

Aus der Klinik für Geriatrie und Altersmedizin – Forschungsgruppe Geriatrie/
AG Pflegeforschung der
Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**Zentrale Aspekte zur qualitätssichernden Weiterentwicklung
der Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Pflege**

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor rerum curae (Dr. rer. cur.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Sandra Strube-Lahmann

aus Grevesmühlen

Datum der Promotion: 06.09.2019

Inhalt

1. Zusammenfassung	3
1.1 Abstrakt (deutsch)	3
1.2 Abstact (englisch)	4
2. Einleitung	5
2.1 Hintergrund	5
2.2 Zielsetzung	9
3. Teilprojekt 1 (Publikation 1)	9
3.1 Methodik	9
3.2 Ergebnisse	10
4. Teilprojekt 2 (Publikation 2)	11
4.1 Methodik	11
4.2 Ergebnisse	12
5. Teilprojekt 3 (Publikation 3)	13
5.1 Methodik	13
5.2 Ergebnisse	13
6. Diskussion	15
6.1 Teilprojekt 1	15
6.2 Teilprojekt 2	16
6.3 Teilprojekt 3	18
7. Schlussfolgerungen	19
8. Literatur	20
9. Eidesstattliche Versicherung	24
10. Anteilserklärung an den erfolgten Publikationen	25
11. Druckexemplare der ausgewählten Publikationen	26
12. Lebenslauf	47
13. Vollständige Publikationsliste	48
14. Danksagung	49

Anmerkung:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde die männliche Sprachform gewählt. In diesem Zusammenhang wird darauf verwiesen, dass mit der verwendeten männlichen Sprachform alle Geschlechter gleichermaßen angesprochen werden.

1. Zusammenfassung

1.1 Abstrakt (deutsch)

Hintergrund: Die Anforderungen an eine qualitativ hochwertige zukunftsfähige und für Berufseinsteiger attraktive Pflege(aus)bildung steigen seit Jahren sukzessive an und damit auch die Notwendigkeit einer qualitätssichernden Weiterentwicklung dieser. Um die Qualitätsentwicklung und -sicherung der Pflege(aus)bildung voranzutreiben erscheint es sinnvoll, einheitliche Qualitätskriterien und -niveaus zu schaffen.

Methode: Die vorliegende Dissertation befasste sich anhand von drei Teilprojekten mit Aspekten der Pflegebildung. Mittels einer Befragung von Auszubildenden der Pflege wurde untersucht, welche Ausbildungsform Auszubildende der Pflege favorisieren und in welcher Form Fort- und Weiterbildungsbestrebungen vorliegen. Ziel der zweiten Untersuchung war der Vergleich der Ergebnisse der mündlichen, schriftlichen sowie praktischen Prüfungsergebnisse der Auszubildenden aller Gesundheits- und Krankenpflegeschulen im Land Berlin bezogen auf unterschiedliche Einrichtungen und Ausbildungsformen. Die dritte Studie untersuchte bei ambulanten Pflegediensten, ob es Zusammenhänge zwischen der Trägerschaft, der Größe eines ambulanten Dienstes und dessen regionaler Lage auf die Personalstruktur, den Stellenschlüssel, den Fortbildungsbedarf und das Auftreten von Pflegeproblemen gibt.

Ergebnisse: Die Ergebnisse der ersten Untersuchung zeigten, dass sich 59% der Auszubildenden sicher waren, nach Abschluss der Ausbildung eine berufliche Weiterqualifikation anzustreben. Von den nicht-akademischen Weiterbildungsmöglichkeiten waren für die Lernenden die Fachweiterbildungen in der Anästhesie- und Intensivmedizin sowie die Weiterbildungen im OP-Bereich und zum Praxisanleiter am interessantesten. Die zweite Untersuchung zeigte, dass der Anteil der nichtbestandenen Abschlussprüfungen im Zeitraum von 2008-2013 bei 10,3% lag. Beim ersten „Versuch“ erreichten 89,7% der Auszubildenden einen erfolgreichen Abschluss aller Prüfungsteile, wobei in den Einrichtungen mit traditioneller Ausbildungsform 10,7% der Prüfungen nicht bestanden wurden. Im Vergleich dazu bestanden bei der generalistischen Ausbildungsform 7,4%, bei der akademischen Ausbildungsform 5,5% der Prüfungsteilnehmer die Prüfungen nicht. Im Rahmen der dritten Untersuchung fiel auf, dass je höher der Bedarf in Bezug auf das entsprechende Fortbildungsthema eingeschätzt worden ist, desto höher wurde auch die Wichtigkeit eingeschätzt. In Bezug auf das eingesetzte Pflegefachpersonal zeigte sich, dass der Anteil von examinierten Pflegekräften mit einem Anteil von über 60% in ambulanten Diensten nicht-privater Trägerschaft höher war als in privaten Einrichtungen.

Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass bei Auszubildenden in der Pflege großes Interesse an beruflicher Weiterqualifikation besteht. Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass die Prüfungsergebnisse in Einrichtungen die modellhaft ausbildeten deutlich homogenere Ergebnisse erzielt wurden, was die Einführung zentraler Prüfverfahren für alle Prüfungsbereiche unterstützen könnte. Mit

Blick auf eine gesicherte Patientenversorgung sollte unabhängig von Trägerschaft und Setting Pflegefachpersonal eingesetzt werden, welches eine Ausbildung mit vergleichbarem Inhalt und Niveau vorhalten kann, und deren Absolventen befähigt, Pflegeempfänger altersunabhängig und sektorenübergreifend zu versorgen.

1.2 Abstract (englisch)

Background: The requirements for high quality, future-oriented nursing education have been gradually increasing for years and at the same time, the need for quality-enhancing further development. In order to promote the development of high quality and assurance of nursing (vocational) education, it makes sense to create uniform quality criteria and levels.

Methods: This dissertation dealt with aspects of nursing education on the basis of three subprojects. The aim of the first study was to show which form of apprenticeship nursing favors, whether and in what form continuing and further training efforts are available, and which areas are favored here. The aim of the second study was to compare the results of the oral, written and practical examination results of the trainees of all health and nursing schools in the state of Berlin, based on the different institutions and forms of training. The purpose of the third study was to examine the extent to which there is a link between sponsorship, the size of an outpatient service and its regional situation with regard to staffing, job-creation, training needs and the occurrence of care problems.

Results: The results of the first study showed that 59% of the trainees were sure that they would want to continue their vocational training after completing their training. Of the non-academic continuing education opportunities, the further education in anesthetics and intensive care as well as the further education in the operating theater and the practical tutor were the most interesting for the students. The second study showed that the proportion of non-completed statutory audits over the period 2008-2013 was 10.3%. At the first "trial", 89.7% of the trainees successfully completed all parts of the examination, with 10.7% of the examinations in traditional training facilities failing. Compared to this, there were 7.4% in the generalist form of education, and 5.5% in the academic form of study. In the third study, it became apparent that the higher the need for the corresponding training topic, the higher the importance was assessed. With regard to the nurses employed, the study revealed that the proportion of registered nurses with a share of more than 60% was higher in the non-private outpatient services than in the private institutions.

Conclusions: The results indicate that there is a great deal of interest in continuing vocational training for nursing trainees. In addition, it has been shown that the results of examinations in facilities that have been modeled have achieved much more homogenous results, which could support the introduction of centralized testing procedures for all audit areas. Regardless of sponsorship and setting, nursing professionals should be able to provide training with comparable content and levels, and enable their graduates to care for caregivers independent of age and across sectors.

2. Einleitung

2.1 Hintergrund

Die Anforderungen an eine qualitativ hochwertige und zukunftsfähige Pflegeausbildung sind in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen und damit auch die Notwendigkeit einer qualitätssichernden zukunftsfähigen Weiterentwicklung dieser. Vor diesem Hintergrund erscheint es notwendig, dass einheitliche Qualitätskriterien sowie -niveaus geschaffen werden, um die Qualitätsentwicklung der Pflege(aus)bildung voranzutreiben.

Gesamtgesellschaftlich genießt der Pflegeberuf nach wie vor unzureichendes Ansehen, wird als Hilfs- und nicht als Heilberuf verstanden, was sich sowohl in der Bezahlung, den verbesserungsbedürftigen Arbeits- und Rahmenbedingungen sowie nicht zuletzt in den Berufsausstiegen bei kurzer Berufsverweildauer sowie vergleichsweise hohem Krankenstand widerspiegelt [1]. Der Pflegeberuf und damit auch die Pflege(aus)bildung müssen mit Blick auf den demographischen Wandel, der damit einhergehenden stetigen Zunahme von Pflegeempfängern, den veränderten Versorgungsstrukturen, sich daraus ergebenden neuen Anforderungen und Herausforderungen sowie der Notwendigkeit der Anerkennung und Vergleichbarkeit der Abschlüsse im europäischen sowie internationalen Kontext gerecht werden [2].

Seit Jahren lassen sich in Bezug auf die internationale Pflegeausbildung deutliche Reformtendenzen beobachten. So wurde im Rahmen des Bolognaprozesses der Pflegeberuf nicht nur in Deutschland, sondern in den meisten europäischen Ländern schrittweise auf ein höheres Bildungsniveau gehoben [3]. Mittlerweile ist die grundständige Pflegeausbildung europaweit überwiegend akademisiert und demzufolge an Universitäten oder Hochschulen für angewandte Wissenschaften verortet [4-7]. Demnach sind in der europäischen Union und darüber hinaus auf internationaler Ebene Bachelorabschlüsse für die Ausbildung im Bereich der Pflege charakteristisch [4, 6]. In diesem Zusammenhang wurden die Zugangsvoraussetzungen angeglichen und in den meisten EU-Mitgliedsstaaten auf zwölf beziehungsweise dreizehn Jahre Allgemeinbildung festgelegt [6-8]. Deutschland kommt in Bezug auf die Pflege(aus)bildung noch immer eine Sonderrolle zu [5-7, 9, 10]. Einerseits, weil sich die Akademisierung bislang überwiegend auf die Bereiche Management, Pädagogik und Wissenschaft beschränkte und zudem eine abgeschlossene Berufsausbildung im Bereich der Pflege voraussetzte [5, 11]. Andererseits, weil die grundständige Pflegeausbildung nach wie vor im nichtakademischen Bereich verortet ist und in Form einer dreijährigen Ausbildung erfolgt [7]. Diese wiederum weist eine Dreiteilung in die Bereiche Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Altenpflege auf. Bestrebungen, die Pflege(aus)bildung in Deutschland, wie im europäischen Kontext üblich, zu generalisieren und zu akademisieren, bestehen seit vielen Jahren [5, 12-14]. Der Wissenschaftsrat (2012, S.8) empfiehlt daher seit langem die Einführung von primärqualifizierenden Studiengängen in der Pflege [9].

