Strukturen der Universität – nicht ohne Komplikationen realisieren wird.

### **Praktische Ausbildung**

Die Ausbildungsgesetze und die zugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen schreiben für die praktische Ausbildung in allen drei Pflegeberufen jeweils 2500 Stunden in drei Jahren vor. Davon sind in der Gesundheits- und Krankenpflege mindestens 500 Stunden (= 13 Wochen) im Bereich der ambulanten Versorgung von Menschen aller Altersgruppen und maximal 2000 Stunden (= 52 Wo-

chen) im stationären Bereich in verschiedenen kurativen bzw. auch rehabilitativen und palliativen Fachgebieten abzuleisten<sup>35</sup>. Das entsprechende Gesetz in der Altenpflege differenziert demgegenüber den Stundenumfang der praktischen Ausbildung nicht, sondern umreißt lediglich grob die zu übernehmenden Aufgabenstellungen und hält fest, dass die Ausbildung sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung alter Menschen erfolgen soll. Hier werden die Einsätze in den Bundesländern verschieden geregelt. Für Bremen bedeutet das, dass die Auszubildenden zurzeit 1924 Stunden (= 50 Wochen) in einem Altenpflegeheim bzw. in einer Einrichtung der stationären Langzeitpflege ausgebildet werden; jeweils 270 Stunden (= 7 Wochen) entfallen auf die Gerontopsychiatrie, das Krankenhaus und die ambulante Pflege und 154 Stunden (= 4 Wochen) auf einen Wahl- oder Vertiefungsbereich.

Das Netzwerk von Kooperationspartnern, die für die praktische Ausbildung über die Fachschulen zur Verfügung stehen und zu denen zum Teil überschneidende Kontakte bestehen, ist insgesamt sehr umfassend und bietet eine große Vielfalt an pflegerischen Aufgabenstellungen. Die Ausbildung in den Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegesschulen ist dabei in der Regel an ein Klinikum mit mehreren Fachabteilungen angebunden, so dass die praktische Ausbildung schwerpunktmäßig im klinischen Arbeitsfeld erfolgt, wobei hier deutliche Unterschiede in der Struktur der jeweiligen Lernorte deutlich werden. Während die beiden Schulen, die dem in Fusion begriffenen kommunalen Klinikverbund „Gesundheit Nord“ zugeordnet sind, darauf verweisen, dass sie mit der Ausbildung ein „riesiges Praxisfeld mit vielfältigen Einsatzbereichen“ abdecken und der Klinikverbund inzwischen der zweitgrößte Träger von kommunalen Kliniken in Deutschland ist, bildet die Bremer Krankenpflegeschule, in der sich die drei freigemeinnützigen Krankenhäuser zu einem Ausbildungsverbund zusammengeschlossen haben, die SchülerInnen in allen drei Institutionen aus, was den Lernenden einen Einblick in strukturelle Unterschiede verschiedener Organisationen ermöglicht. Die Auszubildenden in Bremerhaven wiederum haben die Möglichkeit, in einer kleinen, überschaubaren Einrichtung mit kurzen Dienst- und Entscheidungswegen zu lernen. Für alle Berufsfachschulen in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege kommen ergänzend diverse Außeneinsätze in weiteren pflegerischen Arbeitsfeldern hinzu, die die Kliniken nicht vorhalten. Ein Engpass besteht dabei für die Einsätze in ausgewiesenen pädiatrischen Arbeitsfeldern; hier wird die Situation von der die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege verantwortenden Berufsfachschule als problematisch eingeschätzt, da die Ausbildungsplätze in dem Bereich begrenzt seien und sich diese Situation zukünftig eher noch verstärken würde. Ein zusätzliches, generalistisch ausgerichtetes Angebot mit dem Berufstitel „Gesundheits- und Kinderkrankenpflege“ wäre in Bremen bezogen auf das klinische Praxisfeld nicht organisierbar. Dieser Problematik geschuldet, aber auch zukunftsorientiert auf neue Arbeitsfelder der Pflege in Hinblick auf Gesundheitsförderung, haben die anderen Berufsfachschulen der Gesundheits- und Krankenpflege Kooperationen mit Institutionen außerhalb des Krankenhauses gesucht, zum Beispiel mit Kindergärten, Grundschulen, dem Gesundheitsamt, der stationären Langzeitversorgung von behinderten Kindern usw..

In der Altenpflege besteht eine große Vielfalt von Ausbildungsplatzangeboten in der stationären langzeitpflegerischen Versorgung, in Wohneinrichtungen, Tageskliniken und in der häuslichen Pflege in unterschiedlicher Trägerschaft, wobei die Erstauszubildenden über den Arbeitsvertrag oftmals an einen größeren oder auch kleineren Träger als Ausbildungsbetrieb gebunden sind, während UmschülerInnen vielfach die Chance haben, verschiedene Pflegesettings kennen zu lernen. In den verschiedenen Arbeitsfeldern, z.B. in den gerontopsychiatrischen und geriatrischen Stationen der Kliniken begegnen sich beide Berufsgruppen. Da sich in dieser Begegnung – auch zwischen examinierten Kräften und Auszubildenden – vielfach ein Spannungsverhältnis entwickelt hatte, das von gegenseitig-

---

<sup>35</sup> Dabei ist der Differenzierungsbereich zwischen der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege von 700 Stunden mit erfasst.

gem Unverständnis und von Vorurteilen geprägt war, während gleichzeitig die Arbeitsfelder vermehrt eine generalistische Annäherung erfordern, wurden zwischen den Altenpflegeschulen und Kliniken eigene Ausbildungskonzepte für die praktische Ausbildung der angehenden AltenpflegerInnen entwickelt, auch mit dem Ziel, den Fachkräftenachwuchs zum Teil aus dieser Ausbildungsrichtung zu decken. Dies geschah nicht immer in Abstimmung mit den Berufsfachschulen für die Gesundheits- und Krankenpflege bzw. auch an ihnen vorbei. In den Krankenhäusern gibt es z.T. einen intensiven Austausch der Berufsfachschulen der Altenpflege mit den Praxisanleitungen, wobei hier die Strukturen aus der Gesundheits- und Krankenpflege genutzt werden.

Im Umfeld der Altenpflegeschulen werden für Bremen zahlreiche pflegeintensive Arbeitsfelder im außerklinischen Bereich deutlich, für die ergänzende heilkundliche Kompetenzen, wie sie mit den im ersten Hauptteil dieser Studie identifizierten Profilen entwickelt wurden, sinnvoll wären. Allein die Bremer Heimstiftung hält 25 Einrichtungen in verschiedenen, zum Teil auch ganz speziellen Praxisfeldern (ambulant bis spezielle Pflege-/Wohn- und Betreuungsangebote) vor. Dort leben insgesamt 3500 alte Menschen mit ganz unterschiedlichen Themenstellungen und Problematiken bzw. haben sich mit einigen Lebensbereichen der Einrichtung zugeordnet. Im Moment erfolgt ihre ärztliche Versorgung noch nach dem Hausarztmodell, wobei hierzu 2009 in Zusammenarbeit mit der Universität Heidelberg ein Projekt „Rehabilitation“ gestartet wurde. In Zusammenarbeit mit der geriatrischen Tagesklinik am Klinikum Bremen Ost sollen ambulante und stationäre Rehabilitation enger verzahnt werden, wobei auch eine Vernetzung mit den Ärzten in der Region geplant ist, um die Verschreibungspraxis von Heil- und Hilfsmitteln und Medikation zusammen zu führen. Das kann langfristig auch bedeuten, dass eine Umstellung vom Hausarztmodell auf einen der Einrichtung zugeordneten Heimarzt erfolgen kann. Auch der Ausbildungsträger in Friedehorst, der einzigen Einrichtung in Bremen, die aktuell schon mit einem Heimarzt kooperiert, hält ein gegenüber der klassischen stationären Altenpflege erweitertes Praxisfeld vor: Der Bereich ViaVita ist als Pflegewohnbereich für jüngere schwerstpflegebedürftige Menschen (Durchschnittsalter unter 30) eingerichtet und in besonderer Form geeignet, die pflegerische Versorgung in hochkomplexen Situationen zu erlernen. Daneben gibt es eine geriatrische und eine neurologische Rehabilitationsabteilung und einen Behindertenbereich mit entsprechenden pädiatrischen Wohnbereichen – das jüngste Kind dort ist zum Zeitpunkt der Erhebung 3 Monate alt.

Weiterhin besteht an jeweils mindestens einer Berufsfachschule in der Gesundheits- und Krankenpflege und in der Altenpflege die Möglichkeit, auf freiwilliger Basis einen Praxiseinsatz im Ausland abzuleisten.

Die Berufsgesetze der Pflegeausbildung regeln neben der inhaltlichen Ausrichtung der praktischen Ausbildung bzw. den Einsatzorten die strukturellen Bedingungen der praktischen Anleitung. So wird in beiden Gesetzen definiert, dass den Auszubildenden für die Zeit der praktischen Ausbildung eine geeignete Fachkraft als PraxisanleiterIn zur Seite zu stellen ist, die über eine mindestens zweijährige Berufserfahrung verfügen soll. Die Gesetze differieren jedoch hinsichtlich der berufspädagogischen Qualifikation der PraxisanleiterInnen: Während für die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege eine Zusatzqualifikation von mindestens 200 Stunden erwartet wird, bleiben diese Angaben für die Altenpflege offen, was dazu führen kann, dass auch ein 40-stündiger Mentorenlehrgang als ausreichend angesehen wird. Hier eine für Bremen verbindliche Lösung zu schaffen, war in der Diskussion, wobei dieser Diskussionsprozess noch nicht abgeschlossen ist, aber momentan vorläufig ruht.

Weiterhin ist für beide Berufe gleichermaßen geregelt, dass die Fachschulen die Praxisbegleitungen für die praktische Ausbildung der SchülerInnen durch regelmäßige Besuche in der Einrichtung sicherstellen müssen. Diese haben sowohl die Aufgabe, die SchülerInnen zu betreuen als auch die PraxisanleiterInnen zu beraten, wobei in der Altenpflege noch die regelmäßige Beurteilung und Bewertung der praktischen Leistungen hinzu kommt, da jährlich Zeugnisse erstellt werden müssen. Beide Gesetze lassen aber die genaue Definition einer Mindestrelation zwischen Auszubildenden und Praxisanlei-

terInnen ebenso offen wie eine Bestimmung des Mindestumfangs von gezielter praktischer Anleitung von Seiten der Praxisanleitungen und von Seiten der Fachschulen. Hier gibt es im Bundesgebiet zum Teil Länderregelungen, wobei im Land Bremen eine Empfehlung ausgesprochen wurde (2 Stunden/Woche/SchülerIn), die in ihrem Empfehlungscharakter aber bislang nicht als bindend verstanden wird.

Dieser Offenheit entsprechend gestalten die Berufsfachschulen die praktische Ausbildung wiederum sehr unterschiedlich und sind teilweise in Bezug auf die Organisationsstruktur der Praxisanleitung von der Personalpolitik und der Schwerpunktsetzung der Praxiseinrichtungen abhängig. Zum Teil sind die Stellen für die PraxisanleiterInnen der Schule zugeordnet (IBZ Bremen Ost); in der Regel aber sind sie an die Pflegeeinrichtungen gebunden und die Zeiten für Anleitung werden in sehr unterschiedlicher Form im Stellenplan ausgewiesen. Strukturell sind in allen Schulen koordinierende Arbeitsgruppen mit den PraxisanleiterInnen bzw. MentorInnen eingeführt. Mehrere Schulen in allen Ausbildungseinrichtungen haben in Variationen ein Konzept „Schulstation“ entwickelt, was in der Regel bedeutet, dass die Auszubildenden im 3. Ausbildungsjahr in Projektform über einen absehbaren Zeitraum von 1 – 6 Wochen eigenständig einen Bereich bzw. eine Station führen.

Die konkrete Berufspraxis im pflegerischen Alltag – darin sind sich die VertreterInnen der Berufsfachschulen weitestgehend einig – reagiere auf die verschiedenen Paradigmenwechsel der Pflegeausbildung vielfach eher mit Unverständnis („die lernen ja gar nichts mehr, da können wir ja gar nichts mit anfangen“) – vor allem vor dem Hintergrund eines zunehmenden unmittelbaren Verwertungsinteresses an den Auszubildenden, die möglichst rasch „fit for the Job“ sein sollen und ja auch im Stellenplan geführt werden. Das wiederum erschwere es, die Motivation von SchülerInnen und LehrerInnen für Innovationen zu erhalten und darauf zu vertrauen, dass die Eigendynamik der neuen Orientierung greift und auch pflegeinhaltliche Themen in einem positiven Sinne förderlich erfasst werden. Gut unterstützt würden Innovationen – so die Ansicht einiger VertreterInnen der Fachschulen – z.T. eher durch Einrichtungsleitungen, die die Institution Schule als kreativen Motor im System verstehen.

Der Bezug zur Praxis und die Form der Lernortkooperation wird von den Fachschulen als für die Qualität der Ausbildung zentral und weiterhin reformbedürftig angesehen. Hier werden auch Hoffnungen in die Kooperation mit der Universität im Rahmen eines Projekts zur Akademisierung der Pflegeausbildung gesetzt, wobei zwei Schulen der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege (IBZ Bremen Mitte, IBZ Bremen Ost) auf positive aber bislang noch nicht nachhaltige Erfahrungen im Projekt „Wissenstransfer“ verweisen, das 1997 - 2000 in Kooperation mit der Universität Bremen durchgeführt wurde (Görres et al 2002).

### **Ressourcen der Berufsfachschulen und ihrer Träger bezüglich struktureller und materieller Ausstattung, Netzwerke**

Die unterschiedlichen Unternehmensgrößen und Organisationsstrukturen, in die die zehn Bremer Pflegefachschulen eingebunden sind, haben Auswirkungen auf Entscheidungsprozesse. Während die größeren Einrichtungen von einer guten Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung berichten und die Tatsache betonen, dass die Pflegeausbildung im Unternehmen durchaus auf einer grundsätzlichen Akzeptanz im Unternehmen basiert, betonen kleinere Einrichtungen kurze Wege und größere Entscheidungsspielräume auf der Ebene der Schulorganisation. Die VertreterInnen der Berufsfachschulen berichten übereinstimmend von ihren Trägern, dass diese Innovationsbereitschaft zeigen, an Fragen der Ausbildung interessiert sind, langfristigen Bedarf an gut qualifizierten Pflegekräften sehen und der Frage der Akademisierung der Pflege grundsätzlich positiv gegenüber stehen. Von einigen Einrichtungen wird noch konkreter berichtet, dass der Träger eine prinzipielle Bereitschaft signalisiert habe, sich in einem überschaubaren Rahmen auch materiell an einem Projekt zur Entwicklung eines Studiengangs in der Pflege zu beteiligen, wobei wiederum eine konkretere Projektplanung vorliegen

müsse, aus der der Kostenrahmen deutlich hervorgehe (Bremer Krankenpflegeschule, Bremer Heimstiftung, Wirtschafts- und Sozial-Akademie, Gesundheit Nord). Zum Teil werden Chancen gesehen, Ressourcen schonend Synergien von den hier angedachten Umstrukturierungsmaßnahmen mit anderen, parallel diskutierten Projekten zu nutzen (z.B.: mögliche Schulfusionen innerhalb der Gesundheit Nord, Notwendigkeit der Umstellung auf die generalistische Pflegeausbildung, Entwicklung von Konzepten für die Qualifizierung im Bereich der Pflegeassistenz). In diesem Zusammenhang müssen aber auch Wünsche in Hinblick auf eine eigenständige Profilierung der jeweiligen Bildungsträger und Befürchtungen bezüglich des Verlusts an Autonomie ernst genommen werden.

Die Fachschulen berichten weiterhin über eine in der Regel gute Ausstattung mit Unterrichtsräumen, die dem Standard in der Pflegeausbildung entspricht (incl. zusätzlicher Gruppenräume, EDV-Schulungsräume mit Internet-Zugang, Demo-Räume und Schulbibliothek mit der gängigen Fachliteratur). Die Räumlichkeiten sind jedoch bei den meisten Ausbildungsanbietern durch die „normale“ Ausbildung weitestgehend ausgelastet, so dass hier kein großer Spielraum für die Einrichtung einer zusätzlichen Lerngruppe besteht, sondern nur bei langfristiger Planung im Kontext ausgewählter Projekte Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt werden können. Lediglich vom Schulleiter der Wirtschafts- und Sozialakademie werden Möglichkeiten gesehen, auch langfristig Räumlichkeiten für eine zusätzliche Lerngruppe von 30 Personen zur Verfügung zu stellen. Angedacht wurde auch, dass, wie in dem früheren Modellvorhaben „Integrierte Ausbildung“, einer der laufenden Kurse als Modellversuchsgruppe gebildet wird, die auf alle Fachschulen umgerechnet wird, so dass damit die bestehenden Ausbildungskapazitäten für Bremen insgesamt nicht verändert werden.

Die Pflegeschulen im Land Bremen sind untereinander gut vernetzt; es besteht regelmäßiger Austausch auf Leitungsebene sowohl im Bereich der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege als auch in der Altenpflege. In den letzten Jahren ist es darüber hinaus, unabhängig vom Modellversuch „Integrierte Pflegeausbildung“, vermehrt zu einer Annäherung auf Leitungsebene zwischen Altenpflegeschulen und Schulen für Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege gekommen. Es sind erste gemeinsame Projekte angedacht.

Daneben wurden und werden mehrere Projekte einzelner Schulen bzw. auch schulübergreifend in Zusammenarbeit mit der Universität Bremen oder der Hochschule Bremen durchgeführt. Umgekehrt sind wiederum Studierende beider Hochschulen im Rahmen von Praxisphasen an den Berufsfachschulen und bei den Ausbildungsträgern aktiv. Diese Kooperationserfahrungen sollten weiter intensiviert werden, wobei bei den VertreterInnen der Berufsfachschulen der Wunsch besteht, die Nachhaltigkeit eines zukünftigen Modellversuchs so weit wie möglich schon im Vorfeld abzusichern bzw. ein Projekt so zu gestalten, dass damit auch langfristige Veränderungen in der Professionalisierung der Pflege und der Pflegeausbildung angestrebt werden. Im Schulverbund der Bremer Heimstiftung ist die Physiotherapieschule bereits in einen dualen Studiengang an der Fachhochschule Emden/Ostfriesland eingebunden – über die gemeinsame Schulleitung können diese Erfahrungen ebenfalls nutzbringend einfließen.

