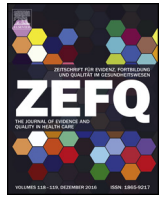




Contents lists available at ScienceDirect

Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ)

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/zefq>



Bildung im Gesundheitswesen / Education In Health Care

Survey zur Einbindung von Pflegefachpersonen mit Hochschulabschlüssen an deutschen Universitätskliniken - Stand 2015

State of development of the role of academic nursing staff at German university hospitals in 2015

Antje Tannen^{a,1,2}, Johanna Feuchtinger^{b,2}, Barbara Strohbücker^{c,2}, Andreas Kocks^{d,*,1,2}



^a Charité Universitätsmedizin Berlin, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Berlin, Deutschland

^b Universitätsklinik Freiburg, Pflegedirektion, Stabsstelle Qualität und Entwicklung, Freiburg, Deutschland

^c Universitätsklinik Köln, Pflegedirektion, Stabsstelle Pflegewissenschaft, Köln, Deutschland

^d Universitätsklinik Bonn, Stabsstelle Pflegeforschung, Bonn, Deutschland

ARTIKEL INFO

Artikel-Historie:

Eingegangen: 31. Mai 2016
Revision eingegangen: 9. November 2016
Akzeptiert: 9. November 2016
Online gestellt: xxx

Schlüsselwörter:

Hochschulabsolventen
deutsche Universitätskliniken
Pflegepersonalstruktur
Pflege
akademisiert

ZUSAMMENFASSUNG

Einleitung: Um dem Anforderungswandel in der komplexeren werdenden Patientenversorgung zukünftig gerecht werden zu können, wird eine stärkere Differenzierung der Pflegepersonalstruktur, insbesondere die Einbindung hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen empfohlen. Dies ist internationaler Standard und wird vom deutschen Wissenschaftsrat empfohlen. Unklar ist der aktuelle Umsetzungsgrad der Empfehlungen in deutschen Universitätskliniken. Die Untersuchung ermittelt den Anteil hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen und deren Tätigkeitsprofil an deutschen Universitätskliniken.

Methode: Standardisierte schriftliche Befragung der Pflegedirektionen aller 32 Universitätskliniken und medizinischen Hochschulen in Deutschland im Jahr 2015.

Ergebnisse: Bei einer Rücklaufquote von 75% ergab sich eine Quote von hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen von 1,7% insgesamt und 1,0% in der direkten Patientenversorgung. Die Tätigkeiten der Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss entsprechen dem Profil einer erweiterten Pflegepraxis, darunter konzeptionelle Entwicklung (76%), Qualitätssicherung und Förderung einer evidenzbasierten Versorgung (72%), Praxisprojekte (64%) und Patientenberatung (56%). Es gab bundesweit deutliche Schwankungen zwischen einzelnen Kliniken hinsichtlich der Entgeltstufen bei gleichzeitigem Fehlen von verlässlichen Tarifstrukturen.

Diskussion: Dieses Survey ist eine erste nationale Untersuchung, welche den Anteil hochschulisch qualifizierter Pfleger in der direkten Versorgung untersucht. Die Quote von 1% liegt weit unter den offiziellen Empfehlungen des Wissenschaftsrats (10–20%) und weist auf einen erheblichen Reformbedarf hin. Eine Folgeerhebung ist 2017 geplant.

ARTICLE INFO

Article History:

Received: 31 May 2016
Received in revised form: 9 November 2016
Accepted: 9 November 2016
Available online: xxx

ABSTRACT

Introduction: In order to meet the requirements of the increasing complexity of patient care it is recommended to promote more differentiated nursing staff structures and to integrate academic nurses, which is international standard and recommended by the German Science Council. The implementation level is unclear. What is the percentage of nurses with an academic degree at German university hospitals, and what are their task profiles?

* Korrespondenzadresse: Andreas Kocks (BScN, MScN), Stab Pflegedirektion Pflegeforschung und Pflegeentwicklung, Sprecher des Netzwerkes Pflegeforschung an Universitätskliniken des VPU, Universitätsklinik Bonn, Sigmund-Freud-Str. 25, 53105 Bonn, Deutschland. URL: www.ukb.uni-bonn.de.

E-mail: andreas.kocks@ukb.uni-bonn.de (A. Kocks).

¹ geteilte Erstautorenschaft von Antje Tannen, Andreas Kocks

² Für das Netzwerk Pflegeforschung an Universitätskliniken des VPU:

Keywords:
academic degree
german university hospitals
staff structure
nurses
academic

Method: Standardised written survey by nursing directors of all 32 German university hospitals and medical universities in 2015.

Results: The response rate was 75 %. The overall ratio of nurses with an academic degree amounted to 1.7 % and to 1.0 % in direct patient care. The activities of nurses with an academic degree correspond to international Advanced Nursing Practice approaches including conceptual development (76 %), support of evidence-based practice (72 %), practice projects (64 %) and patient counselling (56 %). There were significant variations among hospitals nationwide concerning pay rates with a current lack of reliable pay structures.

Discussion: This is the first national survey to determine the quota of nurses with an academic degree in direct patient care. The ratio of 1 % is well below the 10 to 20 % recommended by the German Science Council – hence the need for immediate action and comprehensive reforms. A follow-up survey is planned for 2017.

Einleitung

Die Pflege sieht sich seit geraumer Zeit mit einem kontinuierlichen Anforderungswandel und daraus resultierenden Modernisierungsbedarf konfrontiert [1,2]. Der demographische Wandel [3–5], die Zunahme von Menschen mit chronischen Erkrankungen [6–8] sowie die Komplexitätssteigerung pflegerischer Interventionen aufgrund der Weiterentwicklung und Technisierung von diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten bedingen die Ausweitung des pflegerischen Handlungs- und Verantwortungsspektrums in allen Versorgungssettings. Hinzu kommt die mit der Einführung der DRGs und der Ökonomisierung verbundene Verdichtung von Arbeitsabläufen in Krankenhäusern. Dies führt auch in der Pflege zu einer Konzentration von schweren und schwersten Behandlungsfällen, zu einer Verkürzung von Liegezeiten bei gleichzeitiger Steigerung der Fallzahlen und einem Zuwachs an therapeutisch-technischen Aufgaben und Monitoring-Funktionen [9–11].

Pflege an Universitätskliniken arbeitet in einem Kontext der Hochleistungsmedizin, oftmals in hochspezialisierten Zentren, sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich (Hochschulambulanzen). Entsprechend dem Auftrag der Supramaximalversorgung sind sie durch besondere Charakteristika, Herausforderungen und Kompetenzen geprägt [12], die sie in einigen Bereichen von anderen Maximalversorgern unterscheiden. Kennzeichnend sind neben der Einbindung in Forschung und Lehre insbesondere die häufige Kombination von komplexen Krankheitsbildern, schweren und kritischen Krankheitsverläufen sowie seltenen Erkrankungen. Die sehr komplexen und teilweise sehr spezifischen Bedarfslagen von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen treffen an Universitätskliniken auf vielfältige Interventionsmöglichkeiten und Innovationen. Dies erfordert sowohl in der Medizin als auch in den nichtärztlichen Gesundheitsfachberufen ein hohes Maß an Kompetenzen und Fertigkeiten.

Im Sinne des Evidence Based Nursing ist die hochschulische Qualifikation von Pflegenden eine Antwort auf den Bedarf und die Möglichkeiten der Entwicklung und Integration der derzeit besten wissenschaftlichen Belege in die Pflegepraxis [13–16]. Hierzu bedarf es an nationalen Universitätskliniken entsprechender Forschungs-, Lehr- und Praxisstrukturen.