Bereits mit der Novellierung des Krankenpflegegesetzes im Jahr 2003 und dessen Inkrafttreten 2004 wurde zunächst eine Modellklausel eingeführt, die es Universitäten und Hochschulen sowie mit Hochschulen kooperierenden Krankenpflegesschulen ermöglicht, die Pflegeausbildung in Form eines Bachelorstudiums modellhaft anzubieten [15]. Auf dieser Grundlage sind in den vergangenen Jahren deutschlandweit insgesamt 37 primärqualifizierende Studiengänge entstanden [16]. Seit langem fordern Pflegeexperten, Pflegewissenschaftler, Pflegeverbände und andere eine Ausrichtung der Pflegeausbildung an wachsende Anforderungen und neue Herausforderungen sowie eine Angleichung an den europäischen Kontext.

Insgesamt wurde über einen Zeitraum von mehr als 10 Jahren an einer Reform der Pflegeausbildung gearbeitet, welche mittels Pflegeberufereform die drei Ausbildungsbereiche (Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Altenpflege) zusammenführen und die Akademisierung der Pflegeausbildung sichern soll. Jahrelang haben Befürworter und Gegner um das neue Pflegeberufegesetz gerungen, so dass, obwohl dieses im Koalitionsvertrag vereinbart war, nach fast einjährigem Stillstand in der parlamentarischen Debatte erst am 22. Juni 2017 im Bundestag beschlossen wurde [17, 18]. Nach zunächst fast aussichtslosen Verhandlungen wurde sich letztlich auf einen Kompromiss zum eigentlichen Pflegeberufereformgesetz (rein generalistische Ausrichtung) geeinigt und die Reform durch das Pflegeberufegesetz (Kompromiss zum Pflegeberufereformgesetz) verabschiedet [17]. Durch die Einführung der generalistischen Pflegeausbildung werden im Rahmen des Pflegeberufegesetzes zukünftig die drei Pflegeberufe zu einem Berufsbild zusammengefasst. Daneben besteht, zunächst für die Dauer von sechs Jahren, die Möglichkeit, eine Pflegeausbildung mit den entsprechenden Schwerpunkten (Gesundheits- und Kinderkrankenpflege oder Altenpflege) beziehungsweise im Bereich der Altenpflege oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu absolvieren. Darüber hinaus formuliert das Gesetz entsprechende Voraussetzungen für ein grundständiges, berufsqualifizierendes Pflegestudium, welches deren Absolventen den unmittelbaren Berufseinstieg in die Pflege ermöglicht. Dieses bleibt allerdings ausschließlich dem Zweig der generalistischen Ausrichtung vorbehalten [19].

Das Pflegeberufegesetz, im Besonderen der Zweig der generalistischen Ausrichtung, wird den gestiegenen Anforderungen, welche sich in Form von Niveausteigerungen, Kompetenzerweiterungen sowie erweiterten Handlungsfeldern offenbaren, zukünftig besser gerecht. Besonders hervorzuheben sind hierbei die Festschreibung vorbehaltener Aufgaben, die hochschulische Ausbildung als zweiter Zugang zum Beruf sowie die damit in Zusammenhang stehende Ausführung heilkundlicher Tätigkeiten [19]. In diesem Zusammenhang weist der Deutsche Pflegerat darauf hin, dass eine Neuverteilung der Aufgaben erfolgen muss, was veränderte Kompetenzprofile erforderlich macht [20, 21]. Im Hinblick auf die Kompetenzniveaus verweist der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) darauf, dass die in den Gesetzen geforderten Kompetenzen eindeutig dem DQR-Niveau 5 entsprechen (DQR= Deutscher Qualifikationsrahmen), so dass aktuell eine Einordnung der Pflegeberufe in den Deutschen

Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR)-Niveau 5 empfohlen wird [22, 23]. Durch eine nunmehr gemeinsame Grundausbildung werden berufliche Betätigungsfelder endlich zusammengeführt und ein gleichermaßen hohes Ausbildungsniveau für zukünftiges Pflegepersonal geschaffen, an die sich entsprechende spezialisierende Weiterbildungen anschließen können [24, 25]. Im Besonderen stellt die Ausbildungsreform sicher, dass zukünftig ausgebildete Pflegefachpersonen in der Lage sind, in allen Settings den entsprechenden Pflegephänomenen und –situationen angemessen begegnen zu können. Hierbei ist es von höchster Bedeutung, dass in Zukunft allen Pflegeempfängern sektorenübergreifend und lebensphasenunabhängig gleichermaßen professionell ausgebildetes Pflegefachpersonal zur Verfügung steht [24, 26].

Mit Blick auf die derzeitigen Reformtendenzen und dem Ziel, eine zukunftsfeste, qualitativ hochwertige Pflege(aus)bildung sowie eine hochwertige pflegerische Versorgung zu sichern, sollten im Rahmen dieser Arbeit die entsprechenden Bedarfe von Seiten der Auszubildenden und der Pflegepraxis ermittelt werden. Gerade vor dem Hintergrund noch umzusetzender Reformen, erscheinen solche Untersuchungen als besonders wichtig. Die ermittelten Perspektiven sollten im Hinblick auf die Frage, inwieweit die Aus- Fort- und Weiterbildungen reformbedürftig sind, die Aspekte Vergleichbarkeit und Anerkennung der Abschlüsse, Qualitätssicherung der Pflege(aus)bildung und damit in Zusammenhang stehende Anforderungen und neue Herausforderungen an die Pflege(aus)bildung einbeziehen. Darüber hinaus sollten aus der Pflegepraxis ermittelte Fortbildungsbedarfe bei dieser Frage Berücksichtigung finden und die benannten Aspekte sowohl in Gesetzgebungsverfahren und damit in Zusammenhang stehenden Reformen von Berufsgesetzen als auch im Hinblick auf eine Neuausrichtung und -gestaltung curricularer Strukturen im Aus-, Fort- und Weiterbildungsbereich der Pflege Beachtung finden.

Bislang gibt es kaum Erhebungen, die untersuchen wie Auszubildende selbst, im Anschluss an ihre Pflegeausbildung, ihren Weiterbildungsbedarf einschätzen. Mit Blick darauf, dass nicht über, sondern mit Pflegenden gemeinsam die Pflege(aus)bildung gestaltet werden müsste, wurde im Rahmen einer **ersten Untersuchung** eine Befragung durchgeführt. Mittels dieser sollten das Interesse an einer Weiterbildung beziehungsweise an einem Studium im Anschluss an die Pflegeausbildung sowie der Einfluss demographischer Merkmale auf die Präferenz hinsichtlich Bachelorstudium vs. traditionelle Ausbildung ermittelt werden. Möglicherweise bevorzugt der überwiegende Teil der Auszubildenden eine Weiterbildung nach Ausbildungsende beziehungsweise hält dies für notwendig. Die lang und häufig diskutierte Frage „Einführung der Generalistik ja/nein?“ und die damit in Zusammenhang stehende Kritik an der Generalistik selbst, könnte aufgrund eines möglicherweise festgestellten Weiterbildungsbedarfes durch die Lernenden im Anschluss an die Ausbildung obsolet werden. Mit Blick auf eine qualitätsgesicherte Pflegeausbildung (aktuell unter Nutzung verschiedener Ausbildungskonzepte) und einer zunehmend sektoren- und lebensphasenunabhängigen Pflege könnte die generalistische Ausbildung der Schlüssel zur Qualitätsverbesserung beziehungsweise -sicherung

sowie einer grundsätzlichen Aufwertung des Pflegeberufes sein und diesen Beruf schließlich in die Bildungsnormalität überführen [17, 25].

In Hinblick auf momentan noch bestehende Dreiteilung der Pflegeberufe sowie die Anwendung unterschiedlicher Ausbildungskonzepte und Prüfungsverfahren ist eine Vergleichbarkeit der Abschlüsse sowohl innerhalb eines Bundeslandes als auch bundeslandübergreifend schwierig beziehungsweise kaum gegeben. Betrachtet man die Pflegeausbildungen allein unter dem Gesichtspunkt der Curricula und der zumeist dezentralen Abschlussprüfungen, so wird schnell deutlich, dass die Vergleichbarkeit eingeschränkt ist, was zur Verminderung von Qualität und Niveau führen kann [27-29]. Momentan ist die Pflegeausbildung in Deutschland überwiegend an „Schulen der besonderen Art“ verortet und liegt in der Hoheit der jeweiligen Bundesländer. Im Land Berlin wird die Ausbildung in der Pflege neben den Bundesgesetzmäßigkeiten (Krankenpflegegesetz-KrPflG und der entsprechenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnung-APrVO) durch das Gesundheitsschulanerkennungsgesetz geregelt. Hier ist unter anderem festgelegt, dass die schriftlichen Abschlussprüfungen zentral durchgeführt werden müssen, die mündlichen und schriftlichen Abschlussprüfungen hingegen dezentral organisiert sind [30]. Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen einer **zweiten Untersuchung** ein besonderer Fokus auf die Abschlussprüfungen der Pflegeausbildung gelegt. Die dazu durchgeführte Untersuchung beschränkt sich hierbei ganz bewusst auf ein Bundesland, da aufgrund der unterschiedlichen Gesetzmäßigkeiten eine Vergleichbarkeit der Bundesländer untereinander nicht möglich wäre. Um zu eruieren, inwieweit systematische Unterschiede zwischen zentralen und dezentralen Prüfungen im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege bestehen, sollten die bisherigen Ergebnisse systematisch analysiert und eine Positionsbestimmung durchgeführt werden, um möglichen Handlungsbedarf aufzeigen zu können. Die Ergebnisse wurden, neben dem Trend, bezogen auf die unterschiedlichen Einrichtungen und Ausbildungsformen (generalistisch, akademisch, traditionell) hin analysiert.