Die Berufsfachschulen in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege pflegen den regelmäßigen Austausch mit der LAG Niedersachsen. Über den Schulleiter der Berufsfachschule für Altenpflege der Wirtschafts- und Sozialakademie bestehen außerdem Verbindungen zu berufspolitischen Netzwerken (Deutscher Pflegerat, Landespflegerat Bremen). Das St. Joseph-Hospital und die Bremer Krankenpflegeschule halten den Kontakt zur St. Franziskus-Stiftung Münster.

Insgesamt wurde seitens der Schulleitungen aller Berufsfachschulen die Beteiligung an den Überlegungen im Rahmen dieser Machbarkeitsstudie begrüßt und es herrscht ein prinzipielles Interesse an einer Kooperation im Rahmen der Studiengangentwicklung.

## Teil III: Konzept für einen primärqualifizierenden Studiengang an der Universität Bremen

### 6 Ableitung alternativer Studiengangmodelle

Die folgenden vier alternativen Strukturmodelle für einen primärqualifizierenden Studiengang Pflege (Modell A-D) werden abgeleitet aus der in Teil II geführten Diskussion der verschiedenen bereits bestehenden Strukturmodelle an deutschen Hochschulen vor dem Hintergrund der Gegebenheiten im Land Bremen.

Der zu entwickelnde Studiengang soll inhaltlich das folgende Qualifikationsprofil ansteuern:

- Befähigung zur wissenschaftlichen Begründung und Reflexion pflegerischer Problemstellungen und des professionellen Handelns  
plus
- Schwerpunktsetzung in Bezug auf einen der folgenden Aspekte:
  - Schwerpunkt „Pfle gewissenschaft und Pflegeexpertise“: Umfassende Gestaltung des Pflegeprozesses und Schnittstellenmanagement bei komplexeren Problemstellungen und Führung von MitarbeiterInnenteams (als Primus inter pares) im Sinne einer Koordinierung von Prozessen in Pflegeeinrichtungen
  - Schwerpunkt „Pfle gepädagogik/Lehre“: Pädagogisch fundierte Anleitung von Hilfskräften, Angehörigen, Laien und Lernenden mit entsprechender erziehungswissenschaftlicher Grundqualifikation (verbunden mit dem Studium eines Nebenfachs, um den Masterstudiengang „Berufspädagogik Pflege wissenschaft“ aufsatteln zu können)
  - Schwerpunkt „Heilkundliche Kompetenz“: begrenzt ausgewiesene heilkundliche Kompetenz in der Fortschreibung der medizinischen Verordnung der Medikation verbunden mit der umfassenden Steuerung des Pflegeprozesses für definierte PatientInnengruppen, d.h. gezielte Kompetenzentwicklung in der fachlichen Kommunikation mit ÄrztInnen auf Augenhöhe (in Abhängigkeit von dem Ergebnis der Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss – vgl. Teil I dieser Machbarkeitsstudie)

Dabei gelten für alle hier entwickelten Modelle die folgenden mit der Diskussion in Abschnitt 4 als sinnvoll erarbeiteten Konstruktionsmerkmale:

- Der Studiengang wird generalistisch auf die Pflege von Menschen aller Altersgruppen ausgerichtet.
- Die Berufsfachschulen werden an der Diskussion und Entwicklung beteiligt und so in den Prozess der Weiterentwicklung des Pflegeberufs eingebunden.
- Das Studium beginnt zeitversetzt zum Ende der Probezeit in der Pflegeausbildung. Damit können sich die Lernenden im 1. Semester zunächst auf die Lernorte „Berufsfachschule“ und „Berufspraxis“ konzentrieren und Erfahrungen im Feld sammeln, bevor sie sich erweiternd im 2. Semester dem Lernort Hochschule zuwenden. Die Berufsfachschulen übernehmen so zu Beginn der Ausbildung die Führung und Verantwortung und können hier ihre Stärken gut einbringen; sie bleiben in ihrer Expertise im Bereich der Pflegebildung und der Organisation und Strukturierung der praktischen Ausbildung gefordert. So werden auch mögliche formale und organisatorische Probleme, die durch das Nichtbestehen der Probezeit auftreten können, für die involvierten Institutionen und Personen vermieden.
- Das Studium mit eingeschlossenem Berufsabschluss in einem Pflegeberuf dauert 4,5 Jahre und liegt damit über dem internationalen Durchschnitt; dafür ist die Finanzierung des Le-

bensunterhalts der Studierenden durch eine Ausbildungsvergütung und ggf. ergänzendes BAföG abgesichert, was über dem internationalen Standard liegt.

- Im Rahmen des Bachelor-Studiums werden 180 ECTS erworben, so dass für die Konzeption eines anschließenden Masterstudiums mit 120 ECTS ein maximales Studiengangvolumen gegeben ist, das ein Angebot mit entsprechender wissenschaftlicher Tiefe zulässt.
- Angestrebt wird die Gestaltung von Durchlässigkeit durch Ermöglichung eines Quereinstiegs für Bewerber mit bereits vorhandenem Berufsabschluss.
- Pflegeexamen und Bachelorprüfung (ggf. mit heilkundlicher Erweiterungsprüfung) werden getrennt abgelegt, um eine Mehrfachbelastung durch Prüfungen zu vermeiden.
- Durch Einbeziehung der Praxis in die Aufgabenentwicklung für Projekte und Bachelorarbeiten ergibt sich die Möglichkeit einer engen Zusammenarbeit zwischen den AbsolventInnen des Bachelorstudiengangs in ihrer erweiterten Kompetenz. Damit bestehen berufliche Profilierungsmöglichkeiten für die Absolventen und kann allgemein die Akzeptanz von akademisch gebildeten Pflegekräften in der Pflegepraxis verbessert werden.

Die Konzeptionen wurden vor dem Hintergrund der an der Universität Bremen im Bereich der Lehre im Fachbereich Pflege verfügbaren Ressourcen (vgl. 5.1) entwickelt. Danach wurde bei allen Studiengangkonstruktionen davon ausgegangen, dass durch das Studium an der Hochschule 110 ECTS erworben werden und weitere 70 ECTS im Rahmen der fachschulischen Qualifizierung; letztere sind in den verschiedenen Modellvarianten mehr oder weniger in das Studium integriert. Damit ergibt sich bei allen Varianten ein Bedarf von insgesamt 30-32 SWS hochschulischer Lehrkapazität pro Semester einschließlich General Studies und Wahlpflichtbereich. Für das Vollfachstudium, das hier als Schwerpunkt „Pflegewissenschaft und Pflegeexpertise“ bezeichnet wird, wären weitere 6 SWS erforderlich und für den Schwerpunkt „Pflegepädagogik/Lehre“ sind 3 SWS pflegewissenschaftlicher (bzw. pflegedidaktischer) Lehre pro Semester zu veranschlagen (außerdem 4-6 SWS Erziehungswissenschaft und Nebenfach). Für jeden weiteren realisierten Schwerpunkt z.B. in Bezug auf die Entwicklung einer spezifischen heilkundlichen Kompetenz müssten pro Semester zusätzliche ca. 6-8 SWS veranschlagt werden.

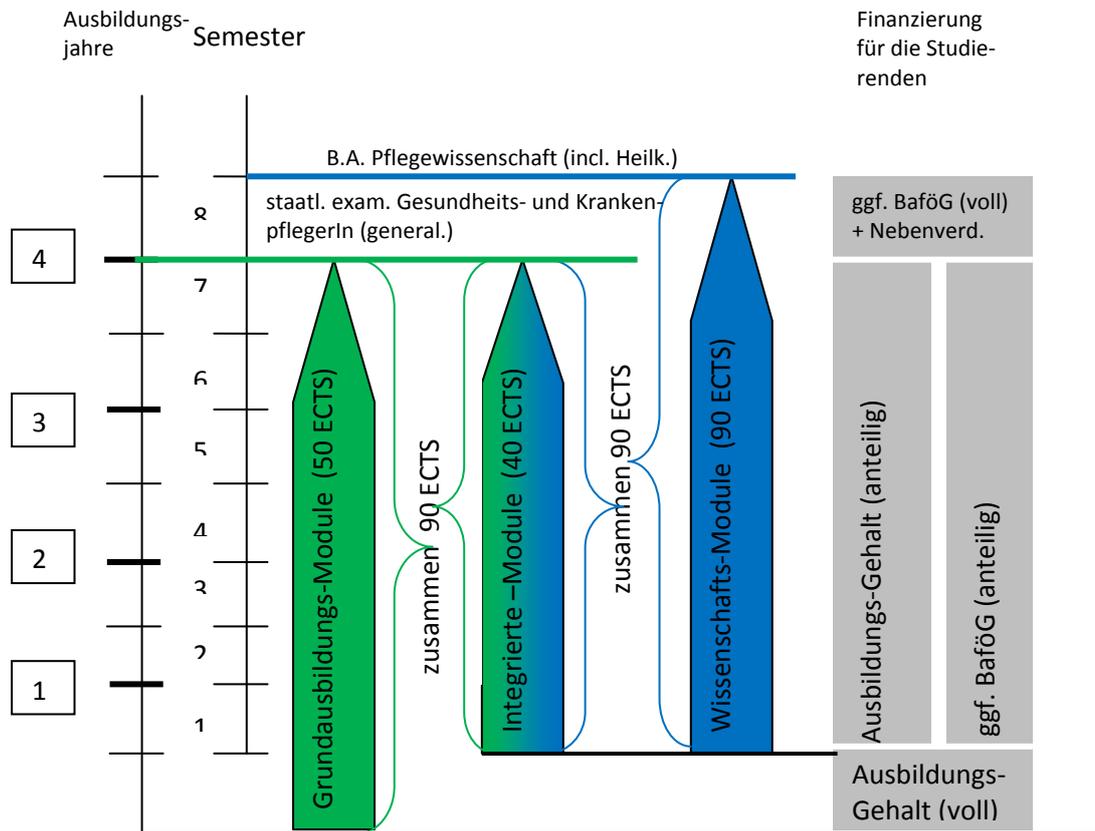
Modell A stellt das komplexeste und umfassendste Modell dar, indem gleichzeitig versucht wird, orientiert an der nationalen Diskussion eine langfristige Perspektive für die Pflegebildung in Bremen zu umreißen. Das wird nicht ohne die diskursive Entwicklung und Sicherung gemeinsamer Rahmenstrukturen seitens der verschiedenen in die Pflegebildung involvierten Interessengruppen möglich sein und erhebliche Koordinierungsarbeit in der Entwicklungs- aber auch in der Durchführungsphase erfordern. Modell B stellt demgegenüber eine pragmatische Lösung dar, die sich in großen Teilen auch mit den gegenwärtigen institutionellen Rahmenstrukturen realisieren lässt. Die natürlich trotzdem anfallenden Koordinationsaufgaben bleiben überschaubar. Modell C stellt dann wiederum eine Kompromisslösung dar und zeigt Möglichkeiten, um die Struktur von Modell B so offen zu gestalten, dass langfristig durch die Studiengangentwicklung visionäre Lösungen und Veränderungen auf die Pflegebildung im Land Bremen zurückfließen können. Mit Modell D wird schließlich noch die Konstruktion eines dualen Studiengangs bei vorhandenem Berufsabschluss (z.T. berufsbegleitend) vor dem Hintergrund der hier entwickelten Kriterien diskutiert, um im Rahmen der Überprüfung der Machbarkeit auch eine solche Möglichkeit nicht außer Acht zu lassen.

Die Modelle werden zunächst jeweils einzeln vorgestellt und diskutiert und in Kapitel 7 abschließend bewertet.

## 6.1 Modell A – kooperativ-integrierender Studiengang in Zusammenarbeit mit Berufsfachschulen

Universität und Berufsfachschulen planen den Ausbildungs-/Studiengang gemeinsam und stimmen sich organisatorisch und inhaltlich eng aufeinander ab. Dabei sollte die Verteilung der Aufgaben auf die beteiligten Fachschulen möglichst ausgleichend vorgenommen werden und die Möglichkeit zur Mitwirkung für alle bestehen. Die Ausbildungsfinanzierung wird für den Schulanteil in einem gemeinsamen Umlageverfahren geregelt und bedarf einer ausführlichen wirtschaftlichen und rechtlichen Klärung, die im Rahmen dieser Studie nicht erfolgen kann und für die insbesondere die unterschiedlichen Regelungen zur Ausbildungsfinanzierung in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege und in der Altenpflege im Land Bremen sinnvoll aufeinander abgestimmt werden müssen. In der Kooperation aller Schulen wird eine Lerngruppe (ca. 28 TeilnehmerInnen) für den Studiengang gebildet.

### 6.1.1 Visualisierung der Struktur des Modells



## 6.1.2 Organisation des Studiums und der Ausbildung

### Curriculum - Modulkonzeption

Das Curriculum wird von der Universität Bremen<sup>36</sup> und den Fachschulen gemeinsam entwickelt, wobei damit parallel an allen beteiligten Schulen die Umstellung auf ein generalistisches Ausbildungsmodell erfolgt und im Interesse der Gestaltung von Durchlässigkeit die vor- und nachgeordneten Ausbildungsstufen mit berücksichtigt werden.

Konzipiert werden drei unterschiedliche, vorwiegend lernfeld- bzw. situationsorientiert angelegte Modularten.

- A. Grundausbildungs-Module, die in der Verantwortung der Fachschulen liegen und in klinische Praxisaufträge münden. Die Leistungen werden durch die Ausbildungsträger über definierte zusammengesetzte Modulprüfungsleistungen bewertet. Über diese „Grundmodule“ sind während der ersten 4 Ausbildungsjahre (7 Semester) insgesamt 50 ECTS erreichbar.<sup>37</sup>
- B. Integrierte-Module (ab dem 2. Ausbildungshalbjahr), die gemeinsam von den Fachschulen und der Universität Bremen<sup>38</sup> gestaltet und verantwortet werden. Diese Module nehmen verstärkt den Praxis-Theorie-Praxis-Transfer über alle 3 Systemebenen in den Blick und beinhalten Praxisaufgaben, die vor allem auch pflegewissenschaftlich ausgewertet und reflektiert werden. Über diese Module werden insgesamt 40 ECTS erreicht, wobei im Sinne der Gestaltung von Durchlässigkeit ausgewiesen wird, welche Kompetenzen und Inhalte in diesen Modulen auch im Rahmen einer „normalen“ Berufsausbildung erworben werden (20 ECTS) und welche Inhalte eine vorrangig pflegewissenschaftliche Ausrichtung haben (20 ECTS).

Um die Akkreditierung des Studiengangs und die wissenschaftliche Qualifikation zu gewährleisten, werden für die Grundausbildungsmodule und die Integrierten Module Mindeststandards für die Qualifikation der modulverantwortlichen Lehrkräfte festgelegt.

- C. Wissenschafts-Module (ab dem 2. Ausbildungshalbjahr), in ausschließlicher Verantwortung der Universität Bremen<sup>39</sup>, die auf die durch das Bachelorstudium zu erweiternden Kompetenzen zielen und incl. der Bachelorthesis ca. 90 ECTS umfassen. Zumindest eines dieser Module, vorzugsweise in den letzten drei Semestern, wird dabei so ausgerichtet, dass es eine vertiefende Auseinandersetzung mit der Berufspraxis ermöglicht z.B. im Rahmen eines Betriebspraktikums.

### Organisation der Berufsausbildung

Die Ausbildung erfolgt in Blockform für den Theorieunterricht an der Berufsfachschule u. Hochschule mit ergänzenden Praxisblöcken, wobei ggf. während des Semesters der Einsatz nur im Frühdienst geplant wird, um kontinuierliche Lehrveranstaltungen im Spätdienst zu ermöglichen oder auch ein Studientag grundsätzlich freigehalten wird.

---

<sup>36</sup> ggf. auch unter Einbeziehung der Hochschule Bremen

<sup>37</sup> Im Interesse der Durchlässigkeit könnte/sollte weiterhin mit bedacht werden, welche Inhalte und Kompetenzen im Rahmen der Pflegeausbildung auch auf der Ebene der Assistenzberufe vermittelt werden – diese werden über ECVET-Punkte ausgewiesen werden und nicht mit ECTS belegt.

<sup>38</sup> Prinzipiell wäre hier auch die Hochschule Bremen als Kooperationspartner denkbar

<sup>39</sup> bzw. der Hochschule Bremen

Im Sinne der Ressourcenoptimierung werden Grundmodule und die berufsfachschulischen Anteile der Integrierten Module jeweils möglichst von den Fachschulen übernommen, die hier besondere personelle oder strukturelle Stärken ausweisen – z.B. durch engere Kontakte zum Praxisfeld oder bereits ausgearbeitete und erfolgreich evaluierte Unterrichtskonzepte.

Die praktische Ausbildung umfasst entsprechend den Berufsgesetzen insgesamt 2500 Stunden. Pflegeeinrichtungen, die sich an dem Modellversuch beteiligen wollen, bilden einen gemeinsamen Ausbildungspool für die zur Verfügung gestellten Ausbildungsplätze, zahlen anteilig die Ausbildungsvergütung für die 4 Ausbildungsjahre bis zur Prüfung ein und bekommen entsprechend den eingezahlten „Ausbildungsgehaltsbeiträgen“ PraktikantInnen aus dem Modellprojekt/Studiengang im Verlauf der 3 Ausbildungsjahre zugewiesen, wobei auf einen gerechten Proporz geachtet wird – z.B. in Bezug auf Ausbildungsstand, besonders gefragte Jahreszeiten o.ä.. Für den Ausfall von Auszubildenden (z.B. wegen Nichtbestehen der Probezeit) wird eine gerechte Ausgleichsregelung entwickelt. Die Praxiseinrichtungen verpflichten sich zur Einhaltung von vorab zu regelnden Mindeststandards für die praktische Ausbildung (z.B. über Form und Volumen der Praxisanleitung, die Qualifikation der AnleiterInnen o.ä.) und zu einer tarifgerechten Bezahlung. Die Praxiseinrichtungen werden möglichst intensiv in die Studiengangkonzeption eingebunden, insbesondere wird eine Mitwirkung an integrativen Modulen angestrebt. Ein Praxiseinsatz (möglichst gegen Ende der Ausbildung) wird so gestaltet, dass er den Studierenden eine vertiefende inhaltliche Auseinandersetzung mit einer Thematik aus dem gewählten Schwerpunkt ermöglicht. Weiterhin erhalten die beteiligten Praxiseinrichtungen die Gelegenheit, Forschungsfragen für studentische Projekte (insbesondere im Rahmen der Bachelor-Thesis) zu stellen und bearbeiten zu lassen.