Die umfassenden Herausforderungen der klinischen Patientenversorgung wie auch der Bedarf und das Potential von pflegebezogener Forschung und Lehre umschreiben den Relevanzrahmen hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen für Universitätskliniken in Deutschland [17–19]. Hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen können, sowohl durch wissenschaftliche Expertise als auch durch klinisch-praktische Kompetenzen, die Implementierung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in die Routineversorgung verbessern [20–24]. Ein höherer Anteil an hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen ist mit einer Verbesserung der Patientensicherheit sowie effektiveren Versorgungsergebnissen assoziiert [25–33]. Nach wie vor besteht ein

immenser Forschungsbedarf zu klinisch relevanten Fragestellungen [16,34,35].

Um den genannten Versorgungsbedarfen entsprechen zu können, werden analog internationaler Qualifikationswege erstmals auch in Deutschland Pflegefachpersonen mit Bachelor- und Masterabschluss in den Kliniken eingesetzt [36]. Ergänzt wird dieses hochschulische Potential der Pflege um Absolventinnen und Absolventen von Diplomstudiengängen in der Pflege. In der Mehrheit waren diese Studiengänge im Bereich Pflegepädagogik oder Pflegemanagement verortet. Während diese Entwicklung in vielen anderen Ländern wie in den angloamerikanischen Ländern oder Skandinavien bereits deutlich weiter vorangeschritten ist, gilt in Deutschland nach wie vor die dreijährige berufsfachschulische Ausbildung zur Gesundheits- und Kinder-/Krankenpflegerin, Altenpflegerin und zum Gesundheits- und Kinder-/Krankenpfleger und Altenpfleger als reguläre Voraussetzung zur Tätigkeit als Pflegefachperson [37,38]. In Erweiterung zu deren Kompetenzen sollen die seit knapp zwanzig Jahren in zunehmendem Umfang im tertiären Bildungssektor qualifizierten Pflegefachpersonen zur Sicherung und dringend erforderlichen wissenschaftsbasierten Weiterentwicklung der Patientenversorgung beitragen [13]. Dem Pflegepersonalmanagement stellt sich hier die anspruchsvolle Aufgabe, diesen Transitionsprozess in Annäherung an internationale Qualifikationswege in der Pflegepraxis zu gestalten. Dies schließt insbesondere die an die entsprechenden Kompetenzprofile gebundene Einführung neuer Aufgaben- und Tätigkeitsprofile wie auch das Austarieren eines sinnvollen und anforderungsgerechten Qualifikationsmix mit ein. Trotz eindeutig identifizierter zunehmend komplexerer Versorgungsbedarfe von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen ist der Einsatz von hochschulisch qualifizierten Pflegenden in Deutschland nicht durchweg in einer relevanten Breite umgesetzt.

Neben international etablierten Modellen wie dem des konzeptuellen Rahmens der Advanced Nursing Practice [39] gibt der Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) [40] ebenfalls ein strukturelles Gerüst für die unterschiedlichen Qualifikationsstufen. Auf acht Niveaus können der Pflege von der ungelerten Hilfe (z. B. Personen im Patientenservice) auf Niveau 1 bis zum Doktorat auf Niveau 8 alle Aufgaben und Kompetenzen zugeordnet werden. Pflegefachpersonen mit einem grundständigen Berufsabschluss auf Bachelorstufe werden im DQR dem Niveau 6 zugeordnet, Pflegefachpersonen mit Masterabschluss Niveau 7 und mit Promotion Niveau 8.

Trotz dieser konzeptuellen Hilfestellung ist es für das Personalmanagement ein komplexer Entwicklungsschritt, die bislang auch recht unterschiedlich hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen wirkungsvoll einzusetzen, damit sie einen Unterschied in der Patientenversorgung leisten können. Die hochschulische Qualifikation von Pflegenden ist in diesem Sinne kein Selbstzweck, sondern zielt auf eine Verbesserung der Patienten- und Angehörigenoutcomes. Derzeit befindet sich die nationale Kliniklandschaft noch in einem Versuchsfeld. Während die einen bereits

auf eine 20-jährige Tradition im Einsatz von z. B. Pflegeexperten / APN [41,42] mit Masterabschluss in Pflegewissenschaft oder einer anverwandten Wissenschaft zurückblicken [43], beginnen andere erst damit, entsprechende Strukturen und Kompetenzen aufzubauen. Einigkeit in der Diskussion besteht darin, dass der Einsatz der Pflegefachpersonen mit hochschulischer Qualifizierung immer auf der Basis des spezifischen Patientenbedarfs geschehen muss.

Frage-/ Problemstellung

Um eine erste Datenbasis über das Vorhandensein und die aktuellen Tätigkeitsfelder hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen an deutschen Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen zu erhalten, hat das Netzwerk Pflegeforschung des Verbands der Pflegedirektorinnen und -direktoren der deutschen Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen (VPU) eine standardisierte schriftliche Erhebung in Eigenfinanzierung durchgeführt.

Ziel

Ziel dieser Untersuchung war eine erste quantitative Beschreibung der Einbindung von Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss an deutschen Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen. Vor dem Hintergrund der Empfehlungen des Deutschen Wissenschaftsrates zu den hochschulischen Qualifikationen im Gesundheitswesen [17] aus dem Jahr 2012, wird der Grad der Durchdringung der Pflegepraxis mit hochschulisch qualifizierten Pflegenden sowie deren Tätigkeitsbereiche an Universitätskliniken beschrieben. Es werden Empfehlungen für weitere Qualifikationsbestrebungen und Einsatzmöglichkeiten von pflegerischen Hochschulabsolventen in der Patientenversorgung gegeben.

Methode

In Vorbereitung auf das Projekt wurde eine systematische Literaturrecherche in der internationalen Datenbank PubMed durchgeführt sowie ergänzend eine gezielte Handsuche in Fachzeitschriften mit Bezug zum Deutschen Gesundheitswesen oder zu pfledepädagogischen Fragestellungen vorgenommen. Es wurden potentielle relevante Artikel mit Fokus auf Kompetenzentwicklung in der Pflege, Akademisierung in der Pflege, Grademix, Skillmix, Aufgabenneuverteilung in der Pflege, sowie weitere verwandte Themen identifiziert und auf inhaltliche Relevanz in Bezug auf die Fragebogenerstellung bewertet.

Basierend auf den Erkenntnissen aus der Literaturrecherche wurde ein standardisierter Fragebogen zur Selbstauskunft entwickelt und durch 20 Experten aus Pflegemanagement, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft in mehreren Umlaufschleifen und gemeinsamen Arbeitsgruppensitzungen überarbeitet und auf die Möglichkeit der Datengenerierung geprüft. Der Fragebogen kann auf Anfrage von den Autorinnen und Autoren zur Verfügung gestellt werden. Neben allgemeinen Angaben zum Pflegedienst, wie die Anzahl der Beschäftigten im Pflegedienst und die Anzahl von Pflegefachpersonen mit mindestens dreijähriger Berufsausbildung, wurden die Pflegedirektionen nach der Anzahl der Beschäftigten mit pflegebezogenem Studienabschluss gefragt. Zwei weitere Fragenkomplexe zielten auf die Aufgabenbereiche und die Vergütungssituation der Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss ab. Anschließend wurde nach bestehenden und geplanten Studiengängen für Gesundheitsfachberufe an den eigenen Fakultäten sowie nach Kooperationen mit externen

Bildungsträgern gefragt, um einen Zukunftstrend ermitteln zu können.