Für die Pflege(aus)bildung ergeben sich durch veränderte demographische Gesellschaftsstrukturen veränderte Anforderungen und Herausforderungen. Es wird davon ausgegangen, dass die Zahl der Pflegebedürftigen von 2,5 Millionen im Jahr 2011 auf bis zu 3,5 Millionen im Jahr 2030 ansteigen wird [31, 32]. Der Großteil von ihnen, circa 75% wird in der eigenen Häuslichkeit versorgt. Im Hinblick auf eine hochwertige Pflege sowie eine sichere Patientenversorgung wird im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich Pflegefachpersonal benötigt, welches diesen veränderten Herausforderungen und Anforderungen gerecht wird. Da zunehmend immer mehr multimorbide und/oder chronisch kranke Menschen im ambulanten Sektor versorgt werden, müssen die Aus-, Fort- und Weiterbildungsstrukturen dieser Situation angepasst und gerecht werden [23, 33]. Eine hochwertige und qualitätsgesicherte pflegerische Versorgung ist nicht nur von einer entsprechend hochwertigen Pflege(aus)bildung abhängig, sondern wird von unterschiedlichen Aspekten beeinflusst. So konnten vorangegangene Untersuchungen in stationären Pflegeeinrichtungen beispielsweise Zusammenhänge zwischen Fachkraftquote und Pflegequalität aufzeigen [34]. Vor diesem Hintergrund

wurden in der **dritten Untersuchung**, die - im Zuge einer repräsentativen, multizentrischen Studie - bundesweit erhobenen Daten zu pflegerelevanten Strukturen und gesundheitsbezogenen Ergebnissen ambulanter Pflegedienste ausgewertet.

2.2 Zielsetzung

Für die vorliegende Arbeit wurde als übergeordnetes Ziel folgende Zielsetzung formuliert: „Welche Anforderungen an eine Weiterentwicklung der Pflegeausbildung sowie der Fort- und Weiterbildungen bestehen in der Pflege?“

Auf dieser Grundlage wurden im Rahmen der vorliegenden Promotion insgesamt drei Zielsetzungen formuliert, denen in drei Teilprojekten nachgegangen wurde. Das erste Ziel war Forschungsgegenstand der ersten Untersuchung (Teilprojekt 1 - Publikation 1). Das zweite Ziel wurde im Rahmen der zweiten Untersuchung (Teilprojekt 2 - Publikation 2) verfolgt, das dritte Ziel war entsprechend Forschungsgegenstand der dritten Untersuchung (Teilprojekt 3 - Publikation 3).

1. Teilprojekt: Ziel war aufzuzeigen, welche Ausbildungsform (akademisch/nicht-akademisch) Auszubildende der Pflege favorisieren, ob und in welcher Form Fort- und Weiterbildungsbestrebungen vorliegen, und welche Bereiche hierbei favorisiert werden.

2. Teilprojekt: Ziel war der Vergleich der Ergebnisse der mündlichen, schriftlichen sowie praktischen Prüfungsergebnisse der Auszubildenden aller Gesundheits- und Krankenpflegeschulen im Land Berlin bezogen auf die unterschiedlichen Einrichtungen und Ausbildungsformen (generalistisch, akademisch, traditionell).

3. Teilprojekt: Ziel war es, zu untersuchen, inwieweit es einen Zusammenhang zwischen der Trägerschaft, der Größe eines ambulanten Dienstes und dessen regionaler Lage auf die Personalstruktur, den Stellenschlüssel, den Fortbildungsbedarf und das Auftreten von Pflegeproblemen (Mangelernährung, Dekubitus) gibt.

3. Teilprojekt 1 (Publikation 1)

3.1 Methodik

Zur **Untersuchung des ersten Zieles** wurde eine Erhebung an einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule mittels geschlossenem Fragebogen zum Interesse an akademischen und nicht-akademischen Weiterbildungsmaßnahmen beziehungsweise zum Interesse an einer akademischen Ausbildung durchgeführt. Hierbei wurde eine Befragung durchgeführt, welche die Bereitschaft und die wahrgenommene Notwendigkeit einer Weiterbildung im Pflegebereich beziehungsweise der Akademisierung der Pflege aus Sicht der Lernenden ermittelt. Zur demographischen Charakterisierung wurden Merkmale, wie Alter, Geschlecht und Schulabschluss erhoben. Mittels einer 5-stufigen Antwortskala konnten die Teilnehmer die Stärke des Interesses an entsprechenden Fortbildungen einschätzen. Für den nicht-akademischen Bereich standen insgesamt acht Qualifikationsbereiche, wie

beispielsweise eine Weiterbildung zur Stations- oder Pflegedienstleitung sowie Fachweiterbildungen (zum Beispiel Fachweiterbildung Onkologie oder Nephrologie). Für den akademischen Bereich standen insgesamt vier Qualifikationsbereiche, beispielsweise Pflegemanagement oder Pflegepädagogik zur Auswahl. Der Fragebogen wurde mittels Pretest auf Verständlichkeit und Lesbarkeit geprüft. An der Befragung nahmen von den 88 anwesenden Auszubildenden insgesamt 72 Lernende teil. Die statistische Analyse erfolgte zunächst deskriptiv. Anschließend wurde eine logistische Regression durchgeführt, um den Einfluss demographischer Merkmale auf die Präferenz hinsichtlich Bachelorstudium vs. traditionelle Ausbildung zu untersuchen. Die Berechnungen erfolgten mit SPSS für Windows© (Version 19).

3.2 Ergebnisse

Von den 72 befragten Auszubildenden waren 77,8% weiblichen Geschlechts. Von 70 Lernenden, von denen Angaben zum Alter vorlagen, waren 62,9% jünger als 22 Jahre. Zum Schulabschluss lagen Angaben von 69 Auszubildenden vor. Hierbei lag der Anteil der Abiturienten bei 78,3%. Insgesamt waren sich 59% der Auszubildenden sicher, nach Abschluss der Ausbildung eine berufliche Weiterqualifikation anzustreben. 16% der Befragten gaben zwar an, sich weiterqualifizieren zu wollen, allerdings nicht im Bereich der Pflege. Hierbei wurden vorrangig die Bereiche Medizin und Sonderpädagogik benannt. Von den Lernenden, die ein prinzipielles oder vermeintliches Interesse an einer Weiterqualifikation in der Pflege anstrebten, schwankte die Anzahl der gültigen Antworten zwischen n=43 (Pflegedienstleitung) und n=54 (Pflegepädagogik). Von den nicht-akademischen Weiterbildungsmöglichkeiten war die Fachweiterbildung in der Anästhesie- und Intensivmedizin für die Lernenden am interessantesten. In Bezug auf diese Fachweiterbildung äußerten von den 49 Lernenden 36,7% sehr großes Interesse und 24,5% großes Interesse. Weitere 16,3% gaben mögliches Interesse sowie 8,2% der Lernenden geringes Interesse an. Ein vergleichsweise ähnliches Bild zeigte sich für Weiterbildungen im OP-Bereich sowie zum Praxisanleiter. Von 44 Auszubildenden bekundeten für den OP-Bereich 41% sehr großes beziehungsweise großes Interesse. Für die Fachweiterbildung zum Praxisanleiter bekundeten von 51 Lernenden insgesamt 9,8% sehr großes Interesse sowie 31,4% großes Interesse. Das geringste Interesse bestand für die Fachweiterbildung im Bereich der Nephrologie und die Weiterbildung zur Stationsleitung. Bei den Weiterbildungen im akademischen Bereich bestand das größte Interesse an einem Studium der Pflegepädagogik. Von 54 Lernenden äußerten 29,7% sehr großes beziehungsweise großes Interesse. An einem „Bachelor of Nursing“, in Form eines zweijährigen Zusatzstudiums nach Ausbildungsende, bekundeten 10 Auszubildende (22,7%) sehr großes beziehungsweise großes Interesse. Für den Bereich der Pflegewissenschaft zeigten die Befragten ein eher geringeres Interesse. Diesbezüglich bekundeten nur 5,7% der Lernenden sehr großes beziehungsweise 13,2% großes Interesse. In Bezug auf die nicht-akademische und akademische Ausbildung in der Pflege bevorzugten 67,7% die dreijährige traditionelle Ausbildung und 32,3% ein

vierjähriges (primärqualifizierendes) Bachelorstudium. So favorisierten mit Blick auf den Schulabschluss 92,3% der Auszubildenden mit Realschulabschluss die dreijährige Ausbildung. Im Rahmen der durchgeführten logistischen Regression ließ sich der Schulabschluss als ein statistisch signifikanter Einflussfaktor auf die Wahl der Ausbildungsform ermitteln.