Die Auszubildenden/Studierenden erhalten während des ersten Ausbildungshalbjahres das tarifliche Ausbildungsgehalt für die ersten 7 Ausbildungsmonate (Modellrechnung: z.B. September bis März). Mit Beginn des Studiums erhalten sie bis zum Abschluss der Berufsausbildung nach 4 Jahren/mit dem Abschluss des 7. Studiensemesters eine anteilige Ausbildungsvergütung aus dem gemeinsamen Finanzierungspool (60-70%). Diese Ausbildungsvergütung wäre ggf. anteilig durch BAföG aufzustocken (vgl. Studiengang Neubrandenburg, Modell II.2a). Für das 8. Semester, in dem die Bachelorthesis erarbeitet wird, verpflichten sich die Ausbildungseinrichtungen, Studierende mit bestandenem Pflegeexamen bei entsprechendem Interesse als BerufsanfängerInnen in Teilzeit einzustellen. Die Studierenden wären dann aber auch (entsprechend ihren persönlichen/familiären Voraussetzungen) vollständig BAföG-berechtigt.<sup>40</sup>

### **Durchlässigkeit und Quereinstieg**

Der Studiengang wird für 33 Studierende konzipiert, so dass jeweils zum Sommersemester (bei Ausbildungsbeginn im September) weitere 5-10 Studierende mit abgeschlossener Berufsausbildung für ein Studium aufgenommen werden können. Absolviert werden müssen in den integrativen Modulen die Lehrveranstaltungen zu den wissenschaftlichen Anteilen und die wissenschaftlichen Module in einem Gesamtumfang von ca. 110 Credit Points. Für dieses berufsbegleitende Teilzeitstudium wird ggf. eine eigene Studienordnung – orientiert am Studiengang – entwickelt.<sup>41</sup>

### **Prüfungen und Abschluss**

Die Prüfungen werden von der Hochschule und den Berufsfachschulen gemeinsam organisiert und durchgeführt. Die Berufsausbildung wird mit der staatlichen Prüfung entsprechend den Regelungen im Land Bremen nach 4 Ausbildungsjahren abgeschlossen - dies betrifft die praktische und die erforderliche

---

<sup>40</sup> Die gesamte Konzeption müsste zunächst ausbildungs-, tarif-, hochschul- und BAföG-rechtlich abgeklärt werden, ggf. sind hier auch berufsbildungspolitische Entscheidungen erforderlich.

<sup>41</sup> Dieses Studium wäre folgerichtig in Teilzeitform zu absolvieren, wäre berufs- und nicht ausbildungsbegleitend angelegt, eine Lösung für die Zulassung von BewerberInnen ohne Abitur müsste noch sinnvoll entwickelt werden.

derlichen schriftlichen und mündlichen Prüfungen. Solange eine bundesweite Neuordnung der Pflegeberufe noch nicht erfolgt ist, wird vorgeschlagen, den Berufsabschluss als „Gesundheits- und KrankenpflegerIn im Rahmen einer generalistischen Ausbildung“ zu vergeben.

Die Bachelorprüfung setzt sich aus den erfolgten Modulprüfungen und der Bachelor-Thesis zusammen und wird zeitlich entzerrt im 8. Studiensemester, also nach 4,5 Jahren, abgelegt.

### 6.1.3 Diskussion des Modells

#### Anforderungen aus berufspolitischer Sicht

Der Lernort Hochschule ist nahezu von Beginn an integriert und auf eine konsequente wissenschaftliche Sozialisation der Pflegenden gerichtet. Wissenschaftliche Fragestellungen werden kontinuierlich mit bearbeitet und die Studierenden werden so fortwährend zu einer Reflexion beruflicher Handlungsrountinen angeregt. Damit zielt der Studiengang konsequent auf Professionalisierung im Sinne des Umgangs mit der doppelten Handlungslogik des Pflegeberufs durch die wissenschaftliche Fundierung von Regelwissen einerseits und die Entwicklung von Fallverstehen und Urteilsfähigkeit in der individuellen Situation andererseits. Umgekehrt kommt es zu einer Einbindung der Pflegepraxis in den wissenschaftlichen Ausbildungs- und Erkenntnisprozess, wobei konkrete Ergebnisse hier erst im Verlauf des Modellvorhabens überprüfbar werden.

Die Berufsfachschulen sind in die akademische Weiterentwicklung der Berufsausbildung eingebunden und können ihre Stärken im Bereich der Ausbildungsorganisation und pflegepädagogischen Gestaltung der Ausbildung in den Prozess einbringen. Die enge Kooperation trägt auch zur kontinuierlichen Professionalisierung der LehrerInnen in den Berufsfachschulen bei.

#### Anforderungen an die Systeme und Institutionen

Das Modell stellt extrem hohe Anforderungen an die Kooperation strukturell bisher unabhängiger und differenter Systeme, an die Organisation der Prozesse und die Moderation dieses Dialogs. Daraus leitet sich die Notwendigkeit zusätzlich erforderlicher personeller Ressourcen ab, aber auch die Voraussetzung einer grundsätzlichen Bereitschaft aller Beteiligten, an dem Prozess mitzuwirken:

- Inhaltlich muss eine intensive curriculare Abstimmung erfolgen – hierfür müssen sich einerseits VertreterInnen aus den beteiligten Institutionen zu regelmäßigen Arbeitstreffen zusammen finden und die Ergebnisse müssen andererseits intern in den einzelnen Systemen kommuniziert werden. Der Prozess sollte verantwortlich moderiert und dokumentiert werden, wobei der damit verbundene Aufwand mit der Etablierung des Studiengangs abnehmen könnte.
- Organisatorisch und wirtschaftlich müssen Strukturen gefunden werden, mit denen alle beteiligten Systeme und die in ihnen agierenden Personen leben können und die rechtlich in allen Bereichen abgesichert sind. Diese Aufgabe fällt vor allem während der Studiengangentwicklung und –implementierung an.
- Langfristig bzw. dauerhaft werden jedoch für die organisatorische und inhaltliche Planung und Koordination zusätzliche Personalressourcen benötigt, da vor allem die Abstimmung von Integrativen Modulen, die Gestaltung des Praxis-Theorie-Praxis-Transfers und damit verbunden die Organisation der praktischen Ausbildung zwischen den Institutionen neue, zusätzliche Aufgaben mit sich bringt. Auch benötigen die Studierenden feste Ansprechpersonen, um sich zwischen den verschiedenen Systemanforderungen orientieren zu können, zumal sie auch für die Berufsausbildung nicht an eine Schule und einen Ausbildungsträger gebunden sind.

Die Hochschule wäre in einem überdurchschnittlichen Maße in Strukturen und Interessen anderer Systeme involviert (Stunden- und Raumplanung, Praxisplanung, Prüfungsgestaltung ...) – Kapazitäten werden mit nicht hochschulüblichen Aufgaben gebunden, z.B. auch die Entwicklung von Integrativen Modulen und die Abstimmung der eigenen Didaktik auf die Bedingungen einer fachschulischen und praktischen Ausbildung. Andererseits gewinnt die Hochschule durch Mitwirkung der Praxis an der Modulentwicklung Fragestellungen und Perspektiven, die unmittelbar in Lehre und Forschung einfließen können.

Daraus ergeben sich für die Hochschule folgende Konsequenzen: Die MitarbeiterInnen der Hochschule müssten bereit sein, sich über das gewohnte Maß hinaus inhaltlich und didaktisch in die neuen Zusammenhänge einzubringen. Für die Koordination des Studienganges, die Moderation und die Abstimmung mit den Berufsfachschulen und der Berufspraxis und für die Konzeption und ggf. Durchführung der Lehre im Bereich der integrativen Module ist langfristig von einer zusätzlichen Stelle für eine wissenschaftliche Mitarbeiterstelle (mindestens 75% -TVÖD 13 L – Erfahrung in Projektarbeit, Pflegeausbildung und Hochschuldidaktik) auszugehen (mind. ca. 55.000 - 60.000 € zusätzliche Personalkosten).

Auch an die Berufsfachschulen und die Berufspraxis stellt dieses Modell zusätzliche Anforderungen: Die Praxiseinsätze müssen fachschulübergreifend organisiert werden – für die Koordination und Abstimmung mit den sonstigen Einsatzplänen muss jede Schule eine Person beauftragen; hierfür wären die durchschnittlich erforderlichen Stunden monatlich pro Schule zu kalkulieren und für die Personalkosten in Anschlag zu bringen. Es müsste dauerhaft ein Kurs für eine zusätzliche Ausbildungsgruppe eingerichtet werden, wobei an der Unterrichtsentwicklung und -durchführung LehrerInnen aus allen kooperierenden Pflegeschulen beteiligt wären und für diesen Unterricht von ihrer Schule entsandt werden müssten und hierfür die Finanzierung zu klären ist. Insgesamt müsste durch den fachschulischen Unterricht ein Stundenvolumen von ca. 1500 Unterrichtsstunden abgedeckt werden<sup>42</sup>, ggf. ergänzt um Unterrichtsstunden für Klinischen Unterricht und praktische Übungen bei Klassenteilung, wobei eine genaue Bestimmung durch das Curriculum erfolgen müsste. Zumindest die in das Projekt involvierten Lehrkräfte sollten bereit sein, sich auf die veränderten Rahmenbedingungen einzustellen; sie müssten, soll es zu einer langfristigen und nachhaltigen Lösung kommen, von der Leitung und ihren Teams in der Arbeit gestützt werden und im berufsfachschulischen System integriert bleiben. Die curricularen Entwicklungsprozesse und hierbei insbesondere die integrativen Module stellen auch an die Berufsfachschulen besondere personelle Anforderungen, vor allem in der Entwicklungsphase. Geht man von 5 großen zweisemestrigen Modulen (8 ECTS) zu verschiedenen Schwerpunktbereichen aus, wären jeweils 1-2 Schulen an der Erarbeitung zu beteiligen; hierfür wären kontinuierliche Arbeitstreffen (z.B. monatlich 4-stündig) für die Entwicklung, Koordination und Evaluation zu kalkulieren. Für die Entwicklung des Gesamtcurriculums müsste jede Schule 1-2 VertreterInnen zu regelmäßigen monatlichen Arbeitstreffen (zu Beginn ganztags, später 4-stündig) entsenden. Die Ergebnisse müssten in den Schulen intern im Rahmen von Teamtagen kommuniziert werden. Das gemeinsam erarbeitete Curriculum ist nur für den Studiengang verbindlich, die Nutzung für die Regelausbildung fällt in die Entscheidung der Schulen. Der Prozess der curricularen Abstimmung könnte sich jedoch für die beteiligten Berufsfachschulen insofern als hilfreich erweisen, als er in weiten Teilen mit einer vermutlich ohnehin erforderlichen Umstellung auf eine generalistische Pflegeausbildung zusammenfällt und auch zur Entwicklung eines gemeinsamen Curriculums für Bremen führen kann. Weiterhin wäre aus Sicht der Berufsfachschulen zu bedenken, dass die Schulen mit dieser Konzeption AbiturientInnen als LeistungsträgerInnen in den anderen Kursen der Pflegeausbildung verlieren.

---

<sup>42</sup> Es wird davon ausgegangen, dass die 110 ECTS der universitären Ausbildung eine Präsenzzeit von ca. 600h umfassen und somit den Anforderungen der Berufsgesetze formal entsprochen wird.

Für die Einrichtungen der praktischen Ausbildung werden – vor allem im Bereich der stationären und ambulanten Altenpflege – Mehrkosten durch erhöhte Anforderungen an die Praxisanleitung und höhere Ausbildungsgehälter anfallen. Die Ausbildungsfinanzierung für die Altenpflegesschulen muss auf politischer Ebene sinnvoll überlegt und angepasst werden.

### **Anforderungen aus bildungspolitischer, pflege- und hochschuldidaktischer Sicht**

Die Problematik, die durch einen weiteren Lernort entsteht, wird reduziert, die Systeme stimmen sich untereinander ab, die Lernenden werden mit den Systemkonflikten nicht allein gelassen, sondern diese bilden den Ausgangspunkt von Lernprozessen. Durch die starke Verzahnung des berufsfachschulischen Unterrichts mit der Theorievermittlung im Rahmen des Studiums und der Berufspraxis wechseln die Anforderungen und bringen möglicherweise Entlastungen gegenüber einem rein wissenschaftlich orientierten Studium, das in den zweiphasigen kooperativen Modellen konzipiert ist.

Durch Einbeziehung der Praxis in die Aufgabenentwicklung für Projekte und Bachelorarbeiten ergibt sich in Hinblick auf die Employability der AbsolventInnen die Möglichkeit einer engen Zusammenarbeit im letzten Studiensemester, in dem die Studierenden dann bereits über den Berufsabschluss verfügen; damit könnten auch die beruflichen Profilierungsmöglichkeiten der AbsolventInnen und allgemein die Akzeptanz von akademisch gebildeten Pflegekräften in der Pflegepraxis verbessert werden.

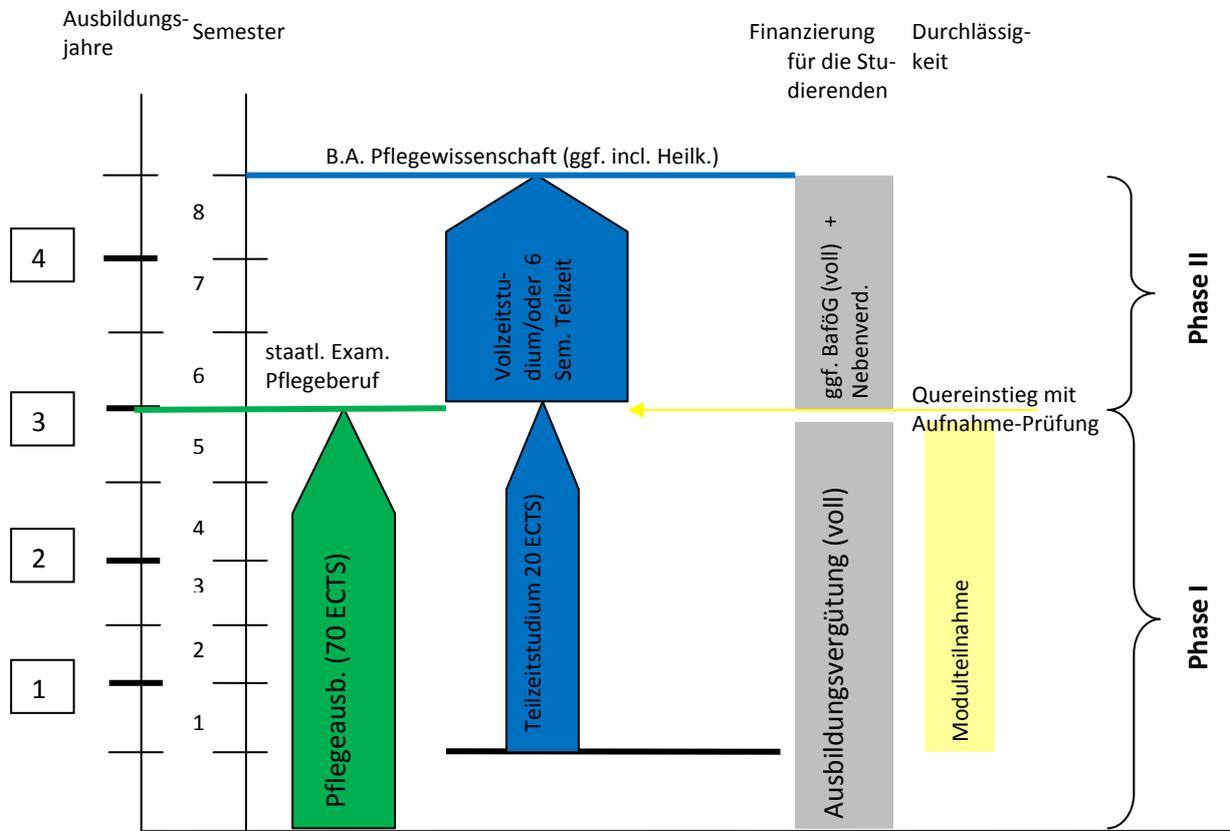
Insgesamt wird für dieses Modell vermutet, dass sich die Ausbildungsqualität für die AbsolventInnen langfristig verbessert, auch mit Rückwirkungen auf die Regelausbildung und zu einer besseren Einbindung der Institutionen der Pflegeausbildung und Pflegepraxis in den wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn führt, wobei der konkrete Gewinn erst im Verlauf des Modellvorhabens nach einer ersten Entwicklungs- und Erprobungsphase zu evaluieren wäre.

## **6.2 Modell B – kooperativ-ausbildungsbegleitender Studiengang**

Dieser Vorschlag gliedert das Studium in zwei Studienabschnitte, wobei es im ersten Studienabschnitt als ausbildungsbegleitender dualer Studiengang angelegt ist und eine formale Integration der Ausbildung an den Berufsfachschulen insbesondere über das Modulhandbuch erfolgt. Der Studiengang ist in zwei Phasen gegliedert, wobei in Phase I, den ersten drei Jahren, die Berufsausbildung im Vordergrund steht und die Auszubildenden sich nach bestandener Probezeit parallel für ein ausbildungsbegleitendes Studium an der Universität Bremen einschreiben können. Phase II umfasst 3 Semester und wird von der Universität in alleiniger Verantwortung durchgeführt.

Prinzipiell ist es denkbar, den Studiengang auch auf die therapeutischen Berufe auszurichten – vgl. Mainz und Halle – und hier auch eine Kooperation mit der Hochschule Bremen zu integrieren. In der folgenden Diskussion wird auf diese Möglichkeit, auch für die folgenden Modelle nicht weiter eingegangen.