Die Zielpopulation dieser Querschnittsuntersuchung waren alle 32 Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands, unabhängig von der Anzahl der Standorte, Art der Trägerschaft (landeseigen, nicht landeseigen, städtisch oder privat) und Größe (Bettenanzahl, Anzahl Beschäftigte). Befragt wurden die Pflegedirektionen.

Als Stichtagserhebung wurde der Fragebogen im Januar 2015 an alle deutschen Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen (n=32) postalisch versandt. Die Teilnahme an der Erhebung war freiwillig und fand in Absprache mit und nach mündlicher Einverständniserklärung durch die jeweilige Pflegedirektion statt. Ein weitergehendes Ethikvotum war für diese Erhebung ohne direkte Patientenbeteiligung oder Beschäftigtenbefragung nicht erforderlich. Jeder Universitätsklinik wurde ein Code zugewiesen und jeder Fragebogen zur Rückverfolgung der Non-Responder und möglichen einrichtungsbezogenen Auswertung gekennzeichnet. Pro Universitätsklinik wurden einmal Angaben zu den oben genannten Fragen gemacht. Der pseudonymisierte Fragebogen wurde an das koordinierende Universitätsklinikum postalisch zurückgesendet und dort auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft. Nach sechs Wochen wurden die Non-Responder telefonisch und per Mail noch einmal zur Abgabe der Fragebögen motiviert. Es erfolgte keine zusätzliche Überprüfung der Richtigkeit der gemachten Routinedaten. Während des Erhebungszeitraums standen die koordinierenden Forscher für Rückfragen und Erläuterungen zum Fragebogen telefonisch zur Verfügung.

Die statistische deskriptive Datenauswertung erfolgte mit SPSS (IBM SPSS Statistics 22). Nach der Datenkontrolle und -bereinigung wurden pro Klinik relative Häufigkeiten (%) für die Personalanteile und fallbasierte relative Häufigkeiten bei Mehrfachnennungen berechnet.

Die stichwortartigen Antworten auf die offenen Fragen wurden in ihrem narrativen Inhalt ausgewertet und zusammengefasst. Die Auswertung erfolgte einrichtungsweise. Subgruppenanalysen und Vergleiche von Gruppen wurden nicht vorgenommen. Fehlende Werte werden bei der Darstellung der Ergebnisse ausgewiesen.

Ergebnisse

Anteil und Tätigkeiten der hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen

Insgesamt wurden 24 gültige Fragebögen in die Auswertung eingeschlossen. Das entspricht einer Rücklaufquote von 75%. Viele Kliniken meldeten zurück, dass die angefragten Daten zu akademischen Qualifikationen im Pflegedienst nicht routinemäßig erfasst werden. In einigen Kliniken erfolgte die Datenerfassung demnach erstmalig händisch, mit dem entsprechenden Zeitaufwand und möglicherweise auch inkonsistenten Ergebnissen. Einige Kliniken konnten keine Zahlen liefern.

Die Anzahl der Beschäftigten im Pflegedienst lag zwischen 762 und 3.494,5. Der Anteil an Pflegefachpersonen mit dreijähriger Ausbildung betrug zwischen 74,2% und 100% (Tabelle 1).

Der Anteil hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen, der im Pflegedienst beschäftigt ist, lag zwischen 0% und 4,3%. Der Anteil hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen, die mindestens 50% ihrer Arbeitszeit im direkten Patientenkontakt eingesetzt sind, betrug zwischen 0% und 2,7%. Insgesamt beträgt der Anteil hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen an allen teilnehmenden Universitätskliniken im Mittelwert 1,7%. Der Anteil hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen, die mindestens 50% ihrer

Tabelle 1
Anteil (in %) der Pflegefachpersonen mit berufsfachschulischer bzw. hochschulischer Qualifikation.

Klinik	Anteil (in %) der Pflegefachpersonen (mind. Dreijährige Ausbildung) von allen Beschäftigten im Pflegedienst	Anteil (in %) der hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen (mindestens DQR 6) von allen Beschäftigten im Pflegedienst	Anteil (in %) an hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen mit <i>Patientenkontakt</i> von allen Beschäftigten im Pflegedienst
1	96,02	0	0
2	77,2	2,57	2,57
3	88,33	4,29	2,71
4	86,96	1,04	0,52
5	95,95	1,27	0,44
6	87,39	1,12	0,6
7	88,35	3,08	1,88
8	89,31	1,49	0,63
9	99,13	3,7	0,48
10	99,65	1,53	1,53
11	94,51	2,85	1,43
12	98,36	0,88	0,88
13	90,92	0,42	0,1
14	97,26	2,38	1,19
15	100	0,45	0,32
16	78,78	0,96	0,51
17	87,02	1,24	0,43
18	78,24	2,04	2,2
19	74,22	1,06	0,8
20	96,11	0,92	0,52
21	89,96	1,07	0,53
22	96,38	1,69	1
23	92,67	3,88	2,43
24	92,28	3,05	1,96
Gesamt	90,18	1,71	1,03

Arbeitszeit im direkten Patientenkontakt stehen, beträgt 1,0% (Tabelle 1).

Der häufigste Hochschulabschluss der Mitarbeitenden, die der Pflegedirektion unterstellt sind, war für alle teilnehmenden Universitätskliniken der Bachelorabschluss (n=348), gefolgt vom Diplomabschluss (n=269), Masterabschluss (n=81) und dem Doktorgrad (n=11). Die häufigste Ausrichtung der hochschulischen Qualifizierung war Pflegemanagement (n=266), gefolgt von einem Pflegestudium (primärqualifizierend oder dual; n=144), Pflegewissenschaft (n=118), Pflegepädagogik (n=112) sowie sonstiger Ausrichtung (n=52).

In 11 der 24 Kliniken gab es eine Tätigkeitsbeschreibung für die hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen mit direktem Patientenkontakt. Die meistgenannten Tätigkeitsbereiche waren „konzeptionelle Entwicklung“ (82,6%), „Qualitätsmanagement und Förderung einer evidenzbasierten Versorgung“ (74%) sowie „Praxisprojekte“ (70%) (Tabelle 2).

Tabelle 2
Häufigkeit von Nennungen zu den Tätigkeiten der hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen (in %; Mehrfachnennungen waren möglich), n=1 missing data zu Tätigkeitsbeschreibung (ja/nein).

	Alle (n=24)	UKs mit Tätigkeitsbeschreibung (n=11)	UKs ohne Tätigkeitsbeschreibung (n=12)
Konzeptionelle Entwicklung	82,6	81,8	83,3
Qualität/ Evidenz	73,9	90,9	58,3
Praxisprojekte	69,6	81,8	58,3
Patienten-/ Angehörigenberatung	56,5	63,6	50
Betreuung von Patienten in kritischen Situationen	47,8	54,5	41,7
Fachlich kollegiale Beratung	47,8	72,7	25
Fallsteuerung	39,1	54,5	25
Forschungsprojekte	34,8	45,5	25
Sonstiges	30,4	27,3	33,3

Tabelle 3
Entgeltstufen für hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen.

	Minimum	Maximum
Patientenah* Bachelor	EG 7	EG 11
Patientenfern Bachelor	EG 7	EG 12
Patientenah Dipl./ Master	EG 7	EG 13
Patientenfern Dipl./ Master	EG 9	EG 15
Patientenah Promotion	Keine Angabe	EG 13
Patientenfern Promotion	EG 9	EG 13

* Anmerkung: patientenah = mind. 50% der Arbeitszeit in direktem Patientenkontakt

Vergütungsoptionen für hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen

Es gab große Schwankungen zwischen den Kliniken hinsichtlich der Entgeltstufen für die verschiedenen akademischen Grade. Eine der 24 Kliniken verfügt über ein Tarifsystem zur Vergütung der hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen (Tabelle 3).