4. Teilprojekt 2 (Publikation 2)

4.1 Methodik

Zur **Untersuchung des zweiten Zieles** erfolgte in Form einer Sekundärdatenanalyse die Verwendung der Abschlussnoten der Auszubildenden aller 16 Berliner Gesundheits- und Krankenpflegeschulen aus den Jahren 2008-2013 der mündlichen, schriftlichen und praktischen Prüfungsteile. Eingeschlossen in diese Untersuchung wurden alle Auszubildenden (Vollerhebung), welche als Prüfungsteilnehmer durch das Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGeSo) zugelassen wurden. Die Prüfungsergebnisse aller Teilnehmer wurden dem LAGeSo mittels entsprechender Prüfungsniederschrift mitgeteilt. Hierbei wurden alle, die an der Prüfung teilgenommen haben, erfasst, unabhängig davon, ob die Prüfung „bestanden“ oder „nicht bestanden“ wurde. Die durch das LAGeSo bereitgestellten Daten wurden in Form von Excel-Datenblättern jahresweise und einrichtungsbezogen zur Verfügung gestellt, woraufhin die Datenblätter in das SPSS-Statistikprogramm übertragen und zusammengefasst wurden. Eine Hochschule, welche im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege primärqualifizierend ausbildet, beteiligt sich aufgrund eines entsprechend höher gelagerten Ausbildungsniveaus nicht an dem zentralen Prüfverfahren im Land Berlin. Von den insgesamt 16 ausbildenden Einrichtungen bilden vierzehn nach traditionellem, eine nach generalistischem sowie eine weitere nach akademischem Ausbildungskonzept aus. Das Erfassen der Ergebnisse aller Prüfungsteile wurde anhand der in der Prüfung vergebenen Noten 1-6 (Prüfungsergebnisse) durchgeführt. Es standen insgesamt drei Kategorien (mündlicher, schriftlicher, praktischer Prüfungsteil) zur Verfügung, in welcher die entsprechende Note (jahresweise und einrichtungsbezogen) erfasst wurde. Der zentrale, schriftliche Prüfungsteil wird in Form von insgesamt drei schriftlichen Aufsichtsarbeiten berlinweit in allen Einrichtungen zeitgleich absolviert. Die mündlichen und praktischen Prüfungsteile unterliegen gesetzlichen Rahmenvorgaben, jedoch ist bei diesen, aufgrund der dezentralen Verortung, eine Einheitlichkeit nicht gegeben. Im Rahmen der Analyse erfolgte ein deskriptiver Vergleich der Einrichtungen. Die Anteile der Abschlussnoten wurden zunächst pro Prüfungskategorie berechnet und der Anteil nicht bestandener Prüfungen für die einzelnen Jahre dargestellt. Für die einzelnen Einrichtungen wurden Mittelwerte und Standardabweichung der vergebenen Noten sowie die Differenz von zentraler zu jeweils dezentraler Prüfungsleistung berechnet. Chi²-Tests wurden durchgeführt, um zu prüfen, ob statistisch signifikante Unterschiede bestehen. Mittelwertunterschiede hinsichtlich Prüfungsjahrgang und Ausbildungsform wurden mit univariaten Varianzanalysen verglichen. Ein Alpha-Wert von 0,05 (zweiseitig) wurde festgelegt.

4.2 Ergebnisse

Von 16 Einrichtungen, welche im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege im Land Berlin ausbilden, lagen Angaben von 4342 Auszubildenden im Zeitraum von 2008-2013 vor. Der Anteil der weiblichen Lernenden lag bei 76,2%, das Durchschnittsalter bei 24,5 (Standardabweichung 39). Im benannten Zeitraum lag die Anzahl der erfolgreichen Absolventen zwischen 662 im Jahr 2010 und 743 im Jahr 2009, der Anteil der nichtbestandenen Abschlussprüfungen beziehungsweise Prüfungsteile (mündlich, schriftlich, praktisch) lag bei 10,3%. Bei den 4342 Auszubildenden, welche einen Abschluss in der Gesundheits- und Krankenpflege anstrebten, wurden insgesamt 4770 Abschlussprüfungen durchgeführt. Hierbei traten 15 Personen dreimal, 398 Personen zweimal sowie 3929 Auszubildende nur einmal eine Abschlussprüfung an. Beim ersten Durchlauf erreichten 89,7% einen erfolgreichen Abschluss aller Prüfungsteile, wobei in den Einrichtungen mit traditioneller Ausbildungsform 10,7% der Prüfungen nicht bestanden wurden. Im Vergleich dazu bestanden bei der generalistischen Ausbildungsform 7,4%, bei der akademischen Ausbildungsform 5,5% der Prüfungsteilnehmer die Prüfungen nicht. Über die Jahre variierte der Anteil an nicht bestandenen Prüfungen einrichtungübergreifend von 7,9 bis 12,1%. Der Mittelwert der schriftlichen Abschlüsse lag bei 2,9 (Standardabweichung 0,7), der der mündlichen bei 2,6 (Standardabweichung 0,7) und der der praktischen Prüfung bei 2,2 (Standardabweichung 1,0). Mit Blick auf alle Abschlussprüfungen erreichten bei den schriftlichen Abschlussprüfungen die überwiegende Anzahl der Teilnehmer (59%) die Note „befriedigend“ (3). Die Note „gut“ (2) erreichten bei den mündlichen Prüfungen 29%, bei den praktischen 40% der Teilnehmer. Während im praktischen Prüfungsteil die Note „sehr gut“ (1) am häufigsten (26%) vergeben wurde, trat die Note „mangelhaft“ (5) überwiegend in den mündlichen Prüfungen auf. Mit Blick auf die einzelnen Prüfungsteile zeigte sich über die Jahre eine geringe Variabilität, jedoch fielen Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Ausbildungsformen vor allem im Hinblick auf die zentralen, schriftlichen Prüfungen auf. Mit Fokus auf zentrale und dezentrale Prüfungen zeigte sich, dass bei den meisten Einrichtungen die Differenz der Noten zwischen den schriftlichen und praktischen sowie den schriftlichen und mündlichen Abschlussprüfungen relativ hoch war. Hierbei traten die größten Differenzen bei Einrichtungen mit traditionellem Ausbildungskonzept auf (Einrichtung 12, 3, 2), die geringsten Differenzen zeigten sich bei den Einrichtungen, die modellhaft nach generalistischem Konzept (Einrichtung 0) beziehungsweise akademisch (Bachelorstudiengang) ausbildeten (Einrichtung 1). Ausnahmen in Bezug auf diese Unterschiede stellten die Einrichtungen 5 und 10 dar, welche nach traditionellem Ausbildungskonzept ausbildeten. Ebenso wie bei Einrichtung 0 und 1 waren bei diesen die praktischen beziehungsweise mündlichen Prüfungsergebnisse (dezentrale Prüfungen) schlechter als die schriftlichen (zentrale Prüfungen) Prüfungsergebnisse.

5. Teilprojekt 3 (Publikation 3)

5.1 Methodik

Zur **Untersuchung des dritten Zieles** wurde eine multizentrische Querschnittsstudie in ambulanten Diensten in Deutschland durchgeführt. Hierbei erfolgte das Sampling stratifiziert auf Bundeslandebene per Zufallserhebung. Von der angestrebten Stichprobengröße von 160 ambulanten Diensten konnten letztlich Strukturdaten von 99 Pflegediensten und Daten zu Mangelernährung sowie Dekubitus von 903 Klienten berücksichtigt werden. Als unabhängige Variablen standen Trägerschaft (öffentliche und freigemeinnützige Träger), die Größe sowie die Lage des Pflegedienstes zur Verfügung. Die Unterscheidung der Größe eines Pflegedienstes erfolgte anhand des Median (< 98 Klienten), zur Unterscheidung zwischen ländlichem, kleinstädtischem und (groß)städtischem Einzugsgebiet eines Pflegedienstes wurde der Trennwert bei 20.000 Einwohnern festgelegt. Mit Blick auf die unabhängigen Variablen wurde jeder Pflegedienst aufgefordert, die gesamte Stundenanzahl aller Mitarbeiter einer jeweiligen Qualifikationsstufe anzugeben. Der Stellenschlüssel wurde hierbei nur mit Bezug auf die vollqualifizierten Mitarbeiter bestimmt, wobei die Gesamtzahl der Fachkraftstunden durch die Anzahl der Klienten dividiert wurde. Daraus bestimmte sich die Quote der Stunden qualifizierter Fachpflege (durch Pflegefachkräfte), welche je Klient (theoretisch) zur Verfügung stehen. Zur Bestimmung der wahrgenommenen Bedeutung und des Bedarfs an Fortbildung hinsichtlich der Themen Inkontinenz, Mobilität, kognitive Einschränkung, Medikamente, Schmerzen sowie Gewalt in der Pflege wurden die jeweiligen Einrichtungsleiter anhand einer 10-stufigen Skala (1=sehr gering, 10= sehr hoch) um Einschätzung hinsichtlich ihres ambulanten Dienstes gebeten. Die Bestimmung der Dekubitusprävalenz sowie die vorliegende Gefährdung der Mangelernährung wurden im Rahmen einer körperlichen Inspektion während der alltäglichen Pflege des Klienten von und durch geschulte Pflegekräfte erfasst. Hierbei wurde die durchschnittliche Dekubitusprävalenz sowie die Mangelernährungsprävalenz ($BMI < 20 \text{ kg/m}^2$) für jeden Dienst bestimmt, der Einfluss der Strukturparameter mittels einer multiplen linearen Regression untersucht.

5.2 Ergebnisse

Je nach Trägerschaft, Größe und Region variierte der Anteil der Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflege innerhalb eines ambulanten Dienstes zwischen 25,8% und 32,1%, der Anteil der Altenpflege zwischen 25,5% und 28,3%, wobei in ambulanten Diensten beide Berufsgruppen am häufigsten vertreten waren. Am geringsten waren der Anteil der akademischen Pflegefachkräfte (zwischen 0,5% und 1,1%) sowie der Anteil der Sozialassistenten (zwischen 0,4% und 0,9%) innerhalb ambulanter Dienste vertreten. In Bezug auf die Trägerschaft fiel auf, dass in nicht-privaten Diensten 4,7% der Mitarbeiter eine Basisqualifikation hatten, in privaten Diensten waren es 12,5%. Mit Blick auf die Größe der Pflegedienste zeigte sich, dass der Personalanteil mit Basisqualifikation bei Pflegediensten mit bis zu einer Größe von 98 Klienten größer war (14%) als bei größeren Pflegediensten