## 6.2.1 Visualisierung der Struktur des Modells



## 6.2.2 Organisation des Studiums

### Curriculum – Modulkonzeption

Für Phase I wird mit den interessierten Fachschulen und Ausbildungsträgern ein Kooperationsvertrag geschlossen<sup>43</sup>, es erfolgt eine formale Abstimmung über die in dieser Phase zu vermittelnden Kompetenzen und Ausbildungsinhalte, und es wird gemeinsam eine Modularisierung vorgenommen. Für die erfolgreich absolvierte Berufsausbildung werden insgesamt 70 ECTS anerkannt. Das ausbildungsbegleitende Studium in einem Umfang von 20 ECTS (Workload von insgesamt 600 Stunden mit einer Präsenzzeit von ca. 240h) wird auf 3 Module verteilt, wobei die Module z.T. semesterübergreifend gestaltet werden, so dass die Studierenden nach Beendigung der Probezeit in jedem Semester Seminare in einem Umfang von 2 – 4 SWS belegen (Workload von durchschnittlich 120h/Semester). Die Fachschulen gestalten die theoretische und praktische Ausbildung in der bisherigen bewährten Form. Sie gestalten ihre Stundenpläne so, dass eine Teilnahme an den Modulen der Universität möglich ist, wobei das auch für die Phasen der Praxiseinsätze gelten muss. In Phase II wird das Studium in Vollzeitform angeboten und liegt in der alleinigen Verantwortung der Hochschule. Das Angebot wird komprimiert auf die erweiternden Kompetenzen und Inhalte ausgerichtet und umfasst 90 ECTS. In-

<sup>43</sup> Für dieses Modell wären vergleichsweise problemlos auch Kooperationen über die Landesgrenzen hinaus denkbar.

tegriert ist hier ein Betriebs- bzw. Schulpraktikum für die vertiefte berufliche Auseinandersetzung im gewählten Schwerpunkt.

Der Berufsabschluss kann in den bisherigen drei Pflegeberufen erfolgen – die Schulen regeln die Umstellung auf eine generalistische Pflegeausbildung in eigener Regie in Abhängigkeit von der politischen Entwicklung im Bereich der Pflegebildung; der Studiengang wird davon in seinem Angebot nicht berührt.

### **Durchlässigkeit und Quereinstieg**

Der Studiengang ist so angelegt, dass für AbsolventInnen mit bereits bestandenen Pflegeexamen ein Quereinstieg berufsbegleitend möglich ist. Die zweite Studienphase ist als Vollzeitstudium konzipiert; Teilzeitlösungen müssen von den Studierenden individuell gefunden werden und werden nicht durch die Studienordnung vorgegeben.

### **Prüfungen und Abschluss**

Prüfungen im Studium und in der Berufsausbildung werden völlig unabhängig von den jeweils verantwortenden Institutionen organisiert und durchgeführt, wobei ggf. in der Studienorganisation die besondere Belastung der Studierenden für das Pflegeexamen (= 5. Studiensemester) zu berücksichtigen ist.

Die Bachelorprüfung (B.A. Pflegewissenschaft) setzt sich aus den erfolgten Modulprüfungen und der Bachelor-Thesis zusammen und ist bei Vollzeitstudium im 8. Studiensemester möglich.

## **6.2.3 Diskussion des Modells**

### **Anforderungen aus berufspolitischer Sicht**

Die Berufsausbildung bleibt (zumindest vorläufig und unabhängig von der Entwicklung des Studiengangs) an die in Deutschland derzeit noch üblichen drei Pflegeberufe gekoppelt, so dass hier der Studiengang an sich in Bezug auf die Generalisierung der Pflegebildung zunächst nur ein geringes Innovationspotential birgt.

Durch die Reduktion der Kooperation zwischen Berufsfachschule und Hochschule wird ein vertieftes pflege-/gesundheitswissenschaftliches Denken u. Handeln in erster Linie im Studium angeregt und muss dann von den Studierenden in eigener Verantwortung im Feld etabliert werden, wobei es dort auf einen wahrscheinlich wenig vorbereiteten Boden trifft. Professionalisierung erfolgt so eher additiv (im Sinne von „aufgepfropft“) und nicht kooperativ bzw. integrativ im unmittelbaren Austausch zwischen Praxis und Theorie. Damit ist die Anbindung der wissenschaftlichen Reflexion an das Praxisfeld distanziert angelegt und kann eher langfristig erhofft werden, als dass sie im unmittelbaren Kontakt entstehen kann. Im zweiten Studienabschnitt können über ein Berufspraktikum im gewählten Schwerpunkt Impulse im Praxis-Theorie-Praxis-Transfer gesetzt werden.

Die Berufsfachschulen sind in dieser Konzeption nicht vollständig von der akademischen Weiterentwicklung der Berufsausbildung ausgeschlossen, wobei Hochschule und Berufsfachschule parallel und zu einem großen Teil unverbunden weiter bestehen bleiben. Soll die Chance der Professionalisierung der Berufsgruppe über die Einbindung der Berufsfachschulen genutzt werden, muss der Gefahr begegnet werden, dass Hochschule und Berufsfachschulen ihre Kommunikation auf das Minimum der organisatorischen Fragen beschränken. Der Vorteil des Modells besteht darin, dass Ausbildungserfahrungen und –qualitäten beider Ausbildungsträger weitestgehend geachtet bleiben und als Stärken auch im Sinne der Professionsentwicklung genutzt werden können.

Für die Absolventen führt die Berufsausbildung nicht mehr in eine Sackgasse. Das gilt, insofern Durchlässigkeit mit bedacht, wenn auch nicht konsequent entwickelt wird, auch für diejenigen, die zunächst ausschließlich eine Berufsausbildung absolvieren.

Das Modell bietet die Möglichkeit einer interdisziplinären Ausrichtung auf verschiedenste Berufe im Gesundheitswesen (vgl. die Studiengänge in Halle und Mainz, Modell III.2a), wobei diese Option, wie oben dargestellt (vgl. 3.1.1), in Bezug auf die Professionalisierung der Pflege kontrovers diskutiert werden kann.

### **Anforderungen an die Systeme und Institutionen**

Durch eine klare Trennung der Ausbildungsorte und –verantwortung fallen Koordinationsaufgaben eher in der Phase der Studiengangentwicklung an und reduzieren sich im weiteren Verlauf auf ein eher geringfügiges Maß – beide Säulen der Ausbildung können in den bewährten Strukturen agieren und auf Erfahrungen zurück greifen. Abstimmungen sind insbesondere für die Organisation der Studienpräsenzzeiten erforderlich und als curriculare Abstimmungen z.B. in Bezug auf zu erfüllende Eingangsvoraussetzungen für eine Moduleilnahme und zur Vermeidung von Redundanzen. Im Fall von auftretenden, momentan nicht absehbaren massiven Interessenkonflikten sollte für die entsprechenden Arbeitstreffen eine externe Moderation gesucht werden. Hierfür wären ggf. Kosten zu kalkulieren.

Die Hochschule kann sich vordringlich auf wissenschaftliche Fragestellungen und die Vermittlung wissenschaftlicher Inhalte und Kompetenzen als ihre genuine Aufgabe in der Lehre konzentrieren. Damit verändern sich die Anforderungen an die Hochschule im Rahmen der Lehre gegenüber dem laufenden Studiengang nur geringfügig, wobei der Wandel der Zielgruppe der Studierenden Veränderungen in der Hochschuldidaktik nach sich ziehen wird und der Studiengang inhaltlich zum Teil eine neue Ausrichtung und Komprimierung erfährt. Die Neukonzeption eines Studiengangs, der auf die Bedingungen der Primärqualifikation und der Berufsausbildung abgestimmt werden muss, stellt eine kurzfristige Belastungsspitze dar, die vorübergehend personell aufgefangen werden muss. Dadurch dass Studienabbrecher durch Quereinsteiger aufgefangen werden können, kann die Auslastung der verfügbaren Studienplätze optimiert werden.

Die Berufsfachschulen können ihre bisherigen Ausbildungsgänge unabhängig realisieren und müssen sich zunächst nicht zwangsläufig auf eine generalistische Ausbildung umstellen, um im Studiengang mitzuwirken. Sie erfahren als System Stabilisierung in ihren Verantwortungsbereichen. Untereinander und mit der Hochschule treffen die Schulen nur in der groben Linie curriculare Absprachen, um vergleichbare Vorkenntnisse abzusichern und Redundanzen zu vermeiden. Alle LehrerInnen an den Berufsfachschulen müssen jedoch die Bereitschaft haben, die Veränderungen mitzutragen und eine Akademisierung der Pflege und Pflegebildung zu akzeptieren. Sie müssen sich ggf. auf Spannungen in den Lerngruppen, die sich aus der gemischten Zusammensetzung von Studierenden und Nichtstudierenden ergeben, einstellen, diese moderieren und Differenzen pädagogisch ausgleichen. Andererseits bleiben die AbiturientInnen für weite Teile der Ausbildung im „normalen“ Ausbildungssystem aktiv und können so als LeistungsträgerInnen im Unterricht auch zur Anhebung des gesamten Ausbildungsniveaus beitragen. In der Planungsphase des Studiengangs ergibt sich ein personeller Mehraufwand, der vor allem davon abhängig ist, inwiefern die inhaltliche Planung der Ausbildung auf die Erfordernisse des Studiengangs abgestimmt werden soll. Im weiteren Verlauf wäre weitgehende Unabhängigkeit gegeben, so dass lediglich ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch mit den Ausbildungsbeteiligten einzuplanen ist.

### **Anforderungen aus bildungspolitischer, pflege- und hochschuldidaktischer Sicht**

Da die Anerkennung von curricularen Ausbildungsanteilen in diesem Modell eher pauschal in einem Minimalkonsens erfolgt, kommt es mit einer Studiengangkonzeption nach diesem Modell zu keiner wirklichen, wechselseitigen Durchdringung und konsequenten Entwicklung des Lehrangebots an allen drei Lernorten.

Für die Studierenden wird mit der Hochschule ein weiterer Lernort installiert, der nur begrenzt über eine curriculare Konstruktion mit den anderen beiden Lernorten verbunden ist. Die intendierte Vertiefung des pflegewissenschaftlichen Denkens u. Handelns wird so hauptsächlich über die Studierenden etabliert, die sich mit sehr unterschiedlichen Perspektiven und Sichtweisen auseinander setzen müssen und dabei eher auf sich gestellt sind. Sie bleiben in der Verarbeitung der Widersprüche, die sich aus den konfligierenden Interessen unterschiedlicher Lernwelten ergeben, weitgehend allein gelassen. Andererseits wird in der ersten Zeit der Ausbildung das Praxisfeld aus zwei Perspektiven unabhängig voneinander reflektiert, was den Studierenden auch eine Perspektiverweiterung bietet; außerdem schafft die stärkere Trennung von Studium und Ausbildung Abstand zum Geschehen und damit Denkräume außerhalb der unmittelbaren Ausbildungsverwertung (- v.a. im zweiten Studienabschnitt).

In Bezug auf die Verwirklichung von Durchlässigkeit bietet dieses Studiengangmodell die strukturierte Möglichkeit für einen Quereinstieg von AbsolventInnen einer Pflegeausbildung (mit definierten Voraussetzungen bezüglich des Hochschulzugangs) und entspricht damit den bildungspolitischen Anforderungen von Angeboten für lebenslanges Lernen.

Nach Beendigung der Probezeit führt das ausbildungsbegleitende Studium zu einem zusätzlichen Workload von insgesamt 600 Stunden in 2,5 Jahren. Diese Mehrbelastung können die Studierenden ggf. dadurch ausgleichen, dass Aufgaben im Rahmen der Ausbildung aufgrund der höheren Vorbildung schneller erledigt werden und die Studierenden Synergien zwischen Studium und Ausbildung nutzen können – ggf. besteht die Notwendigkeit, dass die Berufsfachschulen entsprechende Entlastungen durch das Ausweisen von Selbstlernzeiten schaffen. Berufsbegleitende Studienformen sind häufig stärker durch Blockveranstaltungen geprägt, ggf. sogar am Wochenende. Diese zunächst zeitökonomisch erscheinende Lernform birgt in Hinblick auf Arbeitsbelastung und Ausbildungsqualität auch problematische Aspekte: Die kompakt Form überschreitet die Aufnahmekapazität der Lernenden, womit Inhalte Gefahr laufen, zu schnellflüchtig vermittelt und damit nur begrenzt nachhaltig verankert zu werden.<sup>44</sup>

## **6.3 Modell C - kooperativ-ausbildungsbegleitender Studiengang mit „Integrierten-Transfermodulen“**

Dieser Vorschlag nimmt Kerngedanken der beiden vorhergehenden Modelle auf und orientiert sich in der Grundstruktur an Modell B, d.h. das Studium wird ebenfalls in zwei Studienabschnitte gegliedert und ist im ersten Studienabschnitt als ausbildungsbegleitender dualer Studiengang angelegt, wobei gegenüber Modell B die Kooperation zwischen den Ausbildungsträgern deutlich intensiviert wird und Elemente aus Modell A in der Form von „Integrierten-Transfermodulen“ einfließen.

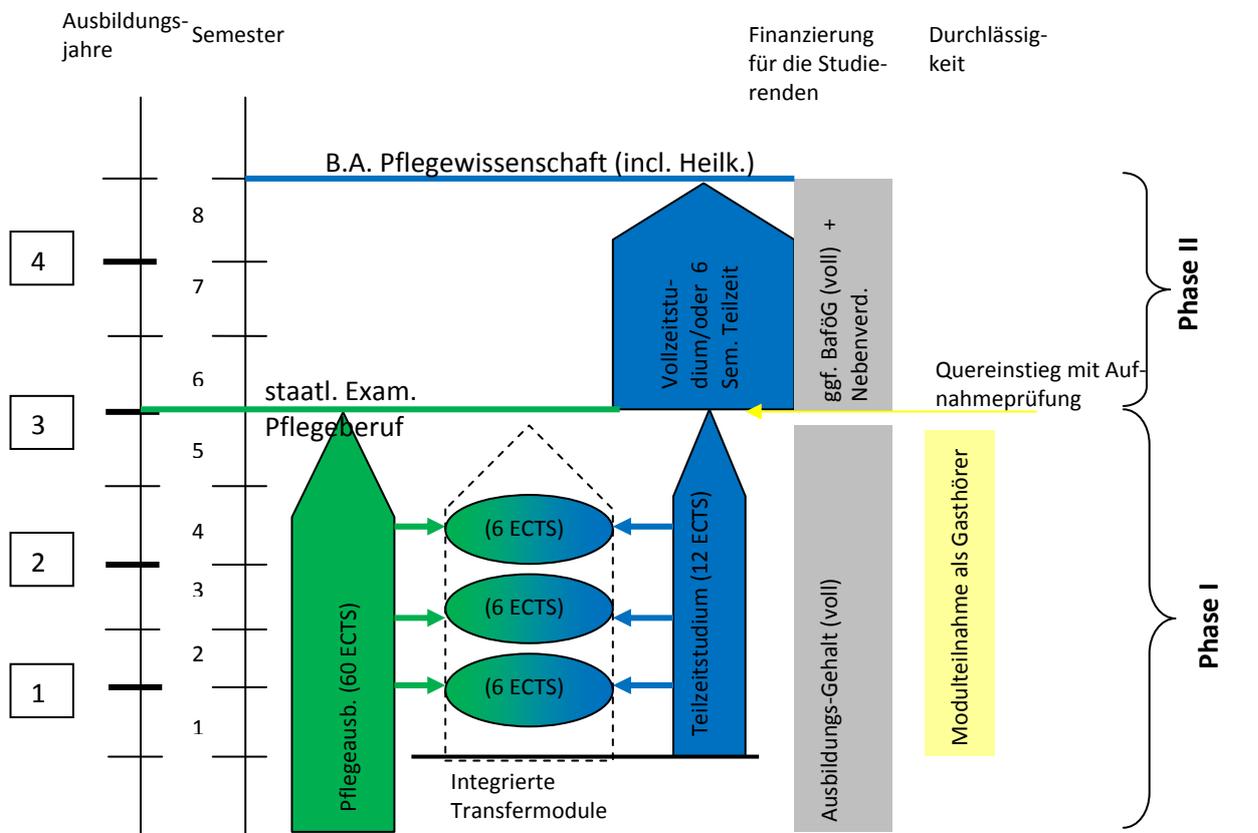
---

<sup>44</sup> Diese Position wurde vor allem von den am Diskussionsprozess beteiligten Studierenden vorgetragen. Danach sollte bei der Konzeption unbedingt auf die Integration von kontinuierlichen Lernangeboten der Hochschule auch in der ersten Phase geachtet werden.

So erfolgt die Berufsausbildung in der Verantwortung der Schulen, die jedoch für die curriculare Entwicklung einer generalistischen Pflegeausbildung stärker kooperieren und sich inhaltlich abstimmen, und es werden in der ersten Phase drei Module (= 1 pro Ausbildungsjahr) integrativ angelegt, die auf die Verbindung der drei Lernorte und einen intensiven, wissenschaftlich reflektierten Praxis-Theorie-Praxis-Transfer zielen.

Die zweite Phase umfasst 3 Semester und wird, vergleichbar der Konzeption in Modell B, von der Universität in alleiniger Verantwortung durchgeführt.