Die häufigsten außertariflichen Vergütungsoptionen sind „Vorweggewährung von Stufen“ (73,9%), „nichtentgeltliche Fördermaßnahmen“ (60,9%) und „persönliche Zulagen“ (52,2%) (Tabelle 4). Als Gründe gegen eine Höhergruppierung wurden genannt: „Tätigkeitsmerkmale sind nicht im Tarifsystem“ (78%), „keine interne Regelung“ (61%) und „Tätigkeitsprofil rechtfertigt keine Höhergruppierung“ (13%).

Studiengänge der eigenen Fakultäten

Insgesamt 7 der 24 Kliniken sind mit Einrichtungen assoziiert, die einen oder mehrere Studiengänge für Gesundheitsfachberufe anbieten. Insgesamt 15 haben eine Kooperation mit externen Hochschulen. Es haben 4 Kliniken sowohl eigene Studiengänge als auch externe Kooperationen. An 13 Fakultäten und Hochschulen sind innerhalb der nächsten 5 Jahre Studiengänge geplant, davon 12 Studiengänge an Fakultäten, die bereits einen oder mehrere interne oder externe Studiengänge anbieten und 1 Studiengang an einer Fakultät, die bisher noch keinen Studienangebot hatte..

Die externen Studiengänge, mit denen Kooperationen bestehen, haben folgende Ausrichtungen: Pflege und Gesundheit, Pflege, Physiotherapie, Kooperationsmanagement, Bildungswissenschaft, Management, Pflegemanagement, Pflegepädagogik, Pflegewissenschaft, Gesundheitsmanagement, Lehramt für berufsbildende Schulen, Pflegewissenschaft und Pflegemanagement, Midwifery, Business Administration, Physician Assistant, Diätetik.

Nur wenige Medizinische Fakultäten (n=7) bieten eigene Studiengänge der Gesundheitsfachberufe an. Folgende Ausrichtungen der „eigenen“ Studiengänge wurden benannt: Pflege- und Gesundheitswissenschaft (Bachelor), Pflegewissenschaft (Bachelor, Master), Promotionsstudiengang, Gesundheitswissenschaften

Tabelle 4
Häufigkeit von Nennungen zu Vergütungsoptionen für hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen (in %).

Vergütungsoption	Häufigkeit in %
Vorweggewährung von Stufen	73,9
Nichtentgeltliche Fördermaßnahmen	60,9
Persönliche Zulagen	52,2
Zielvereinbarungen	17,4
Sonstiges	8,7

(Bachelor), Gesundheits- und Krankenpflege, interprofessionelle Gesundheitsversorgung, Klinische Medizintechnik, Ergo- und Physiotherapie, Hebammenwissenschaft, Public Health (Master), Health Profession Education (Master), Business Administration (Bachelor), (Tabelle 5).

Die innerhalb der nächsten fünf Jahre geplanten Studiengänge sollen folgende Ausrichtung haben: Pflege (n=6), Management (n=0), Pädagogik (n=0), Pflegewissenschaft (n=4), andere Ausrichtung (n=3) und Ausrichtung unklar (n=1), Physiotherapie (n=1).

Diskussion

Die Studie liefert erstmals systematische Angaben zur Quote akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen an deutschen Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen.

Die Angaben von 24 der insgesamt 32 Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen in Deutschland ergaben eine Quote von 1,7% hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen im Pflegedienst. Berücksichtigt man ausschließlich hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen mit direktem Patientenkontakt, also nicht Beschäftigte, die in Stabsstellen, im Management, der Qualitätssicherung, der internen Fortbildung, der Forschung oder anderen patientenfernen Bereichen eingebunden sind, so ergibt sich eine Quote von 1% hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen in der unmittelbaren Patientenversorgung.

Aus den genannten Tätigkeitsfeldern der hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen in der direkten Patientenversorgung wird jedoch deutlich, dass deren Aufgaben nicht zwingend patientennah sind, so z. B. „konzeptionelle Entwicklung“ oder „Qualitätsmanagement“. In zukünftigen Erhebungen sollte noch gezielter nach anspruchsvollen klinischen, patientenzentrierten Aufgaben wie z. B. Patienten- und Familienedukation, Beratung oder Case Management gefragt werden.

Die in den Universitätskliniken ermittelte Quote von 1,7% insgesamt bzw. 1,0% in der Patientenversorgung arbeitenden akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen ist noch weit entfernt von der Empfehlung des Wissenschaftsrates [17], der eine Akademisierungsrate von 10-20% vorschlägt. Dies entspräche sowohl der steigenden Komplexität der Versorgungsbedarfe als auch den erweiterten Versorgungsmöglichkeiten im deutschen Gesundheitswesen und wäre damit strukturelle Voraussetzung für eine Qualitätsverbesserung. Die Herleitung bzw. Fundierung dieser Quote kann durchaus kritisch betrachtet werden, dennoch gibt

sie eine erste nationale Orientierung, insbesondere vor dem Hintergrund einer in vielen Ländern etablierten hochschulischen Qualifikation von nichtärztlichen Gesundheitsfachberufen wie der Pflege. Das Institute of Medicine (IOM) in den USA fordert beispielsweise einen 80%igen Anteil an Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss bis zum Jahr 2020 [44].

Die Situation an akademischen Lehrkrankenhäusern und nichtuniversitären Einrichtungen der stationären oder ambulanten Patientenversorgung ist bisher kaum systematisch erfasst. Laut Krankenhausbarometer des Deutschen Krankenhausinstituts e.V. [36] beschäftigen 58% der Krankenhäuser in Deutschland „akademisierte Pflegekräfte“. Der Akademisierungsgrad beträgt dieser Studie zufolge 1,6% (nur Beschäftigte mit abgeschlossener akademischer Bildung) bzw. 2,3% (auch Beschäftigte, die sich noch in einer akademischen bzw. berufsbegleitenden Ausbildung befinden). Insbesondere die kleineren Krankenhäuser (< 300 Betten) weisen einen überproportional hohen Anteil an „akademisierten Pflegekräften“ auf [36].

Die geringe Anzahl an Pflegenden mit hochschulischen Qualifikationen spiegelt die national noch sehr kurze Geschichte pflegebezogener Studienangebote wider. In Deutschland gibt es diese erst seit etwa 20 Jahren, wovon die meisten Studienangebote bislang die Bereiche Pflegepädagogik und Pflegemanagement abgedeckt haben. Der Akademisierung der direkten Pflege mit Patienten und Angehörigen wird erst in jüngster Zeit durch die Einrichtung von primärqualifizierenden dualen Studiengängen für Gesundheitsfachberufe sowie Pflege- und Therapieberufe verstärkt Rechnung getragen. Wenn die hochschulische Qualifizierung der nichtärztlichen Gesundheitsfachberufe kein Selbstzweck sein soll, gilt es diesen Bereich weiter zu entwickeln. Auf diese Weise können die mit der Absolvierung von Studiengängen verbundenen zusätzlichen Kompetenzen in der direkten Patienten- und Angehörigeninteraktion wirksam werden. Die Chance der geforderten Qualitäts- und evidenzbasierten Entwicklung in der Gesundheitsversorgung ist eng an entsprechende akademische Qualifikationen gekoppelt [13].