(5,8%). Außerdem fiel auf, dass der Anteil von Pflegenden ohne Ausbildung in ländlichen Regionen höher war als in städtischen (10,9% vs. 6,6%). Im Hinblick auf die durchschnittliche Stundenanzahl von Pflegefachpersonal je betreutem Patient zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied ($p=0,018$) zwischen den ambulanten Diensten. So war die durchschnittliche Stundenanzahl mit 3,6 Stunden je Klient um 0,6 Stunden pro Woche höher als bei Diensten in nicht privater Trägerschaft. Bei kleineren Einrichtungen (≤ 98 Klienten) war die durchschnittliche Stundenanzahl von klientenbezogenen Fachkraftstunden statistisch signifikant ($p=0,001$) um 0,9 Stunden höher als bei größeren Einrichtungen und lag bei 3,8 Stunden. Sowohl im ländlichen als auch städtischen Bereich gab es diesbezüglich keine Unterschiede, die Quote der Fachkraftstunden lag je Klient bei durchschnittlich 3,3 Stunden. In Zusammenhang mit der Einschätzung der Bedeutung und dem Bedarf an Fortbildungen zu bestimmten Pflegeproblemen zeigten sich Unterschiede. So wurde dem Thema „Inkontinenz“ in allen Einrichtungen die geringste Wichtigkeit zugeschrieben, währenddessen die Themen „Schmerz“ (MW 7,9), „Medikamente“ (MW 7,7) und „kognitive Einschränkung“ (MW 7,4) als am wichtigsten erachtet wurden. Auch der Fortbildungsbedarf für diese Pflegeprobleme beziehungsweise Themen wurde am höchsten eingeschätzt („Schmerz“ MW 6,3; „Medikamente“ und „kognitive Einschränkung“ MW 5,7). Je höher der Bedarf hinsichtlich des entsprechenden Fortbildungsthemas eingeschätzt worden ist, desto höher wurde auch die Wichtigkeit eingeschätzt. Hierbei fielen nur geringfügige Unterschiede im Hinblick auf Trägerschaft, Einrichtungsgröße und regionaler Lage des Pflegedienstes auf. Hinsichtlich des Pflegephänomens Dekubitus war die durchschnittliche Prävalenz in privaten Pflegediensten um 0,7% niedriger als in nicht-privaten Pflegediensten (3,3% vs. 4,0%). Kleine Unterschiede fielen zwischen ländlichen und städtischen sowie hinsichtlich der Einrichtungsgröße auf. Mit Blick auf die Häufigkeit des $BMI < 20 \text{ kg/m}^2$ als Indikator von Mangelernährung zeigte sich ein Unterschied zwischen privater (16,6%) und nicht-privater Trägerschaft (13,5%). Mit Blick auf den, mittels multipler linearer Regressionsanalyse, untersuchten Einfluss der Variablen „Fachkräfteanteil am Gesamtpersonal“, „Quote der Fachkraftstunden je Klient“, „private/nicht-private Trägerschaft“, „Einrichtungsgröße“, „Region“, „Durchschnittsalter der Klienten“ auf die Dekubitusprävalenz sowie die Häufigkeit von Mangelernährung konnte nur ein statistisch signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden: So assoziierte die Quote der Fachkraftstunden je Klient mit einem standardisierten β von 0,28 am häufigsten und am stärksten unabhängig mit der Häufigkeit von Mangelernährung. Die erklärte Varianz (korr. R^2) für die Dekubitusprävalenz betrug 0,058. Die erklärte Varianz (korr. R^2) für die Prävalenz von Personen $BMI < 20$ betrug 0,027.

6. Diskussion

6.1 Teilprojekt 1

Die Ergebnisse der **ersten Untersuchung** weisen darauf hin, dass bei Auszubildenden aus der Pflege großes Interesse an beruflicher Weiterqualifikation besteht. Im nichtakademischen Weiterbildungsbereich fielen hierbei erhebliche Interessenschwerpunkte auf, sodass ein besonderes Interesse an medizin- und technikhnen Bereichen deutlich wurde. Dies sind Bereiche, in denen Pflegende eine besondere Selbstständigkeit und Eigenverantwortung innehaben [35]. In diesem Zusammenhang fiel darüber hinaus auf, dass neben Selbstständigkeit und Eigenverantwortung in medizin- und technikhnen Bereichen auch der Bezug zur praktischen Pflege eine Rolle spielt. So wird angenommen, dass das Interesse an einer Qualifikation zum Praxisanleiter aufgrund der oben angegebenen Aspekte deutlich mehr Interesse weckte als eine Qualifikation im Bereich des Krankenhaus- und Stationsmanagements. Mit Blick auf den akademischen Bereich zeigte sich, dass das Weiterbildungsinteresse vor allem im Bereich der Pflegepädagogik liegt, währenddessen das Interesse für den Bereich der Pflegewissenschaft deutlich geringer war. Gründe oder Ursachen dafür können ganz verschiedenartig sein, über diese kann an dieser Stelle nur spekuliert werden. Als ein möglicher Grund können Sprachbarrieren in Betracht kommen, da die pflegewissenschaftliche Literatur überwiegend nur in englischer und nicht in deutscher Sprache vorliegt. Darüber hinaus könnten aus Sicht der Lernenden bislang nicht die „richtigen“ pflegewissenschaftlichen Themen an sie adressiert worden sein. Schließlich wäre es auch möglich, dass bei den Auszubildenden der Pflege ein unzureichendes pflegewissenschaftliches Grundinteresse besteht. Unabhängig vom Schulabschluss zeigte sich, dass das Interesse an beruflicher Weiterbildung/Zusatzqualifikation bei den Auszubildenden weitgehend vergleichbar war. Allerdings fiel im Rahmen der Befragung auf, dass für ein Sechstel der Auszubildenden bereits innerhalb der Ausbildung feststand, dass sie später nicht in der Pflege arbeiten wollten. Ob sich dieser Standpunkt im Laufe der Ausbildung entwickelte oder bereits vor Ausbildungsbeginn feststand, konnte anhand der vorliegenden Daten nicht ermittelt werden. Jedoch könnte dieses Ergebnis den aktuellen Trend unterstützen. Dieser zeigt eine teilweise starke Fluktuation sowie eine geringe Verweildauer der Pflegenden im Beruf und darüber hinaus eine rückläufige Zahl an Interessenten und Auszubildenden [36]. Begründet wird dieser Sachverhalt seit Jahren mit verbesserungsbedürftigen Rahmenbedingungen, aktuellen Ausbildungsstrukturen, geringer Bezahlung und unzureichendem gesellschaftlichen Ansehen [37, 38].

Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass ein Zusammenhang zwischen Schulabschluss und Ausbildungsform besteht, allerdings ein erheblicher Teil der Abiturienten die dreijährige Ausbildung und nicht das Bachelorstudium favorisierte. Dies macht deutlich, wie schwierig es aktuell ist, die Forderung nach einem Anteil von 10-15% akademisch ausgebildetem Pflegepersonal zu erfüllen [9]. Über die Zurückhaltung hinsichtlich einer akademischen Laufbahn in der (praktischen) Pflege kann an dieser Stelle nicht verlässlich argumentiert werden, da die Auszubildenden dazu nicht befragt wurden.

Allerdings könnte vermutet werden, dass aufgrund der bereits begonnenen dreijährigen traditionellen Ausbildung eine Entscheidung im Hinblick auf eine akademische Ausbildung nicht mehr gegeben war, da sich die Lernenden bereits für die entsprechende dreijährige Ausbildung entschieden hatten. Darüber hinaus bestehen für akademisch ausgebildete Pflegefachkräfte bislang keine klar formulierten Handlungsfelder, Verantwortlichkeiten sowie ausreichend finanzielle Anreize [39, 40]. Desweiteren war zum Erhebungszeitpunkt die Pflegeberufereform und somit die akademische Ausbildung noch nicht gesetzlich verankert.

6.2 Teilprojekt 2

Im Hinblick auf die Prüfungsergebnisse der Auszubildenden in der Pflege und der damit in Zusammenhang stehenden **zweiten Untersuchung** fiel auf, dass in den zentralen (schriftlichen) Abschlussprüfungen deutlich schlechtere Ergebnisse erzielt wurden als in den dezentralen, von den Ausbildungseinrichtungen überwiegend selbst durchgeführten (mündlichen und praktischen) Abschlussprüfungen. Hierbei war auffallend, dass die Notenverteilung in den zentralen Prüfungen in höherem Maße einer zu erwartenden Normalverteilung entsprach, was ein Hinweis für eine valide Leistungsmessung sein könnte. Hinsichtlich der erbrachten Prüfungsleistungen zeigten sich mit Blick auf die einzelnen Einrichtungen jeweils erhebliche Unterschiede zwischen zentralen und dezentralen Prüfungen, wobei die durchschnittliche Differenz zum Teil fast eine ganze Note betrug. Verantwortlich könnten dafür beispielsweise nicht standardisierte Prüfungsabläufe, unterschiedliche Anforderungen und Prüfungsniveaus, eine unterschiedliche Gewichtung der Schwerpunktsetzung innerhalb der Prüfungsthemen, der Umfang der Erwartungshorizonte und die Heterogenität der Prüfer sein. Schließlich könnten auch Mess- und Beobachtungsfehler oder die unterschiedlich stark ausgeprägte Objektivität der Prüfer Einfluss ausgeübt haben [41, 42]. Insgesamt wurden im untersuchten Zeitraum mehr als 10% der Prüfungen in einem oder mehr Prüfungsteilen (mündlich, schriftlich, praktisch) nicht bestanden, wobei sich der Anteil von 2008 bis 2013 von 8% auf 12% erhöht hat. Inwieweit diese relative Erhöhung ein Indikator dafür sein könnte, dass es zunehmend schwieriger wird, geeignete und ausreichend qualifizierte Auszubildende für den Pflegeberuf zu akquirieren, kann an dieser Stelle nur vermutet werden. Ein auffälliger Befund dieser Studie war, dass die Einrichtungen, die generalistisch und akademisch ausbildeten, deutlich homogenere Ergebnisse erzielten, sodass in allen drei Prüfungsteilen jeweils vergleichbare Durchschnittsnoten erreicht wurden. Bei Einrichtungen, die traditionell ausbildeten, zeigte sich diesbezüglich hingegen eine deutliche Heterogenität. Hier erzielten die Prüfungsteilnehmer über den untersuchten Zeitraum hinweg deutlich bessere Ergebnisse in den dezentralen Prüfungsteilen als in den zentralen Prüfungen. Inwieweit diese Ergebnisse auf eine höhere Ausbildungsqualität der Einrichtungen, die generalistisch und akademisch ausbilden oder auf die stetige Auseinandersetzung der Lehrenden mit dem gesamten Prüfungsprozess/-geschehen in den modellhaften Ausbildungsgängen zurückzuführen ist, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden. Allerdings

unterstützt dieses Ergebnis den Trend hin zur Akademisierung und generalistisch ausgerichteten Pflegeausbildung. Mit Blick darauf, dass, ausgenommen die Hochschule, welche akademisch ausbildet, alle Ausbildungseinrichtungen der Gesundheits- und Krankenpflege an der zentralen schriftlichen Prüfung teilnahmen, ist besonders hervorzuheben, dass die Teilnehmer der generalistischen Ausbildung in den zentralen Prüfungen bessere Ergebnisse erzielten als in den dezentralen Prüfungen. Schließlich ist dies ein wichtiger Aspekt im Hinblick auf die Vergleichbarkeit, zunächst auf nationaler Ebene, aber auch im Hinblick auf den europäischen oder internationalen Kontext.