### 6.3.1 Visualisierung der Struktur des Modells



### 6.3.2 Organisation des Studiums

#### Curriculum – Modulkonzeption

Für Phase I wird mit den interessierten Fachschulen und Ausbildungsträgern im Land Bremen ein Kooperationsvertrag geschlossen. Die kooperierenden Fachschulen entwickeln gemeinsam mit der Universität Bremen ein modularisiertes Curriculum für eine lernfeld- bzw. situationsorientierte generalistische Pflegeausbildung und verständigen sich auf einen bezüglich der zu vermittelnden Inhalte und angestrebten Kompetenzen vergleichbaren Aufbau für die 3-jährige Pflegeausbildung und auf einen gemeinsamen curricularen Rahmen für die theoretische und praktische Berufs-

ausbildung, wobei die aktuelle berufsbildungspolitische Entwicklung beachtet wird. Diese Entwicklung erfolgt in Abstimmung mit den beteiligten Behörden im Land Bremen. Im Zuge der Entwicklung des Theoriecurriculums werden drei Module (vorzugsweise im zweiten Halbjahr der Ausbildung = 1. Semester, in der Mitte des zweiten Ausbildungsjahres und zu Beginn des dritten Ausbildungsjahres) ausgewählt, die sich in besonderer Weise für eine wissenschaftlich-reflexive Bearbeitung im Spannungsfeld zwischen Pflegepraxis, Pflegeausbildung und Pflegewissenschaft eignen und die exemplarisch für den Erkenntnisgewinn durch eine methodisch-kontrollierte, wissenschaftliche Vorgehensweise stehen können. Diese Module werden als „Integrierte Transfermodule“ im ausbildungsbegleitenden Studium ausgewiesen und gemeinsam von VertreterInnen der Pflegepraxis, den am Unterricht beteiligten LehrerInnen der Pflegeschulen und den modulverantwortlichen Hochschullehrenden fachlich/inhaltlich und (hochschul)didaktisch-methodisch geplant. In diesen Modulen, die sinnvollerweise mit einem umfassenden Praxisauftrag verbunden sind, haben die Studierenden sowohl Unterricht an der Pflegeschule (im Klassenverband mit den nicht-studierenden MitschülerInnen im Umfang von 12 ECTS) als auch begleitende Seminarveranstaltungen an der Hochschule (8 ECTS). Weiterhin gibt es im ausbildungsbegleitenden Studium der ersten Phase reine Wissenschafts-Module (siehe Modell A) in einem Umfang von 12 ECTS (Workload von insgesamt 360 Stunden). Diese werden auf zwei Module mit jeweils 6 ECTS verteilt (2. Semester und 5. Semester) und zielen inhaltlich auf die durch das Studium vertiefend zu erwerbenden Kompetenzen, die nicht durch Integrierte-Transfermodule abgedeckt werden. Phase II ist wie in Modell B strukturiert.

In Bezug auf Durchlässigkeit entspricht das Modell dem Modell B, wobei für die QuereinsteigerInnen eine Konzeption für die Erarbeitung der Inhalte und Kompetenzen aus den Transfermodulen erfolgen muss.

Der Berufsabschluss erfolgt vorerst in den bisherigen drei Pflegeberufen - bis eine Umstellung auf die generalistische Pflegeausbildung als Regelausbildung möglich oder für das Land Bremen konzipiert ist. Die berufliche Abschlussprüfung und der Bachelor-Abschluss werden – darin dem Modell B vergleichbar – unabhängig organisiert und durchgeführt. Es wird eine Lösung für die wechselseitige Anerkennung und Anrechnung von Ausbildungs- und Studienleistungen entwickelt.

### 6.3.3 Diskussion des Modells

#### **Anforderungen aus berufspolitischer Sicht**

Langfristig wird parallel zur Etablierung des Studiengangs eine Umstellung der Ausbildung in den Pflegeberufen auf einen für das Land Bremen einheitlichen, generalistisch ausgerichteten Lehrplan angestrebt, womit die Entwicklung des Studiengangs sekundär auch auf eine innovative Professionalisierung der breiten Pflegebasis zurückwirkt und dabei an die Impulse des Bremer Modellversuchs einer Integrierten Pflegeausbildung (2000 – 2004) anknüpft.

Über die gemeinsam mit Berufsfachschule und Berufspraxis entwickelten „Integrierten Transfermodule“ werden wissenschaftlich begründete Konzepte der Pflege unmittelbar auf die Berufswirklichkeit bezogen und im Handlungsfeld mit den Studierenden überprüft. Punktuell werden damit Elemente zur Professionalisierung im Sinne des Umgangs mit der doppelten Handlungslogik in der beruflichen Praxis angestoßen. Im zweiten Studienabschnitt ist die Anbindung der wissenschaftlichen Reflexion an das Praxisfeld demgegenüber eher distanziert angelegt, sollte aber auf reflektierte Erfahrungen des ersten Studienabschnitts zurückgreifen und über ein Berufspraktikum im gewählten Schwerpunkt Impulse im Praxis-Theorie-Praxis-Transfer setzen.

Die Berufsfachschulen sind in einem definierten Rahmen in die akademischen Weiterentwicklung der Berufsausbildung eingebunden, wobei auch hier durch die Parallelführung von Berufsausbildung und Studium die Ausbildungserfahrungen und –qualität beider Ausbildungsträger weitgehend geachtet bleiben. Die Kooperation gibt sowohl durch die gemeinsame curriculare Arbeit als auch und vor allem durch die Arbeit an den Integrativen Transfermodulen Anstöße zur weiteren Professionalisierung der LehrerInnen in den Berufsfachschulen.

Auch mit diesem Modell, das Durchlässigkeit mitdenkt, wenn auch nicht konsequent entwickelt, führt die Berufsausbildung nicht mehr in eine berufliche Sackgasse sondern zeigt langfristig Perspektiven für berufliche Weiterentwicklung auf.

### **Anforderungen an die Systeme und Institutionen**

In Bezug auf den Koordinationsaufwand steht Modell C zwischen Modell A und B: Es bedarf erheblicher Abstimmungs- und Aushandlungsprozesse für die Curriculumentwicklung und für die Gestaltung der Integrierten Transfer-Module. Hier muss der Dialog gut gestaltet und moderiert werden, um zu einer Realisierung der genannten Zielvorstellungen im Bereich der Professionalisierung und Ausbildungsqualität zu gelangen. Für die organisatorischen Aufgaben bezüglich der Ausbildung und des Studiums können jedoch klare Regelungen der Zuständigkeiten etabliert werden.

Strukturell wäre die Hochschule nur punktuell an der Berufsausbildung beteiligt, diese Aufgaben übernehmen die Pflegeschulen in bewährter Manier. Zur Konzipierung des gesamten Studiengangs in Abstimmung mit einer Curriculumentwicklung für eine generalistische Pflegeausbildung und für die Entwicklung, Implementierung und Evaluation der Integrierten-Transfermodule ist zumindest über die Dauer von 4 Jahren (= Durchführung in 2 Studiengangkohorten in der ersten Studienphase) mit einem den normalen Aufgabenbereich der Lehre überschreitenden Arbeitsaufwand zu rechnen – für diesen Zeitraum müsste eine Projektstelle für einen wissenschaftlichen Mitarbeiter/eine wissenschaftliche Mitarbeiterin geschaffen werden (mindestens 50% -TVÖD 13 L – Erfahrung in Projektarbeit, Pflegeausbildung und Hochschuldidaktik, ca. 35.000 – 40.000 € jährlich). Auch müssten die MitarbeiterInnen in der Lehre an der Hochschule bereit sein, sich in die Entwicklung und Durchführung der Integrativen-Transfermodulen einzubringen und sich hochschuldidaktisch auf die verschiedenen Interessengruppen einzustellen. Durch diese gemeinsame Entwicklung der Integrierten Transfermodule ergeben sich jedoch langfristig Berührungspunkte zum beruflichen Praxisfeld und dessen Fragestellungen und Perspektiven, die in die Lehre und Forschung zurückfließen können und ggf. neue Perspektiven auf das Forschungsfeld eröffnen.

Auch für dieses Modell gilt, dass die Auslastung der verfügbaren Studienplätze optimiert werden kann, indem Studienabbrecher durch Quereinsteiger aufgefangen werden.

Wie in Modell B bleiben die Berufsfachschulen in ihrer Expertise im Bereich der Pflegebildung und der Organisation und Strukturierung der praktischen Ausbildung gefordert und führen die Pflegeausbildung und Examensprüfung jeweils in eigener Regie durch. Eine Herausforderung stellt die gemeinsame Entwicklung eines generalistisch ausgerichteten Rahmencurriculums in Abstimmung mit der Universität dar, wobei die Schulen sich damit für die Zukunft aufstellen und dabei Synergien nutzen, indem sie zwei Neukonzeptionen zusammenführen<sup>45</sup>. Das gemeinsam erarbeitete Curriculum müsste dabei für alle beteiligten Schulen in der Regelausbildung verbindlich sein, da es die Grundlage für die Kooperation mit der Hochschule bildet. Für den damit zu realisierenden curricularen Prozess werden personelle Ressourcen benötigt, die vergleichbar zu Modell A zu kalkulieren sind (= Teilnahme ausgewählter Teammitglieder an einem schulübergreifenden Curriculumprozess, Kommunikation der Ergebnisse in den Teams im Rahmen von Teamtage, s.o.).

---

<sup>45</sup> ggf. auch in Abstimmung mit der Neukonzeption eines Assistenzberufs im Berufsfeld Pflege

In den Integrativen-Transfermodulen fallen Koordinations- und Abstimmungsaufgaben zwischen allen 3 Lernorten an, und die unterschiedlichen Perspektiven müssen förderlich moderiert werden, soll das mit diesen Modulen intendierte Ziel eines Praxis-Theorie-Praxis-Transfers tatsächlich verwirklicht werden. Die Entwicklung und Durchführung der Integrativen-Transfermodule stellt somit eine weitere personalintensive Herausforderung dar, da jede Kooperationsschule zumindest eine in diesem Modul unterrichtende Lehrkraft entsenden muss und auch der Kontakt zur Pflegepraxis über die Schulen hergestellt und gehalten werden muss. Die pädagogischen Herausforderungen durch die Integration der Studierenden in die „Normalklassen“ aber auch die Vorteile des Verbleibs der AbiturientInnen stellen sich vergleichbar zu Modell B dar. Durch die Generalisierung der Ausbildung und den Studiengang erweitern die Pflegeschulen ihr Profil.

Auch für die Institutionen der praktischen Berufsausbildung bedeuten die Integrativen-Transfermodule eine inhaltliche Herausforderung und eine Anforderung an personelle Ressourcen. Hier muss der erhoffte Mehrwert deutlich kommuniziert und mit der Etablierung evaluiert werden.

### **Anforderungen aus bildungspolitischer, pflege- und hochschuldidaktischer Sicht**

Die Lernorte Hochschule, Berufsfachschule und Berufspraxis sind über die Integrativen-Transfermodule deutlich verbunden. Ausbildung, Studium und Praxisfeld werden so inhaltlich aufeinander bezogen und das gesamte Lehrangebot wird curricular stärker durchdacht und integriert und nicht nur formal abgestimmt. Die Studierenden werden beim Transfer ihrer Erkenntnisse und bei der Gewinnung von Fragestellungen für Forschungs- und Projektarbeiten in einem begrenzten Maß im Rahmen ausgewählter Module durch Berufsfachschule und Hochschule begleitet. Damit ist die Zielsetzung verbunden, dass die Studierenden Verbindungslinien zwischen den Anforderungen der verschiedenen Lernorte besser erkennen und integrierend erfahren. Die Studiensemester im Anschluss an das Berufsexamen ohne die Abhängigkeit eines Ausbildungsverhältnisses ermöglichen demgegenüber eine intensive Reflexion von Praxiserfahrungen mit Abstand zur Unmittelbarkeit des Geschehens.

In Bezug auf Durchlässigkeit und Quereinstieg gilt das zu Modell B Gesagte.

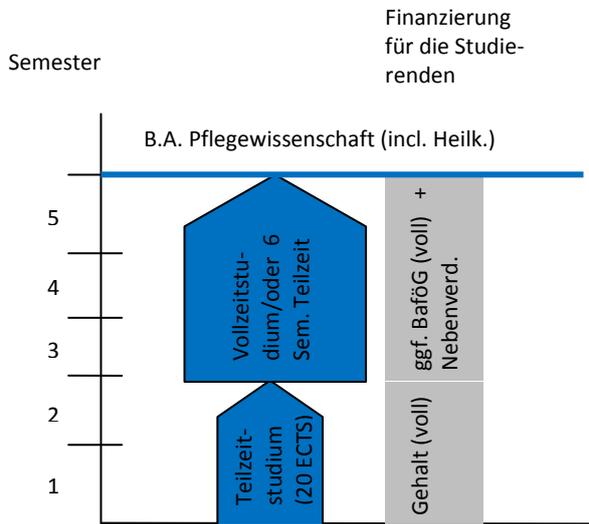
Der Workload durch das Studium mit insgesamt 30 ECTS ist für 18 ECTS in die Ausbildung integriert. Hier müssen sich die Studierenden mit Inhalten der „normalen“ Pflegeausbildung pflegewissenschaftlich vertieft auseinander setzen und sind dadurch mehr gefordert als ihre MitschülerInnen, wobei 10 ECTS im Rahmen des Unterrichts im Klassenverband und 8 ECTS in ergänzenden Seminarveranstaltungen der Universität (Workload: 240h) erarbeitet werden. Weitere 12 ECTS (Workload: 360h) werden ausbildungsbegleitend über die Wissenschaftsmodule angeeignet. Insgesamt entspricht die zusätzliche Arbeitsbelastung damit wie in Modell B 600 Stunden, wobei zu vermuten ist, dass aufgrund der inhaltlichen Anbindung die Arbeitsbelastung nicht so stark wahrgenommen wird; ggf. müssten die Schulen entsprechende Entlastungen durch das Ausweisen von Selbstlernzeiten schaffen. Auch für dieses Modell müssen die Bedenken der Studierenden gegenüber einer zu starken Bündelung der Präsenzzeiten in Blockform ernst genommen und sorgfältig geprüft werden.

## **6.4 Modell D – Studium für examinierte Pflegekräfte**

Dieses Modell stellt keine Primärqualifizierung dar, aber eine prinzipiell ebenfalls denkbare Möglichkeit für die Universität Bremen, den Studiengang zu straffen und zeitgemäßer zu gestalten. Wie in den vorhergehenden Möglichkeiten als Quereinstieg jeweils mitgedacht, würde BewerberInnen mit abgeschlossenem Examen in einem Pflegeberuf die Möglichkeit geboten, pauschal 70 ECTS anzuer-

kennen – eine, das haben die Recherchen im Rahmen der Machbarkeitsstudie ergeben, in Deutschland praktizierte Größenordnung in den Pflegestudiengängen. Der neu zu konzipierende Studiengang würde damit auf 110 ECTS verkürzt.

### 6.4.1 Visualisierung der Struktur des Modells



### 6.4.2 Organisation des Studiums

Der Studiengang würde in zwei Phasen aufgeteilt, eine dem eigentlichen Studium vorgeschaltete berufsbegleitende Orientierungsphase als Propädeutikum von zwei Semestern mit insgesamt 20 ECTS und eine zweite Phase in einem Umfang von 90 ECTS, die als Vollzeitstudium 3 Semester umfasst. In die zweite Phase wäre ein Praxisprojekt mit Betriebs- bzw. Schulpraktikum im gewählten Schwerpunkt integriert.

Prinzipiell wäre auch hier die Erweiterung auf therapeutische Berufe denkbar (vgl. Modell B) – dieser Ansatz wird hier nicht weiter verfolgt.

Zu überlegen wäre, ob der Studiengang auch berufsintegrierend bzw. berufsbegleitend gestaltet werden kann, was bedeuten würde, dass Kooperationsverträge mit Betrieben in der Praxis geschlossen würden. Das würde zum einen die inhaltliche Abstimmung betreffen aber auch die Zeitstrukturen, so dass Betriebe ihre Mitarbeiter gezielt für das Studium freistellen (siehe hierzu Mucke/Schwiedrzik, 2000).

### 6.4.3 Diskussion des Modells

#### Anforderungen aus berufspolitischer Sicht

Die gesamte Studiendauer umfasst in der hier konzipierten Form 2,5 Jahre (incl. Propädeutikum in Teilzeit), ließe sich jedoch auch auf 2 Jahre komprimieren. Wenn man die vorausgesetzte Pflegeausbildung mitdenkt, wird der Bachelorabschluss in dieser Form ebenfalls nach 4,5 Jahren erreicht, und

die Berufsausbildung führt damit nicht mehr in eine Sackgasse; Durchlässigkeit wird in der Form der Anerkennung von beruflichen Leistungen ermöglicht.

Ein vertieftes pflege-/gesundheitswissenschaftliches Denken u. Handeln wird auch bei diesem Modell, wie in Modell B in erster Linie im Studium angeregt und muss von den Studierenden in eigener Verantwortung im Feld etabliert werden. Professionalisierung erfolgt auch hier also eher additiv (im Sinne von „aufgepfropft“) und nicht kooperativ bzw. integrativ im unmittelbaren Austausch. Auch die Berufsfachschulen sind an der Entwicklung nicht beteiligt – es gibt keine Verbindung zur Erstausbildung und damit auch keine Veränderung des Ausbildungssystems. Im Interesse der Professionalisierung der Pflege wären mit einem solchen Studiengang, abgesehen von einer Verkürzung der Ausbildungsdauer, also keine innovativen Impulse verbunden.

### **Anforderungen an die Systeme und Institutionen**

In diesem Modell, das von der Hochschule alleinverantwortlich durchgeführt wird, besteht lediglich die Notwendigkeit, Praxisphasen und -projekte zu koordinieren, wobei hierzu einschlägige Erfahrungen aus dem bisherigen Studiengang vorliegen. Durch die verkürzte Studiendauer erhöht sich der Durchsatz der StudentInnenzahlen, und die anfallenden Bachelor-Arbeiten müssen bereits nach einer kurzen Verweilzeit an der Hochschule thematisch mit den Studierenden entwickelt werden. Das reduziert die Möglichkeit, Entwicklungen im Laufe des Studiums zu beobachten und zu unterstützen, sodass das Modell insgesamt eher sehr kurzlebig angelegt ist und aufgrund höherer „Fallzahlen“ mit einer stärkeren Arbeitsbelastung zu rechnen ist.

### **Anforderungen aus bildungspolitischer, pflege- und hochschuldidaktischer Sicht**

Die Konzeption entspricht der bildungspolitischen Forderung nach einer Verkürzung der Ausbildungsdauer. Eine Integration verschiedener Lernorte der Berufsbildung im Sinne eines dualen Studiengangs ist nicht intendiert und wird entsprechend nicht geleistet. Die Studiensemester des Vollzeitstudiums ermöglichen ohne die Abhängigkeit eines Ausbildungsverhältnisses die intensive, eher distanziert angelegte Reflexion von Praxiserfahrungen.