In der öffentlichen Debatte um die akademischen Qualifizierungsentwicklungen der nichtärztlichen Gesundheitsfachberufe ist auch die Sichtweise der Ärzteschaft zu berücksichtigen. Die Reaktionen und Diskussionen der Ärzteschaft auf die Empfehlungen des Deutschen Wissenschaftsrates [17] waren sorgenvoll bis tendenziell ablehnend. Angeführt wurden beispielsweise Aspekte um drohende Qualitätsverluste der Patientenversorgung [45] wie auch die Gefahr der „Qualifizierung von Pflegepersonal weg vom Bett“ [46,47] oder die Sorge vor inhaltlichen und finanziellen Umverteilungen zwischen der Ärzteschaft und den Gesundheitsfachberufen [48]. Die positiven Erfahrungen aus verschiedenen internationalen Konzepten der Höherqualifizierung der patientennahen Gesundheitsfachberufe werden hierbei vielfach ausgeblendet, auch wenn die epidemiologischen, demografischen und gesundheitsökonomischen Herausforderungen durchaus übertragbar sind [49]. Ob die angeführten Argumente auf eine Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung und Förderung des Patientenwohls oder eher Sicherung von Professionsgrenzen und Privilegien zielen,

Tabelle 5
Studiengänge der eigenen Fakultäten.

	Pflege/ Pflegewissenschaft	Therapieberufe/ Therapiewissenschaft	Berufsübergreifend
Ohne Angabe des akademischem Grades	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheits- und Krankenpflege 	<ul style="list-style-type: none"> • Klinische Medizintechnik • Ergo- und Physiotherapie • Hebammenwissenschaft 	<ul style="list-style-type: none"> • Interprofessionelle Gesundheitsversorgung
Bachelor	<ul style="list-style-type: none"> • Pflege- und Gesundheitswissenschaft • Pflegewissenschaft 		<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitswissenschaften • Business Administration
Master	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegewissenschaft 		<ul style="list-style-type: none"> • Public health • Health Professions Education
Doktor			<ul style="list-style-type: none"> • Promotionsstudiengang

ist kritisch zu diskutieren [13]. Unstrittig ist, dass gerade im klinischen Sektor der Supramaximalversorgung der Universitätskliniken die enge Zusammenarbeit von Medizin und Pflege in einer gemeinsamen Arbeitsorganisation und einer sich gegenseitig unterstützenden Arbeitsteilung alltägliche Normalität ist. Die Diskussion um traditionelle Aufgaben- und Qualifikationsprofile spiegelt hier einen langfristigen Transformationsprozess wider, der mit zunehmender Anzahl an Absolventinnen und Absolventen der Pflege- und Hebammenstudiengänge an Dynamik gewinnen wird. Ergänzend zur direkten Patientenversorgung sollten die Verantwortlichen in Universitätskliniken, entsprechend ihrem universitären Auftrag, auch die Bereiche der Forschung und Lehre für die Gesundheitsfachberufe in den Blick nehmen.

Neben der immer noch sehr geringen Anzahl von Pflegefachpersonen mit hochschulischen Qualifikationen an deutschen Universitätskliniken sind auch die Herausforderungen in der Datengewinnung dieser Untersuchung zu erwähnen. Bis auf wenige Ausnahmen werden neben üblichen Weiterqualifizierungen wie spezielle Fort- und Weiterbildungen (Fachweiterbildung für Intensivpflege, Praxisanleitung, Wundmanagement etc.) oder Pflichtschulungen (Brandschutz, Reanimation etc.) die akademischen Qualifikationen in den Kompetenzprofilen noch nicht durchgängig erfasst. Einige Kliniken erfassten die hier angefragten Daten händisch, einige Kliniken meldeten keine Daten zurück mit dem Hinweis, dass sie diesen zusätzlichen Aufwand aktuell nicht leisten könnten. Für ein kontinuierliches Monitoring und die gezielte Gestaltung eines anzustrebenden Grade- und Skillmix ist die routinemäßige Erfassung von akademischen Abschlüssen und Tätigkeitsfeldern der Mitarbeiter beispielsweise durch die Personalabteilung zu empfehlen. Vor dem Hintergrund der teilweise sehr unterschiedlichen pflegebezogenen Studienangebote und nicht zwingend zu vergleichenden Studienabschlüssen, sollten neben den erworbenen akademischen Abschlüssen auch die jeweiligen assoziierten Studiengänge erfasst werden.

Mehr und mehr entlassen die bundesdeutschen Hochschulen Absolventinnen und Absolventen einschlägiger Studiengänge in einen Arbeitsmarkt, der sich mit deren Eingliederung noch schwer tut. Die Praxiseinrichtungen fordern vor dem Hintergrund des Komplexitätszuwachses und der Komprimierung der Leistungen seit den 1990er eine höhere Qualifizierung der Pflegefachpersonen. Aktuell steht die Differenzierung von konkreten Rollenprofilen, Aufgabenbereichen und Verantwortungen in der direkten Patientenversorgung national noch aus. Zudem mangelt es an einschlägigen Managementkonzepten zur Integration und Nutzung der neuen Kompetenzen. Die Befragung zeigt, dass nur die Hälfte der teilnehmenden Einrichtungen über eine Tätigkeitsbeschreibung für hochschulisch qualifizierte Pflegende verfügt. Internationale Konzepte zum Einsatz hochschulisch qualifizierter Pfleger wie das Rahmenkonzept der Advanced Nursing Practice (ANP) [39,41] oder die praktischen Erfahrungen mit dem Schweizer Kompetenzprofil Pflege sowie der Einsatz von Bachelor- und Masterabsolventinnen und -absolventen im angloamerikanischen Raum können Orientierung geben, müssen aber auf nationale Gegebenheiten hin geprüft und ggf. angepasst werden.

Gerade vor dem Hintergrund des sich abzeichnenden Fachkräftemangels in den Gesundheitsfachberufen [50,51] und in der Ärzteschaft [46,52] ist eine neue Aufgabenverteilung zwischen den Professionen unabdingbar. Dabei ist die Diskussion um einen entsprechenden Grade- und Skillmix sowohl zwischen den Professionen als auch über die unterschiedlichen Qualifikationsstufen hinweg zu führen. National sind solche Konzepte erst in der Entwicklung. Beispielsweise hat eine Arbeitsgruppe des VPU für Universitätskliniken den Einsatz von Bachelorabsolventen mittels eines entsprechenden Grade- und Skillmix entworfen [53,54]. Mit einem Leitfadens zur Implementierung von Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss im Krankenhaus hat der Verband der

Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Unikliniken (VPU) [55] hierzu erste nationale Umsetzungsmöglichkeiten aufgezeigt. Die konkrete Umsetzung dieser Empfehlungen im Rahmen von Modellstationen ist geplant.