Vor diesem Hintergrund kann angenommen werden, dass zentrale Prüfungen für alle Prüfungsteilnehmer nahezu identische Bedingungen, unter Anwendung gleicher Prüfungsaufgaben sichern, sodass ausschließlich über diese eine Vergleichbarkeit überhaupt erst möglich wird. Schließlich sei darauf verwiesen, dass sich die zentral gestellten schriftlichen Abschlussprüfungen durch ihre normalverteilten Ergebnisse auszeichnen, welche die Leistungen der Prüfungsteilnehmer, im positiven Sinne, gut diskriminieren. Mit Blick auf die großen Leistungsunterschiede zwischen den dezentralen und zentralen Prüfungsteilen sollten im Sinne einer besseren Vergleichbarkeit der Leistungen der Absolventen Möglichkeiten identischer oder in hohem Maße vergleichbarer praktischer und mündlicher Prüfungsverfahren angestrebt werden. Vor dem Hintergrund der Pflegeberufereform, der aktuell noch ausstehenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnung und der damit in Zusammenhang stehenden Neuausrichtung beziehungsweise Neugestaltung der Pflegeausbildung sollten in entsprechenden Fachgremien oder Kommissionen zukünftig, wenn nicht bundeseinheitlich zumindest länderübergreifend, auch Strukturvorgaben für zentrale Prüfverfahren entwickelt und erarbeitet werden. So erscheinen für die generalistisch ausgerichtete Pflegeausbildung im Rahmen der mündlichen Prüfung zum Beispiel Kriterienkataloge sinnvoll, welche alle Einrichtungen verpflichtend einsetzen und anhand derer die mündlichen Prüfungsfälle erarbeitet werden. Darüber hinaus wäre das Anlegen eines zentralen Pools für mündliche Prüfungsfälle denkbar, aus welchem der jeweilige Prüfungsvorsitz die zu prüfenden Fälle zufallsweise auswählt und den Einrichtungen zuteilt. Für die schriftliche Prüfung bietet sich die zentrale schriftliche Abschlussprüfung an. Für die praktische Abschlussprüfung könnten standardisierte Prüfverfahren Anwendung finden, welche ein einheitliches, für alle Institutionen gleichwertiges, Prüfungsniveau sichern. Hierbei erscheint die „Objective Structured Clinical Evaluation (OSCE)“ besonders geeignet [43, 44]. Dieses Verfahren findet bereits in anderen Ausbildungsbereichen des Gesundheitswesens (Medizin, Ergotherapie) Anwendung. Gerade vor dem Hintergrund der Pflegeberufereform und der damit in Zusammenhang stehenden Bewertung, ob aktuelle oder zukünftige Berufsreformen der Pflege sinnvoll und erfolgreich sind, erscheint die Anwendung zentraler Prüfverfahren für alle Prüfungsteile als eine notwendige Voraussetzung.

6.3 Teilprojekt 3

Die **dritte Untersuchung** zeigte, dass deutschlandweit in der ambulanten Pflege weniger als ein Prozent akademisch ausgebildeter Pflegefachkräfte arbeiten. Das anvisierte Ziel, 10-20% (vgl. [9]) akademisch-ausgebildete Pflegefachkräfte in der patientennahen Versorgung einzusetzen, liegt somit noch in weiter Ferne. Auch wenn die Analyse zeigte, dass die Personalstruktur im ambulanten Bereich in weiten Teilen vergleichbar ist, fielen dennoch einige bemerkenswerte Unterschiede auf. So zeigte sich, dass bei Einrichtungen in nicht-privater Trägerschaft der Anteil von examinierten Pflegekräften mit über 60% deutlich höher ist als bei Einrichtungen in privater Trägerschaft, wohingegen der relative Anteil von Pflegenden mit einer Basisqualifikation in der Pflege (200 Stunden-Kurs) in privaten Diensten deutlich höher als in nicht privaten Diensten war. Einerseits könnte dies von den privaten Diensten aktiv gesteuert sein, um kostensparend zu arbeiten, andererseits könnten nicht-privat finanzierte Dienste für examinierte Pflegefachkräfte attraktiver sein. Im Hinblick auf Untersuchungsergebnisse anderer Autoren zur hygienebezogenen Strukturqualität ambulanter Pflegedienste, welche zeigten, dass in kleinen Pflegediensten mehr examiniertes Pflegefachpersonal arbeitet als in größeren Einrichtungen, konnte ein solcher Zusammenhang im Rahmen der dritten Untersuchung nicht nachgewiesen werden [45]. Vor dem Hintergrund einer gesicherten Patientenversorgung sollte, unabhängig von Trägerschaft und Setting Pflegefachpersonal eingesetzt werden, das eine Ausbildung mit vergleichbarem Inhalt und Niveau vorhalten kann, und deren Absolventen befähigt wurden, Pflegeempfänger altersunabhängig und sektorenübergreifend zu versorgen. Schließlich ist ein entsprechender Qualifikationsmix notwendig, um Menschen mit Pflegebedarf adäquat versorgen zu können [46]. Im Rahmen einer qualitativ hochwertigen und individuell bedarfsgerechten Pflege fallen eine Vielzahl von Aufgaben an, die unterschiedlich komplex sind und von hilfreichen Handreichungen über medizin-technische Funktionen bis hin zur Entwicklung neuer Pflegekonzepte einschließlich ihrer Implementierung in die Praxis und Evaluation ihrer Wirksamkeit reichen [11]. Im Rahmen der Untersuchung zeigten sich mit Blick auf die Wichtigkeit von Fortbildungen zu unterschiedlichen pflegerischen Themen nur geringe bis gar keine Unterschiede bezüglich Trägerschaft, Einrichtungsgröße sowie regionaler Lage. Auch wenn alle Themen als wichtig bis sehr wichtig eingeschätzt wurden, erlaubten die erhobenen Daten dennoch eine interessante Reihenfolge: Über alle Pflegedienste hinweg wurden dem Umgang mit Schmerzen und Medikamenten die höchste Wichtigkeit zugeschrieben. Bezogen auf die Rangfolge der zugesprochenen Wichtigkeit einzelner Themen, zeigt die Einschätzung des Fortbildungsbedarfes eine fast identische Hierarchie mit dem höchsten Bedarf zu den Themen Schmerz, Medikamente und kognitive Einschränkungen. Vergleicht man die Ergebnisse bezüglich des Fortbildungsinteresses der dritten Untersuchung mit den Ergebnissen der ersten Untersuchung so fällt auf, dass insbesondere medizin- und technikleiche Bereiche von besonderem Fort- und Weiterbildungsinteresse für Pflegenden sind. Das gezeigte Interesse an den Themen Schmerz, Medikamente und kognitive Einschränkungen zeigt eine große Nähe zu den Untersuchungsergebnissen der ersten Studie, in der vorrangig die

Weiterbildungsfachrichtungen Anästhesie- und Intensivmedizin sowie Weiterbildungen für den OP-Bereich favorisiert wurden. Vor diesem Hintergrund könnten sich die Präferenzen in Bezug auf die bevorzugten Fort- und Weiterbildungsinhalte einerseits mit dem sukzessiven Anstieg von Anforderungen an die Pflegekräfte begründen lassen, andererseits stammen alle favorisierten Inhalte aus Bereichen, welche von hoher Eigenständigkeit und Selbstständigkeit geprägt sind, sodass möglicherweise das gezeigte Interesse aufgrund dessen besteht. Unabhängig davon wird mit Blick auf die durchgeführten Untersuchungen deutlich, dass Pflegefachkräfte ambulant und stationär vergleichbare Fort- und Weiterbildungsinteressen benannten.

Sowohl die erste als auch die dritte Untersuchung zeigte, dass das Fort- und Weiterbildungsinteresse nach Ausbildungsende hoch ist, und die überwiegende Anzahl der Befragten eine Weiterqualifikation im Anschluss an die Ausbildung anstreben. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die derzeitige Ausbildung in der Pflege bestehenden Anforderungen und Herausforderungen nicht ausreichend gerecht wird. Vor dem Hintergrund der verschwimmenden Sektorengrenzen, des demographischen Wandels und der Strukturveränderungen im gesamten Gesundheitswesen sollten die Ergebnisse der durchgeführten Untersuchungen auch mit Blick auf die Einführung neuer Ausbildungsstrukturen und der damit verbundenen häufig diskutierten Frage, inwieweit die Einführung der generalistischen Pflegeausbildung sinnvoll ist, Berücksichtigung finden. Vor dem Hintergrund, dass andere Untersuchungen Zusammenhänge zwischen Personalstruktur und Outcome nachweisen konnten, erscheint es umso wichtiger, examinierte Pflegefachkräfte in allen Settings in ausreichender Anzahl einzusetzen. Schließlich stellte Panknin [47] in einem Kongressbericht Studien seiner Arbeitsgruppe vor, bei denen eine mangelnde Personalausstattung mit examinierten Pflegekräften sowie eine Überlastung und Knappheit von Pflegefachkräften mit Komplikationen bei Patienten einhergehen. Dies sollte im Hinblick auf den im Rahmen der Pflegestärkungsgesetze verfolgten Leitgedanken „ambulant vor stationär“ und dem zunehmenden Anstieg von Pflegeempfängern auch mit höheren und hohen Pflegegraden sowie den damit verbundenen zunehmenden Anforderungen und Herausforderungen im ambulanten Setting berücksichtigt werden. Gleichwohl sollte sichergestellt werden, dass in allen Settings vergleichbar hochwertig ausgebildetes Pflegefachpersonal zur Verfügung steht, sodass alle Pflegeempfangenden sektorenunabhängig professionell versorgt werden.