In Hinblick auf den Aspekt der Durchlässigkeit bleibt festzuhalten, dass auch ein solcher Studiengang den AbsolventInnen einer Pflegeausbildung (mit definierten Voraussetzungen bezüglich des Hochschulzugangs) den Einstieg in den tertiären Bildungsbereich ermöglicht.

Das Studium entspricht in Bezug auf den Workload den normalen Anforderungen, die aber „nebenberuflich“ auch momentan schwer zu erfüllen sind. Die Verkürzung der Studiendauer muss auch zu einer Reduktion, Neudefinition und Fokussierung der Inhalte führen, da die AbsolventInnen sonst sicher überfordert wären. Trotz des propädeutischen Jahres wird die Studienzeit in der zweiten Phase vom Beginn bis zur Anmeldung der Bachelorthesis sehr gedrängt, vor allem, wenn Ansprüche des bisherigen Vollzeitstudiums bzw. des Diplomstudiengangs aufrecht erhalten werden, was unbedingt – im Übrigen für alle Modelle! – sorgfältig reflektiert werden muss. Auch und gerade für dieses Modell müssten die Bedenken der Studierenden gegenüber einer zu starken Bündelung der Präsenzzeiten in Blockform (vgl. Modell B) ernst genommen und sorgfältig geprüft werden.

## 7 Abschließende Einschätzung und Empfehlungen

### 7.1.1 Bewertung der entwickelten Modelle

Die im vorangegangenen Abschnitt vorgestellten Modelle wurden von den Stakeholdern der verschiedenen in den Prozess involvierten Institutionen bewertet und in Hinblick auf Realisierungsmöglichkeiten in Bremen diskutiert. Dabei wurden unterschiedliche, zum Teil systemgeprägte Positionen deutlich:

Modell A wird vor allem seitens der VertreterInnen der Berufsfachschulen, aber auch seitens der VertreterInnen der Senatorischen Behörde für Arbeit, Gesundheit, Frauen, Jugend und Soziales als das „attraktivste und innovativste“<sup>46</sup> Modell mit „Vorzeigecharakter“ eingestuft, das die maximal mögliche Form der Integration der primärqualifizierenden Pflegeausbildung in die Strukturen des tertiären Systems bietet und damit maßgeblich zu einer weiteren Professionalisierung des Pflegeberufs beitragen könnte. Dabei wird aber auch der hohe Aufwand in der inhaltlichen und organisatorischen Abstimmung gesehen, was aus Sicht der VertreterInnen der Universität Bremen bzw. des Studiengangs Pflegewissenschaft unter den momentan gegebenen strukturellen und finanziellen Bedingungen deutliche Risiken birgt. Es wird die Befürchtung formuliert, dass sich die Aufgaben in erheblichem Maße in den Bereich der Lehre verlagern und der Anspruch im Bereich der Forschung nicht auf dem bereits entwickelten Stand weiter realisierbar ist. Insgesamt muss auch beachtet werden, dass sich für alle beteiligten Systeme bei der konkreten Umsetzung vielfältige, vor allem auch politisch und ökonomische Anforderungen stellen, die nicht kurzfristig lösbar sind und einen Studien-/Ausbildungsbeginn 2011 kaum wahrscheinlich erscheinen lassen.

Modell B wird sowohl von Seiten der Berufsfachschulen als auch von den BehördenvertreterInnen der Senatorischen Behörde für Arbeit, Gesundheit, Frauen, Jugend und Soziales als das Modell mit der geringsten „Signalwirkung“ gesehen und unter anderem auch für potentielle StudienbewerberInnen als wenig attraktiv eingestuft. Nach Meinung der VertreterInnen des Studiengangs Pflegewissenschaft bietet dieses Modell den Vorteil einer kurzfristigen Realisierbarkeit für einen Ausbildungsbeginn im Herbst 2011 und gegenüber dem bisherigen Studiengang die Möglichkeit einer deutlicheren Fokussierung und Profilierung, verbunden mit einer Verkürzung der Ausbildungsdauer für die Absolventen. Der Studiengang Pflegewissenschaft strebt deshalb an, zunächst von diesem Modell ausgehend, einen Akkreditierungsantrag zu entwickeln, der sich Optionen für künftige Weiterentwicklungen offen hält.

Modell C stellt sowohl aus Sicht der Berufsfachschulen als auch aus Sicht der Behörde eine interessante Alternative zu Modell A dar und eignet sich „als Basis für eine stufenweisen Entwicklung in Richtung auf Modell A“. Es mache „inhaltlich-innovative Aspekte [...] eher deutlich“, sei „gut geeignet für eine ausbaubare Zusammenarbeit zwischen der Universität und den Fachschulen für Altenpflege/Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege“ und finde so „als Kompromiss allgemeine Zustimmung“. Insgesamt werden mit diesem Modell zunächst inhaltliche Veränderungen angegangen, während bewährte Strukturen weiterhin weitestgehend genutzt werden können, und beide Partner Spielräume für eigene Schwerpunkte behalten. Auch die VertreterInnen des Studiengangs sehen die Chancen, die eine Lösung, die über das Modell B hinausgeht, für die Professionsentwicklung im Berufsfeld Pflege bietet. Sie erachten die Einbindung der Berufsfachschulen auch berufspolitisch als

---

<sup>46</sup> Dieses und die folgenden Zitate entstammen, wenn nicht anders gekennzeichnet, einer schriftlichen Stellungnahme des Arbeitskreises der Bremer Altenpflegeschulen vom 15.03.2010, die sich wiederum in weiten Teilen mit der Position der Schulen für Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege deckt.

sinnvoll, schätzen aber die Konzeption von mehreren Transfermodulen unter den gegebenen personellen Ressourcen als zu aufwändig ein und plädieren zunächst für eine vorsichtigere Annäherung.

Modell D diente der Studienganginternen Abklärung und wurde in den Diskussionsprozess nicht aufgenommen.

## 7.1.2 Schlussfolgerungen für die Studiengangkonzeption

Es wird die Konzeption eines dualen primärqualifizierenden berufsbegleitenden Studiengangs in Kooperation mit den Berufsfachschulen vorgeschlagen. Die Ausbildungs-/Studiendauer<sup>47</sup> bis zum Bachelorabschluss verkürzt sich gegenüber dem bisherigen Studiengang auf 4,5 Jahre.

Entsprechend den unter 3.1 formulierten Kriterien kann das zu entwickelnde Modell folgendermaßen umrissen werden:

### Anforderungen aus berufspolitischer Sicht

Berufspolitisch zielt der Studiengang auf eine Fortentwicklung der Akademisierung von zukünftig Pflegenden, die in weiten Teilen gemeinsam mit anderen Mitgliedern der Berufsgruppe ausgebildet werden und ein breites Grundverständnis von pflegekundlich fundierten Aufgabenstellungen entwickeln. Die Kompetenzentwicklung zielt auf die Befähigung zur wissenschaftlichen Begründung pflegerischen Handelns und die Entwicklung von Urteilsfähigkeit und Reflexivität. Insbesondere durch das Studium ergänzend zur Ausbildung sollen die AbsolventInnen in ihrer Kompetenz gefördert werden, komplexe Pflegeprozesse wissenschaftlich fundiert zu übersehen, zu strukturieren und verantwortlich in Pflgeteams mit unterschiedlichen Kompetenzstufen zu steuern und Laien, Angehörige, HelferInnen und Lernende situationsbezogen anzuleiten. Diese Zielsetzung kann jedoch nicht alleine durch das Studium realisiert werden, sondern setzt die Kooperation mit den Berufsfachschulen und deren bereits entwickelte Arbeitsbeziehungen zu den Einrichtungen der praktischen Ausbildung voraus. Auch, um eine Abgrenzung und Distanzierung zukünftiger Eliten zu vermeiden, bleiben die Studierenden zunächst in die Ausbildung der anderen Pflegekräfte integriert und erhalten so die Möglichkeit, Krisen des beruflichen Handelns aus unterschiedlichen Perspektiven zu reflektieren.

Das ausbildungsbegleitende Studium selbst ist generalistisch auf die pflegerische Versorgung aller Altersgruppen angelegt und, mit zeitversetztem Anfang zum Ausbildungsbeginn, wie oben unter Modell B beschrieben, in zwei Phasen gegliedert. Berufsfachschulen und Universität erarbeiten das Curriculum für den Studiengang der ersten Phase gemeinsam. Die für das Studium anerkannten Module werden in das Modulhandbuch des Studiengangs aufgenommen. Für Phase I werden drei Module mit insgesamt 20 ECTS ausbildungsbegleitend konzipiert, wobei zunächst eines dieser Module als praxisintegrierendes Transfermodul angelegt wird. Hier wird eine verstärkte inhaltliche Zusammenarbeit mit den Berufsfachschulen angestrebt. Weitere Module im Umfang von 70 ECTS werden für die Berufsfachschulen gemeinsam definiert. Diese Module werden so gestaltet, dass sie im Weiteren in ein neu zu entwickelndes, generalistisch orientiertes Curriculum der Berufsfachschulen integriert werden können. Dieser Prozess ist unabhängig von der Studiengangentwicklung und kann durch die Berufsfachschulen in Zusammenarbeit mit der Senatorischen Behörde für Arbeit, Gesundheit, Frauen, Jugend und Soziales initiiert werden. Ebenso ist es denkbar, dass die Studiengangentwicklung einen

---

<sup>47</sup> Die Hervorhebungen verweisen hier, wie in den vorangegangenen Abschnitten, auf zentrale Begrifflichkeiten der in Kapitel 3 entwickelten Untersuchungskriterien.

zusätzlich verstärkenden Impuls für den bereits begonnenen Prozess der Entwicklung einer Gesamtkonzeption für die Pflegebildung auf unterschiedlichen Niveaustufen gibt.

Die Entwicklung des Studiengangs bietet insgesamt die Möglichkeit, schrittweise die Annäherung zwischen berufsfachschulischer Ausbildung und Universität anzubahnen und die Lehrkräfte so in den Prozess der Akademisierung des Pflegeberufs einzubinden.

### **Anforderungen an die Systeme und Institutionen**

Die Studiengangentwicklung muss die strukturellen Bedingungen der beteiligten Systeme berücksichtigen. Das bedeutet, dass zunächst von den vorhandenen inhaltlichen, personellen und materiellen Ressourcen des bestehenden Studiengangs der Universität und der beteiligten Berufsfachschulen auszugehen ist. Das Studium soll mit dem Bachelor of Arts in Pflegewissenschaft abschließen, wofür insgesamt 180 ECTS in Anschlag gebracht werden. Die Ausbildungsstrukturen der kooperierenden Berufsfachschulen im Land Bremen werden durch die Mitwirkung im Studiengang in ihrer momentanen Form nicht berührt, sofern die entsprechenden Module im vereinbarten Qualitätsstandard angeboten werden können. Damit entstehen durch die Einrichtung des Studiengangs kaum zusätzliche Kosten. Um die Kooperationsstruktur in Hinblick auf die formulierten Ziele gewährleisten zu können, wird allerdings in jedem Fall die regelmäßige Teilnahme an Arbeitsbesprechungen und die Kommunikation der Ergebnisse nach innen erforderlich – hierfür sollten feste Kooperationsstrukturen vereinbart werden, die auch Strategien und Instrumente für die Überwindung von Kommunikationsproblemen vorsehen. Diesem zusätzlichen Aufwand kann ein erweiterter Informationsaustausch zwischen den Systemen als Mehrwert gegenüberstehen. In Bezug auf die Employability bzw. die Frage, inwieweit die AbsolventInnen auf dem Arbeitsmarkt anschlussfähig sind, können in der Phase der Konzeption keine Aussagen getroffen werden. Zur Absicherung sollte über die Berufsfachschulen der regelmäßige Gedankenaustausch mit den Einrichtungen der praktischen Ausbildung als potentiellen Arbeitgebern gesucht werden. Eventuell müssen auch hier Strategien und Instrumente gefunden werden, um eine schnelle Rückkoppelung zwischen Studiengang/Ausbildung und Berufspraxis zu ermöglichen.

Der Studiengang wäre damit in Bezug auf das gefundene Strukturmodell zunächst nicht als innovativ zu bezeichnen sondern orientiert sich an in der Bundesrepublik Deutschland bereits bestehenden Konzeptionen. Innovativ könnte demgegenüber die Strukturierung der Kooperation zwischen den verschiedenen Ausbildungsträgern im Prozess der Studiengangentwicklung und –durchführung gestaltet werden, womit eine Einbindung der Berufsfachschulen und ihrer Ressourcen in den Prozess der Akademisierung der Pflegebildung erfolgen würde. Die überschaubaren Strukturen im Land Bremen wären als Standortvorteil gewinnbringend zu nutzen.

### **Anforderungen aus bildungspolitischer, pflege- und hochschuldidaktischer Sicht**

Aus bildungspolitischer Sicht und mit Blick auf die Studien- und Ausbildungsqualität kann zunächst festgehalten werden, dass durch die Schaffung der Möglichkeit für einen Quereinstieg die Durchlässigkeit des Studiengangs grundsätzlich konzipiert ist. Um diese auch für bisherige und zukünftige AusbildungsabsolventInnen in der Pflege, die nicht über Abitur als Hochschulzugangsberechtigung verfügen, zu ermöglichen, werden geeignete Wege für entsprechende Aufnahmebedingungen gesucht. Weiterhin sind für die Module der Ausbildung, die mit 70 ECTS auf das Studium angerechnet werden, Qualitätskriterien für das Ausbildungsniveau zu entwickeln – z.B. in Bezug auf die Inhalte, die Qualifikation der modulverantwortlichen Lehrkräfte und die durchzuführenden Modulprüfungen – und entsprechend auszuweisen. Um die Arbeitsbelastung der Auszubildenden/Studierenden zu begrenzen, bestimmen die Berufsfachschulen in Absprache mit den Ausbildungseinrichtungen Freiräume für Präsenz-, Selbstlern- und Prüfungszeiten der Studierenden während der fachschulischen und berufspraktischen Ausbildung. Insgesamt wird ein Studienverlaufsplan für die Verzahnung zwischen Studium, fachschulischer Ausbildung und fachpraktischer Ausbildung erstellt.

Bei der gemeinsamen Arbeit am Modulhandbuch und der Entwicklung von einzelnen Modulen im Verlauf der Umsetzung des Studiengangs besteht die Möglichkeit einer schrittweisen Annäherung zwischen den fach- bzw. berufsfelddidaktischen und hochschuldidaktischen Positionen der beteiligten Institutionen in Richtung auf eine prozessorientiert zu entwickelnde didaktische Gesamtkonzeption. Das im Studiengang Pflegewissenschaft an der Universität Bremen entwickelte Modell der Interaktionistischen Pflegedidaktik (Darmann-Finck 2009; 2010) könnte hier als Orientierungsfolie für die Analyse und eine mögliche Konzeption dienen. Abhängig vom Prozessverlauf sind so innovative Entwicklungen denkbar.

## Literatur

- Achtenhagen, Frank; Baethge, Martin (2007): Kompetenzdiagnostik als Large-Scale-Assessment im Bereich der beruflichen Aus- und Weiterbildung. In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, Sonderheft 8, S. 51-70.
- Aiken, Linda H.; Clarke, Sean P.; Cheung, Robin B.; Sloane, Douglas M.; Silber, Jeffrez H. (2003): Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. In: JAMA: The Journal of the American Medical Association, 290. Jahrgang, 12. Heft, S. 1617-1623.
- AltPflAPrV (Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung) vom 26. November 2002 (BGBl. I S. 4418), zuletzt geändert durch Artikel 31 des Gesetzes vom 2. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2686). Herausgegeben durch: Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - [www.juris.de](http://www.juris.de)
- AltPflG (Altenpflegegesetz) in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. August 2003 (BGBl. I S. 1690), das zuletzt durch Artikel 12b des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) geändert worden ist. Herausgegeben durch: Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH -
- Altmann, Jörn (2007): Wirtschaftspolitik. Stuttgart: Lucius & Lucius
- Axmacher, Dirk (1991): Pflegewissenschaft – Heimatverlust der Krankenpflege? In: Rabe-Kleberg u.a. (Hg.): Dienstleistungsberufe in Krankenpflege, Altenpflege und Kindererziehung: Pro Person. Bielefeld, S. 120–138.
- Baraldi, Claudio; Corsi, Giancarlo; Esposito, Elena (1997): Glossar zu Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme. Frankfurt/Main: Suhrkamp
- Becker, Matthias; Spöttl, Georg (2008): Berufswissenschaftliche Forschung. Frankfurt/Main: Lang.
- Behrendt, Heidrun (2008): Analyse, Vergleich und Perspektiven zur Pflegeausbildung in den europäischen Ländern. Göttingen: Cuvillier.
- Behrens, Joachim; Langer, Gero (2006): Evidence-based Nursing and Caring. Interpretativ-hermeneutische und statistische Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen. 2. vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage. Bern: Huber.
- Benner, Patricia (1984): From novice to expert. Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park: Addison-Wesley.
- Bergmann, Karl-Otto (2008): Die juristische Problemstellung. In: Offermanns M. 2008, S. 46-63.
- Bischoff-Wanner, Claudia; Reiber, Karin (2006): Studienmodelle mit Bachelor und Master in der Pflege in nationaler und internationaler Perspektive. Ein hochschuldidaktisches Forschungs- und Entwicklungsprojekt. Projektbericht. Esslingen. <http://la.boa-bw.de/archive/frei/760/0/www.hs-esslingen.de/static/326/Projektbericht.pdf> [Zugriff: Juni 2010]
- BLK (Bund Länder Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung) (2003): Perspektiven für die duale Bildung im tertiären Bereich – Bericht der BLK, Materialien zur Bildungsplanung und zur Forschungsförderung, Heft 110. Bonn <http://www.blk-bonn.de/papers/heft110.pdf> [Zugriff: Juni 2010]
- BLK (Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung) (2000): Fachtagung der BLK „Duales Studium – Erfahrungen, Erfolge, Perspektiven“ am 2./3. November 1999 in Wolfsburg, (Materialien zur Bildungsplanung und zur Forschungsförderung, Heft 78) Bonn: <http://www.blk-bonn.de/papers/heft78.pdf> [Zugriff: Juni 2010]