In der Tarifstruktur der Länder sind die hochschulischen Qualifikationen in der Pflege noch nicht berücksichtigt [56,57]. Orientiert sich die bisherige Eingruppierung wie im TVL-Pflege noch an der Anzahl unterstellter Beschäftigter bzw. dem Besuch einer Fachweiterbildung, können akademische Abschlüsse im Sinne des Bachelors oder Masters nicht abgebildet werden. Dies spiegelt sich auch in den hier untersuchten Daten wieder. Nur eine von 24 Einrichtungen verfügt über verlässliche Tarifstrukturen für hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen. Vielmehr dominieren kreative Einzellösungen wie die Vereinbarung von Zulagen oder die Übernahme von Qualifizierungskosten zum Entgelt. Kritisch zu bewerten ist außerdem eine tendenziell bessere Vergütung von patientenfernen Tätigkeiten verglichen mit Tätigkeiten in der direkten Patientenversorgung. Hier sollten klare Anreize für eine patientennahe Tätigkeit gesetzt werden - insbesondere vor dem Hintergrund des gravierenden Fachkräftemangels in der Pflege. Eine planbare monetäre Perspektive bzw. ein Qualifizierungsanreiz werden mit diesen Tarifstrukturen nur bedingt gesetzt. Mit der zunehmenden Anzahl von Absolventinnen und Absolventen pflegebezogener Studiengänge gilt es auch, diese Herausforderung von den Tarifparteien in den Blick zu nehmen. Erste Schritte in diese Richtung sind mit dem aktuellen Tarifabschluss für die Beschäftigten des öffentlichen Dienstes von Bund und kommunalen Arbeitgebern (TVÖD) vorgenommen worden, der erstmals Hochschulqualifikationen von Pflegefachpersonen berücksichtigt [58].

Die in dieser Erhebung sichtbar gewordenen Defizite im Hinblick auf den Umsetzungsgrad der politisch gewollten Einbindung von hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen, bei der Deutschland im europäischen Vergleich weit zurückliegt, sollen im Folgenden notwendige Schritte zur Behebung dieses Reformstaus diskutiert werden. Neben langfristigen Personalentwicklungs- und Organisationsentwicklungskonzepten sind vor allem folgende kurzfristige Reformmaßnahmen nötig: klare Aufgabenbeschreibungen und Kompetenzprofile im Sinne einer angemessenen Binnendifferenzierung und eine schlüssige Eingliederungsstrategie von Pflegefachpersonen mit unterschiedlichen akademischen Graden in bestehende Personalstrukturen und ein einheitliches Tarifkonzept für alle Qualifizierungsstufen innerhalb der Pflege. Dies gilt auch vor dem Hintergrund der zunehmenden Bewerbungen und Einstellungen von ausländischen Pflegefachpersonen [59,60]. Bislang ist nicht systematisch beschrieben, welche Hochschulabschlüsse die Bewerberinnen und Bewerber vorlegen, wie ausländische Bewerberinnen und Bewerber eingegliedert und vergütet werden und welche Erfahrungen mit ihnen und ihren erweiterten Qualifikationen gemacht worden sind. Diese Fragen sollten in weitergehenden Forschungsvorhaben untersucht werden.

Entsprechend internationaler Entwicklungen können Universitätskliniken auch in Deutschland Orte sein, an denen sich Pflege wissenschaftsbasiert weiterentwickelt. Gerade vor dem Hintergrund der Forderung nach einer evidenzbasierten Praxis (EBP) bieten sich hier die Chance für wissenschaftlich qualifizierte Pflegende, im klinischen Setting zu arbeiten [13,61,62]. Universitätskliniken bieten die einmalige Chance, neue und innovative pflegerische Konzepte zu entwerfen, zu begleiten, zu evaluieren und zu verbreiten. Die Verknüpfung von Forschung, Lehre und direkter Patientenversorgung stellt für die Entwicklung dringender benötigter neuer pflegerischer Konzepte eine große Chance dar. Klinische Pflegeforschung kann an Universitätskliniken auf direkte Patienten- und Versorgungsbedarfe reagieren. Pflegerische Interventionen können gemeinsam mit Expertinnen und Experten

der Pflege und anderen Gesundheitsberufen sowie Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen entwickelt werden. Die so gewonnenen neuen Erkenntnisse haben einen direkten Einfluss auf die Patientenversorgung sowie auch auf die Lehre. Hierzu bedarf es entsprechender Praxis-, Lehr- und Forschungsstrukturen [12].

Bisher bieten national nur wenige Medizinische Fakultäten eigene Studiengänge der Pflege an. Über die Gründe kann hier nur gemutmaßt werden. Neben der national historisch erst sehr kurzen Entwicklungszeit der hochschulischen Qualifizierungswege der nichtärztlichen Gesundheitsfachberufe sind sicherlich sowohl ökonomische Aspekte wie auch die grundsätzliche Auseinandersetzung zur Verortung der Pflege im forschenden, universitären Kontext anzuführen. In der Untersuchung wurde die Abfrage bewusst auf Gesundheitsfachberufe erweitert, um gerade vor dem Hintergrund der starken Heterogenität und der nicht zwingend gegebenen Vergleichbarkeit der sich entwickelnden Studienangebote, die wenigen Entwicklungen in diese Richtung abbilden zu können. In Anlehnung an internationale Standards sind spezifische pflegerische bzw. pflegewissenschaftliche Studiengänge an Universitätskliniken auch in Deutschland zu fordern.

Die vorgestellten Daten geben erste Hinweise zum Eingliederungsstand von Hochschulabsolventinnen und -absolventen in der Pflege an deutschen Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen, welche durch die institutionelle Verknüpfung von Lehre, Forschung und Patientenversorgung eine Vorreiterrolle bei der Akademisierung der Pflegepraxis einnehmen. Darüber hinaus wäre auch eine bundesweite Erfassung in allen pflegerelevanten Institutionen und Settings (Krankenhaus, ambulante Pflege, stationäre Langzeitpflege) aufschlussreich, um flächendeckend den Umsetzungsstand der Empfehlungen des Deutschen Wissenschaftsrats zur Akademisierung in den Gesundheitsfachberufen zu bewerten.

Limitationen

Diese Untersuchung hat Limitationen, die, sofern möglich, im geplanten Folgesurvey in 2017 durch geeignete Änderungen reduziert werden:

Ein sozial erwünschtes oder durch die Antwortvorgaben gelenktes Antwortverhalten bei der Selbstauskunft durch die angeschriebenen Führungspersonen kann nicht ausgeschlossen werden, etwa bei der Frage nach vorgegebenen Tätigkeitsfeldern. Eine eher offene oder teilstandardisierte Folgebefragung auf Stations- oder Individualebene könnte diese Abgaben verifizieren. Zweitens geht aus den Daten nicht hervor, wie hoch der Anteil an ausländischen Bachelor- oder Masterabsolventinnen und -absolventen ist und über welche Kompetenzen diese verfügen. Viele Universitätskliniken verfolgen eigene Programme zur gezielten Anwerbung von ausländisch qualifizierten Pflegenden, welche entsprechend den dortigen Ausbildungsmöglichkeiten häufig hochschulisch qualifiziert sind. Diese interessante Subgruppe wurde nicht gesondert mit dem Fragebogen adressiert. Somit bleibt unklar, ob diese heterogene Subgruppe eine ungenutzte Ressource darstellt (bei hoher Qualifikation) oder ob ihr Niveau mit dem der traditionellen beruflichen Pflegeausbildung vergleichbar ist. Auch unter Bologna besteht weiterhin eine schlechte internationale Vergleichbarkeit der Abschlüsse und der daraus erwachsenden Qualifikationen. Drittens ist die Zuordnung von Abteilungen, die unter der Leitung der Pflegedirektionen arbeiten, sehr unterschiedlich. So kann zum Beispiel das Case-Management der Pflegedirektion oder dem Ärztlichen Direktorium unterstellt sein und somit die Quote akademisch Ausgebildeter im ersten Fall höher, im zweiten Fall niedriger ausfallen. Viertens wurden die Gehaltsstufen nicht mit konkreten Aufgabenprofilen in Verbindung gebracht. So kann die Unterscheidung der Gehaltsstufen möglicherweise nicht primär auf den Akademisierungsgrad,

sondern vielmehr auf Zuständigkeitsbereiche ausgerichtet gewesen sein.