7. Schlussfolgerungen

Die vorgelegte Arbeit macht deutlich, dass im Rahmen der Abschlussprüfungen in der Pflege zentrale, möglichst standardisierte, Prüfverfahren für alle Auszubildenden eingeführt werden sollten. Bezogen auf das neue Pflegeberufegesetz sollte dies mindestens landesweit, wenn nicht sogar bundesweit erfolgen. Vor dem Hintergrund der damit in Zusammenhang stehenden generalistischen sowie akademischen Ausbildung in der Pflege sollte dies besonders intensiv verfolgt werden. Ebenso ist es notwendig, die soziodemographischen Veränderungen und die damit verbundenen

Strukturveränderungen im Gesundheitswesen zu berücksichtigen, so dass die Etablierung der generalistischen und akademischen Ausbildungsform vorangetrieben wird. Bezogen auf die Fort- und Weiterbildungen erscheint es angebracht, dass die aktuellen und wechselnden Bedarfe der professionell Pflegenden durch regelmäßige Erhebungen zeitnah ermittelt werden, sodass auf deren Grundlage, mittels abgestimmter Schulungen, darauf eingegangen werden kann. Im Hinblick auf die Fachkraftquote im ambulanten Bereich ist es notwendig, mehr Pflegefachpersonal im ambulanten Bereich einzusetzen.

8. Literatur

1. Land Berlin-Land Brandenburg. *Länderübergreifender Gesundheitsbericht Berlin-Brandenburg 2017*. 2017; Available from: <http://www.masgf.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.549560.de>
2. Bundesinstitut für Berufsbildung. *Qualifizierung in Gesundheits- und Pflegeberufen*. 2012; Available from: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:RsZMxZfcem4J:https://www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/publication/download/6979+&cd=2&hl=de&ct=clnk&gl=de&client=firefox-b>.
3. Davies, R., *The Bologna process: the quiet revolution in nursing higher education*. Nurse Educ Today, 2008. **28**(8): p. 935-42.
4. Stemmer, R., D.G.f. Pflegewissenschaft, and S. Dorschner, *Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft zu ausgewählten Aspekten der Umstrukturierung von pflegebezogenen Studiengängen zu Bachelor- und Masterstudienangeboten aus pflegewissenschaftlicher Sicht*. 2007.
5. Görres, S., *Hohe Pflegequalität durch Kompetenz*. Die Schwester Der Pfleger, 2008. **47**(05): p. 55-57.
6. Stöcker, G., *Wo steht Deutschland? Pflegeausbildung im Vergleich Heilberufe 2008* (8): p. 56-60.
7. Stöcker, G., *Pflegeausbildung im europäischen Kontext - Wohin führt ein Vergleich?*, in *Pflege im Wandel gestalten - eine Führungsaufgabe. Lösungsansätze, Strategien, Chancen*. , P. Bechtel and I. Smerdka-Arhelger, Editors. 2012, Springer Berlin.
8. Liefgen, M.-F., *Die europäischen Krankenpflegeausbildungen im Vergleich* Die Schwester Der Pfleger 2008. **47**(4).
9. Wissenschaftsrat. *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen 2012* 18.04.2018]; Available from: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf>.
10. Spielberg, P., *Professionalisierung angestrebt* Deutsches Ärzteblatt 2012 **109** (1-2).
11. Robert-Bosch-Stiftung. *Pflege neu denken - Zur Zukunft der Pflegeausbildung 2000*; Available from: https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf_import/Sonderdruck_Pflege_neu_denken.pdf.
12. Görres, S., J. Behrens, and D. Schaeffer. *Pflege braucht Eliten: Für eine Akademisierung von Gesundheitsfachberufen 2012* Available from: <https://idw-online.de/de/news?print=1&id=489212>.

13. Verband der PflegedirektorInnen der Unikliniken, *Pflegeberufegesetz/ Generalistik in Schreiben an Bundestagsabgeordnete des Ausschusses für Gesundheit im Deutschen Bundestag* V.d.P.d. Unikliniken, Editor. 2016: Berlin
14. Verein zur Förderung eines Nationalen Gesundheitsberufes, *Bundestag blockiert die Modernisierung der Gesundheitsberufe: Es ist höchste Zeit, das Gesetz zur Reform der Pflegeberufe zu verabschieden.*, V.z.F.e.N. Gesundheitsberufes, Editor. 2017: Grafenau Available from: <http://www.nationalergesundheitsberuferrat.de/seite/222731/aktuelles.html>.
15. Deutsche Bundesregierung. *Krankenpflegegesetz - KrPflG 2003*. 2004; Available from: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F%5B%40attr%20id%3D%27bgbl103s1442.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr%20id%3D%27bgbl103s1442.pdf%27%5D_1531293772149.
16. Stöcker, G. and M. Reinhart. *Grundständig pflegeberufsausbildende Studiengänge in Deutschland* 2012 21.09.2013; Available from: http://share.pdfonline.com/7247a597fb2241e3b092f1b376532914/Synopse_grundst%C3%A4ndig_2012.htm.
17. Rawert, M. *Deutscher Pfl egetag 2017: Die Profession Pflege nachhaltig stärken - Pro Generalistik - pro Pflegekammern* 2017; Available from: http://www.mechthild-rawert.de/inhalt/2017-03-30/deutscher_pfl egetag_2017_die_profession_pfle ge_nachhaltig_st_rke.
18. Rawert, M. *Der Pflegeberuf hat Zukunft* 2017; Available from: http://www.mechthild-rawert.de/inhalt/2017-06-07/die_pfle ge_braucht_zukunft_der_pfle geberuf_hat_zukunft.
19. Deutsche Bundesregierung. *Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz - PflBRefG)* 2017; Available from: <http://dipbt.bundestag.de/extrakt/ba/WP18/717/71711.html>.
20. Deutscher Pflegerat. *Die generalistische Pflegeausbildung ist der richtige Weg* 2014 30.05.2018; Available from: <https://deutscher-pflegerat.de/presse/presse-archiv.php>.
21. Deutscher Pflegerat. *Bundeskabinett stellt die richtigen Weichen für die Zukunft des Pflegeberufs - Pressemitteilung vom 13.01.2013* 2016 30.05.2018 Available from: <https://deutscher-pflegerat.de/presse/Pressemitteilungen/2016-01-13%20PM%20DPR%20Bundeskabinett%20Pflegeberuf.php>.
22. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. *Empfehlungen des Deutschen Vereins zur angemessenen Einordnung der Pflegeberufe in den Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR)-Niveau 5* 2018 Available from: https://www.deutscher-verein.de/de/uploads/empfehlungen-stellungnahmen/2018/dv-22-16_lebenslanges-lernen.pdf.
23. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. *DBfK protestiert gegen die niedrige Zuordnung der Pflegeberufe im DQR* 2014 30.05.2018; Available from: https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Generalistische-Ausbildung-in-der-Pflege_2014.pdf.
24. Rawert, M. *Ausbildungsreform für Pflegeberufe endlich in trockenen Tüchern* 2017 Available from: http://www.mechthild-rawert.de/inhalt/2017-06-22/ausbildungsreform_f_r_pfle geberufe_endlich_in_trockenen_t_chern?utm_source=dlvr.it&utm_medium=twitter.

25. Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe. *Stellungnahme des Bundesverbandes Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe (BLGS) e.V. zum PflBRefG/ PflBG zur Verbändeanhörung am 30.05.2016 - Deutscher Bundestag Ausschuss für Gesundheit - Ausschussdrucksache 18(14)0174(25)* 2016 Available from: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:3SD2_TOmSOwJ:https://www.bundestag.de/blob/424558/c56eea8a9dc7bf85a6443531dbf09823/bundesverband-lehrende-gesundheits--und-sozialberufe-e--v---blgs--data.pdf+&cd=1&hl=de&ct=clnk&gl=de&client=firefox-b
26. Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium für Familie, S., Frauen und Jugend, . *Fragen und Antworten zum Pflegeberufegesetz 2017* Available from: <https://www.bmfsfj.de/blob/jump/77268/faqs-pflegeberufsgesetz-data.pdf>
27. Baumert, J., *Schülerleistungen im internationalen Vergleich eine neue Rahmenkonzeption für die Erfassung von Wissen und Fähigkeiten*. 2000, Berlin: Max-Planck-Inst. für Bildungsforschung, 91 S.
28. Klieme, E., *Zur Entwicklung nationaler Bildungsstandards eine Expertise*. unveränd. Aufl. ed. 2007, Bonn [u.a.]: Deutschland Bundesministerium für Bildung und Forschung, 224 S.
29. Baumert, J. and Deutsches PISA-Konsortium, *PISA 2000: Die Länder der Bundesrepublik Deutschland im Vergleich*. 2002, Opladen: Leske + Budrich, 254 S.
30. Senatsverwaltung. *Gesetz über die Anerkennung der Schulen des Gesundheitswesens (Gesundheitsschulanerkennungsgesetz - GesSchulAnerkG) vom 9. Juni 2011* 2011; Available from: http://gesetz.berlin.de/jportal/portal/t/e3n/page/bsbeprod.psml;jsessionid=B3136FACD2855F71862B497456F27A65.jp16?pid=Dokumentanzeige&showdoccase=1&js_peid=Trefferliste&documentnumber=1&numberofresults=12&fromdoctodoc=yes&doc.id=jlr-GesSchulAnerkGBErahmen&doc.part=X&doc.price=0.0&doc.hl=1#jlr-GesSchulAnerkGBErahmen.
31. Pfaff, H. *Pflegestatistik 2011 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung ; Deutschlandergebnisse*. 2013; Available from: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001119004.pdf? blob=publicationFile>.
32. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, ed. *Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2*. 2010, Statistisches Bundesamt: Wiesbaden.
33. Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe, *Positionen des BLGS zur Gestaltung der generalistischen Pflegebildung*. 2015 Berlin Available from: http://www.landespflegerat-sachsen-anhalt.de/fileadmin/inhalt/downloads/20151023_BLGS-Positionspapier_Generalistik_01.pdf.
34. Statistisches Bundesamt. *Pflegestatistik 2013, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse*. 2015; Available from: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf? blob=publicationFile>.
35. Isfort, M., R. Rottländer, F. Weidner, D. Tucman, D. Gehlen, and J. Hylla. *Pflege-Thermometer 2016. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der ambulanten Pflege*. 2016; Available from: <http://www.dip.de>.
36. Behrens, J., A. Horbach, and R. Müller. *Berichte aus der Pflege - Studie zur Verweildauer in Pflegeberufen in Rheinland-Pfalz (ViPb) - Abschlussbericht Ministerium*