- Blum, Karl; Isfort, Michael; Schilz, Patricia; Weidner, Frank (2005): Pflegeausbildung im Umbruch – Pflegeausbildungsstudie Deutschland (PABIS) – Studie des Deutschen Krankenhausinstituts und des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung. Zusammenfassung. Düsseldorf. <http://www.dki.de/PDF/Pabis.pdf> [Zugriff: Juni 2010]
- Blum, Karl; Isfort, Michael; Schilz, Patricia; Weidner, Frank (2006): Pflegeausbildung im Umbruch – Pflegeausbildungsstudie Deutschland (PABIS). Düsseldorf : Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hrsg.) (2009): Pflegeausbildung in Bewegung. Ein Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe. Schlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. [http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/PiB\\_Abschlussbericht.pdf](http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/PiB_Abschlussbericht.pdf) [Zugriff: Juni 2010]
- Bögemann-Großheim, Ellen (2004): Zum Verhältnis von Akademisierung, Professionalisierung und Ausbildung im Kontext der Weiterentwicklung pflegerischer Berufskompetenz in Deutschland. In: Pflege & Gesellschaft, 9. Jahrgang, 3. Heft, S. 100-106.
- Böhme, Hans (2008a): Rechtswissenschaftliche Grundlagen. In: Stemmer, Renate; Haubrock, Manfred; Böhme, Hans: Gutachten zu den zukünftigen Handlungsfeldern in der Krankenhauspflege. Erstellt im Auftrag des Sozialministeriums Rheinland-Pfalz. S. 231-290.
- Böhme, Hans J. (2008b): Versorgungsmanagement – Grundlagen für die Arbeitsverteilung. In: 1. JuraHealth Congress – Tagungsband S. 13-15. [www.rechtsdepesche.de/JuraHealth\\_Congress/](http://www.rechtsdepesche.de/JuraHealth_Congress/) [Zugriff: Juni 2010]
- Böhme, Hans J. (2008c): „Alles, was Recht ist...“ – Haftungsrecht in der Pflege. Seminarunterlagen im Auftrag des St. Vincenz-Krankenhauses in Limburg. <http://www.st-vincenz.de/downloads/Haftungsrecht.pdf> [Zugriff: Juni 2010]
- Bostelaar, René A. (2007): Das Kölner Case Management-Modell. Vortrag Fachtagung Entlassungsmanagement. [http://www.pik.or.at/fileadmin/user\\_upload/Fachtagung\\_EM/Bostelaar.pdf](http://www.pik.or.at/fileadmin/user_upload/Fachtagung_EM/Bostelaar.pdf) [Zugriff: Juni 2010]
- Breuckmann, Michael (2008): Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) unter Berücksichtigung des Igl-Gutachtens Auswirkungen auf die Pflegebildung. Manuskript eines Vortrags anlässlich der 8. Schulleiterkonferenz LAG Niedersachsen/Bremen, 20. November 2008, Osnabrück.
- Bücken, Michael (2008): Neuverteilung der Aufgaben im Gesundheitssystem – Ein Statement aus Sicht des Berufshaftpflichtversicherers. In: JuraHealth Congress (2008) – Tagungsband. S. 21 [www.rechtsdepesche.de/JuraHealth\\_Congress/](http://www.rechtsdepesche.de/JuraHealth_Congress/) [Zugriff: Juni 2010]
- Buhk, Henry; Lotz-Rambaldi, Winfried (2001): Compliance und Patientenschulung bei Diabetes mellitus Typ 2. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 44. Jahrgang, S. 5 – 13. Berlin u.a.: Springer.
- Choi, Bernard C.K.; Pak, Anita W.P. (2006): Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. In: Clinical and Investigative Medicine, 29. Jahrgang, 6. Heft, S. 351-364.
- CDU, CSU und FDP (2009): Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Koalitionsvertrag für die 17. Legislaturperiode <http://www.bmi.bund.de/cae/servlet/contentblob/773606/publicationFile/43692/koalitionsvertrag.pdf;jsessionid=E4FE9BD3B96E39771996144598C1FAB3> [Zugriff: Juni 2010]

- Coulter, Angela (2001): Measuring and Improving Patients` Experiences: How can we make Health Care Systems Work for Patients? Vortrag gehalten anlässlich der OECD Konferenz vom 5.–7. November 2001 in Ottawa, Tagungsband.
- Darmann, Ingrid (2004): Theorie-Praxis-Transfer und die Anforderungen an die verschiedenen Lernorte. In: PrInternet 6. Jahrgang, 4. Heft, S. 197-203.
- Darmann-Finck, Ingrid (2010): Interaktion im Pflegeunterricht. Begründungslinien der Interaktionistischen Pflegedidaktik. Frankfurt/Main: Lang.
- Darmann-Finck, Ingrid; Muths, Sabine (2009): Interaktionistische Pflegedidaktik. In: Olbrich, Christa (Hg.): Modelle der Pflegedidaktik. München: Urban & Fischer. S.1-21
- Darmann-Finck, Ingrid; Foth, Thomas (2010): Bildungsforschung, Qualifikationsforschung und Sozialisationsforschung in der Pflege. In: Schaeffer, Doris; Wingenfeld, Klaus (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim : Juventa
- Darmann-Finck, Ingrid; Muths, Sabine (2008): Rezeption und Beurteilung des POL durch die Lernenden. In: Darmann-Finck, Ingrid; Boonen, Angela (Hg.): Problemorientiertes Lernen auf dem Prüfstand. Hannover: Schlütersche. S. 77-95.
- Darmann-Finck, Ingrid; Muths, Sabine; Oestreich, Jens; Venhaus-Schreiber, Barbara (2007): Beratung und formative Prozessevaluation an der Bremer Krankenpflegeschule (BKS) – Unveröffentlichter Abschlussbericht.
- DBfK (Hrsg.) (2007): Advanced Nursing Practice: die Chancen für eine bessere Gesundheitsversorgung in Deutschland. Paderborn: Bonifatius.
- De Geest, Sabina; Moons, Philip; Callens, Betty; Gut, Chris; Lindpaintner, Lyn; Spirig, Rebecca (2008): Introducing advanced practice nurses/ nurse practitioners in health care systems: a framework for reflection and analysis. In: Swiss Medical Weekly, 138. Jahrgang, 43.-44. Heft, S. 621-628.
- Dettmeyer, Reinhard (2006): Medizin und Recht. Rechtliche Sicherheit für den Arzt. 2., vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage. Berlin: Springer.
- Deutscher Qualifikationsrahmen (2010): Der Deutsche Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen. <http://www.deutscherqualifikationsrahmen.de> [Zugriff: Juni 2010]
- Dielmann, Gerd (2001): Pflegeausbildung neu gedacht? – Zum Ausbildungsmodell einer Zukunftswerkstatt der Robert Bosch Stiftung. In: Pflege & Gesellschaft, 6. Jahrgang, 3. Heft, S. 87-93.
- Dielmann, Gerd (2003): Was ist gemeint, wenn von der Professionalisierung der Pflege die Rede ist. In: Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (a.a.O.)
- Dielmann, Gerd (2009): Erweiterte Kompetenzen für die Pflegeberufe. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Döhler, Marian (1997): Die Regulierung von Professionsgrenzen. Struktur und Entwicklungsdynamik von Gesundheitsberufen im internationalen Vergleich. Schriften des Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung, Köln; Bd. 30. Frankfurt/Main: Campus.
- Dornheim, Jutta; Maanen, Hanneke v.; Meyer, J. A.; Remmers, Hartmut; Schöniger, U.; Schwerdt, R.; Wittneben, Karin (1999): Pflegewissenschaft als Praxiswissenschaft und Handlungswissenschaft. In: Pflege & Gesellschaft, 4. Jahrgang, 4.Heft, S. 73-79
- Encke, Albrecht (2008): Ausübung der Heilkunde muss in ärztlicher Hand und Verantwortung bleiben. Positionspapier des AWMF. <http://www.bdi.de/allgemeine-infos/aktuelle-meldungen/ansicht/browse/42/article/ausuebung-der-heilkunde-muss-in-aerztlicher-hand-und-verantwortung-bleiben/135.html> [Zugriff: Juni 2010]

- Erpenbeck, John; Rosenstiel, Lutz von (2003): Einführung. In: Erpenbeck, John; Rosenstiel, Lutz von (Hg.): Handbuch Kompetenzmessung. Stuttgart: Schäfer-Poeschel. S. IX-XL.
- Ertl-Schmuck, Roswitha (2000): Pflegedidaktik unter subjekttheoretischer Perspektive. Frankfurt/Main: Mabuse.
- Ewers, Michael (2000): Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Huber
- Fahle, Klaus; Hanf, Georg (2005): Der Europäische Qualifikationsrahmen - Konsultationsprozess läuft. <http://www.bibb.de/de/21696.htm> [Zugriff: Juni 2010]
- Fischer, Thomas (2004): Primary Nursing und Casemanagement: Am Brückenkopf erwartet werden. In: Pflegezeitschrift 57. Jahrgang, 4. Heft, S.275-277.
- Friesacher, Heiner (2008): Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft. Göttingen: V & R Unipress.
- Frommberger, Dietmar (2009): „Durchlässigkeit“ in Bildung und Berufsbildung: Begriff, Begründungen, Modelle und Kritik. [http://www.bwpat.de/profil2/frommberger\\_profil2.pdf](http://www.bwpat.de/profil2/frommberger_profil2.pdf) [Zugriff: Juni 2010]
- Gerholz, Karl-Heinz; Sloane, Peter F. E. (2008): Der Bolognaprozess aus curricularer und hochschuldidaktischer Perspektive – Eine Kontrastierung von beruflicher Bildung und Hochschulbildung auf der Bachelor-Stufe. Universität Paderborn. [http://www.bwpat.de/ausgabe14/gerholz\\_sloane\\_bwpat14.pdf](http://www.bwpat.de/ausgabe14/gerholz_sloane_bwpat14.pdf) [Zugriff: Juni 2010]
- Görres, Stefan; Stöver Martina; Schmitt, Svenja; Bomball, Jaqueline; Schwanke, Aylin (2010): Qualitätskriterien für Best Practice in der Pflegeausbildung - Synopse evaluierter Modellprojekte - Abschließender Projektbericht. [http://www.ipp.uni-bremen.de/downloads/abteilung3/abschlussbericht\\_best\\_practice.pdf](http://www.ipp.uni-bremen.de/downloads/abteilung3/abschlussbericht_best_practice.pdf) [Zugriff: Juni 2010]
- Görres, Stefan (2003): Modellprojekt „Integrierte Pflegeausbildung in Bremen“ gefördert durch die Robert Bosch Stiftung im Rahmen des Programms „Gemeinsame Projekte von Hochschule und Praxis“ – Beschreibung zum Projektabschluss. [http://www.bosch-stiftung.de/content/language2/downloads/02020301\\_08\\_abschlussbericht.pdf](http://www.bosch-stiftung.de/content/language2/downloads/02020301_08_abschlussbericht.pdf) [Zugriff: Juni 2010]
- Görres, Stefan; Bohns, Stefanie; Stöver, Martina; Krippner, Antje (2003): Modellprojekt »Integrierte Pflegeausbildung in Bremen« In: Pflege & Gesellschaft 8. Jahrgang, 3. Heft, S. 91-96
- Görres, Stefan; Keuchel, Regina; Roes, Martina; Scheffel, Friedhelm; Beermann, Helga; Krol, Michael (2002): Auf dem Weg zu einer neuen Lernkultur: Wissenstransfer in der Pflege. Bern: Huber.
- Görres, Stefan; Ratz, Katrin; Christiansen, Tanja; Panter, Rosl (2005): Transfernetzwerk Innovative Pflegeausbildung (tip) – Synopse der Modellprojekte in Deutschland – Bremen. <http://www.iap.uni-bremen.de/pdf/Synopse-tip.pdf> [Zugriff: Juni 2010]
- Greb, Ulrike (2003): Identitätskritik und Lehrerbildung. Frankfurt/Main: Mabuse.
- Grebe, Christian (2006): Das Kölner Assessment Instrument mit Bostelaar-Index (KAI-BI®) im Case Management. Vortrag auf dem Cologne Congress Managed Care am 8.9. 2006. [http://cms.uk-koeln.de/live/cc-mc/content/e127/e428/Vortrag\\_Grebe\\_KAI-BI.pdf](http://cms.uk-koeln.de/live/cc-mc/content/e127/e428/Vortrag_Grebe_KAI-BI.pdf) [Zugriff: Juni 2010]
- Haubrock, Manfred (2008): Betriebswirtschaft/ Gesundheitsökonomie. In: Stemmer, Renate; Haubrock, Manfred; Böhme, Hans: Gutachten zu den zukünftigen Handlungsfeldern in der Krankenhauspflege. Erstellt im Auftrag des Sozialministeriums Rheinland-Pfalz. S. 141-227.
- Hauner, Hans (2006): Kosten und Anzahl der Typ-2-Diabetes-Fälle in Deutschland. Auf der Grundlage von Krankenkassendaten. In: Der Diabetologe 2. Jahrgang, S. 38 – 43.

- Hauner, Hans; Köster Ingrid; Schubert, Ingrid (2007): Trends in der Prävalenz und ambulanten Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus. Eine Analyse der Versichertenstichprobe AOK Hessen/ KV Hessen im Zeitraum von 1998 bis 2004. In: Deutsches Ärzteblatt 104. Jahrgang, 41. Heft, S. 2799 – 2805.
- Hauner, Hans; Kurnaz, A.A.; Groschopp, Cornelia; Haastert, B.; Feldhoff, K.-H.; Scherbaum W.A. (2000): Versorgung von Diabetikern in stationären Pflegeeinrichtungen des Kreises Heinsberg. In: Medizinische Klinik 95. Jahrgang, S. 608 – 612.
- HAW (2007): Dualer Studiengang Pflege (Bachelor of Arts). Modulhandbuch. [http://www.sp.haw-hamburg.de/sp/pflege/news/pdf/DualerBA/Modulhandbuch\\_dualer\\_BA.pdf](http://www.sp.haw-hamburg.de/sp/pflege/news/pdf/DualerBA/Modulhandbuch_dualer_BA.pdf) [Zugriff: Juni 2010]
- Hellige, Barbara; Hüper, Christa (2007): Professionelle Pflegeberatung und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke. Rahmenbedingungen-Grundlagen-Konzepte-Methoden. Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Horster, Detlef (2005): Niklas Luhmann. München: Beck.
- Huber, Peter (2006): Stand der Implementierung von Case Management. Die Umsetzung erfolgt zögerlich. In: Pflegezeitschrift 59. Jahrgang, 8. Heft, S.513-517.
- Hülksen-Giesler, Manfred; Brinker-Meyendriesch, Elfriede; Keogh, Johann; Muths, Sabine; Sieger, Margot; Stemmer, Renate; Stöcker, Gertrud; Walter, Anja (2010): Kerncurriculum Pflegewissenschaft für pflegebezogene Studiengänge – eine Initiative zur Weiterentwicklung der hochschulischen Pflegebildung in Deutschland. In: Pflege und Gesellschaft, 15. Jahrgang, Heft 3, S.216-236
- Hülksen-Giesler, Manfred (2008): Der Zugang zum Anderen. Zur theoretischen Rekonstruktion von Professionalisierungsstrategien pflegerischen Handelns im Spannungsfeld von Mimesis und Maschinenlogik. Göttingen: V & R Unipress.
- Icks, Andrea; Rathmann, Wolfgang; Rosenbauer, Joachim; Giani, Guido (2005): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Diabetes mellitus. Heft 24. Berlin: Robert Koch Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt.
- ICN (International Council of Nursing) (2008): Nursing Care Continuum – Framework and Competencies. ICN Regulation Series; Genf.
- Jahncke-Lattek, Änne-Dörte (2009): Intuition als Bestandteil pflegerischen Handelns in der ambulanten Pflege – Entstehungskontexte und Merkmale intuitiven Handelns. Dissertation an der Universität Bremen.
- Janka, H.U.; Redaelli, M.; Gandjour, A.; Giani, Guido; Hauner, Hans; Michaelis, D.; Standl, E. (2000): Epidemiologie und Verlauf des Diabetes mellitus in Deutschland. Evidenzbasierte Diabetes-Leitlinien DDG. Bochum: Deutsche Diabetes Gesellschaft.
- Jenkner, Carsten (2007): Moderne Wundversorgung und Patientenüberleitung schaffen Qualität. In: Die Schwester/ Der Pfleger 46. Jahrgang, S.954-955.
- Jong, Anneke de (o.J.): Erweiterung des Berufsbildes: Nurse Practitioner/advance practice nurse. Vortragsmanuskript.
- Jong, Anneke de; Landenberger, Margarete (2005): Ausbildung, Pflege und Gesundheitsberufe in den Niederlanden. In: Landenberger, Margarete et al.: Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Hannover: Schlütersche. S. 111 – 137.
- Kälble, Karl; Troschke, Jürgen von (2001): Gesundheitswissenschaftliche Aus- und Weiterbildung in Deutschland: Entwicklung, Entwicklungsstand. Die europäische Perspektive und die Heraus-

- forderung durch das neue Graduierungssystem. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 9. Jahrgang, 4. Beiheft.
- Keeney, S., Hasson, F., McKenna, H., & Gillen, P. (2005). Nurses', midwives' and patients' perceptions of trained health care assistants. In: Journal of Advanced Nursing 50. Jahrgang, 4. Heft, S. 345-355.
- KrPflAPrV (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege) vom 10.11.2003 (BGBl. I S. 2263) - [www.juris.de](http://www.juris.de)
- KrPflG (Krankenpflegegesetz) vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), zuletzt geändert durch Artikel 15 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874). Herausgegeben durch das Bundesministerium der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - [www.juris.de](http://www.juris.de)
- Landenberger, Margarete (2005): Ländervergleich: Lehren aus Deutschland, Großbritannien, den Niederlanden und Österreich für die Reform der Pflegeausbildung in Deutschland und Berlin. In: Landenberger, Margarete et al.: Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Hannover: Schlütersche. S. 177 – 215.
- Landenberger, Margarete; Stöcker, Gertrud; Filkins, Jacqueline; Jong, Anneke de; Them, Christa et al. (2005): Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland. Hannover: Schlütersche.
- Lieb, Wolfgang (2009): Jubiläum ohne Jubel – 10 Jahre Bologna. <http://www.nachdenkseiten.de/?p=4429> [Zugriff: Juni 2010]
- Liebl, Andreas (2007): Kosten in der Früh- und Spätphase des Diabetes mellitus. In: Der Internist 48. Jahrgang, 7. Heft, S. 708 – 714.
- Liebl, Andreas; Spannheimer, Andrea.; Reitberger Ursula.; Görtz Anita (2001): Kosten des Typ-2-Diabetes in Deutschland. Ergebnisse der CODE-2®-Studie. In: Medizinische Klinik 97. Jahrgang, 12. Heft, S. 713-719.
- Luhmann, Niklas (1990a): Der medizinische Code. In: Soziologische Aufklärung Bd. 5, Konstruktivistische Perspektiven. Opladen: Westdeutscher Verlag.S. 183-195.
- Luhmann, Niklas (1990b): Die Wissenschaft der Gesellschaft. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas (2002): Das Erziehungssystem der Gesellschaft. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie im Land Brandenburg (2008): Ergebnisse des Symposiums zum Modellprojekt – Tagungsbeiträge vom 17.10.2008 [http://www.masgf.brandenburg.de/cms/detail.php?gsid=bb2.c.416177.de&\\_siteid=8](http://www.masgf.brandenburg.de/cms/detail.php?gsid=bb2.c.416177.de&_siteid=8), [Zugriff: 13.02.2009]
- Mucke, Kerstin/ Schwiedrzik, Bernd (2000): Duale berufliche Bildungsgänge im tertiären Bereich – Möglichkeiten und Grenzen einer fachlichen Kooperation von Betrieben mit Fachhochschulen und Berufsakademien. Abschlussbericht des BIBB-Projektes 2.1003. <http://www.bibb.de/dokumente/pdf/Abschlussbericht-duale-Studiengaenge2000.pdf> [Zugriff: Juni 2010]
- Müller, Marie-Luise (2008): Neue Kompetenzen – Eine Herausforderung für die Pflege. In: JuraHealth Congress– Tagungsband. S. 45 – 47 [www.rechtsdepesche.de/JuraHealth\\_Congress/](http://www.rechtsdepesche.de/JuraHealth_Congress/) [Zugriff: Juni 2010]
- Muths, Sabine; Darmann, Ingrid; Frederichs, Doris; Oestreich, Jens; Venhaus-Schreiber, Barbara (2004): Mit Lernfeldern und POL zu beruflicher Kompetenz – Praktische Umsetzung im schulischen Alltag. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Narr, Helmut (1988): Ärztliches Berufsrecht. 2. Auflage. Köln Loseblatt.