Um die Datenqualität zu erhöhen und die Datenerhebung bei einer Folgebefragung zu vereinfachen, wäre die Etablierung einer hausinternen Personaldatenbank empfehlenswert, welche die jeweiligen Abschlüsse und inhaltliche Ausrichtung der Beschäftigten abbildet. Diese würde auch die Steuerung und Verwertung des vorhandenen Skill- und Grademix innerhalb der Belegschaft unterstützen.

Komplementär zu einer regelmäßigen Analyse der Personalstruktur in den Kliniken wäre eine systematische Absolventenbefragung der erfolgreichen Studienabgänger sinnvoll, um zu beobachten, in welchen Bereichen diese eine Arbeit aufnehmen.

Danksagung

Wir danken den Mitgliedern des Netzwerkes Pflegeforschung des VPU, die diese Arbeit mit entwickelt und durchgeführt haben sowie den Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren, die dieses Survey veranlasst haben.

Name der Auftraggeber, Förderer

Dieses Projekt wurde auf Initiative des Netzwerkes Pflegeforschung des Verbandes der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Uniklinika in Deutschland (VPU e.V.) durchgeführt. Es war keine Förderung (Drittmittel) vorhanden.

Deklaration von Interessenskonflikten

Es bestehen bei keinem/keiner der AutorInnen Interessenskonflikte.

Literatur

- [1] Zander B, Blümel M, Busse R. Nurse migration in Europe - Can expectations really be met? Combining qualitative and quantitative data from Germany and eight of its destination and source countries. *International Journal of Nursing Studies* 2013;50(2):210–8.
- [2] Isfort M, Weidner F. Pflege-Thermometer 2009: Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. 2010. 03.2016;.
- [3] Nowossadeck S. [Demographic change, people needing long-term care, and the future need for carers. An overview], *Demografischer Wandel, Pflegebedürftige und der künftige Bedarf an Pflegekräften. Eine Übersicht. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2013;56(8):1040–7.
- [4] Statistische Ämter des Bundes und der Länder (DESTATIS) *Demografischer Wandel in Deutschland: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern*. 2010. 03.2016; Available from: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/DemografischerWandel/Krankenhausbehandlung/Pflegebeduerftige5871102089004.pdf?_blob=publicationFile.
- [5] Peters E, et al. [Demographic change and disease rates: a projection until 2050], *Demografischer Wandel und Krankheitshäufigkeiten: Eine Projektion bis 2050. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2010;53(5):417–26.
- [6] Scheidt-Nave C. Chronische Erkrankungen – Epidemiologische Entwicklung und die Bedeutung für die Öffentliche Gesundheit. *Public Health Forum* 2010;18(1). p. 2.e1–2.e4.
- [7] Robert Koch-Institut Chronisches Kranksein. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012. 2014. 03.2016; Available from: www.rki.de/geda.
- [8] Scheidt-Nave C, et al. [Challenges to health research for aging populations using the example of "multimorbidity"], *Herausforderungen an die Gesundheitsforschung für eine alternde Gesellschaft am Beispiel „Multimorbidität“*. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2010;53(5):441–50.
- [9] Braun B, Klinker S, Müller R. Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäusern. *Pflege&Gesellschaft* 2010;15(1):5–19.
- [10] Braun, B., et al. Einfluss der DRGs auf Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität von Pflegekräften im Krankenhaus: Ergebnisse einer bundesweiten schriftlichen Befragung repräsentativer Stichproben von Pflegekräften an Akutkrankenhäusern in den Jahren 2003, 2006 und 2008. 2011. 03.2016; Available from: http://www.uni-bremen.de/fileadmin/user_upload/single_sites/artec/artec.Dokumente/artec-paper/173-paper.pdf.
- [11] Isfort, M., et al. Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen

- mit Demenz im Krankenhaus. 2014. 05.2016; Available from: <http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer.2014.pdf>.
- [12] Netzwerk Pflegeforschung des Verbandes der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Uniklinika in Deutschland VPU e.V., et al. *Pflege an Universitätskliniken*. 2014. 03.2016; Available from: <http://www.vpu-online.de/de/pdf/presse/VPU.-Pflege.an.Universitaetskliniken.pdf>.
- [13] Meyer G. [An evidence-based healthcare system and the role of the healthcare professions], *Ein evidenzbasiertes Gesundheitssystem: die Rolle der Gesundheitsfachberufe*. Z Evid Fortbild Qual Gesundh wesen 2015;109(4–5):378–83.
- [14] Meyer G, Balzer K, Kopke S. [Evidence-based nursing practice—Opinions on the status quo], *Evidenzbasierte Pflegepraxis—Diskussionsbeitrag zum Status quo*. Z Evid Fortbild Qual Gesundh wesen 2013;107(1):30–5.
- [15] Behrens J, Langer G. *Evidence-based Nursing and Caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung*. Bern: Hans Huber; 2010.
- [16] Meyer G. In: Schaeffer D, Wingensfeld K, (editors). *Klinische Pflegeforschung: Relevanz und Standortbestimmung in Handbuch Pflegewissenschaft*. Juventa; 2011.
- [17] Wissenschaftsrat *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. 2012. 06.2016; Available from: <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf>.
- [18] Ewers, M., et al., [Research in the allied health professions: potentials for a needs-based health care in Germany], *Forschung in den Gesundheitsfachberufen*. Dtsch Med Wochenschr, 2012. **137 Suppl 2**: p. S37–73.
- [19] Sottas, B., et al. *Die Gesundheitswelt der Zukunft denken: Umrisse einer neuen Gesundheitsbildungspolitik*. Careum Working Paper 7. 2013. 09.2015; Available from: <http://www.careum.ch/documents/10180/62992/Careum+Working+Paper+7+%28deutsch%29/d981ad6f-7d5f-4539-89e5-6fe7ace0cf0e>.
- [20] Benner, P., *Educating nurses - a call for radical transformation*. Jossey-Bass higher and adult education series; Preparation for the professions series. Vol. San Francisco. 2010: Jossey-Bass.
- [21] Benner P. *Educating nurses: a call for radical transformation—how far have we come?* J Nurs Educ 2012;51(4):183–4.
- [22] Bund-Länder-Arbeitsgruppe Weiterentwicklung der Pflegeberufe *Eckpunkte zur Vorbereitung eines neuen Pflegeberufegesetzes*. 2012. 03.2016; Available from: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegeberuf/20120301_Endfassung_Eckpunktepapier.Weiterentwicklung.der.Pflegeberufe.pdf.
- [23] Deutscher Pflegerat und Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) *Arbeitsfelder akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen*. 2014. 03.2016; Available from: <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/wp-content/uploads/2014/12/2014-11-24-DGP-DPR-Einsatz-akad.-Pflege-1.pdf>.
- [24] Frenk J, et al. *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*. Lancet 2010;376(9756):1923–58.
- [25] Aiken LH, et al. *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction*. JAMA. 2002;288(16):1987–93.
- [26] Aiken LH, et al. *Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality*. JAMA 2003;290(12):1617–23.
- [27] Aiken LH, et al. *Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes*. J Nurs Adm 2009;39(7–8 Suppl):S45–51.
- [28] Aiken LH, et al. *Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study*. Lancet 2014;383(9931):1824–30.
- [29] Cho E, et al. *Effects of nurse staffing, work environments, and education on patient mortality: an observational study*. Int J Nurs Stud 2015;52(2):535–42.
- [30] Needleman J, et al. *Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals*. N Engl J Med 2002;346(22):1715–22.
- [31] Needleman J, et al. *Nurse staffing and inpatient hospital mortality*. N Engl J Med 2011;364(11):1037–45.
- [32] Numata Y, et al. *Nurse staffing levels and hospital mortality in critical care settings: literature review and meta-analysis*. J Adv Nurs 2006;55(4):435–48.
- [33] Darmann-Finck I. *Wirkungen einer akademischen Erstausbildung von professionell Pflegenden im Spiegel internationaler Studien*. Pflege&Gesellschaft 2012;17(3):216–32.
- [34] Schaeffer D, Ewers M. *Agenda Pflegeforschung für Deutschland: Plädoyer für eine kontinuierliche themenzentrierte Förderung von Pflegeforschung*. Pflegezeitschrift 2014;67(7).
- [35] Kocks A, et al. [Nursing, patient safety and the acquisition of nursing-sensitive outcomes in German hospitals], *Pflege, Patientensicherheit und die Erfassung pflegesensitiver Ergebnisse in deutschen Krankenhäusern*. Z Evid Fortbild Qual Gesundh wesen 2014;108(1):18–24.
- [36] Deutsches Krankenhaus Institut (DKI) *Krankenhaus Barometer Umfrage 2014*. 2014. 03.2016; Available from: https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/krankenhaus_barometer.2014.pdf.
- [37] *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV)*. 2003, Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz: Berlin.
- [38] Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) *Bestandsaufnahmen der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich*. 2014. 03.2016.
- [39] Schober M, Affara F. *Advanced nursing practice (ANP)/Madrean Schober; Fadwa Affara*. Aus dem Engl. von Elisabeth Brock. Deutschsprachige Ausg. hrsg. von Rebecca Spirig und Sabina De Geest. Mit einem Geleitw. von Franz Wagner. International Council of Nurses (ICN). 2008, Bern: Huber.
- [40] Deutscher Qualifikationsrahmen (DQR) *Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen*. 2011. 03.2016; Available from: http://www.dqr.de/media/content/Der_Deutsche_Qualifikationsrahmen_fue_Lebenslanges_Lernen.pdf.
- [41] Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) *Advanced Nursing Practice in Deutschland, Österreich und der Schweiz Eine Positionierung von DBfK, ÖGKV und SBK*. 2012. 03.2016; Available from: https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/ANP-DBfK-OeGKV-SBK_2013.pdf.
- [42] Spirig R, De Geest S. [“Advanced Nursing Practice” is worth while!], *Advanced Nursing Practice* lohnt sich! Pflege 2004;17(4):233–6.
- [43] Mendel S, Feuchtinger J. [Domains in the clinical practice of Clinical Nursing Experts in Germany and their correspondence with the internationally described “Advanced Nursing Practice”], *Aufgabengebiete klinisch tätiger Pflegeexperten in Deutschland und deren Verortung in der internationalen Advanced Nursing Practice*. Pflege 2009;22(3):208–16.
- [44] Institute of Medicine (IOM) *The future of nursing: leading change, advancing health*. 2011. DOI: 10.17226/12956 02.2016; Available from: <http://www.iom.edu/-/media/Files/Report%20Files/2010/The-Future-of-Nursing/Future%20of%20Nursing%202010%20Recommendations.pdf>.
- [45] Gerst T, Hibbeler B. *Nichtärztliche Fachberufe im Krankenhaus: Hilfe oder Konkurrenz?*. Deutsches Ärzteblatt: Ausgabe A, Praxis-Ausgabe: niedergelassene Ärzte 2010;107(13).
- [46] Korzilius H. *Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe: Ärzte brauchen Entlastung*. Deutsches Ärzteblatt: Ausgabe A, Praxis-Ausgabe: niedergelassene Ärzte 2012;109(17).
- [47] Gerst T. *Akademisierung der Gesundheitsfachberufe: Keine Qualifizierung vom Bett weg*. Dtsch Arztebl International 2013;110(40):p1844.
- [48] Gerst T, Hibbeler B. *Gesundheitsfachberufe: Auf dem Weg in die Akademisierung*. Deutsches Ärzteblatt: Ausgabe. Praxis-Ausgabe: niedergelassene Ärzte 2012;109(49).
- [49] Simon A, Flaiz B. *Sichtweisen der Ärzteschaft zur Professionalisierung der Pflege*. HeilberufeScience 2015;6(4):86–93.
- [50] Afentakis A, Maier T. *Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025*. Statistisches Bundesamt Wirtschaft und Statistik 2010;11:990–1001.
- [51] Simon, M. *Unterbesetzung und Personalmehrbedarf im Pflegedienst in allgemeinen Krankenhäusern*. 2015. 09.2015; Available from: http://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon_2015_Unterbesetzung.und.Personalmehrbedarf.im.Pflegedienst.pdf.
- [52] Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) *Ärztmangel im Krankenhaus - Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen*. 2010. 02.2016; Available from: https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/langfassung_aerztmangel.pdf.
- [53] Grünewald, M., et al. *Einsatz akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen in der Praxis unter Berücksichtigung des Qualifikationsmix am Beispiel der Betreuung eines Patienten nach Herzinfarkt*. 2014. 03.2016; Available from: www.vpu-online.de/de/pdf/presse/2014-04-10_skillmix_abschlussbericht_final5.pdf.
- [54] Grünewald M, et al. *Akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen in der Praxis Welchen Qualifikationsmix braucht die Pflegepraxis?* Heilberufe 2014;66(10):70–1.
- [55] Verband der PflegedirektorInnen der Unikliniken (VPU), *Leitfaden zur Implementierung von Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss im Krankenhaus*. 2016, Berlin: Verband der PflegedirektorInnen der Unikliniken (VPU).
- [56] Tarifgemeinschaft deutscher Länder *Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder (TV-L) 2006*. 08.2016; Available from: http://www.tdl-online.de/fileadmin/downloads/rechte_Navigation/A_TV-L_2011_01_Tarifvertrag/TV-L.i.d.F.des.AETV.Nr.8.VT.neu.pdf.
- [57] Tarifgemeinschaft deutscher Länder *Änderungstarifvertrag Nr. 8 zum Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder (TV-L)*. 2015. 08.2016; Available from: http://www.tdl-online.de/fileadmin/downloads/rechte_Navigation/A_TV-L_2011_01_Tarifvertrag/C3%84nderungstarifvertrag.Nr.8.zum.TV-L.pdf.
- [58] ver.di *Die neue Entgeltordnung für Gesundheitsberufe (TVöD kommunal)* 2016. 08.2016; Available from: <https://gesundheits-soziales.verdi.de/++file++5724f0e3890e9b0c53001dbf/download/EGO%20kommunal%202017%20medium.pdf>.
- [59] Braeseke G, et al. [Migration. Opportunities for recruitment of skilled employees in the care sector], *Migration. Chancen für die Gewinnung von Fachkräften in der Pflegewirtschaft*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2013;56(8):1119–26.
- [60] OECD. *Healthworkforce: International migration of nurses*, in *Health at a Glance 2015: OECD indicators*. 2015, OECD: Paris.
- [61] Haslinger-Baumann E, Lang G, Müller G. *Einfluss und Zusammenhang von Einstellung, Verfügbarkeit und institutioneller Unterstützung auf die Anwendung von Forschungsergebnissen in der pflegerischen Praxis – Ergebnisse einer explorativen quantitativen Querschnittstudie*. Pflege 2015;28(3):145–55.
- [62] Roes M. *Implementierung von Studienergebnissen*. PADUA 2014;9(4):201–4.