- für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen. 2009; Available from: [https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Gesundheit und Pflege/GP Dokumente/Berichte aus der Pflege 12.pdf](https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Gesundheit_und_Pflege/GP_Dokumente/Berichte_aus_der_Pflege_12.pdf).
37. Tackenberg, P., H.M. Hasselhorn, and B.H. Müller, [*Premature exit from the nursing profession in Germany--the NEXT Study examines a European problem*]. *Pflegezeitschrift*, 2003. **56**(10): p. suppl 2-6.
38. Simon, M., P. Tackenberg, H.M. Hasselhorn, A. Kümmerling, A. Büscher, and B.H. Müller. *Auswertung der ersten Befragung der Next-Studie in Deutschland 2005*; Available from: www.altenpflege-online.net/content/download/.../ap_09_10_pflegepraxis_next.pdf
39. Deutscher Pflegerat und Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe. *Stellungnahme des Deutschen Pflegerates (DPR) und des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe (DBR) zum Eckpunktepapier "Entwurf eines Pflegeberufsgesetzes - Stand 01.03.2012"* 2012 Available from: [http://bildungsrat-pflege.de/wp-content/uploads/2014/10/2012-08-27-DPR-DBR-Positionspapier Eckpunkte-Pflegeberufsgesetz.pdf](http://bildungsrat-pflege.de/wp-content/uploads/2014/10/2012-08-27-DPR-DBR-Positionspapier_Eckpunkte-Pflegeberufsgesetz.pdf).
40. Grünewald, M., T.-H. Hild, R. Jeske, S. Langer, S. Moullion, S. Reimers, and B. Strohbücker. *Einsatz akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen in der Praxis* 2015 Available from: http://www.vpu-online.de/de/pdf/presse/2015-05-29_abschlussbericht.pdf .
41. Faber, G. and E. Billmann-Mahech *Praxis der Notengebung – Probleme, Erfordernisse und Möglichkeiten aus pädagogisch-psychologischer Sicht*. *Lernchancen*, 2010. **13**.
42. Sacher, W., *Praxis der Notengebung Hilfen für den Schulalltag*. 1984, Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt. 96 S.
43. Goltz, E., *Kompetenzorientierte Prüfungsformen - Der Objective Structured Clinical Examination (OSCE) in der Ergotherapieausbildung* *Therapie Lernen* 2012(12): p. 20-26.
44. Goltz, E., N. Andres, A. Rosenkranz, K. Schnabel, D. Wälisch, and M. Bergjan, *Neue Prüfungsinstrumente - OSCE in der Ergotherapieausbildung* *ergoscience* 2010. **5**: p. 25-30.
45. Spegel, H., C. Holler, O. Randzio, B. Liebl, and C. Herr, [*Infection control management and practice in home care - analysis of structure quality*]. *Gesundheitswesen*, 2013. **75**(2): p. 111-8.
46. Robert-Bosch-Stiftung. *360° Pflege - Qualifikationsmix für den Patienten*. 2018; Available from: <http://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/360deg-pflege-qualifikationsmix-fuer-den-patienten>.
47. Panknin, H.-T., *Personalausstattung im Pflegedienst und nosokomiale Infektionen: Zusammenfassung einer Arbeitsgruppentagung in Atlanta, USA*. *intensiv* 2004. **12**: p. 86-89.

9. Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Sandra Strube-Lahmann, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Anforderungen an eine qualitätssichernde Weiterentwicklung der Pflege(aus)bildung“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -www.icmje.org) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an den ausgewählten Publikationen entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Betreuer/in, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Ort, Datum

Unterschrift

10. Anteilserklärung an den erfolgten Publikationen

Sandra Strube-Lahmann hatte folgenden Anteil an den folgenden Publikationen:

Publikation 1:

Strube-Lahmann S, Strauß A, Schmitz G, Dassen T, Kottner, J (2016). Vorstellungen der Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege hinsichtlich akademischer und nichtakademischer Qualifikationen. *Pflegezeitschrift*, 69(2):103a-103f

Beitrag im Einzelnen: Aufstellen der Forschungsziele, Literaturrecherche, Planung des Designs, Vorbereitung und Zusammenfassung der Daten, statistische Datenanalyse, Erstellung eines Manuskriptes als Erstautorin, Erstellen aller Abbildungen und Tabellen, Einreichung des Manuskriptes beim Journal, Bearbeitung der Revisionen

Publikation 2:

Strube-Lahmann S, Vogler C, Friedrich K, Dassen T, Kottner J (2016). Zentral und dezentral verortete Prüfung in der Krankenpflege. Vergleich der Abschlussnoten der Jahre 2008 – 2013 im Land Berlin unter Berücksichtigung unterschiedlicher Ausbildungskonzepte. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 118-119:56-63

Beitrag im Einzelnen:

Aufstellen der Forschungsziele, Literaturrecherche, Datenextraktion und -synthese, Datenanalyse, Erstellung eines Manuskriptes als Erstautorin, Erstellen aller Abbildungen und Tabellen, Einreichung des Manuskriptes beim Journal, Bearbeitung der Revisionen

Publikation 3:

Suhr R, Reader K, Kuntz S, **Strube-Lahmann S**, Latendorf A, Klingelhöfer-Noe J, Lahmann N (2018). Strukturparameter und pflegerische Ergebnisqualität in der ambulanten Pflege. *Das Gesundheitswesen*.[e-pub] (Impact Factor: 0,42)

Beitrag im Einzelnen: Verfassen der Einleitung und Diskussion, Überarbeitung der Revisionen, Überarbeitung des gesamten Manuskriptes nach Bearbeitung der Revisionen

Datum/ Unterschrift

PD Dr. Jan Kottner

Betreuender Hochschullehrer

Datum/ Unterschrift

Sandra Strube-Lahmann

Doktorandin

11. Druckexemplare der ausgewählten Publikationen

1. **Strube-Lahmann S**, Strauß A, Schmitz G, Dassen T, Kottner, J (2016). Vorstellungen der Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege hinsichtlich akademischer und nichtakademischer Qualifikationen. *Pflegezeitschrift*, 69(2):103a-103f

<https://www.kohlhammer-pflege.de/archive/index?id=6&type=nursing-science&page=1&per-page=5>

2. **Strube-Lahmann S**, Vogler C, Friedrich K, Dassen T, Kottner J (2016). Zentral und dezentral verortete Prüfung in der Krankenpflege. Vergleich der Abschlussnoten der Jahre 2008 – 2013 im Land Berlin unter Berücksichtigung unterschiedlicher Ausbildungskonzepte. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 118-119:56-63

<https://doi.org/10.1016/j.zefq.2016.10.010>

3. Suhr R, Reader K, Kuntz S, **Strube-Lahmann S**, Latendorf A, Klingelhöfer-Noe J, Lahmann N (2018). Strukturparameter und pflegerische Ergebnisqualität in der ambulanten Pflege. *Das Gesundheitswesen*. [e-pub] (Impact Factor: 0,42)

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0600-2348>

12. Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

13. Vollständige Publikationsliste

Originalartikel

1. **Strube-Lahmann S**, Strauß A, Schmitz G, Dassen T, Kottner, J (2016). Vorstellungen der Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege hinsichtlich akademischer und nichtakademischer Qualifikationen. *Pflegezeitschrift*, 69(2):103a-103f
2. **Strube-Lahmann S**, Vogler C, Friedrich K, Dassen T, Kottner J (2016). Zentral und dezentral verortete Prüfung in der Krankenpflege. Vergleich der Abschlussnoten der Jahre 2008 – 2013 im Land Berlin unter Berücksichtigung unterschiedlicher Ausbildungskonzepte. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 118-119:56-63
3. Suhr R, Reader K, Kuntz S, **Strube-Lahmann S**, Latendorf A, Klingelhöfer-Noe J, Lahmann N (2018). Strukturparameter und pflegerische Ergebnisqualität in der ambulanten Pflege. *Das Gesundheitswesen*.[e-pub] (Impact Factor: 0,42)
4. **Strube-Lahmann S***, Suhr R*, Kuntz S, Lahmann N (2018). Patientensicherheit – Umgang mit multiple resistenten Erregern in der ambulanten Pflege. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* (akzeptiert 07/2018, *=geteilte Erstautorenschaft)

Andere publizierte Arbeiten

1. **Strube-Lahmann S**. Ernährung. In N. Lahmann (2018). *Pflegeprobleme in Deutschland: Ergebnisse von 17 Jahren Forschung in Kliniken und Pflegeheimen (2001-2017)*. Berlin: Charité-Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Geriatrie und Altersmedizin, Forschungsgruppe Geriatrie, AG Pflegeforschung
2. Kuntz S, **Strube-Lahmann S**, Lahmann N (2018) *Entwicklung eines textlbasierten waschbaren Mikroelektroniksystems zum Monitoring Pflegebedürftiger im ambulanten und stationären Bereich: EmPower*. Berlin: Charité-Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Geriatrie und Altersmedizin, Forschungsgruppe Geriatrie, AG Pflegeforschung (Poster/Kongressbeitrag)

14. Danksagung

Meine Danksagung wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.