- Nauerth, Anette; Evers, T.; Schmidt, B. (2006): Bericht zur "Machbarkeitsstudie zur Entwicklung eines hochschulzertifizierten Fachweiterbildungsangebotes für Angehörige der nicht-ärztlichen Heilberufe in NRW" Teil III. Bielefeld.
- Neiheiser, Ralf (2008): Neuordnung des Personaleinsatzes im Krankenhaus „Neuorganisation von Aufgaben im Krankenhaus“ – Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) – Manuskript eines Vortrags anlässlich der 8. Schulleiterkonferenz LAG Niedersachsen/ Bremen, 20. November 2008, Osnabrück.
- Neubert, Thomas R.; Vogt, Sebastian (2007): Interdisziplinärer Einsatz von Pflegeexperten bei gestörter Wundheilung – Teil 1: Fachkompetenzen problemorientiert nutzen. In: Pflegezeitschrift 60. Jahrgang, 8. Heft, S.424-428.
- Oelke, Uta; Maier, Katrin (2005): Pflegeausbildung & Pflegestudium kombinieren. Ein neuer dualer Studiengang mit dem Abschluss „Bachelor of Arts (Nursing)“ in: PrInterNet 7. Jahrgang, 1. Heft, S. 19-24.
- Oelke, Uta; Menke, Marion (2002): Gemeinsame Pflegeausbildung. Modellversuch und Curriculum für die theoretische Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege. Bern: Huber.
- Oevermann, Ulrich (1996): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe, Arno; Helsper, Werner (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Frankfurt/Main: Suhrkamp, S. 70-182.
- Offermanns, Matthias; Bergmann, Karl Otto (2008): Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes – Bericht des Deutschen Krankenhausinstitutes.  
<http://www.dki.de/index.php?TM=0&BM=2&LM=135> [Zugriff: Juni 2010]
- Olbrich, Christa (2009) (Hrsg.): Modelle der Pflegedidaktik. München: Urban& Fischer.
- Pawlick, Ingrid (2008): Übernahme von Heilkunde durch die Pflege – Eine Alternative für die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung? In: JuraHealth Congress (2008) – Tagungsband. S. 49-51. [www.rechtsdepesche.de/JuraHealth\\_Congress/](http://www.rechtsdepesche.de/JuraHealth_Congress/) [Zugriff: Juni 2010]
- Rau, Ferdinand (2009): Regelungen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes. In: das Krankenhaus 9. Jahrgang, 3. Heft, S. 198 – 208.
- Rauner, Felix (2002): Qualifikationsforschung und Curriculum. In: Fischer, Martin; Rauner, Felix (Hrsg.): Lernfeld: Arbeitsprozess. Baden-Baden: Nomos, S. 317-339.
- Rauner, Felix; Haasler, Bernd; Heinemann, Lars; Grollmann, Philipp (2009): Messen beruflicher Kompetenzen. Grundlagen und Konzeption des KOMET-Projektes. Münster: LIT.
- Reetz, Lothar; Seyd, Wolfgang (1995): Curriculare Strukturen beruflicher Bildung. In: Arnold, Rolf; Lipsmeier, Antonius (Hrsg.): Handbuch der Berufsbildung. Opladen: Leske+Budrich, S. 203-219.
- Reibnitz, Christine v. (2008): Versorgungsperspektiven im Gesundheitswesen In: JuraHealth Congress (2008) – Tagungsband S. 53. [www.rechtsdepesche.de/JuraHealth\\_Congress/](http://www.rechtsdepesche.de/JuraHealth_Congress/) [Zugriff: Juni 2010]
- Reinhart, Margarete (2003): Der berufsintegrierte pflegeerstausbildende Studiengang „Bachelor of Nursing“ an der Evangelischen Fachhochschule Berlin. In: Pflege und Gesellschaft, 8. Jahrgang, 3. Heft, S. 105 – 111.
- Remmers, Hartmut (2000): Pflegerisches Handeln. Wissenschafts- und Ethikdiskurse zur Konturierung der Pflegewissenschaft. Bern: Huber.

- Rennen-Allhoff, Beate; Bergmann-Tyacke, Inge (2000) Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe in Europa. Ausbildungsstandards in den EU-Mitgliedsstaaten. Bern: Huber.
- Richarz, Carola u.a. (2006): Konzeption und Umsetzung von Case Management im Klinikum München-Bogenhausen unter besonderer Berücksichtigung eines stationären Ansatzes. In: Hellmann, Wolfgang (Hrsg.): Handbuch Integrierte Versorgung, 7. Aktualisierte Auflage. Heidelberg, S.4-19.
- Risse, Ludger (2008): Neuverteilung der Aufgaben im Gesundheitssystem – Eine Standortbestimmung der Praxis. In: JuraHealth Congress (2008) – Tagungsband S. 55 – 57.  
[www.rechtsdepesche.de/JuraHealth\\_Congress/](http://www.rechtsdepesche.de/JuraHealth_Congress/) [Zugriff: Juni 2010]
- Roßbruch, Robert (2008): Neue Kompetenzen für die Pflege – Konsequenzen für das Berufsrecht. In: JuraHealth Congress (2008) – Tagungsband S. 59 -62.  
[www.rechtsdepesche.de/JuraHealth\\_Congress/](http://www.rechtsdepesche.de/JuraHealth_Congress/) [Zugriff: Juni 2010]
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007 – Kurzfassung. <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht07/Kurzfassung%202007.pdf> [Zugriff: Juni 2010]
- Schaeffer, Doris; Ewers, Michael (2006): Integrierte Versorgung nach deutschem Muster. In: Pflege & Gesellschaft, 11.Jahrgang, 3. Heft, S.197-209.
- Schmidt, Rainer (2008): Das Agnes-Konzept aus Sicht der Krankenkassen. Vortrag anlässlich des Statussymposiums „Sicherstellung der Primärärztlichen Versorgung –hausarztunterstützende Konzepte und Strukturen“. Veröffentlicht in Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie im Land Brandenburg (a.a.O.).
- Selinger, Yvonne; Landenberger, Margarete (2005): Ausbildungsmodelle in Deutschland und Berlin. In: Landenberger, M. et al: Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Hannover: Schlütersche. S. 217 – 270.
- SfAFGJS (Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales) (Hrsg.) (2009): Bericht - Situation und Perspektiven der Pflege in Bremen und Bremerhaven 2009. Bremen.  
[http://www.public-health.uni-bremen.de/downloads/abteilung4/publikationen/Bremer\\_Pflegebericht\\_2009.pdf](http://www.public-health.uni-bremen.de/downloads/abteilung4/publikationen/Bremer_Pflegebericht_2009.pdf) [Zugriff: Juni 2010]
- SfAFGJS (Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales) (Hrsg.) (2010): Bericht zur Pflegeausbildung an Fachschulen und Berufsfachschulen in Bremen und Bremerhaven. Ergänzung des Berichtes zur Situation und Perspektiven der Pflege in Bremen und Bremerhaven 2009. Bremen.
- Sieger, Margot (2001): Gestufte Studiengänge - eine neue Qualität der Bildung für die Pflege. In: Pflege & Gesellschaft, 6. Jahrgang, 3. Heft, S. 94 – 99.
- Sinclair, Helen (1991): Akademisch ausgebildete Krankenschwestern im Vereinigten Königreich: Mythos und Realität. In: Pflege, 4. Jahrgang, 1. Heft, S. 25 – 30.
- Sozialgesetzbuch (SGB) - Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung. Stand: Zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 30.7.2009 I 2495. <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/1.html>
- Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) Soziale Pflegeversicherung. Stand: Zuletzt geändert durch Art. 3 G v. 30.7.2009 I 2495. <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/1.html> [Zugriff: Juni 2010]

- Spilsbury, Karen; Meyer, Julienne (2004): Use, misuse and non-use of health care assistants: understanding the work of health care assistants in a hospital setting. In: Journal of Nursing Management 12. Jahrgang, 6. Heft, S. 411-418.
- Spirig, Rebecca; de Geest, Sabina (2004): „Advanced Nursing Practice“ lohnt sich! In: Pflege, 17. Jahrgang, 4. Heft, S. 233-236.
- Statistisches Bundesamt (2008): Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, Dezember 2007. Wiesbaden.
- Stemmer, Renate (2008): Pflegewissenschaft. In: Stemmer, Renate; Haubrock, Manfred; Böhme, Hans: Gutachten zu den zukünftigen Handlungsfeldern in der Krankenhauspflege. Erstellt im Auftrag des Sozialministeriums Rheinland-Pfalz. S. 47-139.
- Stemmer, Renate (2005): Die Bedeutung gestufter Studiengänge für die Pflege. In: Dr. med. Mabuse Nr. 157. [http://mabuse-downloads.de/zeitschrift/157\\_Stemmer.pdf](http://mabuse-downloads.de/zeitschrift/157_Stemmer.pdf) [Zugriff: Januar 2005]
- Stemmer, Renate (2003): Professionalisierung der Pflegearbeit durch Kooperation von Pflegewissenschaft und Pflegepraxis. In: Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft a.a.O.
- Stemmer, Renate (2001): Grenzkonflikte in der Pflege. Frankfurt/Main: Mabuse.
- Stemmer, Renate; Böhme, Hans (2008): Aufgabenverteilung im Krankenhaus der Zukunft. Einige Aussagen eines Gutachtens für das Sozialministerium Rheinland-Pfalz. In: Pflege und Gesellschaft, 13. Jahrgang, 2. Heft, S. 197 – 214.
- Stemmer, Renate; Haubrock, Manfred; Böhme, Hans (2008): Gutachten zu den zukünftigen Handlungsfeldern in der Krankenhauspflege. Erstellt im Auftrag des Sozialministeriums Rheinland-Pfalz. Mainz. [http://www.masgff.rlp.de/fileadmin/masgff/gesundheit/downloads/Gutachten\\_Handlungsfelder\\_RLP.pdf](http://www.masgff.rlp.de/fileadmin/masgff/gesundheit/downloads/Gutachten_Handlungsfelder_RLP.pdf) [Zugriff: Juni 2010]
- Stöcker, Gertrud (2005): Ausbildung der Pflegeberufe in Deutschland und Berlin. In: Landenberger, M. et al: Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. 25 - 77
- Stöcker, Gertrud (2006): Nurse Practitioner Stellungnahme aus Sicht des DBfK – 6. Fachgespräch Alumni Netzwerk „Pflege braucht Eliten“ [www.dbfk.de/download/download/vortrag-Stoecker-nurse-practit-2006-12-08.pdf](http://www.dbfk.de/download/download/vortrag-Stoecker-nurse-practit-2006-12-08.pdf) [Zugriff: Juni 2010]
- Stöcker, Gertrud (2008): Wo steht Deutschland? Pflegeausbildung im Vergleich. In: Heilberufe 60. Jahrgang, 8. Heft, S. 56-60.
- Stöcker, Gertrud; Wagner, Franz (2006): Pflegebildung – offensiv. Das neue Bildungskonzept des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe. In: Die Schwester Der Pfleger, 45. Jahrgang, 10. Heft, S. 839 – 841.
- Stratmeyer, Peter (2007): Vom Pflege- zum Versorgungsmanagement. In: Krankenhausumschau, 76. Jahrgang, S. 21-24.
- Sträßner, Heinz (2008): Die Ersetzung ärztlicher Ausgangszuständigkeit durch pflegerische Vorbehaltsaufgaben – eine neue Bewertung der Delegationsfrage. In: JuraHealth Congress (2008) – Tagungsband S. 79 – 83. [www.rechtsdepesche.de/JuraHealth\\_Congress/](http://www.rechtsdepesche.de/JuraHealth_Congress/) [Zugriff: Juni 2010]
- Strohbücker, Barbara (2005): Medikamentöse Schmerzbehandlung. In: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen. Osnabrück. S.76-80.
- Stussi, Elisabeth (1991): Neue Rolle der Krankenpflege – Generalist Nurse – Notwendigkeit oder Utopie? In: Krankenpflege 7-8. Heft, S. 404 – 407.

- Toth, Andor (2007): Liquidität steigern und Kosten senken durch Klinisches Case-Management. In: Das Krankenhaus, 99. Jahrgang, 1. Heft, S.23-27.
- Transfernetzwerk Innovative Pflegeausbildung (2005): Positionspapier der Kerngruppe »Transfernetzwerk Innovative Pflegeausbildung«. In: Pflege& Gesellschaft, 10. Jahrgang, 1. Heft, S. 65-66.
- Transfernetzwerk Innovative Pflegeausbildung (2007): Positionen zur Ausbildung in den Gesundheits- und Pflegeberufen. <http://www.tip-netzwerk.de/cms/dmdocuments/Positionspapier-TiP-2007.pdf> [Zugriff: Juni 2010]
- Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft - ver.di e.V. (Hrsg.)(2003): Professionalisierung der Pflege und Pflegebildung – Mythos oder realistische Perspektive? Zweite bundesweite Fachtagung für Lehrerinnen und Lehrer der Pflege. Tagungsband. Fulda [http://gesundheit-soziales.verdi.de/beruf/pflegelehrer/data/tagungsdoku\\_ft\\_pflegelehrer\\_062003](http://gesundheit-soziales.verdi.de/beruf/pflegelehrer/data/tagungsdoku_ft_pflegelehrer_062003) [Zugriff: Juni 2010]
- Wagner, Franz (2008): Neue Berufsperspektiven im Bereich der Pflege. In: JuraHealth Congress (2008) – Tagungsband S. 87 – 89. [www.rechtsdepesche.de/JuraHealth\\_Congress/](http://www.rechtsdepesche.de/JuraHealth_Congress/) [Zugriff: Juni 2010]
- Weidner, Frank; Rottländer, Ruth; Schwager, Sandra (2006): Pflegeausbildung in Bewegung – Gegenwart und Zukunft. In: Die Schwester Der Pfleger, 45. Jahrgang, 9. Heft, S.82-86.
- Wendt, Wolf Rainer (2008): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg i. B.: Lambertus.
- Witte, Johanna (2006): Change of degrees and degrees of change: Comparing adaptations of European higher education systems in the context of the Bologna process. Dissertation der Universität Twente/CHEPS, Enschede. [http://www.che.de/downloads/C6JW144\\_final.pdf](http://www.che.de/downloads/C6JW144_final.pdf) [Zugriff: Juni 2010]
- Wittneben, Karin (2003): Pflegekonzepte in der Weiterbildung für Pflegelehrerinnen und Pflegelehrer. Leitlinien einer kritisch-konstruktiven Pflegelernfelddidaktik. 5. überarbeitete Auflage. Frankfurt/Main: Lang.
- Wittneben, Karin (1995): Die Entwicklung der beruflichen und wissenschaftlichen Pflegeausbildung in den USA von 1872 – 1990. In: Mischo-Kelling M./Wittneben, K. (Hrsg.): Pflegebildung und Pflege-theorien. München, Wien, Baltimore: Urban&Schwarzenberg, S.11-34
- Zündel, Matthias (2009): Interaktionsorientiertes Bewegungshandeln. Dissertation der Universität Bremen. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:gbv:46-diss000113576> [Zugriff: Juni 2010]



**Institut für Public Health  
und Pflegeforschung**

Fachbereich 11  
Grazer Straße 4  
28359 Bremen

Telefon        0421 - 218 68880  
E-Mail         health@uni-bremen.de  
www.ipp.uni-bremen.de

Ipp-Schriften, Ausgabe 06

Konzeption und Überprüfung einer akademischen  
Erstausbildung von Pflegeberufen auf der Basis  
des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes im Land  
Bremen.

Machbarkeitsstudie, erstellt im Auftrag der  
Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend  
und Soziales.

05 / 2010  
ISSN 1867-1942 (Internetausg.)